

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า
และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

สุนีรัตน์ จันทร์ศรี

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ
เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

.....
นางสุนีรัตน์ จันทร์ศรี

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์

พย.ด.

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
อาจารย์ อติตยา พรชัยเกตุ โอวยอง

Ph. D. (Nursing)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริขันธ์กุล

Ph. D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ
เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 24 ตุลาคม 2551

.....
นางสุนิรัตน์ จันทร์ศรี

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริบุญวงศ์

พย.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

นางวาสนา พัฒนกำจร

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

อาจารย์ อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

Ph. D. (Nursing)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.อัคราพร สีหิรัญวงศ์ และอาจารย์ ดร.อติยาพรชัยเกตุ โอวของ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำชี้แนะ คำปรึกษา ตรวจสอบ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล และแพทย์หญิงवासนา พัฒนกำจร คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้แก่ นางวรภัทร แสงแก้ว นางบุญพลอย ตูลาพันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์พร้อมกันนี้ขอขอบคุณ นางภาวิณี ชัยมงคลมณี ที่อำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือด้านการค้นหาเอกสารวิชาการต่างๆ ทำให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณนางสาวสิดางค์ อนันตวุฒิกันนท์ ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา ทำให้ผู้ศึกษาทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

สุนิรัตน์ จันทรศรี

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE USING AN ADVOCACY PROGRAM TO REDUCE RE-ABUSED, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND IMPROVE QUALITY OF LIFE IN BATTERED WOMEN)

สุนิรัตน์ จันทรศรี 4936681 NSMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค., อทิตยา พรชัยเกตุ โอว Yong,
Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

จากการปฏิบัติงานในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี ที่ผ่านมามีพบว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่มาใช้บริการส่วนใหญ่อำนาจการซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย สามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย โดยประยุกต์รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบในการศึกษา

จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 9 เรื่อง จากฐาน ข้อมูลต่างๆ ประกอบด้วย systematic review จำนวน 1 เรื่องและ randomized controlled trial จำนวน 8 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ แล้วนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โปรแกรมเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจให้สตรี เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา 2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา 3) การประเมินผลการปฏิบัติการ 4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล และ 5) การสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะของการศึกษา คือ การนำแนวคิดไปทดลองใช้เป็นโครงการนำร่อง เพื่อประเมิน ผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ : สตรีที่ถูกสามีทำร้าย / โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ / การถูกทำร้ายซ้ำ / อาการซึมเศร้า /
คุณภาพชีวิต / แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
USING AN ADVOCACY PROGRAM TO REDUCE RE-ABUSED,
DEPRESSIVE SYMPTOMS AND IMPROVE QUALITY OF LIFE IN
BATTERED WOMEN

SUNEERAT JUNSRI 4936681 NSMH / M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.,
ATITTAYA PORNTCHAIKATE-AUYEONG, PH.D. (NURSING)

ABSTRACT

From working in a One Stop Crisis Center, it was found that most battered women have depressive symptoms and are at risk for re-abuse. From a literature review, it was found that an advocacy program can help battered women to alleviate their re-abuse and depressive symptoms and improve quality of life. This study aimed to develop a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse and depressive symptoms and improve quality of life in battered women. A modified Soukup's (2000) step of research utilization was used as a framework for the study.

Nine research studies were retrieved from databases. Those nine studies consisted of one systematic review and eight randomized controlled trials. Then, those research studies were critically analysed and appraised. After analysing the studies, the proposed clinical nursing practice guideline was taken to three professional experts to verify contents and give recommendation for revision. The advocacy program focuses on resilience in women, increase social support and obtaining resources. It takes five stages as follows: 1) Assessment, 2) Implementation, 3) Monitoring, 4) Secondary implementation, and 5) Termination.

It is recommended that this clinical nursing practice guideline should be implemented for a pilot study and evaluated for its effect, then it can be implemented in other community settings.

KEY WORDS : ADVOCACY PROGRAM / BATTERED WOMEN / CLINICAL
NURSING PRACTICE GUIDELINE / DEPRESSION /
QUALITY OF LIFE / RE-ABUSED

167 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา	5
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 การทบทวนวรรณกรรม	6
2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการทำร้ายภรรยา	6
2.1.2 ผลกระทบในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย	12
2.1.3 การถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย	17
2.1.4 การพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย	22
2.2 กรอบแนวคิดของการศึกษา	25
บทที่ 3 การดำเนินการ	
ขั้นตอนและวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	27
การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	31
การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	34
การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ	38
สรุปสาระสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	38
โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	46
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	49
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	63
รายการอ้างอิง	78
ภาคผนวก	86
ประวัติผู้วิจัย	167

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

26

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะความรุนแรงในคู่ครองถือได้ว่าเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่พบได้บ่อยครั้งมากที่สุด และเหยื่อที่สำคัญของการกระทำรุนแรงในครอบครัวคือ “ ผู้หญิง ” หรือ “ ภรรยา ” โดยที่ผู้กระทำก็คือสามีนั่นเอง (โชติมา กาญจนกุล และ ศันสนีย์ เรืองสอน, 2542) การกระทำรุนแรงต่อภรรยา มีรูปแบบหลากหลาย ตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อย ตะ พุดตีด้วยวัตถุ ทำให้บาดเจ็บหรือแม้กระทั่งฆ่าให้ตาย รวมถึงการบีบคั้นทางจิตใจ การคำทอข่มขู่ การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูถูกเหยียดหยาม (กฤตยา อาชวนิชกุล, 2539) กล่าวได้ว่าการกระทำรุนแรงต่อภรรยาเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization , 2002) ได้รวบรวมผลงานวิจัยมากมายพบว่า 20 – 50% ของสตรีในหลายประเทศทั่วโลกเคยมีประสบการณ์ของการถูกสามีทำร้ายในบางช่วงของชีวิต ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูง อาทิเช่น จากการศึกษาอัตราความชุกของการทำร้ายสตรีโดยสามีในประเทศเม็กซิโก พบ 27 – 40% ในประเทศไนจีเรีย พบ 31.4% ส่วนประเทศในแถบเอเชีย พบอัตราความชุกของความรุนแรงในครอบครัวชาวจีนที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง 14% (Tang, 1994) ในประเทศญี่ปุ่นพบถึง 58.7% (Yoshihama and Sorenson, 1994) นอกจากนี้ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนเกาหลี ในปี 1989 พบอัตราความชุกของภรรยาที่ถูกสามีทำร้าย 37.5% (WHO, 2002) ส่วนในประเทศไทย ฮอฟแมน, เดโมและเอดวาร์ด (Hoffman, Demo, and Edwards, 1994) ศึกษาพบว่า 20% ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสามีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เคยมีประวัติของการทำร้ายภรรยาด้วยการตบ ตี หรือการเตะอย่างน้อย 1 ครั้งของชีวิตสมรส และจากการสรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทยในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส พบว่าคู่สมรส ร้อยละ 24 มีการทะเลาะวิวาทกันจนเกิดการทำร้ายร่างกายตามมา (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2538) แต่อัตราการทำร้ายที่พบในปัจจุบันเชื่อได้ว่ายังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะเหตุการณ์ทำร้ายคู่สมรสอาจมีอีกมากที่ไม่ได้มีการบันทึกหรือรายงานไว้ ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมของครอบครัวไทยได้สะท้อนความคิดและความเชื่อที่ว่า การทะเลาะวิวาทหรือการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกัน

ระหว่างคู่สมรสเป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องภายในครอบครัวที่สมาชิกควรดำเนินการแก้ไขเอง และยังมีความคิดว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องเสื่อมเสียชื่อเสียงของครอบครัวที่ไม่ควรให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือรับทราบด้วย ทำให้เหตุการณ์การทำร้ายคู่สมรสเหล่านี้ไม่เปิดเผยออกไปสู่สังคมภายนอก จึงเป็นไปได้ว่าอัตราการทำร้ายคู่สมรสที่ปรากฏยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก (อัจฉรา สกุนตนิยม, 2541)

การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัวและสังคม ทางด้านร่างกายสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน สูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ ร่างกายพิการและอาจเสียชีวิตได้ (Bachman, 1996)

ทางด้านจิตใจ รู้สึกเสียใจ ปวดร้าว หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หมกมุ่นในชีวิตซึมเศร้า ลึกลับ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) ซึ่งฟรอยด์ (Freud, 1942) ได้อธิบายว่าลำดับขั้นของผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) อาการตกใจ ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตน ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น ต่อมาเมื่อสตรียอมรับความเป็นจริงมากขึ้นจึงเริ่มเข้าสู่ลำดับที่สอง (2) เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวอ่อนแอ ซึ่งจะกดดันให้สตรีนั้นขาดสติสัมปชัญญะ (3) สตรีเกิดการทบทวนเรื่องราวของชีวิตในอดีต และตั้งใจจะทำทุกอย่างให้ดีขึ้น (4) เป็นขั้นสุดท้ายคือ การเกิดบาดแผลทางใจ สตรีที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงจะมีการถดถอยของวุฒิภาวะทางจิตใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนต้องถูกสามีทำร้ายร่างกายและจิตใจมาเป็นเวลานานจะเกิดการถดถอยลงไปสู่พฤติกรรมในสมัยวัยเด็ก เช่น อ่อนแอ ขอมพ่ายแพ้และถือเอาแต่ใจตนเอง (รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2551) จากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของ บาร์เน็ต (Barnett, 2000) พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึง 60% และ 50% ของสตรีที่พยายามฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากการถูกสามีทำร้าย (Fischbach and Herbert, 1997) และจากการศึกษาของ Waldrop and Resick (2004) พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญความรุนแรงในชีวิต (Posttraumatic Stress Disorder) และสูญเสียความความมีคุณค่าในตนเอง (low self-esteem)

ทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (Campbell and Humphreys, 1993 อ้างถึงใน เกสรา ศรีพิชญากิจ, 2545) และทางด้านครอบครัว ที่ชัดเจนคือ ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้เพราะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวถูกทำลาย ครอบครัวไม่สงบสุข เกิดความหวงเหิน ขาดความรัก ความเข้าใจในครอบครัว กลายเป็นครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของลูกทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และระยะต่างๆ ของพัฒนาการ ไม่มีคนดูแล ขาดความรักความอบอุ่น กลายเป็นเด็กเก็บกด มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดุด

ยาเสพติด (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2543) ทางด้านสังคมและประเทศชาติ นำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต จากการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายจะหยุดทำงานเป็นประจำร้อยละ 30 และมีการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 50 ส่วนการศึกษาในมาลากัว นีการากัว พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายจะหารายได้น้อยกว่าสตรีทั่วไปร้อยละ 46 (WHO, 2001) สำหรับสังคมไทย ผลกระทบของความรุนแรงที่เกิดขึ้นคือ การก่อให้เกิดความรำคาญกับเพื่อนบ้านและชุมชน ขาดสันติสุข ครอบครัวไม่สามารถรวมตัวเป็นพลังกลุ่ม หรือชุมชนที่จะบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมได้ นอกจากนั้นปัญหาความรุนแรงต่อสตรียังเป็นอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพของสตรี พัฒนาความก้าวหน้าในการประกอบอาชีพ และเป็นการทำลายเสรีภาพขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเสมอภาคและสันติสุข (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2543)

จากสถิติ รายงานประจำปีของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยในปี 2548 จำนวน 54 รายจากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 61 ราย คิดเป็น 88.52 % ในปี 2549 จำนวน 96 ราย จากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 101 ราย คิดเป็น 95.04% และในปี 2550 จำนวน 96 ราย จากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 100 ราย คิดเป็น 96.00% ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ อายุระหว่าง 20-40 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ย 2,000-3,000 บาทต่อเดือน การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนบุตร 1-3 คน ระยะเวลาที่อยู่ด้วยกัน 5-15 ปี จำนวนครั้งของการกระทำความรุนแรงมากกว่า 1 ครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาทะเลาะ ถกเถียง ส่วนลักษณะของการกระทำความรุนแรง ได้แก่ การตบ / ต่อย รongลงมา ได้แก่ การตี / ฟาดด้วยไม้หรือของแข็ง

ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี จัดตั้งขึ้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2545 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง เป็นการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) โดยกลุ่มงานจิตเวช เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีทีมสหวิชาชีพร่วมในการปฏิบัติงานเช่น สูติแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น มีการจัดสิ่งแวดล้อมและอำนวยความสะดวก โดยนำบริการด้านต่างๆมารวมไว้ในสถานที่เดียวกัน เป็นสัดส่วน เพื่อเพิ่มความสะดวก ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ ซึ่งการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่จะกระทำหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บทางกายจากแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อมายังศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี เพื่อให้คำปรึกษาและประทับประวัติก่อนกลับบ้าน ส่วนในราย

ที่มีอาการรุนแรง เช่น กระดูกแขน ขาหัก ข้อเคลื่อน แพทย์จำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาอาการเหล่านั้นก่อน หลังจากนั้นพยาบาลประจำตึกจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีทราบ เพื่อติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ จนกระทั่งอาการทุเลาและกลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีการหมุนเวียนบุคลากรซึ่งเป็นสหวิชาชีพมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี นอกเวลาราชการ เช่น นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรแต่ละคนจะมีรูปแบบการปฏิบัติที่หลากหลาย ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบ คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิตจำนวน 15 คน พบว่าสตรี 13 รายมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 86.67% และในจำนวนสตรีที่มีภาวะซึมเศร้านี้พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ราย คิดเป็น 20% สอดคล้องกับการศึกษาของศิริเพชร ศิริวัฒนา (2538) ซึ่งศึกษาปัญหา ความรุนแรงในครอบครัว โดยศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้ายร่างกาย พบว่าส่งผลกระทบใน 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งได้แก่ ความซึมเศร้า ความย่ำคิดย่ำทำ ความวิตกกังวล และความก้าวร้าว ซึ่งผลกระทบด้านความซึมเศร้ามีความแตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐาน สูงกว่าทั้งสามด้านที่กล่าวมา

การให้การช่วยเหลือทางจิตใจในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีหลากหลาย มีการวิจัย วิเคราะห์ ความแตกต่างในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวิธีว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ อีกทั้งการ คิดถึงความคุ้มค่าในการให้การพยาบาล กับความจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ จาก การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ (advocacy program) เป็นวิธีการ บำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี สามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดย เน้นการส่งเสริมให้สตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีแนวทางในการดูแลตนเองต่อไปได้ ดังนั้นการพิทักษ์ สิทธิจึงเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือสตรีในการยุติความรุนแรงตั้งแต่เริ่มต้น และช่วยปกป้องสตรี เหล่านี้จากการถูกทำร้ายซ้ำ ลักษณะเฉพาะของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ประกอบด้วย การช่วยเหลือเฉพาะเป็นรายบุคคล โดยครอบคลุมแบบองค์รวมทุกด้าน และขึ้นอยู่กับ ความต้องการการช่วยเหลือของสตรีแต่ละคน มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความ ต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เช่น บ้านพักชั่วคราว การฝึกอาชีพ การศึกษา หรือการดูแลลูก (Sullivan, Basta, Tan, Rumptz & Davidson, 1992) ซึ่งสตรีแต่ละคนอาจมีความต้องการการ ช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป การพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือ ทางด้านกฎหมายเท่านั้น แต่รวมไปถึงการช่วยเหลือในทุกๆด้านที่พวกเขาต้องการ เพื่อให้พวกเขา สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา

ในการบำบัดรักษาสตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่หลังจากได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บทางกายแล้ว เป้าหมายที่สำคัญคือ การช่วยเหลือให้สตรีเหล่านี้ได้รับความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายซ้ำ และให้การดูแลทางด้านจิตใจโดยเฉพาะอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบมากหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่าสตรีเหล่านี้จะได้รับการพูดคุย เป็นการประคับประคองจิตใจเท่านั้น มีสตรีหลายรายที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ความปลอดภัย คำแนะนำทางด้านกฎหมาย คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ การป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำ ฯลฯ แต่รูปแบบการบริการที่ให้อย่างไม่ครอบคลุมตามความต้องการของสตรีแต่ละคน สตรีเหล่านี้จึงมีโอกาสกลับไปถูกทำร้ายซ้ำได้ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดทางด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เพื่อส่งเสริมให้สตรีเหล่านี้มีแนวทางในดูแลตนเอง และหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นการลดอาการซึมเศร้าและการถูกทำร้ายซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนั้นแล้วยังช่วยให้สตรีเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการให้การบำบัดช่วยเหลือประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอย่างมีมาตรฐาน

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ได้รับการดูแลช่วยเหลือตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ลดการถูกทำร้ายซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิต
- 2) พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นการดูแลแบบมีขั้นตอนที่ชัดเจน และมีรูปแบบเดียวกัน
- 3) หน่วยงานและโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเป็นหัวข้อครอบคลุมประเด็นต่างๆตามลำดับ ดังนี้

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการทำร้ายภรรยา

- ความหมายของการทำร้ายภรรยา
- ประเภทของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา
- ปัจจัยของการทำร้ายภรรยา

2.1.2 ผลกระทบในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

2.1.3 การถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

2.1.4 การพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการทำร้ายภรรยา

ความหมายของการทำร้ายภรรยา

National Clearinghouse on Family Violence (1990) ได้กล่าวว่าการทำร้ายภรรยา หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆก็ตามที่สามีกระทำต่อภรรยาอย่างไม่ถูกต้องและจงใจ การกระทำความผิดก่อให้เกิดความเสียหายต่อภรรยา ซึ่งรูปแบบของการกระทำประกอบด้วย การทำร้ายร่างกาย จิตใจ และทางเพศ เช่น การข่มขู่ การทำให้ขายหน้า การไล่ออกจากบ้าน การมีภรรยาน้อย รวมทั้งการแสวงหาผลประโยชน์โดยใช้ภรรยาเป็นเครื่องมือ

กฤตยา อาชวนิชกุล (2539) ให้ความหมายว่า การที่ผู้หญิงถูกสามี หรืออดีตสามี หรือคู่รัก ทำทารุณกรรม มีหลายรูปแบบตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อยเตะ ทุบตีด้วยอาวุธ กระแทบ ทำให้อับอาย หรือกระทั่งฆ่าให้ตาย จนถึงการบีบคั้นทางจิตใจ การด่าทอข่มขู่ การกักขัง การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้การช่วยเหลือทางการเงิน การดูถูก และเหยียดหยาม

สเตาท์, เจลเลส และสไตน์เมตซ์ (Straus, Gelles, and Steinmetz, 1980) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายและจิตใจระหว่างสามีภรรยา

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การทำร้ายภรรยา หมายถึง การทำร้ายทั้งร่างกาย จิตใจ การล่วงเกินทางเพศ หรือทำให้เสียสิทธิ เสรีภาพ หรือโอกาสในการมีชีวิตที่เท่าเทียมกับผู้อื่น ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

ประเภทของการกระทำรุนแรงต่อภรรยา

การกระทำรุนแรงต่อภรรยา มีรายละเอียดของลักษณะการกระทำแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของสังคม มีการจำแนกประเภทของการกระทำรุนแรงต่อภรรยาไว้อย่างกว้างขวางในหลายลักษณะ ได้แก่

1. การจำแนกประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยาตามระดับความรุนแรงของการกระทำ

สเตาท์และเจลเลส (Straus and Gelles, 1986) ได้จำแนกประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยาทางด้านร่างกายไว้ 2 ระดับ ได้แก่

1) การกระทำรุนแรงระดับน้อย (Minor Violence) ได้แก่ การผลัก หรือกระชาก การจับ และการขว้างปาสิ่งของใส่ภรรยา

2) การกระทำรุนแรงระดับมาก (Severe Violence) ได้แก่ การเตะ กัดหรือต่อย การทุบตี หรือพยายามทุบตีด้วยอาวุธ การเขี่ยหรือหวดด้วยอาวุธ การข่มขู่ด้วยมีดหรือปืน และการทำร้ายด้วยมีดหรือปืน

มิลเลอร์ (Miller, 1991) ได้จำแนกประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยาตามลักษณะการกระทำ ออกเป็น 3 แบบดังนี้

1) ทางด้านจิตใจ ได้แก่ พุดคุ้ยดูแคลนทักท้วง ข่มขู่ว่าจะทอดทิ้ง โกรธไม่พูดไม่จาด้วย หรือพุดจาข่มเหงบังคับทางเพศ

2) ทำร้ายร่างกายโดยอ้อม ได้แก่ ขว้างปาสิ่งของใส่ ขับรถบ่าระห่ำขณะนั่งรถด้วย ล้างผลาญสมบัติ หรือข่มขู่ด้วยอาวุธ

3) ทำร้ายร่างกายโดยตรง ได้แก่ ผลัก ต่อย ฟัน แทง บีบคอทำให้หายใจไม่ออก เผา คบตี กัดข่วน อาชวณิชกุล (2539ก) ได้จัดแบ่งประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยา ให้เห็นถึงรายละเอียดของการกระทำมากขึ้น โดยแยกการกระทำรุนแรงต่อภรรยาออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1) การกระทำรุนแรงทางร่างกาย (Physical Abuse) ได้แก่ การทุบตี การทำร้าย การใช้ อาวุธ

2) การกระทำรุนแรงทางจิตใจและอารมณ์ (Psycho-emotional Abuse) ได้แก่ การสร้างความกดดัน การบีบบังคับลูกๆ เพื่อให้ไม่สบายใจ การสร้างความกังวล ความไม่รับผิดชอบ การทำให้หวาดกลัว การทำให้ได้อาย น้อยเนื้อต่ำใจ ลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์

3) การกระทำรุนแรงทางเพศ (Sexual Abuse) ได้แก่ การข่มขืนคู่สมรส (Marital Rape) หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้กำลัง (Coercion Sex)

4) การกระทำรุนแรงทางพฤติกรรม (Behavioral Abuse) รวมทั้งทางคำพูด (Verbal Abuse) ได้แก่ การบังคับข่มขู่ การคุกคาม การพยายามสังหาร การแสดงความก้าวร้าว (ทำลายข้าวของ ปาข้าวของ การทำร้ายสัตว์เลี้ยง) การห้ามมิให้หย่าร้าง การเพิกเฉยต่อสุขภาพ

5) การกระทำรุนแรงทางสังคม (Social Abuse) ได้แก่ การทอดทิ้ง การไม่ใส่ใจ ขาดความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ในครอบครัว การมีหญิงอื่น ห้ามคบหาติดต่อกับบุคคลภายนอก การกักขัง หน่วงเหนี่ยวให้เสื่อมเสียอิสรภาพ

6) การกระทำรุนแรงทางเศรษฐกิจ (Economic Abuse) ได้แก่ การบีบบังคับทางการเงิน การควบคุมค่าใช้จ่าย การตัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว การให้ออกจากงาน

7) การฆ่าตัวตายและการฆาตกรรมทั้งครอบครัว (Suicide & Homicide) เช่น การสังหารคู่สมรสและฆ่าตัวตายตาม

โดยสรุปแล้ว จะเห็นว่าการจำแนกประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยาที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบและลักษณะของการกระทำรุนแรงที่เกิดจากการกระทำของสามี ต่อภรรยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อภรรยาในด้านต่างๆ สรุปได้ 4 ประเภท ได้แก่ 1) ทางด้านจิตใจ เช่น การใช้วาจาบังคับข่มขู่ เชื้อ ค่า ทอ 2) ทางด้านร่างกาย เช่น การทุบตีทำร้าย การใช้อาวุธ 3) ทางด้านเพศ เช่น การข่มขืนคู่สมรส การมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้กำลัง และ 4) ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เช่น การทอดทิ้ง การไม่ใส่ใจ การบีบบังคับทางการเงิน

2. การจำแนกประเภทการกระทำรุนแรงต่อภรรยาที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการใช้ อำนาจบังคับ ที่รู้จักกันในชื่อ วงล้อของอำนาจและการควบคุม (Power and Control Wheel) ซึ่ง แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการกระทำรุนแรงและการใช้การบังคับในรูปแบบต่างๆ ที่จัด ว่าเป็นการกระทำรุนแรงต่อภรรยา ถูกพัฒนาโดย The Duluth Domestic Abuse Intervention Project (Eisenstat, 1995) ดังนี้

1) การบังคับข่มขู่ (Using Coercion and Treats) ได้แก่ การบอกภรรยาว่าเขาจะทำร้าย ร่างกายเธอ จะทอดทิ้งเธอ จะฆ่าตัวตาย จะเล่าเรื่องราวของเธอให้ผู้อื่นฟังเพื่อเป็นการประจาน

2) การคุกคาม (Using Intimidation) โดยการใช้สายตา กิริยา ท่าทาง หรือจงใจพกลาอาวุธ ให้ภรรยาเห็น กระแทกข้าวของ ทำร้ายสัตว์เลี้ยง ทำลายข้าวของส่วนตัวของภรรยา

3) บีบคั้นทางอารมณ์ (Using Emotional Abuse) เช่น เหยียดหยามว่าภรรยาเป็นของไม่มีค่า เรียกแทนชื่อเธอด้วยสมญานามต่างๆที่ทำให้เธอรู้สึกตกต่ำ เลวร้าย ทำกริยาอาการหรือสร้างเหตุการณ์ให้ภรรยารู้สึกว่าเธอโง่เขลา เป็นผู้ผิด เกิดความกังวลในความผิดพลาด และกล่าวโทษว่าตนเองเป็นต้นเหตุของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

4) ควบคุมการดำเนินชีวิต (Using Isolation) เช่น การห้ามภรรยาทำในสิ่งที่อยากทำหรือบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ ห้ามภรรยาพบปะพูดคุยกับบุคคลที่ตนไม่พอใจ จำกัดสถานที่ที่ภรรยาจะไป จำกัดสื่อที่ภรรยาจะอ่านหรือจะดู ไม่ยอมรับฟังเหตุผลและความต้องการของเธอ

5) ไม่รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ใดๆที่เกิดขึ้น (Minimizing, Denying and Blaming) มักก่อความขัดแย้งแล้วโทษภรรยาว่าภรรยาเป็นต้นเหตุของความขัดแย้ง เมื่อมีการทุบตีก็โทษว่าเป็นความผิดของภรรยา ไม่แสดงความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ต่างๆที่ตนเป็นผู้ก่อ

6) บีบคั้นลูกๆ (Using Children) เพื่อให้ภรรยาเกิดความไม่สบายใจ กังวลในเรื่องเกี่ยวกับลูกๆ ใช้ลูกเป็นตัวกลางในการสื่อสารต่อระหว่างตนกับภรรยา เช่น ขู่บังคับสร้างความกดดันให้กับลูกๆ ขู่จะทอดทิ้งไม่เลี้ยงดู จะทำร้าย จะพาลูกๆหนีไปถ้าภรรยาทำให้เขาไม่พอใจ

7) ใช้สิทธิเหนือผู้อื่น (Using Male Privilege) เช่น กำหนดบทบาทของทุกคนในครอบครัว ผูกขาดการตัดสินใจ ปฏิบัติต่อภรรยาเหมือนเธอเป็นทาส เป็นคนรับใช้

8) ใช้การบีบบังคับทางเศรษฐกิจ (Using Economic Abuse) โดยการกีดกันไม่ให้ภรรยามีโอกาสทำงานนอกบ้าน ให้เลิกทำงานพิเศษอื่นๆที่มีรายได้ จัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้วยตนเองทั้งในส่วนที่เป็นรายได้ของตนและของภรรยา ทำให้ภรรยารู้สึกว่าต้องพึ่งพาสามีเรื่องเงิน จ่ายเงินให้กับภรรยาในลักษณะเบี้ยรายวัน หรือต้องให้ภรรยาเอ่ยปากขอเงินทุกครั้งที่ต้องการใช้ ปกปิดไม่ให้ภรรยารู้เกี่ยวกับรายได้ที่แท้จริงของครอบครัว

ปัจจัยของการทำร้ายภรรยา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ศึกษาถึงปัจจัยของการทำร้ายภรรยา หลายปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ความผิดปกติของจิตใจและบุคลิกภาพของสามี เช่น มีอารมณ์ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีลักษณะไม่บรรลุนิติภาวะทางอารมณ์ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับอายุ รู้สึกไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ มีความเครียด ขัดแย้ง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และชอบทำร้าย เมื่อโกรธคิดหวังสั้นหนทางจะทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร , 2533)

1.2 การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่บุคคลได้รับในวัยเด็กทั้งผู้ชายและผู้หญิง อาจเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ได้พบเห็น เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน เพื่อนบ้าน

ทะเลาะกัน หรือเคยถูกระงับการกระทำรุนแรง เด็กจะเรียนรู้และซึมซับความรุนแรงโดยกระบวนการจัด
กลาทางสังคม (socialization) จนกระทั่งเป็นพฤติกรรมติดตัวและเป็นประเพณีตกทอดไปยังรุ่นลูก
รุ่นหลานต่อไป จากการศึกษาของวราภรณ์ ดวงจันทร์ (2530) ที่ศึกษาความคิดเห็นของเด็กชายใน
สถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง บ้านกรุณาต่อปัญหาสามีทุพพิกิริทำร้ายร่างกาย พบว่า เด็กชายร้อยละ
80 เคยเห็นบิดามารดาของตนทุพพิกิริทำร้ายร่างกายกัน สิ่งเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อความนึกคิด และ
เป็นการซึมซับหรือรับการถ่ายทอดจากสังคมภายในบ้าน เด็กจะเรียนรู้ว่าการทุพพิกิริระหว่างสามีและ
ภรรยาเป็นเรื่องปกติ พฤติกรรมการทุพพิกิริทำร้ายร่างกายภรรยาไม่ได้เป็นสิ่งผิดหรือร้ายแรงอะไร เป็น
วิธีการสำหรับการแก้ไขปัญหาดังนั้นจึงไม่เป็นเรื่องผิดปกติที่จะใช้มาตรการที่รุนแรงกับภรรยา
หรือคนรักต่อไปในอนาคต

1.3 ความโดดเดี่ยวของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจาก
ครอบครัวขยายที่มีการช่วยเหลือให้คำแนะนำจากญาติผู้ใหญ่มาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดแหล่ง
สนับสนุนทางสังคม เมื่อมีปัญหาขัดแย้งทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการ
แก้ปัญหา ดังการศึกษาของสแตน์เมทซ์ (Steinmetz, 1987) ที่พบว่าครอบครัวที่มีความรุนแรงส่วน
ใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกโดยเฉลี่ย 4 คน เมื่อมีความเครียดในครอบครัว ไม่มีญาติผู้ใหญ่ใน
บ้านที่จะคอยเป็นแรงสนับสนุน ปกป้องหรือและปลอบโยน

1.4 อายุของกลุ่มสมรส ในประเทศสหรัฐอเมริกา สแตทส์และคณะ (Straus, et al., 1980)
ศึกษาพบว่า ความรุนแรงในครอบครัวมักเกิดกับคู่สมรสที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือส่วนใหญ่แต่งงาน
ได้ 2.5 - 5 ปี สอดคล้องกับการวิจัยความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์ ซึ่งเป็นกรณี
รุนแรงมากของพรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2531) ที่พบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 19-30 ปี

1.5 ความเครียดจากหน้าที่การงานในชีวิตประจำวัน นับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุ
ของปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและท้อแท้ต่อชีวิต ส่งผลให้เกิด
การกระทบกระทั่งและมีอารมณ์ก้าวร้าวต่อกัน (ปรีชา อุปโยคิน, 2538) จากการศึกษาของ สแตทส์
และคณะ (Straus, et al., 1980) อธิบายว่าอาจเป็นเพราะคู่สมรสมีความตึงเครียดในครอบครัว เช่น
มีความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ การว่างงาน หรือไม่มีงานประจำทำ เป็นต้น ความตึงเครียดดังกล่าว
จะสัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัว

1.6 การที่สามีใช้สารเสพติด สุรา ยาบ้า ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ สูญเสีย
ความสามารถในการตัดสินใจ และมักใช้ความรุนแรงกับภรรยาที่มีอำนาจน้อยกว่า จากการศึกษา
ของพรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2531) พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุหนึ่งในสี่ของสาเหตุที่สามีทุพพิกิริ
เป็นประจำ ก่อนที่ภรรยาจะขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ต่างๆ

2. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยสังคมมองว่าครอบครัวเป็นสถาบันส่วนตัว การทုปตีทำร้ายร่างกายภรรยาเป็นเรื่องส่วนตัว บุคคลอื่นไม่ควรไปยุ่ง การที่ผู้หญิงได้รับการอบรมสั่งสอนว่าภรรยาเป็นสมบัติของสามี สามีมีสิทธิทำอะไรกับภรรยาได้ทุกอย่าง (ไพรัตน์ พุกษาคติคุณากร, 2533; สายสุรี จุติกุล, 2538) นอกจากนี้ความเชื่อที่ว่า สามีภรรยาเป็นบุคคลคนเดียวกัน ภรรยาไม่ควรนำเรื่องของครอบครัวเปิดเผยให้สังคมภายนอกรับรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทของภรรยาและมารดาที่ดี จึงทำให้ภรรยาคิดว่าการทုปตีทำร้ายร่างกายเป็นเรื่องน่าอาย เป็นความผิดของตน ถ้าสังคมรู้ตัวเองจะถูกประณาม จึงพยายามปกปิดเหตุการณ์โดยถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว และพยายามแก้ไขด้วยตนเอง (มูลนิธิผู้หญิง, 2532; สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2541) ทำให้การทำร้ายยังคงดำเนินต่อไป นอกจากนี้การกำหนดบทบาททางเพศ โดยมีพื้นฐานที่แตกต่างทางชีวภาพและการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศ การยึดมั่น และการถ่ายทอดความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับบทบาททางเพศ เช่นการยอมรับว่าเพศชายจะต้องก้าวร้าว มีสิทธิในการใช้กำลัง ส่วนเพศหญิงต้องยอมรับการกระทำ ไม่ได้แย้ง ส่งผลให้เกิดความเชื่อ ทศนคติและค่านิยมในความเป็นเพศชายเชื่อมโยงกับการครอบงำการมีสิทธิเหนือผู้หญิง ความแตกต่างทางอำนาจที่ไม่เสมอภาคในครอบครัวโดยผู้ชายซึ่งเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าจะใช้อำนาจบังคับกระทำรุนแรงกับผู้หญิงที่มีอำนาจน้อยกว่า (Bograd, 1988) ดังนั้นบทบาททางเพศและการใช้อำนาจจึงเป็นรากฐานของการทำร้ายร่างกาย

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้หญิงต้องพึ่งพาผู้ชายทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงถูกจำกัดสิทธิทั้งในด้านการเงิน ความก้าวหน้าในอาชีพ การศึกษาและการฝึกอบรม ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายถือเป็นปัจจัยสำคัญในการลดทอนอำนาจผู้หญิง และเป็นหนึ่งในข้อจำกัดการหย่าร้างของผู้หญิงด้วย (Heise, Raikes, Watts and Zwi, 1994)

4. ปัจจัยด้านกฎหมาย ประเพณี ศาสนา และการเมือง ดังเช่นลักษณะกฎหมายครอบครัวในอดีต การบัญญัติกฎหมายแสดงถึงความเหลื่อมล้ำของสถานภาพระหว่างชายและหญิงโดยเฉพาะบทบัญญัติของกฎหมายลักษณะผัวเมีย มาตรา 60 ได้ระบุไว้ว่า “สามีจะปราบปรามโดยดีภรรยาภรรยาจะเอาโทษแก่สามีได้ และชายสามารถมีภรรยาที่คนก็ได้ ส่วนหญิงมีสามีได้ทีละคน จนกว่าจะหย่าร้างหรือเป็นม่าย หญิงมีสามีที่มีชู้จะถูกลงโทษที่รุนแรงมาก” (บุญยงค์ เกศเทพ, 2532) ทำให้สามีสามารถทำร้ายภรรยาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย แม้ในปัจจุบันกฎหมายกำหนดให้ชายกับหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันโดยได้มีการบัญญัติกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร พุทธศักราช 2540 ในมาตรา 30 ไว้ว่า “บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน” และมาตรา 53 ได้ระบุว่า “เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิในการคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม” (เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ, 2542) นอกจากนี้จากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วย

ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 ในมาตรา 4 กำหนดไว้ว่า “ผู้ใดกระทำการอันเป็นความรุนแรงในครอบครัว ผู้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำความรุนแรงในครอบครัว ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ให้ความผิดตามวรรคหนึ่ง เป็นความผิดอันยอมความได้ แต่ไม่ลบเลือนความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาหรือกฎหมายอื่น หากการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นความผิดฐานทำร้ายร่างกายตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 295 ด้วย ให้ความผิดดังกล่าวเป็นความผิดอันยอมความได้” แต่ในสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน พบว่าภรรยายังถูกสามีทำร้ายทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย ทั้งนี้เนื่องจากจากการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมที่ไม่คำนึงถึงความละเอียดอ่อนของปัญหาดังกล่าว (Heise, et al., 1994) ดังนั้นการที่จะให้กฎหมายเกิดผลจริงมีใช้อยู่ที่บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญเท่านั้น แต่ต้องสร้างการยอมรับทัศนคติใหม่ รวมทั้งการปฏิบัติต่อกันที่ดีกว่าเดิมด้วย (กาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์, 2541)

นอกจากนี้การเมืองที่ขาดกลุ่มผู้หญิงเป็นตัวแทนในวิชาชีพที่สำคัญต่างๆ เช่น นักการเมือง นักกฎหมาย เป็นต้น ทำให้ขาดมุมมองด้านผู้หญิง และขาดการตระหนักถึงปัญหาและความต้องการบนพื้นฐานของความเป็นหญิง ดังนั้นปัญหาการทำร้ายภรรยาจึงไม่ได้รับความสนใจอย่างจริงจัง และยังเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่อยู่นอกเหนืออำนาจรัฐที่จะเข้าไปจัดการ (Heise, et al., 1994)

2.1.2 ผลกระทบจากการที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย

สำหรับผลกระทบจากการที่ภรรยาถูกสามีทำร้ายนั้น จากการศึกษาของโฟลลิงสแตดและคณะ (Follingstad, et al., 1990 cited by Murphy & Cascadi, 1993) พบว่าผู้หญิง 200 คนที่มีประวัติถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 72 พบการถูกทำร้ายจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการถูกทำร้ายร่างกายร่วมด้วย และจากการศึกษาของวอล์คเกอร์ (Walker, 1993) พบว่าการถูกทำร้ายทางด้านจิตใจพบได้ร่วมกับการทำร้ายทางด้านร่างกาย แต่ก็มีผู้หญิงหลายคนยอมรับว่าการถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกเจ็บปวดและรู้สึกว่าการถูกทำร้ายมากกว่าการที่ถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย ผลกระทบของความรุนแรงต่อด้านจิตใจนั้น บางครั้งอาจเป็นแค่ระยะสั้น แต่ในหลายกรณีความรุนแรงที่เกิดขึ้นกลายเป็นรอยแผลในใจที่ยากยิ่งที่จะบำบัดรักษาให้หายได้ยังคงหลงเหลืออยู่ และถ้าถูกกระทำรุนแรงขึ้นอีกก็จะสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดผลต่างๆ ตามมามากมาย

การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อภรรยา

1.1 ทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ มีบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน สูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ ร่างกายพิการ และอาจเสียชีวิตได้ (Bachman, 1996)

ยิ่งกว่านั้นสามิจะเพิ่มความถี่และความรุนแรงในแต่ละครั้งที่ทำร้าย อาจเริ่มจากการตบหน้าจนถึงฆาตกรรม ส่วนการศึกษาของพรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2532) ได้ศึกษาปัญหาความรุนแรงในครอบครัวทั้งสิ้น 124 ราย เป็นการทำร้ายภรรยา 100 ราย ซึ่งพบว่าร้อยละ 34.7 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ 4.8 บาดเจ็บถึงขั้นต้องส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 18.5 บาดเจ็บสาหัส ร้อยละ 6.5 บาดเจ็บถึงขั้นสลบ และร้อยละ 2 ถึงขั้นเสียชีวิต

นอกจากนี้การที่ภรรยาถูกทุบตีในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลถึงเด็กในครรภ์ด้วย จากการศึกษาของบัลลอค (Bullock, 1987 cited in Bullock, Sandella & McFarlane, 1989) พบว่าภรรยาที่ถูกทุบตีมากกว่า 4 ครั้ง เมื่อคลอดบุตรออกมาทารกจะมีน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนี้จากการรายงานประจำปีของ UNFPA (1997) ชี้ให้เห็นว่าสตรีร้อยละ 20 - 60 ทั่วโลกรายงานว่าเคยถูกคู่สมรสทุบตีทำร้ายโดยสตรีที่ถูกทุบตีในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดการตกเลือดหรือแท้ง หรือคลอดก่อนกำหนด หรือคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ

1.2 ทางด้านจิตใจ จากการที่ภรรยาถูกสามิทำร้าย ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายและ/หรือจิตใจ จะส่งผลกระทบดังนี้

1.2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ปัญหาที่เล็กน้อยกลับเป็นปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข การที่ภรรยามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและขาดความคิดเป็นของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ใจ ซึ่งสภาพดังกล่าวจำเป็นต้องรักษาโดยเร็วและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นสาเหตุทำให้ภรรยาไม่เอาใจใส่ในสุขภาพและบุคลิกภาพที่ปรากฏออกมา (Baker, 1997) พฤติกรรมที่ภรรยาแสดงออกคือ ความรู้สึกเสียใจ ปวดร้าว กระแทกกระเทือนใจ หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากการปกปิดอาการหวาดผวา ก้าวร้าว และอารมณ์รุนแรงขึ้น หมกมุ่นในชีวิต ซึมเศร้า สิ้นหวัง มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย บางทีสับสน ว้าวุ่นใจ หรืออยู่ในภาวะต้องยอมรับการกระทำของสามิ การไม่สามารถจัดการกับความโกรธจนคิดฆ่าตนเองหรือฆ่าผู้อื่น (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533) ดังผลการศึกษาของพรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2532) ที่พบว่า ภรรยาที่ถูกสามิทำร้าย มีอาการหวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเองร้อยละ 6.5 นอกจากนี้คาสคาร์ดี และโอเลียร์ (Cascardi and O'Leary, 1992) ศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการกระทำความรุนแรงสูงกว่าภาวะซึมเศร้า และมีการศึกษาเปรียบเทียบในสตรีที่เคยถูกสามิทำร้ายเป็นเวลานานแล้วกับสตรีที่ถูกสามิทำร้ายเมื่อไม่นานมานี้ พบว่าสตรีที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับผู้กระทำจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่า (Frisch and MacKenzie, 1991)

1.2.2 ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญความรุนแรงในชีวิต (Posttraumatic stress disorder, PTSD) มักพบในสตรีที่ถูกทำร้าย (Holzworth-Munroe, et al., 1997; Saunders,

1994) การได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงในครั้งแรกหรือการถูกระงับซ้ำจากคู่ครองทำให้สตรีเหล่านี้เกิดอาการทางกายจากการคิดถึงเหตุการณ์นั้น (Re-experiencing) มีความผิดปกติทางสรีรวิทยาจากเหตุการณ์นั้น (hyperarousal) และการหลีกเลี่ยงการนึกถึงเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น (Avoidance) เกลีสัน (Gleason, 1993) พบว่า สตรีที่อยู่บ้านพักชั่วคราวจำนวน 40% และสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 31% พบเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น PTSD, ซอนเดอร์ (Saunders, 1994) วินิจฉัยว่าสตรีที่แสวงหาความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆเนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวจำนวน 60% เป็น PTSD และจากการศึกษาในแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันพบอัตราของการเกิด PTSD ในสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกาย และทางอารมณ์ 81% และ 63%ตามลำดับ (Kemp, Green, Hovanitz and Rawlings, 1995)

1.2.3 อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) จากการทบทวนวรรณกรรมโฮลส์เวิร์ท-มันโรว์, สมิทเลอร์ และแซนดิน (Holzworth-Munroe, Smutzler, and Sandin, 1997) พบว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายมีอัตราความชุกของอาการซึมเศร้าในระดับสูงมากกว่า 50% และการศึกษาบางเรื่องพบสูงถึง 83% ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่พบในสตรีที่ถูกทำร้ายมีตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และในบางรายรุนแรงถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ คาสคาร์ดี และโอเลียรี (Cascardi and O'Leary, 1992) พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง 28 % และมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก 11% นอกจากนั้นเกลีสัน (Gleason, 1993) พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายในบ้านพักชั่วคราวและในชุมชนป่วยด้วยโรค major depression 63 % และ 81% ตามลำดับ และพบสตรีที่ถูกทำร้ายในบ้านพักชั่วคราวและในชุมชน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) 17% และ 34% ตามลำดับ

1.2.4 การคิดสารเสพติดและสุรา ภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายมักเกิดความเครียดและกดดัน เมื่อมีปัญหาการทำร้ายเพิ่มขึ้น ภรรยาจึงหาทางออกโดยการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าและสถานการณ์ความรุนแรง ทั้งนี้ภรรยาจะพึงสิ่งเหล่านี้เป็นเวลานานเนื่องจากคิดว่าจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งทำให้เห็นได้ชัดเจนว่าในภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายจะมีโอกาสติดสุรามากกว่าภรรยาที่ไม่ถูกทำร้าย ส่วนสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้บ่อยคือ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดและยาคลายกังวล นอกจากนั้นมีการคาดการณ์ว่าในอนาคตภรรยาที่ถูกทำร้ายจะมีความเสี่ยงสูงในการติดยาเสพติดและเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยจะพบสตรีที่มีอาการพิษสุราเรื้อรังสาเหตุมาจากการถูกสามีทำร้าย ประมาณร้อยละ 50 (Flicraft & Stark, 1989 cited in Yam, 1995) และเชื่อว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรง (Videbeck, 2001 อ้างถึงในพิสมัย วรรณชาติ, 2550)

2. ผลกระทบทางด้านครอบครัว

ครอบครัวที่มีสมาชิกทำร้ายกันจะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันและเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก มีการคาดคะเนว่าเด็กเร่ร่อนกว่าร้อยละ 50 มาจากครอบครัวแตกแยก (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2541) นอกจากนี้เด็กที่เติบโตมาจากสภาพครอบครัวที่พ่อแม่มีแต่ความขัดแย้งกัน จะทำให้เด็กได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และพัฒนาการ (Baker, 1997) ดังนี้

2.1 ระยะวัยทารก ถือเป็นช่วงวิกฤตเนื่องจากขณะที่มารดาถูกทำร้ายจะพยายามจัดการกับความเครียดของตน ทำให้ไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการของทารกในระยนี้ได้ ดังนั้นด้านพัฒนาการของทารกจะหยุดชะงักเป็นผลมาจากทารกเกิดความเครียด ส่วนทางด้านสุขภาพจิตจะมีสภาพอารมณ์ไม่มั่นคง การสื่อสารกับบิดามารดาไม่ดี เป็นผลทำให้พัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

2.2 ระยะวัยก่อนเรียนและระยะวัยเรียน เด็กจะจัดการความเครียดจากการรับรู้ปัญหาการที่มารดาถูกทำร้ายร่างกายเป็น 2 ลักษณะ คือเก็บกดไว้ภายใน และแสดงออกมาภายนอก การที่เด็กอยู่ในครอบครัวที่มารดาถูกทำร้ายร่างกายบ่อยๆเด็กจะเกิดความรู้สึกนับถือตนเองต่ำ มีความวิตกกังวลและมีความกลัวมากขึ้น ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ทะเลาะวิวาท เด็กอาจถูกบิดาทำร้ายร่างกายร่วมด้วย ทำให้เกิดความสับสนว่าเด็กคนอื่นจะได้รับการลงโทษเช่นเดียวกับตนหรือไม่ นอกจากนี้เด็กมักจะกล่าวโทษว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของบิดา ในขณะที่เดียวกันเด็กอยากหนีออกจากเหตุการณ์เหล่านั้น

2.3 ระยะวัยรุ่น เมื่อครอบครัวมีการแยกทาง หย่าร้าง ผลที่เด็กได้รับคือการแยกจากบิดาหรือมารดาหรือจะต้องจากทั้งบิดามารดาไปอยู่ในความอุปการะของคนอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเสียใจเนื่องจากพลัดพรากกับบุคคลที่เด็กรัก บางคนมีความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาจหนีออกจากบ้านเพราะขาดความอบอุ่นในครอบครัว บางคนมีความคิดในการฆ่าตัวตายเนื่องจากหมดหวังไม่รู้ว่าจะปรับทุกข์กับใคร (วิชา มหาคุณ, 2537) การที่ครอบครัวมีการหย่าร้างเด็กจะมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความปลอดภัยที่ได้รับกับความรู้สึกเสียใจที่ต้องขาดบิดา เด็กมองว่ามารดาควรเอาใจใส่และสร้างความอบอุ่นให้มากกว่านี้ แต่เป็นสิ่งที่ยากที่มารดาจะทำได้เนื่องจากในขณะที่เกิดเหตุมารดาต้องจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการที่เด็กชายพบเห็นบิดาทำร้ายทุบตีมารดาอยู่เสมอ เด็กจะเรียนรู้และซึมซับความรุนแรงโดยกระบวนการอบรมขัดเกลาทางสังคม จากการศึกษาของวราภรณ์ ดวงจันทร์ (2530) ที่ศึกษาความคิดเห็นของเด็กชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง บ้านกรูณา ต่อปัญหาสามีทุบตีทำร้ายภรรยา พบว่าเด็กชายร้อยละ 89 มีความเห็นว่าการใช้

ความรุนแรงด้วยการทุบตีกรรยาตนเองในอนาคตเป็นเรื่องปกติ เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะใช้กับผู้หญิงหรือจำเป็นต้องใช้กำลังหากหมดความอดทน ส่วนการศึกษาในเด็กผู้หญิงของ แลงเลย์ (Langley, 1977 cited in Bullock, Sandella & McFarlane, 1989) พบว่าเด็กผู้หญิงจะสังเกตพฤติกรรมขณะที่มารดาถูกทุบตี และเรียนรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านั้นได้รับการยอมรับ เมื่อเด็กเติบโตขึ้นจึงมีความเชื่อว่าผู้ชายจะต้องทุบตีกรรยา เกิดความฝังใจอาจเกลียดและกลัวผู้ชาย กลัวการแต่งงานหรือการใช้ชีวิตคู่ มุลนิธิผู้หญิง (2532) กล่าวว่านอกจากผลกระทบในเชิงการถ่ายทอดความคิดต่อเด็กในครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบทางพัฒนาการโดยตรงอีก คือ การไม่มีสมาธิในการเรียน หากเด็กต้องติดตามมารดาโดยการหลบหนีออกจากครอบครัว มีผลทำให้ไม่ได้เข้าเรียนตามกำหนด หรือต้องหยุดชะงักในการศึกษาต่อ มีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว หากเด็กถูกทำร้ายทารุณกรรมร่วมด้วย เด็กจะรับรู้และเอาแบบอย่างของผู้ใหญ่มาเป็นแบบฉบับของตนกลายเป็นปมซ่อนเร้น และแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น การหนีออกจากบ้าน การแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย การคบเพื่อนไม่ดี การติดยาเสพติด การมั่วสุม และถูกชักจูงให้กระทำความผิด

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ภรรยาที่ถูกทำร้ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเพศ จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพกายและจิต ทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้การถูกสามีทุบตีทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บตามร่างกาย แขนขาหัก รูปร่างหน้าตาบวมช้ำจนมีลักษณะน่ากลัว ทำให้ภรรยามีความรู้สึกลบถ้อยไม่กล้าไปปฏิบัติงานตามปกติ จึงทำให้ขาดงานและถูกเลิกจ้างงานในที่สุด (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2541) เช่นเดียวกับ Clark(1992) ที่กล่าวว่า การบาดเจ็บที่ร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการทำร้ายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและต้องหยุดงานในช่วงเข้ารับการรักษาพยาบาลและพักฟื้นอีกด้วย นอกจากนี้จากการศึกษาของรังสิมา แต่ไพบูลย์ (2547) พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ ตรวจรักษา ทำแผล เย็บแผล และตรวจทางรังสี รวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเฉลี่ย 5,322.10 บาทต่อการถูกทำร้าย 1 ราย

4. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

จากการที่เด็กมาจากครอบครัวที่แตกแยก เด็กมีความกดดันทางด้านจิตใจ ดังนั้นการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางด้านจิตใจจึงเป็นไปได้ในทางที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหามากมายในสังคม สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ และเสียค่าใช้จ่ายของประเทศอย่างมาก เนื่องจากการดูแลสุขภาพและแก้ไขพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูจิตใจผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ และครอบครัว ต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันของนักวิชาชีพหลายสาขา และต้องใช้ระยะเวลานาน (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2541) ใน

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าต้องใช้จ่ายเงินเกี่ยวกับสุขภาพในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง ประมาณ 44.4 ล้านดอลลาร์ต่อปี และสูญเสียเงินทางอ้อมจากการขาดงานประมาณ 175,500 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Mcleer, 1989 cited in Moss, 1991) นอกจากนี้รัฐบาลต้องเพิ่มเงินสนับสนุนให้แก่หน่วยงานทางด้านกฎหมาย ตำรวจ เรือนจำ โรงพยาบาล และหน่วยให้คำปรึกษา โดยประมาณว่ามีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 998,000 คน พบในแผนกฉุกเฉิน 28,700 คน มีแพทย์ผู้ทำการรักษา 39,900 คน เสียค่ารักษาทั้งสิ้นประมาณ 44 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Warshaw, 1989 cited in Richards, 1995) ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจทั้งตัวสตรีและประเทศชาติเป็นอย่างมาก

2.1.3 การถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้ข้อสรุปตรงกันว่าผลของการถูกสามีทำร้ายจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่นำไปสู่การสูญเสียของบุคคล ครอบครัวและสังคม จึงได้มีความพยายามจากหลายฝ่ายในการหาวิธีการลดการเกิดผลลัพธ์ โดยเฉพาะการลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

2.1.3.1 การถูกทำร้ายซ้ำในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

สตรีที่เคยถูกสามีทำร้ายครั้งแรกแล้ว มีโอกาสสูงมากที่จะถูกทำร้ายครั้งต่อไป ซึ่งอธิบายการเกิดเหตุการณ์รุนแรงซ้ำด้วยวงจรของความรุนแรงในครอบครัว (cycle of violence) โดยเป็นวงจรระหว่างความตึงเครียด การต่อสู้ การตอบโต้ และกลับสู่ความหวานชื่น วนเวียนอยู่เช่นนี้ (Carsons & Arnold, 1996 อ้างถึงใน กฤตยา แสงเจริญ, 2545) จากการศึกษาในสตรีจำนวน 400 คนที่ถูกทำร้าย และได้อธิบายขั้นตอนของวงจรการถูกทำร้ายรุนแรง (Walker, 1979 อ้างถึงใน เบญจพร ปัญญา, 2546) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนตามลำดับดังนี้

ระยะสร้างความตึงเครียด (Tension, Build-up phase)

ระยะรุนแรง (Acute phase, serious battering incident)

ระยะหวานชื่น (Honeymoon phase, calm or reconciliation phase)

โดยช่วงเวลาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นจะมีช่วงระยะเวลายาวนานแตกต่างกันไป จะวนเวียนอยู่ในวงจรทั้ง 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะสร้างความตึงเครียด (Tension, Build-up phase) โดยฝ่ายชายสร้างความตึงเครียด ซึ่งเป็นความรุนแรงเล็กน้อย เช่น การแสดงความโกรธ การตำหนิ กดดันให้ภรรยาทำตามที่ตนเองคาดหวัง พยายามควบคุมพฤติกรรมภรรยาทั้งที่บางครั้งพฤติกรรมของตนเองไม่เหมาะสม ในขณะที่ฝ่ายหญิงมองว่าไม่เป็นปัญหารุนแรง หรือตำหนิว่าสาเหตุเกิดจากตนเองหรือปัจจัยภายนอก จึงพยายามที่จะทำให้สามีพอใจ โดยเชื่อว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อภรรยาพยายาม

ซ่อนความกลัว สามีกลับถือว่าการต่อต้านหรือยังได้ใจ ภรรยาไม่กล้าขอความช่วยเหลือโดย กลายเป็นความรุนแรงในที่สุด ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี อาจแสดงอาการ ทางร่างกายเมื่อไปรับบริการ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง ตัวสั่น เบื่ออาหาร และ/หรือมี อาการซึมเศร้า ดังนั้นผู้ให้บริการต้องคัดกรองอาการเหล่านี้ออกจากปัญหาทางกายให้ได้ จึงจะตัด วงจรความรุนแรงได้

2. **ระยะรุนแรง (Acute phase, serious battering incident)** มีการทำร้ายร่างกาย ซึ่งอาจ มีปัจจัยภายนอกสนับสนุน ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองของผู้ชาย เช่น มีการใช้สารเสพติด หรือ มีความเครียดสูง ผู้หญิงอาจได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือรุนแรง อาจมาับการรักษาหรือแจ้งตำรวจ ถ้าระบบบริการไม่มีความพร้อมในการดูแลอาจใช้วิธีการใกล้เคียง ซึ่งเมื่อกลับบ้านอาจเกิดความ รุนแรงมากกว่าเดิม เนื่องจากสามีโกรธที่ภรรยาเปิดเผย หรือแจ้งความ ระยะนี้เป็นระยะวิกฤตต่อ ภรรยา ถ้าต้องการตัดวงจรความรุนแรง ผู้หญิงอาจต้องออกจากบ้านชั่วคราวและหาแหล่งปลอดภัย อาศัยอยู่ก่อน ผู้หญิงจำนวนมากอาจเกิดความอาย รู้สึกเสียศักดิ์ศรี ซึมเศร้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ แม้จะไปรับบริการด้านสุขภาพแต่ไม่กล้าพูดความจริง

3. **ระยะหวานชื่น (Honeymoon phase, calm or reconciliation phase)** เริ่มจากทั้งคู่ แก้ปัญหาความตึงเครียดชั่วคราว สามีมีท่าทีสุภาพ ทำตัวน่ารัก อ้างว่าทำเพราะรักหรือหึงหวง ขอโทษในสิ่งที่ผ่านมา พร้อมสัญญาว่าจะไม่ให้เกิดขึ้นอีก ให้ของขวัญ ในที่สุดภรรยายินยอมคืนดี และมีเพศสัมพันธ์ด้วย อย่างไรก็ตามมักเป็นเพียงระยะสั้นๆ หลังจากนั้นจะกลับสู่ความตึงเครียด ใหม่ ผู้ให้การดูแลควรให้ความรู้เกี่ยวกับวงจรของความรุนแรงต่อสตรี แต่ระยะนี้ผู้หญิงอาจไม่ ยอมรับข้อมูลเนื่องจากสัมพันธภาพที่สงบ และผู้หญิงเชื่อว่าเหตุการณ์จะไม่เกิดขึ้นอีก

สรุปได้ว่า วงจรความรุนแรงมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการสร้างความตึงเครียดในการครอง ชีวิตคู่หรือแรงกดดันขึ้นในครอบครัว ขั้นตอนการทำร้ายทุบตีรุนแรงขึ้นและไม่สามารถยับยั้งหรือ ควบคุมการกระทำของตนเองได้ และขั้นตอนช่วงหวานชื่น เป็นพฤติกรรมที่ทั้งคู่แสดงความรักและ อ่อนโยนต่อกัน ผู้กระทำแสดงความรู้สึกเสียใจสำนึกผิด มีการขอโทษ ให้ของขวัญ ปลอบใจพร้อม ทั้งให้คำมั่นสัญญา เมื่อผ่านช่วงนี้ไปแล้วความตึงเครียดในครอบครัวก็เริ่มก่อตัวขึ้นอีก วงจรของ ความรุนแรงก็เริ่มต้นใหม่อีกครั้งโดยเพิ่มความถี่และความรุนแรงมากขึ้น

วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์ (2543) ศึกษาประสบการณ์การถูกทำร้าย และความต้องการ การช่วยเหลือของภรรยาที่ถูกสามีทำร้าย พบว่า สาเหตุเกิดจากความขัดแย้งที่ภรรยาไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการของสามีเมื่อถูกทำร้ายครั้งแรกที่เหตุการณ์ไม่รุนแรง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสับสน และเสียใจ แต่ถ้าถูกทำร้ายอย่างรุนแรงหรือถูกทำร้ายซ้ำ ความรู้สึกจะเปลี่ยนเป็นเจ็บใจ แค้นใจ และ โกรธ อย่างไรก็ตามความรู้สึกดังกล่าวก่อนจะค่อย ๆ ลดลง เมื่อเวลาผ่านไปโดยไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และ

สามีให้สัญญาว่าจะไม่ทำร้ายอีก ส่วนการจัดการกับปัญหาหลังถูกทำร้ายมี 3 วิธี คือ แก้ปัญหาด้วยตนเอง บอกเรื่องราวกับบุคคลอื่น และแจ้งบุคคลอื่นที่มีอำนาจเหนือกว่าเพื่อให้อำนาจจัดการกับปัญหา ทั้งนี้การเลือกใช้วิธี การใด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการถูกทำร้าย แหล่งให้ความช่วยเหลือ และผลลัพธ์ของวิธีแก้ ปัญหาที่เคยปฏิบัติ สำหรับความต้องการการช่วยเหลือภายหลังถูกทำร้าย ได้แก่ ความต้องการด้านความปลอดภัย ด้านกำลังใจ ความเห็นใจ ด้านความเป็นอิสระ ด้านกฎหมาย และด้านคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ในการแก้ไขปัญหของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ถ้าสตรีเหล่านี้สามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ หรือมีแนวทางในการจัดการกับปัญหา เช่น การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ การขอคำปรึกษาจากครอบครัวหรือเพื่อน สตรีเหล่านี้จะสามารถหลุดพ้นจากวงจรของความรุนแรงได้ แต่ถ้าสตรีเหล่านี้ยังไม่มีหนทางที่จะแก้ไขปัญห หรือได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม จะนำไปสู่การถูกทำร้ายที่รุนแรงมากขึ้น (re-abuse) จนสามารถนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า (depression) และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรี (quality of life) ได้

กลยุทธ์โดยทั่วไปในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เพื่อป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำ ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคม เช่น การจัดหาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (ที่พักชั่วคราว) การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และการช่วยเหลือทางอารมณ์ คาสโลว์ และคณะ (Kaslow, et al, 1998) ศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามถ้าได้รับการช่วยเหลือทางสังคมสูงกว่า พบว่าจะช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และถูกทำร้ายซ้ำลดลง

2.1.3.2 อาการซึมเศร้าในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

อาการซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติในชีวิตประจำวัน เป็นความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมทำให้มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ถ้าอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นในระดับรุนแรงและเกิดระยะยาวนานมากกว่า 2 อาทิตย์ จะส่งผลทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ การงาน การเรียน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรุนแรงจนมีพฤติกรรมที่ผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ อาการซึมเศร้ามีการแสดงออกที่หลากหลาย สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000; Sand, 2001) ได้กำหนดลักษณะที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. ด้านชีวภาพ (biological) ลักษณะที่แสดงออก ได้แก่ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงการนอน นอนมากหรือนอนไม่หลับ หลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง

2. ด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิด (cognitive) จะพบความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง ลดคุณค่าของตนเอง ต่ำหนີใส่ร้าย โกรธ มองโลกในแง่ร้าย ไร้ความสามารถ ความคาดหวังล้มเหลวหรือถูกลดโทษ

3. ด้านอารมณ์ (affective / mood) เป็นความรู้สึกเศร้า ปฏิเสธ ทุกข์ทรมาน ความสนใจลดลง

4. ด้านพฤติกรรม (Behavior) มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ร้องไห้บ่อย แยกตัวเอง

สาเหตุที่ทำให้สตรีที่ถูกสามีทำร้าย เกิดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย

- ความเครียด (stress) การที่สตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย ถือเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างหนึ่งในชีวิต ตามแนวคิดทฤษฎีของ ลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวว่า สถานการณ์ความเครียดนำไปสู่การประเมินตัดสินได้เป็น 3 แบบ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นการคุกคามชีวิต และ 3) เป็นสิ่งท้าทาย สำหรับเหตุการณ์การถูกสามีทำร้าย สตรีส่วนใหญ่จะประเมินตัดสินว่าเป็นการสูญเสีย เป็นอันตราย และเป็นสิ่งคุกคามชีวิต ภรรยาที่ถูกทำร้ายร่างกาย ไม่เพียงแต่จะเกิดความหวาดกลัวว่าตนจะถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงเท่านั้น ถ้าภรรยาเหล่านี้มีบุตร อาจกลัวว่าบุตรและญาติจะไม่ได้ได้รับความปลอดภัยด้วย การถูกทำร้ายในครั้งแรกภรรยาจะมีความรู้สึกช็อก ตกใจ เสียใจ หวาดกลัว การตอบสนองทางอารมณ์ของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย หรือการประเมินตัดสินเหตุการณ์การถูกทำร้ายนั้นๆ

- ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) สามีจะใช้ความรุนแรงในการควบคุมภรรยา โดยจะแสดงออกในลักษณะการทำร้ายร่างกาย จิตใจ และการข่มเหงทางเพศ ภรรยาที่ถูกสามีทำร้ายจะพยายามหาวิธีที่จะออกจากการควบคุมและหลุดพ้นจากวัฏจักรความรุนแรง แต่ถ้าไม่สามารถที่จะหลุดพ้นได้ ภรรยาจะเกิดความรู้สึกหมดหนทาง สิ้นหวังในที่สุด (Baker, 1997)

- การกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตน (guilty) ภรรยาบางรายยอมอดทนต่อการถูกทำร้าย และมักกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตน โดยมีความเชื่อว่าหากตนเองไม่มีความอดทนจะเป็นต้นเหตุทำให้ครอบครัวล้มเหลว ดังนั้นจึงพยายามปกปิดการถูกทำร้ายเนื่องจากมีความรู้สึกอับอาย ในขณะที่สามีคิดว่าพฤติกรรมที่ตนแสดงนั้นเป็นวิธีการทำโทษภรรยาที่กระทำผิด โดยไม่ได้ระลึกถึงว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน (Baker, 1997)

จากการศึกษาของ ฮอสแคมป์และฟอยด์ (Houskamp & Foy, 1991) พบว่าผลต่อเนื่องที่ตามมาของสตรีที่ถูกทำร้ายทางด้านจิตใจ หรือถูกทำร้ายด้านร่างกายร่วมด้วย คือ ภาวะความเครียดหลังจากถูกทำร้าย (Posttraumatic stress disorder) และพบอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) จากการศึกษา ของคาสคาร์ดี และโอเลียรี่ (Cascardi & O'Leary, 1992) พบว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้าย บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและจะซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆถ้าถูกพบตีเป็นประจำ แกรนดิน

(Grandin, 1998) ศึกษาผลของความขัดแย้งในคู่อกรง 562 คู่ ต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในกลุ่มอาการความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ถูกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจเพียงด้านเดียวและผู้ที่ถูกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายทั้งเพศชายและเพศหญิง มีคะแนนด้านความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ถูกระทำรุนแรง และเพศหญิงมีรายงานข้อมูลความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

สตรีที่ถูกสามีทำร้ายมักจะถูกแยกออกจากสังคม เช่น ถูกสามีห้ามไม่ให้ติดต่อกับพ่อแม่ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนฝูง สามีบังคับให้ออกจากการทำงานอาชีพและมาเป็นแม่บ้าน นอกจากนั้นการที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายทำให้สตรีรู้สึกอับอายขายหน้าผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เป็นคนไร้ค่า ไม่อยากพบปะผู้คนซึ่งนำไปสู่การขาดการสนับสนุนทางสังคม และก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งอาการซึมเศร้าในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของสตรีในที่สุด (Cascardi and O'Leary, 1992 ; Holzworth-Munroe, Smutzler, and Sandin, 1997) ดังนั้นการมีแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนในชุมชน จะช่วยให้สตรีที่ถูกสามีทำร้าย สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในด้านต่างๆตามความต้องการของสตรีแต่ละคนได้ และจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้

2.1.3.3 คุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

คุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้างและซับซ้อน การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา

คุณภาพชีวิต เป็นความผาสุกที่เราารู้ได้ด้วยตัวเอง คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกพอใจโดยรวมที่บุคคลมีประสบการณ์ต่อโลกของเขา มโนทัศน์ของคุณภาพชีวิตในการศึกษาคครั้งนี้เป็นคำที่มีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าความพึงพอใจในชีวิต ความมีอิสระทางการเงิน ความผาสุกทางใจ ความสามารถในการลิจิตตนเอง และความมีอิสระในตนเอง การพัฒนาและความสมบูรณ์สูงสุดของบุคคล ความผาสุกทางกายภาพและสิ่งของเครื่องใช้ สิ่งสำคัญที่สุดคือความกลมกลืนกันระหว่างแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ กับความต้องการที่บุคคลนั้นเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในอันดับต้นๆของเขา (Diener & Fujita, 1995)

ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เหตุการณ์รุนแรงที่ถูกกระทำบ่อยๆ ย่อมทำให้สตรีเหล่านี้เกิดการบาดเจ็บทางกาย หรือมีภาวะทุพพลภาพได้ มีความเครียดในระดับสูงและในบางรายอาจมีอาการ

ซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ การให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายให้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและแหล่งทรัพยากรในชุมชน จะช่วยเป็นปัจจัยปกป้องจากการถูกทำร้ายซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ดิเนอร์และฟูจิตะ (Diener & Fujita, 1995) พบว่า คุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายมีความสอดคล้องกันระหว่างการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่เป็นไปได้และลำดับความสำคัญและเป้าหมายของสตรีแต่ละคน ซึ่งถ้าสามารถตอบสนองตามความต้องการของสตรีแต่ละรายได้ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของสตรีนั้นดีขึ้น

2.1.4 การพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือแก่สตรีในการยุติความรุนแรงตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่ง เดวีร์, ไลอออน และ มอนติ-คาทานียา (Davies, Lyon & Monti-Catania, 1998) อธิบายว่า การพิทักษ์สิทธิคือการที่บุคคลมีการตอบสนองโดยตรงในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยสตรีเหล่านั้นในการหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการช่วยเหลือของพวกเขา The Advocacy Institute (2004 cited in Tahan, 2005) ให้ความหมายของการพิทักษ์สิทธิ ว่าเป็นการชักจูง โน้มน้าว จูงใจบุคคลให้ได้รับ สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ที่เขาต้องการ ซึ่งระดับของการพิทักษ์สิทธิสามารถแบ่งออกได้ 4 ระดับคือ

1. การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ (Client advocacy) หรือการพิทักษ์สิทธิรายบุคคล เป็นระดับที่ปฏิบัติง่ายและมีผลกระทบน้อยที่สุด ส่วนใหญ่จะใช้ในการให้บริการประจำวัน อาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. การพิทักษ์สิทธิในระดับองค์กร (Organizational advocacy) หรือการพิทักษ์สิทธิในการบริการ เกี่ยวข้องกับการเพิ่มประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของการให้บริการ หรือระบบงาน มีความซับซ้อนปานกลาง มุ่งเน้นการปฏิบัติเชิงรุกเพื่อปัญหาหรือขยายบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การพิทักษ์สิทธิในระดับชุมชน (Community advocacy) หรือการพิทักษ์สิทธิระดับประชากร (population advocacy) ใช้ในการจัดบริการกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขององค์กร มีความซับซ้อนระดับปานกลางถึงสูง เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเชิงรุกเพื่อเพิ่มสุขภาวะของชุมชน เช่น การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกในชุมชนของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพของประชากรในพื้นที่ มีขอบเขตการบริการกว้างและมีความท้าทายต่อการนำสู่การปฏิบัติ

4. การพิทักษ์สิทธิในระดับนโยบาย (Global advocacy) หรือระดับชาติ (National advocacy) มีขอบเขตรอบคลุมระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของ

ประชาชนโดยรวม มีความซับซ้อนสูงทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการสุขภาพ

การช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรูปแบบการบำบัด 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) Cognitive Trauma Therapy และ 2) Advocacy Program และจากการศึกษารูปแบบการบำบัดทั้งสองรูปแบบนี้ พบว่าการบำบัดด้วย Cognitive Trauma Therapy เป็นการบำบัดที่ใช้กับสตรีที่มีอาการของโรค posttraumatic stress disorder และมีวัตถุประสงค์ที่จะเลิกกับสามีอย่างเด็ดขาด ส่วน Advocacy Program เป็นโปรแกรมที่ใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการและความจำเป็นของสตรีแต่ละคน โดยสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเหล่านี้อาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับสามีก็ได้ ซึ่งจากการปฏิบัติงานในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี พบว่าสตรีส่วนมากยินดีจะกลับไปอยู่กับสามีดังเดิม ดังนั้นโปรแกรมนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิสตรีที่ถูกสามีทำร้าย พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1991 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength – based services) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีชื่อเสียงมากกว่า 10 ปี เป็นการเข้าถึงหรือการช่วยเหลือปัจเจกบุคคลและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาความยากลำบากในชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ได้นำมาใช้ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1960 (Saleebey, 1997) ซึ่งการแทรกแซงช่วยเหลือ (intervention) ใช้แนวคิดของจิตวิทยาชุมชนที่มุ่งเน้นการจัดความทุกข์ยากลำบากที่เกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคล และมองความเข้มแข็งในด้านต่อไปนี้

1. ปัจเจกบุคคลมีความสามารถทางปัญญา มีความรู้ มีความสามารถที่จะช่วยให้ตนเองผ่านพ้นความยากลำบากไปได้
2. บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งสามารถประสบความสำเร็จได้แม้ว่าจะประสบกับเหตุการณ์เลวร้าย

ปรัชญาเหล่านี้ ถูกนำมาใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ โดยการเพิ่มความสามารถทั่วไป ความสามารถทางปัญญา และความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ทำให้ความต้องการของปัจเจกบุคคล ได้รับการตอบสนองจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพทางด้านโอกาสในการเข้าถึง และการใช้ทรัพยากร การเข้าถึงบริการและโอกาสอื่นๆ

กระบวนการของการดำเนินโปรแกรม

กรอบแนวคิดพื้นฐานของการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน ได้นำมาเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อให้สหวิชาชีพได้นำไปใช้ตามแนวทางดังต่อไปนี้ (Fairweather & Tornatzky, 1977; Powell, Batsche, Ferro, Fox & Dunlap, 1997)

1. โปรแกรมเน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี ไม่เน้นที่ความบกพร่องของครอบครัว
2. โปรแกรมเน้นสตรีเป็นศูนย์กลาง โดยดำเนินการช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่ามี ความสำคัญสำหรับเธอ
3. โปรแกรมมุ่งเน้นที่ทำให้ชุมชนตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของ สตรีที่มากขึ้นกว่าเดิม
4. โปรแกรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวในระยะยาวในระดับสูงสุด ภายใต้ ความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และถ่ายทอดทักษะและความรู้ให้แก่สตรีก่อนจะยุติการช่วยเหลือ

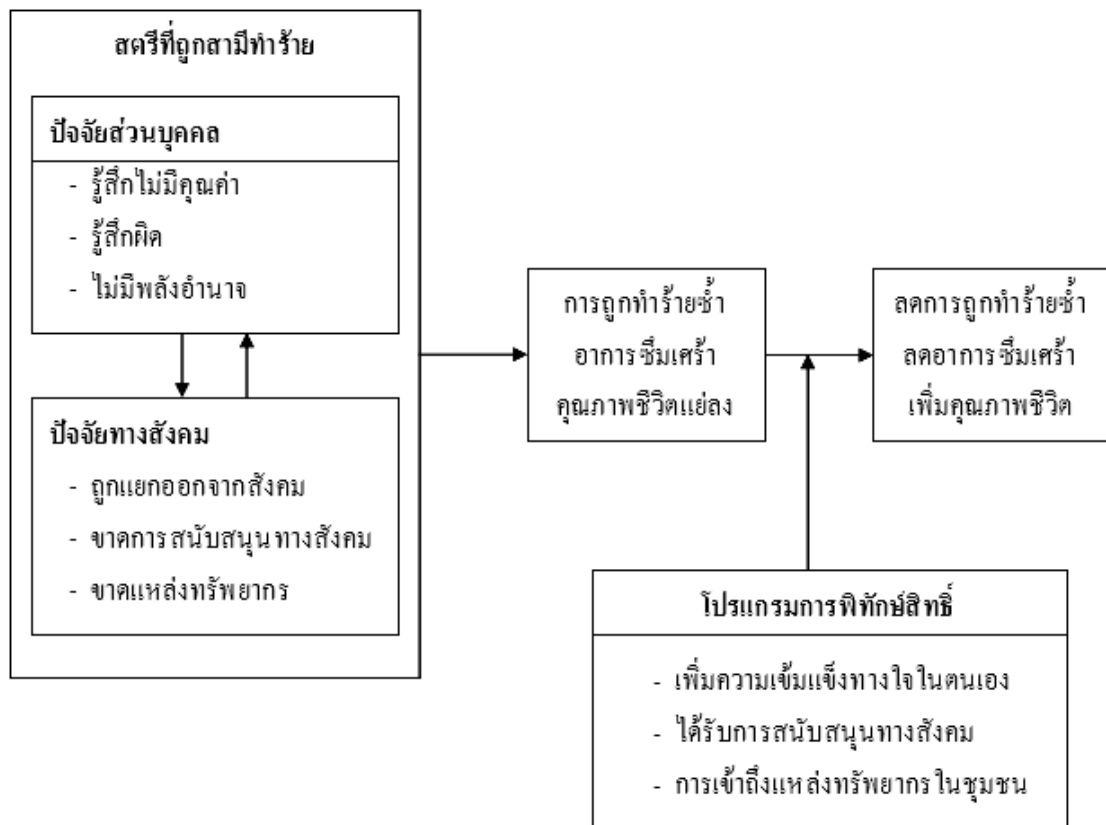
Sullivan (2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในชุมชนขึ้น (Community Advocacy Project) เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ออกจากบ้านพักชั่วคราวโดยมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือตาม ความต้องการของสตรีแต่ละคนซึ่งจากการศึกษาของ ซัลลิแวนและเดวิดสัน (Sullivan and Davidson, 1991), ซัลลิแวน, แทน, บาस्ता, รัมพ์และเดวิดสัน (Sullivan, Tan, Basta, Rumptz and Davidson, 1992), ซัลลิแวน, แคมเบล, แองเจลิค, อีบาย และเดวิดสัน (Sullivan, Campbell, Angelique, Eby & Davidson] 1994) ซัลลิแวน และบายบี้ (Sullivan and Bybee, 1999) และซัลลิแวน (Sullivan, 2003) ได้นำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมาใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมผู้หญิงมี อาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง 33.3 % ไม่พบอาการซึมเศร้า 17 % หลังได้รับโปรแกรม พบผู้หญิง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงลดลงเหลือ 12 % ไม่พบอาการซึมเศร้าจำนวน 42 % และพบว่าสตรีที่ ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการติดตาม 6 เดือน และ 2 ปี พบว่า สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ได้มากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมนี้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม และลดการถูกทำ ร้ายซ้ำ

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จึงเป็นการกระทำที่ มุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุน หรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันของ สตรีที่ถูกสามีทำร้ายและตอบสนองความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างเหมาะสมตามสิทธิที่ พึงมีพึงได้ โดยสอดคล้องการพิทักษ์สิทธิในกิจกรรมทุกขั้นตอนของกระบวนการให้การพยาบาล สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ ผลที่ตามมาคือช่วยลดการถูกทำ ร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้สตรีเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 กรอบแนวคิดของการศึกษา

การที่สตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย ถือเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างหนึ่งในชีวิต ผลกระทบต่อสตรีทางด้านร่างกายอาจได้รับการบาดเจ็บ เช่น มีบาดแผลเล็กน้อย หรือบาดเจ็บรุนแรง ทางด้านจิตใจ สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่จะขาดความเข้มแข็งทางใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด ขาดพลังอำนาจในตนเอง ถูกแยกออกจากสังคม หรือถูกขัดขวางไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ในชุมชนของตนเอง สามีห้ามติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (เช่น ครอบครัว เพื่อน) นอกจากนี้ การที่สตรีต้องพึ่งพาสามีในด้านต่างๆ เช่น การพึ่งพาการเงิน การขาดแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการขาดการสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ ทำให้สตรีเหล่านี้ถูกทำร้ายซ้ำๆ ถ้าสตรีเหล่านี้ยังไม่มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม จะนำไปสู่การถูกทำร้ายซ้ำที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีแย่ลงได้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ เป็นโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างให้สตรีเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในตนเอง สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาตนเองในด้านการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม และบรรเทาภาระต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น การดูแลบุตร ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ทำให้สตรีมีทักษะในการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีทักษะทางสังคม มีพลังอำนาจในตนเอง และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ กำลังใจ ที่เอื้อต่อการประเมินตัดสินใจ เหตุการณ์ใหม่ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ การประเมินปัญหา การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา การประเมินผลการปฏิบัติการ การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล และการสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งจะช่วยให้สตรีเหล่านี้ได้รับความปลอดภัย หลุดพ้นออกจากวงจรของความรุนแรงในครอบครัว ลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้



กรอบแนวคิดของการศึกษา

บทที่ 3

การดำเนินการ

ขั้นตอนและวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ในปัจจุบันการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายและนำมาใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพของการให้บริการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบูรณาการความรู้จากงานวิจัยร่วมกับความชำนาญทางคลินิกของพยาบาล และการคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยประกอบการตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดในบริบทของผู้ป่วย รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีหลายรูปแบบ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติและเน้นที่การพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ ซุคัพมี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. การสืบค้นปัญหา (Evidence-trigger phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 ทางคือ

1.1 จากปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (Practice triggers) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในการปฏิบัติงาน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) ที่ได้จากการติดตามงานวิจัย หรือการสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งจะเป็นเบื้องต้นที่ให้แนวคิดในการพัฒนางานและการสรุปประเด็นปัญหา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระยะต่อไป

ระยะที่ 2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) เป็นการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น งานวิจัย แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีผู้สร้างไว้ ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์คุณภาพ สังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยที่ค้นได้ทั้งหมดเพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้ต่อไป

ระยะที่ 3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ระยะที่ 4. การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในครั้งนี้ได้ดำเนินการถึงระยะที่ 3 ตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของชูชีพ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสืบค้นปัญหา (Evidence-trigger phase)

การสืบค้นปัญหาจากประสบการณ์ในการทำงาน (Practice triggers)

ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี จัดตั้งขึ้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2545 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) โดยกลุ่มงานจิตเวช เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คนรับผิดชอบการปฏิบัติงานในเวลาราชการ และมีทีมสหวิชาชีพร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ สำหรับผู้ศึกษารับผิดชอบการปฏิบัติงานในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีมาตั้งแต่ปี 2549 ซึ่งจากสถิติ รายงานประจำปีของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยสถิติย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี 2548 มีจำนวน 54 ราย จากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 61 ราย คิดเป็น 88.52 % ในปี 2549 จำนวน 96 ราย จากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 101 ราย คิดเป็น 95.04% และในปี 2550 จำนวน 96 ราย จากสตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายทั้งหมด 100 ราย คิดเป็น 96.00% ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บทางกายจากแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อมายังศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี เพื่อให้คำปรึกษาและประทับประคองจิตใจก่อนกลับบ้าน ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น กระดูกแขน ขาหัก ข้อเคลื่อน แพทย์จำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาอาการเหล่านั้นก่อน หลังจากนั้นพยาบาลประจำตึกจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีทราบ เพื่อติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ จนกระทั่งอาการทุเลาและกลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีการหมุนเวียนบุคลากรซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพมาปฏิบัติงานที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี นอกเวลาราชการ เช่น นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลายจากการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน ทำให้ผลลัพธ์ของการบริการไม่ได้มาตรฐานและแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวสตรีที่ถูกสามีทำร้ายและครอบครัว

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายจำนวน 15 คน และประเมินภาวะทางด้านจิตใจโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 13 ราย คิดเป็น 86.67% และในจำนวนนี้พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 3 ราย คิดเป็น 20% และจากการพูดคุยพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ เสียใจ บางคนรู้สึกหวาดกลัว กังวลถึงชีวิตในอนาคต รู้สึกว่าตนเองไม่มีทางออก ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือ

จากการประชุมในทีมสหวิชาชีพ บุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและให้บริการแก่ผู้มารับบริการ ได้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีที่มารับบริการแต่ละราย

จากปัญหาดังกล่าวทำให้เห็นผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ เช่น สตรีเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ เสี่ยงต่อความพิการ หรือเสียชีวิตจากการกระทำที่รุนแรงมากขึ้น เสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการโทรศัพท์ติดตาม 1 เดือนหลังสตรีเหล่านี้ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว จำนวน 20 คน พบว่า 18 คนกลับไปอยู่กับสามีตามเดิมเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ สงสารลูก ไม่ต้องการให้ครอบครัวแตกแยก ไม่มีรายได้ และอายุเพื่อนบ้าน ส่วนอีก 2 คน กลับไปอยู่บ้านของตนเองเนื่องจากไม่ได้จดทะเบียนสมรส และไม่มีลูกด้วยกัน และในจำนวนนี้มี 5 คนที่ถูกทำร้ายซ้ำ แต่ไม่รุนแรงมากจนต้องมารับบริการในโรงพยาบาล เช่น การตบ หรือทำร้ายด้วยวาจา นอกจากนี้ยังรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกชีวิตไม่มีความสุข ประกอบกับในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข จะต้องแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยจากการกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ตามมาตรา 5 ซึ่งกล่าวว่า “ผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว หรือผู้ที่พบเห็นหรือทราบการกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว มีหน้าที่ต้องแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

การแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง เมื่อได้กระทำโดยสุจริต ย่อมได้รับความคุ้มครองและไม่ต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่ง ทางอาญา และทางปกครอง”

จากปัจจัยกระตุ้นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาไว้ในหน่วยงาน

1.2 การสืบค้นปัญหาจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers)

การค้นคว้าจากงานวิจัยต่างๆ ร่วมกับการศึกษาดำรง บทความทางวิชาการ พบว่า การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัวและสังคม ผลกระทบทวนรูปแบบการบำบัดสตรีที่ถูกสามีทำร้าย พบว่ามีรูปแบบการบำบัด 2 รูปแบบ ได้แก่

1) Cognitive Trauma Therapy และ 2) Advocacy Program จากรูปแบบการบำบัดทั้งสองรูปแบบนี้ ผู้ศึกษาได้พิจารณาข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนที่จะเลือกใช้ โดยต้องพิจารณาทั้งประสิทธิภาพของโปรแกรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดด้วย Cognitive Trauma Therapy มีข้อจำกัดว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมจะต้องมีอาการของ posttraumatic stress disorder และมีวัตถุประสงค์ที่จะเลิกกับสามีอย่างเด็ดขาด ส่วน Advocacy Program เป็นโปรแกรมที่ใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกทำร้ายโดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของสตรีแต่ละคน โดยสตรีเหล่านี้อาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับสามีก็ได้ จากการศึกษาของ Sullivan (2003) พบว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มีอาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงแหล่งบริการในชุมชนได้ตรงตามความต้องการ และมีประสบการณ์จากการถูกทำร้ายช้าน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เป็นการกระทำที่มุ่งเน้นการส่งเสริม สนับสนุน หรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และตอบสนองความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างเหมาะสมตามสิทธิที่พึงมีพึงได้ โดยสอดแทรกการพิทักษ์สิทธิ์ในกิจกรรมทุกขั้นตอนของกระบวนการให้การพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

จากประสบการณ์ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายประกอบด้วยความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ 11 ด้าน ได้แก่ บ้านพักชั่วคราว สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น การศึกษา การฝึกอาชีพ การดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่าย แหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือทางกฎหมาย การช่วยเหลือทางการเงิน การดูแลลูก และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลูกและอื่นๆ ซึ่งสตรีแต่ละคนอาจมีความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป การพิทักษ์สิทธิ์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายเท่านั้น แต่รวมไปถึงการช่วยเหลือในทุกๆด้านที่สตรีเหล่านี้ต้องการ เพื่อให้สตรีเหล่านี้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมและเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบและผลลัพธ์ที่ตามมาของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย รวมทั้งมีความรู้ใหม่ในการนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มาใช้ ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระเป็นส่วนใหญ่ และมีจำนวนมากพอที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase)
เพื่อสนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้หลักฐานที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุดทั้งในด้านกลุ่มประชากร แหล่งที่ทำการศึกษาและวิธีปฏิบัติ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. แนวทางการสืบค้น (Searching Strategy)

เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้

1.1 Population : Key Word ที่ใช้ คือ Battered women, abusive partners, women with abusive partners

1.2 Intervention : Key Word ที่ใช้ คือ advocacy intervention program , advocacy program , advocacy intervention

1.3 Comparison Intervention -

1.4 Outcome : Re-abuse, Depression, Quality of Life

2. ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆดังนี้

2.1 การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ได้แก่ www.Guidelines.gov, www.Joannabriggs.edu.au, www.Cochrane.org, CINAHL, Blackwell synergy, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Ovid

2.2 Hand search

2.3 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

3. เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

- 3.1 การกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (Inclusion Criteria) มีดังนี้
- เป็นงานในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)
 - ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปีค.ศ.1991- ค.ศ. 2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ดังนี้

ระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)
ระดับ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)
ระดับ 3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trial)
ระดับ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (case-control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง
ระดับ 5	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่รวบรวมจากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย
ระดับ 6	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย 1 เรื่อง
ระดับ 7	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (opinion from respected authorities) หรือการรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reports of expert committees)

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (Assessment of Included Studies)

จากขั้นตอนการสืบค้น ทำให้สามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาสังเคราะห์ได้จำนวน 14 เรื่อง แต่เป็นงานวิจัยที่เป็นเรื่องเดียวกันในบางฐานข้อมูล ดังนั้น จึงนำงานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลเพื่อสังเคราะห์ จำนวน 9 เรื่อง ดังนี้

ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
1. Prevention and Treatment of Violence Against Women : Systematic Review and Recommendations (MacMillan, H. L. & Wathen, C. N., 2001)	การทบทวนงานวิจัย อย่างเป็นระบบ (Systematic review)	1
2. The Provision of Advocacy Services to Women Leaving Abusive Partners : An Examination of Short – Term Effects (Sullivan, C. M. & Davidson, W. S., 1991)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
3. An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Initial Evaluation (Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. & Davidson, W. S., 1992)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
4. An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-up (Sullivan, C. M., Campbell, R., Angelique, H., Eby, K. K., & Davidson, W. S., 1994)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
5. Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners (Sullivan, C. M. & Bybee, D. I., 1999)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
6. The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time (Bybee, D. I. & Sullivan, C. M., 2002)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2

ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย
7. Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women (Sullivan, C. M., 2003)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
8. Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need for Comprehensive Advocacy (Allen, N. E., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M., 2004)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2
9. Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program (Bybee, D. I., & Sullivan, C. M., 2005)	เชิงทดลองและมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT)	2

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด 9 เรื่องเป็นงานวิจัยในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) จำนวน 8 เรื่อง

แนวทางการประเมินการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550) มีดังนี้

1. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเน้นที่ปัญหาทางคลินิกใช่หรือไม่
2. เกณฑ์ในการเลือกบทความวิจัยเพื่อการทบทวนอย่างเป็นระบบมีความเหมาะสมหรือไม่
3. งานวิจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องมีขาดหายไปบ้างหรือไม่
4. งานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบมีการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือหรือไม่
5. การประเมินคุณภาพของงานวิจัยใช้กลุ่มบุคคลประกอบการตัดสินใจใช่หรือไม่
6. การวิจัยแต่ละเรื่องให้ผลคล้ายคลึงกันใช่หรือไม่
7. ผลของการทบทวนงานวิจัยได้ผลอย่างไร
8. ผลของการทบทวนงานวิจัยให้ผลเที่ยงตรงเพียงไร
9. ผลของการทบทวนงานวิจัยสามารถประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่
10. ผลของการทบทวนงานวิจัยให้ผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิกใช่หรือไม่

11. เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์และความเสี่ยงให้ผลคุ้มค่าหรือไม่

แนวทางการประเมินคุณภาพของการวิจัยเชิงทดลอง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550) มีดังนี้

1. คำถามการวิจัยมีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
2. การเลือกและลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร
3. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันก่อนทดลองหรือไม่ ถ้าไม่เหมือน มีการวิเคราะห์ปรับความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหรือไม่
4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเหมือนกัน ยกเว้น โปรแกรมการทดลองที่ใช้หรือไม่
5. โปรแกรมการทดลองคืออะไร และกลุ่มควบคุมได้รับอะไร
6. มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomization) หรือไม่ ถ้าใช่ใช้วิธีใด
7. ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมใช่หรือไม่ (double-blind)
8. ระยะเวลาในการวิจัยเหมาะสมหรือไม่
9. ผู้ป่วยและบริบทของงานวิจัยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่
10. ผลของการให้โปรแกรมทดลองได้ผลดีใช่หรือไม่
11. โปรแกรมการทดลอง เมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ และผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแล้ว มีความคุ้มค่าใช่หรือไม่

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพัทกษัณธิธิ์ในสตรีที่ถูกละเมิดทำร้าย ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)
 - 1.1 งานวิจัยนั้นตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่
 - 1.2 งานวิจัยนั้นสามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ได้หรือไม่
 - 1.3 งานวิจัยนั้นได้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่

1.4 งานวิจัยนั้น พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่

1.5 กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้จริงทางคลินิกได้หรือไม่

2. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit)

2.1 มีความแม่นยำตรงในเชิงของศาสตร์ ใช้ฐานคิดที่มีเหตุผล

2.2 มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก

2.3 มีความน่าเชื่อถือ

2.4 ไม่มีข้อจำกัด หรือข้อจำกัดน้อย

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550)

3.1 การเทียบเคียงผลการวิจัย (Transferability of findings)

3.1.1 ผลงานวิจัยนั้นมีความเหมาะสมกับหน่วยงานหรือไม่

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้หรือไม่

3.1.3 ปรากฏการณ์จากสถานการณ์ของการวิจัยแตกต่างจากปรากฏการณ์ในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยมาใช้หรือไม่

3.1.4 มีจำนวนผู้ป่วยในหน่วยงานมากพอที่จะได้รับประโยชน์จากผลการวิจัยนั้นหรือไม่

3.1.5 ผลการวิจัยนั้นใช้เวลานานมากเกินไปในการประยุกต์ใช้และประเมินผลหรือไม่

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility)

3.2.1 พยาบาลมีอิสระในการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่ และพยาบาลมีอิสระที่จะยกเลิกหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ต้องการหรือไม่

3.2.2 การใช้ผลการวิจัยนั้นจะรบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาลในหน่วยงานหรือไม่

3.2.3 ผู้บริหารจะให้การสนับสนุนการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่ บรรยากาศขององค์กรเอื้อต่อการใช้ผลการวิจัยนั้นหรือไม่

3.2.4 ระดับของความเห็นพ้องของพยาบาลในหน่วยงานและผู้บริหาร เอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่ จะมีการต่อต้านหรือไม่ร่วมมือหรือไม่

3.2.5 การนำผลการวิจัยมาใช้จะเป็นสาเหตุของการต่อต้านในองค์กรมากน้อยเพียงไร โครงการใช้ผลการวิจัยนี้จะได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานของการพยาบาลหรือไม่

3.2.6 ทักษะที่จำเป็นในการใช้ผลการวิจัยนั้นมีอะไรบ้าง พยาบาลในหน่วยงานมีทักษะนั้นแล้วหรือยัง ถ้ายังการพัฒนาทักษะเหล่านั้นมีความยากลำบากเพียงไร

3.2.7 องค์กรมีเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ในการนำมาใช้หรือไม่ ถ้าไม่มี มีวิธีการที่จะได้แหล่งประโยชน์เหล่านั้นมาได้หรือไม่

3.2.8 ถ้าพยาบาลจำเป็นต้องลงงานจากที่ทำประจำมาเรียนรู้สิ่งใหม่จากการใช้ผลการวิจัย อะไรจะเกิดขึ้นได้บ้าง

3.2.9 มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการใช้ผลการวิจัยทางคลินิกอยู่หรือไม่

3.3 ความคุ้มค่า (Cost / Benefit ratio of the innovation)

3.3.1 มีความเสี่ยงอะไรบ้างที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการใช้ผลการวิจัย

3.3.2 ประโยชน์ที่เป็นผลจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง

3.3.3 มีความเสี่ยงอะไรบ้างถ้ายังคงใช้วิธีการที่ปฏิบัติอยู่เดิม

3.3.4 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุจากการใช้ผลการวิจัยมีอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายระยะสั้นและระยะยาวจากการนำผลการวิจัยเข้ามาใช้ในหน่วยงานมีอะไรบ้าง

3.3.5 ค่าใช้จ่ายด้านวัตถุหรือสิ่งของมีอะไรบ้าง ถ้าไม่นำผลการวิจัยมาใช้

3.3.6 การลงทุน (ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุ) ในระหว่างการนำผลการวิจัยมาใช้มีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานต่ำลง เป็นต้น)

3.3.7 ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยมาใช้ที่ไม่ใช่ด้านวัตถุมีอะไรบ้าง (เช่น ขวัญกำลังใจของคนทำงานดีขึ้น เป็นต้น)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมด 9 เรื่องเป็นงานวิจัยในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) จำนวน 8 เรื่อง หลังจากอ่านทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 9 เรื่องแล้วพบว่า เนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ

การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน
 2. พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน
 3. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน
- เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุปสาระสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- 1.1 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน
- 1.2 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิอย่างละเอียด และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม
- 1.3 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับผู้กระทำความรุนแรงก็ได้
- 1.4 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายต้องอาศัยอยู่ในบริเวณที่สามารถติดตามได้อย่างน้อย 3 เดือน

(MacMillan & Wathen with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 : Level I; Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, Tan, Basta, Rumptz & Davidson, 1992 : Level II; Sullivan, Campbell, Angelique, Eby & Davidson, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II)

2. คุณสมบัติของผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นผู้หญิง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (MacMillan & Wathen with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 : Level I; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II) ซึ่งผ่านการฝึกฝนอบรมดังนี้

การฝึกและนิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ

การฝึกประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี ฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ และการฟังอย่างตั้งใจ ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน กลยุทธ์ในการประเมินความต้องการและความเข้มแข็งของสตรี การฝึกปฏิบัติในการสร้างสรรค์แหล่ง

ประโยชน์ในชุมชน การนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาใช้ และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงการร่วมมือกันอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (MacMillan & Wathen with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 : Level I; Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 :Level II; Sullivan, 2003 : Level II)

หลังการฝึกอบรม ผู้พิทักษ์สิทธิแต่ละคนต้องดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 1 ราย ภายในเวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง ภายใต้การนิเทศและการติดตามของผู้นิเทศซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิจำนวน 2 คน นิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ 5 – 7 คน โดยพบกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้งและผู้พิทักษ์สิทธิสามารถขอคำแนะนำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การดำเนินการช่วยเหลือแทรกแซงสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นไปตามปรัชญา และแนวปฏิบัติของโปรแกรม(MacMillan & Wathen with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 : Level I; Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 :Level II; Sullivan, 2003 : Level II)

3. โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

การพัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานของการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based services) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม โดยโปรแกรมเน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี ไม่เน้นที่ความบกพร่องของครอบครัว เน้นสตรีเป็นศูนย์กลาง โดยดำเนินการช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่ามีผลสำคัญสำหรับเธอ เน้นการทำให้ชุมชนตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของสตรีที่มากขึ้นกว่าเดิม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวในระยะยาวในระดับสูงสุด ภายใต้ความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และถ่ายทอดทักษะและความรู้ให้แก่สตรีก่อนจะยุติการช่วยเหลือ

3.1 บทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิให้การดูแล ช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นรายบุคคล โดยอธิบายขั้นตอนของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างละเอียดก่อนนำเข้าโปรแกรม ใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายตามลำดับขั้นตอนที่กำหนด หลังจากนั้นมีการติดตาม และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II)

3.2 ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง (MacMillan & Wathen with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001 : Level I; Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II)

3.3 การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

1) การประเมินปัญหา (Assessment)

การประเมินปัญหา ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการและเป้าหมายของสตรี บุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรี เช่น ครอบครัว เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในชุมชน และสังเกตสภาพแวดล้อมของสตรี เช่น เครื่องเรือน สิ่งของภายในบ้าน ซึ่งจะพบว่าความต้องการการช่วยเหลือของสตรีส่วนใหญ่ มี 11 ด้าน ได้แก่

1. บ้านพักชั่วคราว (housing)
2. ของใช้จำเป็น (material goods and resource)
3. การศึกษา (education) เช่น การกลับเข้ารับการศึกษาคู่ หรือการศึกษาเกี่ยวกับธุรกิจการค้า
4. อาชีพ (employment)
5. ภาวะสุขภาพ (health) ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต
6. การดูแลบุตร (child care) เช่น ต้องการคนช่วยดูแลเด็ก
7. ค่าเดินทาง (transportation)
8. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น การคบเพื่อนใหม่ การเข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
9. การช่วยเหลือทางกฎหมาย (legal assistance) เช่น การขอคำแนะนำต่างๆ ทางด้านกฎหมาย
10. การช่วยเหลือทางการเงิน (finances)
11. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร (issues regarding the children) เช่น การหาครูพิเศษ การให้คำปรึกษา

หลังจากทราบความต้องการของสตรีแล้ว ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรี กำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองตามความต้องการของสตรีแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายนั้นเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวในระยะยาว และจะต้องเห็นผลภายใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Implementation)

เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีดำเนินการ โดยระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ระบุนความยากลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น วางแผนว่าจะเข้าถึงแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรในชุมชนนั้นได้อย่างไร และจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ การเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ การค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากหนังสือพิมพ์ การติดต่อเป็นการส่วนตัว การติดต่อองค์กรในชุมชน หรือใช้วิธีการอื่นๆ โดยหาทางทำอย่างไรก็ตามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

ในระยะนี้ เน้นการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ เช่น การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การกลับไปเรียนหนังสือหรือการย้ายโรงเรียนใหม่ เป็นต้น (Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

3) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Monitoring)

ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำไป ได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ ความต้องการของสตรีส่วนใหญ่มีหลายด้าน ความต้องการบางด้านอาจบรรลุผลสำเร็จตามความต้องการแล้ว แต่อาจมีบางด้านที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 ต่อไป (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล (Secondary implementation)

ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการปฏิบัติการตั้งแต่ระยะที่ 1 ใหม่ เพื่อประเมินความต้องการและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่ (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

5) การสิ้นสุดโปรแกรม (Termination)

ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะคอยเฝ้าติดตามของตัวตนเองลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรม ซึ่งมีระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยการกระตุ้นให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้อย่างเต็มที่ให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่าสตรีเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ การให้เบอร์โทรศัพท์ของแหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เป็นต้น (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

ในกระบวนการของโปรแกรมแต่ละระยะอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือคาบเกี่ยวกันได้ เช่น ผู้พิทักษ์สิทธิ์และสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจร่วมกันแก้ปัญหาหนึ่ง ขณะที่เริ่มแก้ไขปัญหานี้อีกไปด้วย (Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II)

4. การประเมินผลโปรแกรม

4.1 เครื่องมือที่ใช้

4.1.1 แบบประเมินการถูกทำร้ายซ้ำ ใช้แบบวัด Conflict Tactics Scale ฉบับปรับปรุงใหม่ (Strauss, 1979) เป็นการสอบถามประสบการณ์จากการถูกกระทำรุนแรงทางกายและความรุนแรงทางจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สอบถามความถี่ของความรุนแรงชนิดต่างๆ ที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 1 – 6 คะแนน (1 = ไม่เคย, 6 = มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์)

ส่วนที่ 2 สอบถามความถี่และขนาดของความรุนแรง และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 0 – 3 (0 = ไม่มีความรุนแรง, 3 = ความถี่ของการถูกทำร้ายซ้ำและความรุนแรงสูง) (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II)

4.1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) ของ Radloff (1977) (Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบ

จะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12 และ 16) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับในประเทศไทย วิไล กุปต์นริตติยกุลและ พนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบทดสอบ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาค่ามาตรฐานสำหรับคนไทย ค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ของ แบบทดสอบ CES-D พบว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อชี้บ่งภาวะซึมเศร้าของคนไทย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 โดยมีค่าความไวและความจำเพาะของแบบทดสอบเท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงคำนวณด้วยวิธี Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9154

4.1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Overall psychological well-being) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นของ Andrews & Withey's (1976) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ต่อตนเอง, ต่อเพื่อนบ้าน และความรู้สึกในภาพรวม เพื่อทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม (Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II) สำหรับในประเทศไทย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิกา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล (2545) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อวัดคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ซึ่งการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดย

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 ระยะเวลาการติดตามประเมินผล

ประเมินผลการถูกทำร้ายซ้ำ, อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และอาจติดตามประเมินผลได้ทุก 6 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมสามารถดำรงอยู่ได้ถึง 3 ปี สถานที่ในการประเมินผลอาจเป็นที่บ้าน หรือในโรงพยาบาล โดยมีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว หรืออาจมีการติดตามผลทาง

โทรศัพท์ ถ้าสตรีไม่สามารถมาพบด้วยตนเองได้ (Sullivan & Davidson, 1991 : Level II; Sullivan, et al, 1992 : Level II; Sullivan, et al, 1994 : Level II; Sullivan & Bybee, 1999 : Level II; Bybee & Sullivan, 2002 : Level II; Sullivan, 2003 : Level II; Allen, Bybee & Sullivan, 2004 : Level II; Bybee & Sullivan, 2005 : Level II)

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในศูนย์พหุศาสตร์เด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

- 1.ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพหุศาสตร์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย แก่ทีมสหวิชาชีพซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แล้วนำเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน
3. เตรียมความพร้อมของผู้พหุศาสตร์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์พหุศาสตร์เด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี โดยการประชุมชี้แจง แนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ
4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการสิ้นสุดโปรแกรมดังนี้
 - กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ เพื่อนำมาปรับแก้ไข
 - ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การถูกทำร้ายซ้ำลดลง

อาการซึมเศร้าลดลง

คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

5. ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ ภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ความพึงพอใจของสตรีผู้มารับบริการและพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ การถูกทำร้ายซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชนตามความต้องการ และผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase)

นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังจากได้มีการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ในการประชุมทีมนำทางจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (clinical nursing practice guideline)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเฉพาะ 2 ระยะแรกเท่านั้นคือ ระยะที่ 1 การสืบค้นปัญหา (Evidence-trigger phase) ทั้งจากปัญหาที่พบในขณะปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่างๆ (Evidence-supported phase) ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 9 เรื่อง นำมาประเมิน วิเคราะห์คุณภาพ สังเคราะห์และสกัดเนื้อหาที่สำคัญ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้วางแผนในการดำเนินการในระยะที่ 3 คือการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) โดยมีรายละเอียดของแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

การวางแผนในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ไปทดลองใช้ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย แก่ทีมสหวิชาชีพซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

3. เตรียมความพร้อมของผู้พิทักษ์สิทธิ์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจง แนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ

4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการสิ้นสุดโปรแกรมดังนี้

- กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ เพื่อนำมาปรับแก้ไข
- ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การถูกทำร้ายซ้ำลดลง

อาการซึมเศร้าลดลง

คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

5. ทำการศึกษา เพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ อาการซึมเศร้าที่ลดลง ความพึงพอใจของสตรีผู้มารับบริการ และพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ การถูกทำร้ายซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆในชุมชนตามความต้องการ และผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase)

เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน หลังจากที่ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามระยะที่ 3 แล้ว โดย นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประชุมทีมนำทางจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (clinical nursing practice guideline)

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง ควรทำวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนอีกครั้งหนึ่ง

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาพัฒนาได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยของกลุ่มผู้วิจัยกลุ่มเดียว ควรต้องศึกษาหรือค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและวิธีการในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในรูปแบบอื่นๆ

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น

4. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE USING AN ADVOCACY PROGRAM TO REDUCE RE-ABUSE, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND IMPROVE QUALITY OF LIFE IN BATTERED WOMEN)

สุนิรัตน์ จันทศรี 4936681 NSMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด., อติทยา พรชัยเกตุ โอว Yong, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะความรุนแรงในคู่ครองถือได้ว่าเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่พบได้บ่อยครั้งมากที่สุด และเหยื่อที่สำคัญของการกระทำรุนแรงในครอบครัวคือ “ผู้หญิง” หรือ “ภรรยา” โดยที่ผู้กระทำก็คือสามีนั่นเอง (โชติมา กาญจนกุล และ ศันสนีย์ เรืองสอน, 2542) การกระทำรุนแรงต่อภรรยา มีรูปแบบหลากหลาย ตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อๆ เตะ ทบตีด้วยวัตถุ ทำให้บาดเจ็บหรือแม้กระทั่งฆ่าให้ตาย รวมถึงการบีบคั้นทางจิตใจ การด่าทอข่มขู่ การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูถูกเหยียดหยาม (กฤตยา อาชวนิชกุล, 2539) World Health Organization (2002) ได้รวบรวมผลงานวิจัยมากมายพบว่า 20 – 50% ของสตรีในหลายประเทศทั่วโลกเคยมีประสบการณ์ของการถูกสามีทำร้ายในบางช่วงของชีวิต ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูง สำหรับในประเทศไทย Hoffman, Demo, and Edwards (1994) ศึกษาพบว่า 20% ของผู้ชายที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เคยมีประวัติของการทำร้ายภรรยาด้วยการตบตี หรือการเตะอย่างน้อย 1 ครั้งของชีวิตสมรส และจากการผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสในครอบครัวไทย พบว่าคู่สมรส ร้อยละ 24 มีการทะเลาะวิวาทกันจนเกิดการทำร้ายร่างกายตามมา (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2538) อย่างไรก็ตามอัตราการทำร้ายที่พบในปัจจุบัน

เชื่อได้ว่ายังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะเหตุการณ์ทำร้ายคู่สมรสอาจมีอีกมากที่ไม่ได้มีการบันทึก หรือรายงานไว้ ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมของครอบครัวไทยได้สะท้อนความคิดและความเชื่อที่ว่า การทะเลาะวิวาทหรือการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันระหว่างคู่สมรสเป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องภายในครอบครัวที่สมาชิกควรดำเนินการแก้ไขเอง และยังมีความคิดว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องเสื่อมเสียของครอบครัวที่ไม่ควรให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือรับทราบด้วย ทำให้เหตุการณ์การทำร้ายคู่สมรสเหล่านี้ไม่เปิดเผยออกไปสู่สังคมภายนอก จึงเป็นไปได้อัตราการทำร้ายคู่สมรสที่ปรากฏยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก (อัจฉรา สกุนตนิยม, 2541)

การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัวและสังคม ทางด้านร่างกายสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน สูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ ร่างกายพิการและอาจเสียชีวิตได้ (Bachman, 1996)

ทางด้านจิตใจ รู้สึกเสียใจ ปวดศีรษะ หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หดห่อภายในชีวิต ซึมเศร้า ลึกลับ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533) ซึ่งฟรอยด์ (1942) ได้อธิบายว่าลำดับขั้นของผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) อาการตกใจ ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตน ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น ต่อมาเมื่อสตรียอมรับความเป็นจริงมากขึ้น จึงเริ่มเข้าสู่ลำดับที่สอง (2) เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวอ่อนแอ ซึ่งจะกดดันให้สตรีนั้นขาดสติสัมปชัญญะ (3) สตรีเกิดการทบทวนเรื่องราวของชีวิตในอดีต และตั้งใจจะทำทุกอย่างให้ดีขึ้น (4) เป็นขั้นสุดท้ายคือ การเกิดบาดแผลทางใจ สตรีที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงจะมีอาการถดถอยของวุฒิภาวะทางจิตใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนต้องถูกสามีทำร้ายร่างกายและจิตใจมาเป็นเวลานานจะเกิดการถดถอยลงไปสู่พฤติกรรมในสมัยวัยเด็ก เช่น อ่อนแอ ขอมพ่ายแพ้และถือเอาแต่ใจตนเอง (ธณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2551) จากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของ Barnett (2000) พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึง 60% และ 50% ของการพยายามฆ่าตัวตายในสตรีมีสาเหตุมาจากการถูกสามีทำร้าย (Fischbach and Herbert, 1997) และจากการศึกษาของ Waldrop and Resick (2004) พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ Depression, Posttraumatic Stress Disorder และ Self-esteem

ภรรยาที่ถูกทำร้ายร่างกาย ไม่เพียงแต่จะเกิดความหวาดกลัวว่าตนจะถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงเท่านั้น ถ้าภรรยาเหล่านี้มีบุตร อาจกลัวว่าบุตรและญาติจะไม่ได้รับความปลอดภัยด้วย การถูกทำร้ายในครั้งแรกภรรยาจะเริ่มมีความรู้สึกช็อค ตกใจ เสียใจ หวาดกลัว การตอบสนองทางอารมณ์ของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย หรือการประเมินตัดสินเหตุการณ์การถูกทำร้ายนั้นๆ เมื่อการทำร้ายยังคงเกิดขึ้นโดยที่ภรรยาไม่สามารถที่จะ

หลบหลีกหรือป้องกันได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เกิดความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตของตน และชีวิตคู่ สิ้นหวังและหมดหนทาง (Baker, 1997)

ทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (Campbell and Humphreys, 1993 อ้างถึงใน เกสรฯ ศรีพิชญากุล, 2545) และทางด้านครอบครัว ที่ชัดเจนคือ ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้เพราะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวถูกทำลาย ครอบครัวไม่สงบสุข เกิดความห่างเหิน ขาดความรัก ความเข้าใจในครอบครัว กลายเป็นครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของลูกทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และระยะต่างๆ ของพัฒนาการ ไม่มีคนดูแล ขาดความรักความอบอุ่น กลายเป็นเด็กเก็บกด มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าเสียดสี (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี, 2543) ทางด้านสังคมและประเทศชาติ นำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต

การให้การช่วยเหลือทางจิตใจในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีหลากหลาย มีการวิจัย วิเคราะห์ ความแตกต่างในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวิธีว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ อีกทั้งการ คิดถึงความคุ้มค่าในการให้การพยาบาล กับความจำกัดที่จำนวนเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมีน้อย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ (advocacy program) เป็นวิธีการบำบัด ทางจิตสังคมที่ได้ผลดี โดยเป็นการส่งเสริมให้สตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีแนวทางในการดูแลตนเอง ต่อไปได้ ดังนั้นการพิทักษ์สิทธิจึงเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือสตรีในการยุติความรุนแรงตั้งแต่ เริ่มต้น และช่วยปกป้องสตรีเหล่านี้จากการถูกทำร้ายซ้ำ ลักษณะเฉพาะของโปรแกรมการพิทักษ์ สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ประกอบด้วย การช่วยเหลือเฉพาะเป็นรายบุคคล โดยครอบคลุมแบบ องค์กรรวมทุกด้าน และขึ้นอยู่กับความต้องการการช่วยเหลือของสตรีแต่ละคน มีการศึกษาจำนวนมาก ที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เช่น บ้านพักชั่วคราว การฝึกอาชีพ การศึกษา หรือการดูแลลูก (Sullivan, Basta, Tan, Rumptz & Davidson, 1992) ซึ่งสตรีแต่ละคน อาจมีความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป การพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายไม่ใช่ เพียงการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายเท่านั้น แต่รวมไปถึงการช่วยเหลือในทุกๆด้านที่พวกเขา ต้องการ เพื่อให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ บริการแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) โดยกลุ่มงานจิตเวช เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีทีมสหวิชาชีพร่วมในการปฏิบัติงาน เช่น สูติแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งการให้ความช่วยเหลือ แก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บทางกายจากแพทย์ที่ แผนกฉุกเฉินแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อมายังศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี เพื่อให้คำปรึกษาและ

ประทับใจก่อนกลับบ้าน ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น กระดูกแขน ขาหัก ข้อมือเคลื่อน แพทย์จำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการรักษาอาการเหล่านั้นก่อน หลังจากนั้นพยาบาลประจำตึกจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีทราบ เพื่อติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ จนกระทั่งอาการทุเลาและกลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีการหมุนเวียนบุคลากรซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ มาปฏิบัติงานที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี นอกเวลาราชการ เช่น นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลายจากการทำงาน ของบุคลากรแต่ละคน ทำให้ผลลัพธ์ของการบริการไม่ได้มาตรฐานและแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวสตรีที่ถูกทำร้าย และครอบครัว

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้สตรีเหล่านี้มีแนวทางในดูแลตนเอง สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติ

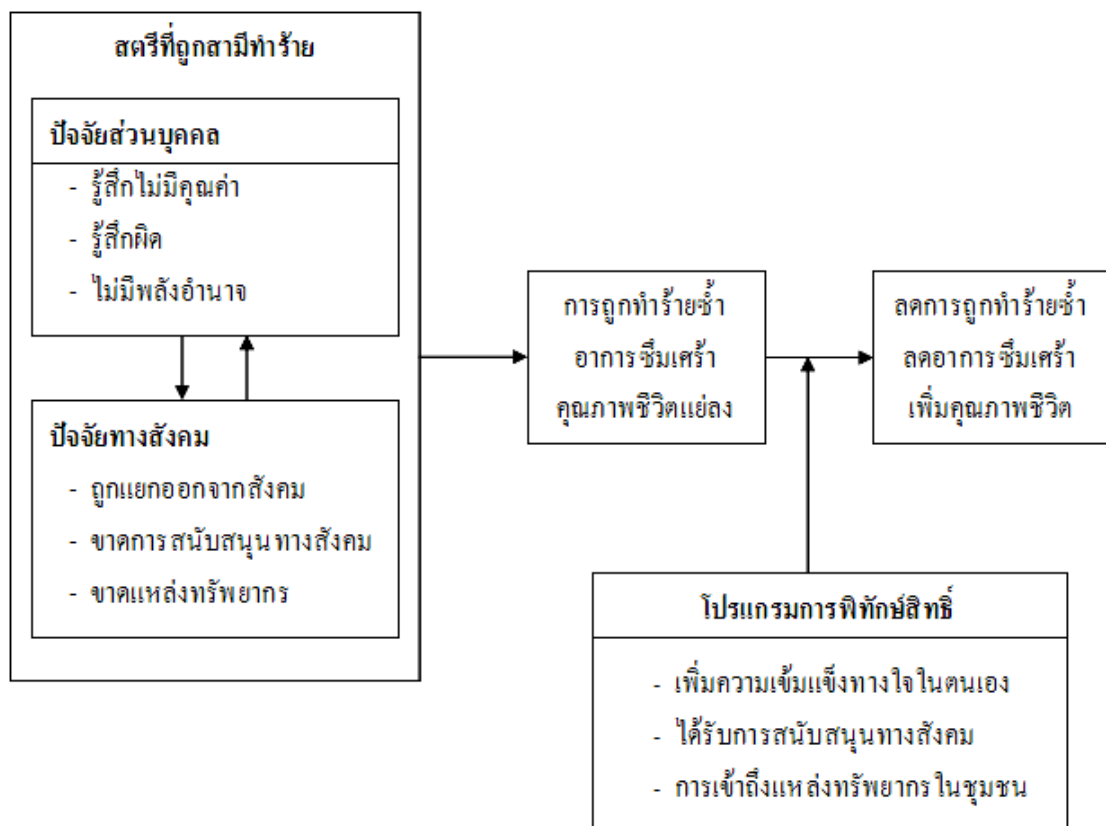
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การที่สตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย ถือเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างหนึ่งในชีวิต ผลกระทบต่อสตรีทางด้านร่างกายอาจได้รับการบาดเจ็บ เช่น มีบาดแผลเล็กน้อย หรือบาดเจ็บรุนแรง ทางด้านจิตใจ สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่จะขาดความเข้มแข็งทางใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด ขาดพลังอำนาจในตนเอง ถูกแยกออกจากสังคม หรือถูกขัดขวางไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ในชุมชนของตนเอง สามีห้ามติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (เช่น ครอบครัว เพื่อน) นอกจากนี้การที่สตรีต้องพึ่งพาสามีในด้านต่างๆ เช่น การพึ่งพาการเงิน การขาดแหล่งทรัพยากรในชุมชน และขาดการสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ ทำให้สตรีเหล่านี้ถูกทำร้ายซ้ำๆ ถ้าสตรีเหล่านี้ยังไม่มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม จะนำไปสู่การถูกทำร้ายซ้ำที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีแย่ลงได้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ เป็นโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างให้สตรีเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ในตนเอง สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถนำ ทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาตนเองในด้านการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม และบรรเทาภาระต่างๆที่มีอยู่ เช่น การดูแลบุตร ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร ทำให้สตรีมี ทักษะในการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีทักษะทางสังคม มีพลังอำนาจในตนเอง และมีแหล่ง สนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งด้านวัตถุดิบของ กำลังใจ ที่เอื้อต่อการประเมินตัดสินใจ เหตุการณ์ ใหม่ๆ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ การประเมินปัญหา การ ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา การประเมินผลการปฏิบัติการ การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล และการสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งจะช่วยให้สตรีเหล่านี้ได้รับความปลอดภัย หลุดพ้นออกจากวงจรของ ความรุนแรงในครอบครัว ลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้



กรอบแนวคิดของการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อลดการถูกทำร้ายชำลวดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบ ด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสืบค้นปัญหา ทั้งจากปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน (practice triggers) และจากแหล่งความรู้ (knowledge triggers) โดยประเด็นปัญหาที่ศึกษาได้จาก 1) ประสบการณ์ในการให้การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 2) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 3) ปัญหาที่พบจากการประชุมทีมสหวิชาชีพ 4) ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน และ 5) การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

พบว่าจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายจำนวน 15 คน และประเมินภาวะทางด้านจิตใจโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตในสตรีกลุ่มนี้ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจากเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบคัดกรองจำนวน 13 รายคิดเป็น 86.67% และในจำนวนนี้พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 3 ราย คิดเป็น 20% และจากการพูดคุยพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีอาการเศร้า ร้องไห้ เสียใจ บางคนรู้สึกหวาดกลัว กังวลถึงชีวิตในอนาคต รู้สึกว่าตนเองไม่มีทางออก ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จากการประชุมในทีมสหวิชาชีพ บุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้มีแนวทางในการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและให้บริการแก่ผู้มารับบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีที่มารับบริการแต่ละราย

จากปัญหาดังกล่าวทำให้เห็นผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ เช่น สตรีเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำ เสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิตจากการกระทำที่รุนแรงมากขึ้น เสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จากการโทรศัพท์ติดตาม 1 เดือนหลังสตรีเหล่านี้ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว จำนวน 20 คนพบว่า 18 คนกลับไปอยู่กับสามีตามเดิมเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ สงสารลูก ไม่ต้องการให้ครอบครัวแตกแยก ไม่มีรายได้ และอายุเพื่อนบ้าน ส่วนอีก 2 คน กลับไปอยู่บ้านของตนเองเนื่องจากไม่ได้จดทะเบียนและไม่มีลูกด้วยกัน และในจำนวนนี้มี 5 คนที่ถูกทำร้ายซ้ำแต่ไม่รุนแรงมากจนต้องมาโรงพยาบาล เช่น การตบ หรือทำร้ายด้วยวาจา นอกจากนี้ยังรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกชีวิตไม่มีความสุข ประกอบกับในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขจะต้องแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยจากการกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ตามมาตรา 5

นอกจากนี้ จากการค้นคว้างานวิจัยต่างๆ ร่วมกับการศึกษาคำราช บทความทางวิชาการ พบว่า การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัวและสังคม ผลการทบทวนรูปแบบการบำบัดสตรีที่ถูกสามีทำร้ายพบว่า Advocacy Program เป็นโปรแกรมที่ใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกทำร้าย โดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของสตรีแต่ละคน จากการศึกษาของ Sullivan (2003) พบว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มีอาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงแหล่งบริการในชุมชนได้ตรงตามความต้องการ และมีประสบการณ์จากการถูกทำร้าย ช้ากว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบและผลลัพธ์ที่ตามมาของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย รวมทั้งมีความรู้ใหม่ในการนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มาใช้ จากปัจจัยกระตุ้นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาหาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมาใช้ในหน่วยงาน

ระยะที่ 2 เป็นการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งความรู้ต่างๆ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

Population : สตรีที่ถูกสามีทำร้าย

Intervention : โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์

Comparison intervention : -

Outcome : การถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิต

วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

1. การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ www.Guidelines.gov, www.Joannabriggs.edu.au, www.Cochrane.org, CINAHL, Blackwell synergy, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Ovid

2. Hand search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว

3. การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

ใช้คำสำคัญในการสืบค้น(Key word) ได้แก่ battered women, abusive partners, women with abusive partners, advocacy intervention program, advocacy program, advocacy intervention, re-abuse, depression, quality of life

หลักฐานจะต้องครอบคลุมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นงานในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิจัย

เชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ดีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปีค.ศ.1991- ค.ศ. 2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเป็นงานวิจัยแบบสมบูรณ ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยที่สืบค้นและเข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดมีทั้งหมด จำนวน 9 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) จำนวน 8 เรื่อง นำมาประเมิน วิเคราะห์คุณภาพ สังเคราะห์และสกัดเนื้อหาที่สำคัญ สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษาทั้งหมดนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ได้แนวปฏิบัติดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- 1.1 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 1.2 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิอย่างละเอียด และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม
- 1.3 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับผู้กระทำความรุนแรงก็ได้
- 1.4 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายต้องอาศัยอยู่ในบริเวณที่สามารถติดตามได้อย่างน้อย 3 เดือน

2. คุณสมบัติของผู้พิทักษ์สิทธิ

การฝึกและนิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นผู้หญิง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งผ่านการฝึกฝนอบรมโดยประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี ฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ และการฟังอย่างตั้งใจ ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน กลยุทธ์ในการประเมินความต้องการและความเข้มแข็งของสตรี การฝึกปฏิบัติในการสร้างสรรค์แหล่งประโยชน์ในชุมชน การนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาใช้ และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงการร่วมมือกับรายอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

หลังการฝึกอบรม ผู้พิทักษ์สิทธิแต่ละคนต้องดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 1 ราย ภายในเวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 4 – 6 ชั่วโมง ภายใต้การนิเทศและการติดตามของผู้นำทีมซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิจำนวน 2 คน นิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ 5 – 7 คน โดยพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้พิทักษ์สิทธิสามารถขอคำแนะนำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การดำเนินการช่วยเหลือแทรกแซงสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นไปตามปรัชญา และแนวปฏิบัติของโปรแกรม

3. โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

การพัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานของการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based services) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม โดยโปรแกรมเน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี ไม่เน้นที่ความบกพร่องของครอบครัว เน้นสตรีเป็นศูนย์กลาง โดยดำเนินการช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่ามีความสำคัญสำหรับเธอ เน้นการทำให้ชุมชนตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของสตรีที่มากขึ้นกว่าเดิม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวในระยะยาวในระดับสูงสุด ภายใต้ความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และถ่ายทอดทักษะและความรู้ให้แก่สตรีก่อนจะยุติการช่วยเหลือ

3.1 บทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิให้การดูแล ช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นรายบุคคล โดยอธิบายขั้นตอนของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างละเอียดก่อนนำเข้าโปรแกรม ใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายตามลำดับขั้นตอนที่กำหนด หลังจากนั้นมีการติดตาม และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3.2 ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง

3.3 การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

1) การประเมินปัญหา (Assessment)

การประเมินปัญหา ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการและเป้าหมายของสตรี บุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรี เช่น ครอบครัว เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในชุมชน และสังเกตสภาพแวดล้อมของสตรี เช่น เครื่องเรือน สิ่งของภายในบ้าน ซึ่งจะพบว่าความต้องการการช่วยเหลือของสตรีส่วนใหญ่ มี 11 ด้าน ได้แก่

1. บ้านพักชั่วคราว (housing)

2. ของใช้จำเป็น (material goods and resource)
3. การศึกษา (education) เช่น การกลับเข้ารับการศึกษาค่อ หรือการศึกษาเกี่ยวกับธุรกิจการค้า
4. อาชีพ (employment)
5. ภาวะสุขภาพ (health) ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต
6. การดูแลบุตร (child care) เช่น ต้องการคนช่วยดูแลเด็ก
7. ค่าเดินทาง (transportation)
8. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น การคบเพื่อนใหม่ การเข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
9. การช่วยเหลือทางกฎหมาย (legal assistance) เช่น การขอคำแนะนำต่างๆ ทางด้านกฎหมาย
10. การช่วยเหลือทางการเงิน (finances)
11. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร (issues regarding the children) เช่น การหาครูพิเศษ การให้คำปรึกษา

หลังจากทราบความต้องการของสตรีแล้ว ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรี กำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองตามความต้องการของสตรีแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายนั้นเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวในระยะยาว และจะต้องเห็นผลภายใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า

2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Implementation)

เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีดำเนินการ โดยระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ระบุความยากลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น วางแผนว่าจะเข้าถึงแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรในชุมชนนั้นได้อย่างไร และจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ การเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ การค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากหนังสือพิมพ์ การติดต่อเป็นการส่วนตัว การติดต่อองค์กรในชุมชน หรือใช้วิธีการอื่นๆ โดยหาทางทำอย่างไรก็ตามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก

ในขณะนี้ เน้นการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ เช่น การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การกลับไปเรียนหนังสือหรือการย้ายโรงเรียนใหม่ เป็นต้น

3) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Monitoring)

ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำไป ได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ ความต้องการของสตรีส่วนใหญ่มีหลายด้าน ความ

ต้องการบางด้านอาจบรรลุผลสำเร็จตามความต้องการแล้ว แต่อาจมีบางด้านที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 ต่อไป

4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล (Secondary implementation)

ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการปฏิบัติการตั้งแต่ระยะที่ 1 ใหม่ เพื่อประเมินความต้องการและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่

5) การสิ้นสุดโปรแกรม (Termination)

ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะคอยๆลดบทบาทของตัวเองลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรม ซึ่งมีระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยการกระตุ้นให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้อย่างเต็มที่ให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่าสตรีเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ การให้เบอร์โทรศัพท์ของแหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เป็นต้น

ในกระบวนการของโปรแกรมแต่ละระยะอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกัน หรือคาบเกี่ยวกันได้ เช่น ผู้พิทักษ์สิทธิ์และสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจร่วมกันแก้ปัญหาหนึ่ง ขณะที่เริ่มแก้ไขปัญหาอื่นไปด้วย

3.4 การประเมินผลโปรแกรม

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้

3.4.1.1 แบบประเมินการถูกทำร้ายซ้ำ ใช้แบบวัด Conflict Tactics Scale ฉบับปรับปรุงใหม่ (Strauss, 1979) เป็นการสอบถามประสบการณ์จากการถูกระงับทางกายและความรุนแรงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สอบถามความถี่ของความรุนแรงชนิดต่างๆที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 1 – 6 คะแนน (1 = ไม่เคย, 6 = มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์)

ส่วนที่ 2 สอบถามความถี่และขนาดของความรุนแรง และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 0 – 3 (0 = ไม่มีความรุนแรง, 3 = ความถี่ของการถูกทำร้ายซ้ำและความรุนแรงสูง)

3.4.1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) ของ Radloff (1977) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆคือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1,

2, 3 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12 และ 16) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับในประเทศไทย วิไล กุปต์นริตติยกุลและ พนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบทดสอบ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาคำมาตรฐานสำหรับคนไทย ค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ของ แบบทดสอบ CES-D พบว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อชี้บ่งภาวะซึมเศร้าของคนไทย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 โดยมีค่าความไวและความจำเพาะของแบบทดสอบ เท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงคำนวณด้วยวิธี Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9154

3.4.1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Overall psychological well-being) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นของ Andrews & Withey's (1976) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ต่อตนเอง, ต่อเพื่อนบ้าน และความสุขภาพดีในภาพรวม เพื่อทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม สำหรับในประเทศไทย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล (2545) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุ่ยย่อ ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อวัดคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ซึ่งการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดย

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4.2 ระยะเวลาการติดตามประเมินผล

ประเมินผลการถูกทำร้ายซ้ำ, อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และอาจติดตามประเมินผลได้ทุก 6 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมสามารถดำรงอยู่ได้ถึง 3 ปี สถานที่ในการประเมินผลอาจเป็นที่บ้าน หรือในโรงพยาบาล โดยมีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว หรืออาจมีการติดตามผลทางโทรศัพท์ ถ้าสตรีไม่สามารถมาพบด้วยตนเองได้

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

การวางแผนในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ไปทดลองใช้ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

2. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย แก่ทีมสหวิชาชีพซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

3. เตรียมความพร้อมของผู้พิทักษ์สิทธิ์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจง แนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ

4. นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการสิ้นสุดโปรแกรมดังนี้

- กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ เพื่อนำมาปรับแก้ไข
- ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การถูกทำร้ายซ้ำลดลง

อาการซึมเศร้าลดลง

คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

5. ทำการศึกษา เพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ อาการซึมเศร้าที่ลดลง ความพึงพอใจของสตรีผู้มารับบริการ และพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ การถูกทำร้ายซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆในชุมชนตามความต้องการ และผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase)

เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน หลังจากที่ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามระยะที่ 3 แล้ว โดยนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประชุมทีมนำทางจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (clinical nursing practice guideline)

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง ควรทำวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุนอีกครั้งหนึ่ง
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาพัฒนาได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยของกลุ่มผู้วิจัยกลุ่มเดียว ควรต้องศึกษาหรือค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและวิธีการในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในรูปแบบอื่นๆ
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการ รวมทั้งผลงานวิจัยใหม่ๆที่เกิดขึ้น
4. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
USING AN ADVOCACY PROGRAM TO REDUCE RE-ABUSED,
DEPRESSIVE SYMPTOMS AND IMPROVE QUALITY OF LIFE IN
BATTERED WOMEN

SUNEERAT JUNSRI 4936681 NSMH / M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S., ATITTAYA PORNCHAIKATE-AUYEONG, PH.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background

Family violence or domestic violence is a crucial health problem because it continuously increases in incidence and severity. Among all family violences, spousal abuse is the highest incidence. The victims of this violence are women or wives who get threatened or perpetrated from their husbands or partners (Kanjanakul & Reungsorn, 1999). The family violence against women or wives includes 1) sexual abuse, 2) physical assaults such as kicking, shoving, slapping, hitting with objects, and even killing, 3) psychological abuse such as scolding and intimidating, and 4) economical and social abuses such as refusing to economically help and humiliating the victims (Achavanichakul, 1996). According to World Health Organization (2002), 20-50 % of women in many countries worldwide used to experience domestic violence from their husbands at least once in their spousal relationship. This incidence is quite high. In Thailand, a study by Hoffman, Demo, and Edwards (1994) showed that 20% of husband samples living in Bangkok had assaulted their wives by slapping, hitting, or kicking at least once in their marriage relationship. A preliminary finding of spousal relationship project run by Limanont and others (1995)

showed that 20 % of spouses experienced verbal abuses leading to physical abuses.

However, the incidence of family violence has been documented much less than the actual number because of culture. Thai culture reflects the idea that domestic abuse among spouses is a family matter in that it should be solved within the family. Letting people outside the family know is a kind of bad and humiliating to the family (Skuntaniyom, 1998).

As aforementioned, the results of family violence for battered wives or women include physical health problems, mental problems, family, and economic and social problems. These problems are described as follows.

For the physical health problems, battered women may have bruises, broken bones, dislocated bones, hearing loss, disability, or even death (Bachman, 1996).

With regards to the mental problems, feeling sad, pain, fear, low self-confidence, low self-esteem, depression, and hopeless are common problems in battered women (Preugsachatikunakorn, 1990). According to Freud (1942), four stages of psychological problems are developed in battered women. First, women are in a state of shock. They hardly believe that they are hurt by their husbands. At first, they deny what happened and then they accept it. Second, battered women feel lonely and weak. This feeling may make women loss their self-control. Third, the battered women rethink about what they have done and about their spousal relationship in the past. This rethinking makes women want to do everything better. Fourth, the battered women may develop a mental wound. Their mental status or emotional maturity is downward. If they have experienced the family violence from their husbands for a long time, their behaviors may be like a child's behaviors such as being weak, being easily receding, and behaving self-centered (Kongsakont & Phojam, 2008). Some studies showed that 60 % of battered women developed depression (Bernett, 2000; Waldrop and Resick, 2004), 50% of women committed suicide as a result of having abuses from their husbands (Fischbach & Herbert, 1997), and some battered women experienced posttraumatic stress disorder (PTSD), and low self-esteem (Waldrop and Resick, 2004).

Battered women not only fear for having serious physical abuses, but also fear that their children and relatives will not be safe. First time abuse makes battered women feel shock, frighten, sad and fearful. Emotional response of battered women was different. It depends on meaning or appraisal evaluation in that situation. If the abuse continues and women cannot avoid or protect themselves, their self-worth will reduce dramatically. They will feel having a failure in their life and marriage, hopeless, and nothing left for them (Baker, 1997).

With regards to economic, family, and social problems, health care expenditure for this problem is high (Humpreys, 1993 refer to Sripichayakarn, 2002). Functional status of family is broken because the relationship of the family members is destroyed. Family has no happiness, distant relationship, no love, and understanding among members. The broken family causes physical, mental, and developmental problems to children. Children have no one who can take care of them and have a lack of love. They may be suppressive, aggressive, and drug-addicted later on (The Committee on Women's Health Promotion and Coordination, 2000). Societies and nations may loss good members or citizens that help in social and national development.

Therefore, in order to prevent and minimize the family violence, health care teams and authoritative persons need to set strategies in helping battered women to achieve their quality of life. These strategies include health care, law enforcement that protects women, economical support, shelter provision, and mental support. Regarding mental health supports, several nursing interventions are applied. The interventions need to be appropriate with subjects and are economically effective and efficient. According to evidence-based practice, advocacy programs are good practice for psychosocial therapy. These programs promote self-care and self-protection from being abused of battered women. Thus, advocacy programs help battered women in ending the severity of abuse when the abuse just starts. These programs help in protecting battered women from repeated abuses. The typical programs include holistically specific helps for individually battered women. Sullivan, Basta, Tan, Rumptz, and Davidson (1992)

suggested that the helps for battered women include providing temporary shelters, work training, education, and child care.

In Thailand, an one stop crisis center at Ratchaburi Hospital was established to provide one-stop health services for battered children and women. Mental health division of the hospital with a multidisciplinary health care team including obstetricians, medical doctor specialists, social workers, and psychologists is responsible for this service provision. The health services include physical care and treatments when the victims come at emergency department. Later on mental care and supports are provided at the one stop crisis center to these victims before sending them home. For severe victims such as those who have broken arms and legs, and dislocated joints and those who need hospitalization, doctors will admit them into the hospital units. Then, nurses at the unit will provide nursing care to these victims and will inform staff at the one stop crisis center for mental care and support until the victims are discharged. In addition, nurses, psychologists, health educators, and other health care providers take turn to work at the one stop crisis center after normal working hours.

However, the practices of this multidisciplinary team at the center vary. There is no standard practice guideline for them. Hence, the inconsistent and non-standardized care and practices for advocating battered women exist at the center. The different and non-standardized care and practices may lead to negative impacts or inefficient care to battered women and families.

As a result, the researcher was interested in developing a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women. To make resilience in women, this guideline program aims to promote battered women for their self care, ability in obtaining resources and social support based on evidence-based guideline.

Objectives

The study aimed to develop a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abused, depressive symptoms and improve quality of life in battered women.

Conceptual Framework

Physical abuse in battered women leads to stress in women's life. For physical assault such as wounds or severe injuries. For psychological abuse, most of women feel lack of resilience, loss of self-esteem, empowerment, social support and can not have activities in their community because their husbands do not allow them to communicate with the others (e.g. family, friends). Women can not work and depend on their husbands about financial. This make women lack of resources and social support, so they can not develop their problem solving skills. As a result of their situation, the repetitive abuses may bring them to depressive symptoms. If they have no solving solutions or any proper helps, they may have more severe abuses leading to depression and reduce their quality of life.

The advocacy program was developed to help battered women to enhanced their resilience, accessing to community resources and social support. Battered women can use many resources and develop themselves for education, economic, social and other problems (child care, issues regarding the children). This program helps battered women to increase problem-solving skill, social skill, empowerment and social support. This program take five stages as follows : assessment, implementation, monitoring, secondary implementation and termination. As a result of this program, it was intended to improve the quality of women's life by plan for safety, out of violence's cycle, reduce re-abuse and reduce depressive symptoms. The study framework is displayed as in the Figure 1.

Conceptual Framework

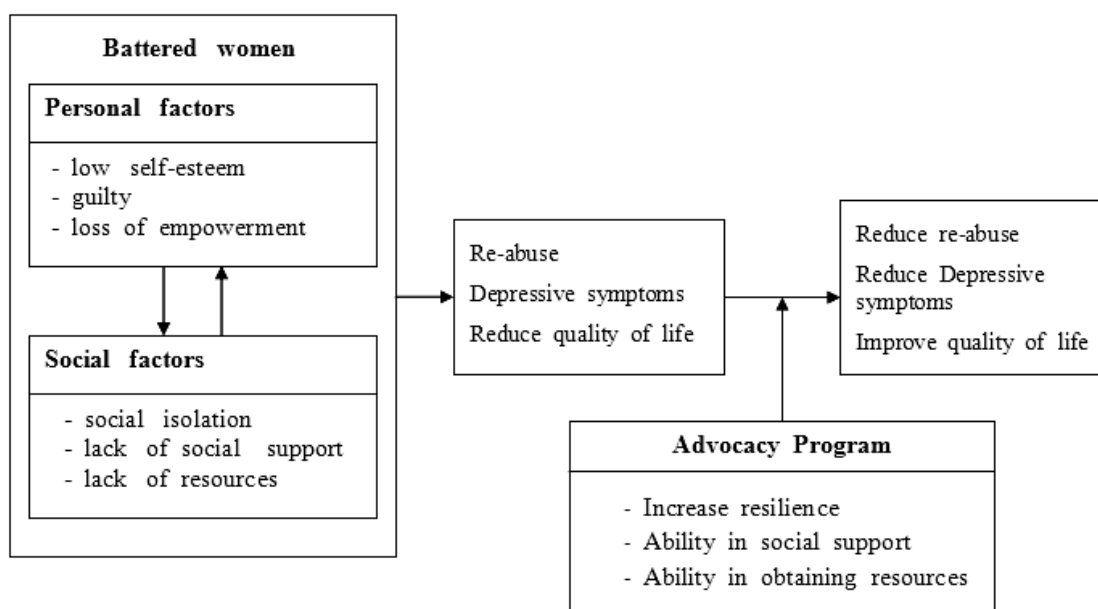


Figure 1 Conceptual framework for the development of a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women

Method

In the development of a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women, the researcher applied the model of evidence-based practice developed by Soukup (2000) as a methodological approach. This model consists of four stages.

Stage 1: Evidence – trigger phase. The problem is identified from practice or practice triggers and knowledge triggers. In this study, the study problem came from five triggers: 1) nursing care experience in helping battered women, 2) in-depth interviews with battered women, 3) problems identified at the

meeting of multidisciplinary team, 4) risk profile data regarding care and treatment given to battered women and children that were collected by the one stop crisis center, and 5) a review of literature about family violence, care and practice, and the consequences.

Based on the in-depth interviews in 15 battered women and the mental health assessment using a depression screening test and a suicidal-risk screening test for battered women developed by Department of Mental Health, it was found that 13 battered women (86.67%) had depression. In these depressive women, three women (20%) were at risk of committing suicide. According to the interviews, most battered women were blue, crying, and felt very sad. Some women were afraid of and worried about their future. They thought they had no way out. They could not solve their problems. With regards to the meeting of multidisciplinary team, a majority of the team members wanted to have an obvious standard practice guideline in order to enhance their confidence in delivering the practice and care to better serve the individual needs of battered women.

According to the above identified problems, the possible consequences of current practice and problems include a risk of repeated abuse in battered women, a risk of disability or death as a result of more aggressive and severe violence, and a potential for mental problems such as depression. Based on the telephone interviews with 20 battered women at one month after being discharged from hospitals, it was found that 18 women went back to live with their husbands because of several reasons. Some women felt sad and pity towards their children. Some women did not want to have broken families. Some women needed to economically rely on their husbands. Some women felt embarrassed to their neighbors. Two women did not go back to their husbands because they were not officially married and had no children. Of 18 people who went back to live with their husbands, five women were repeatedly abused by being slapped and having verbally abused, but not severe enough to go to the hospital. They felt mentally exhausted, hopeless, and unhappy with their life.

In addition to the aforementioned problems, since 2007 Thailand has introduced the law and regulation that protect victims of family violence. This law and its regulation (Act No. 5) require health care personnel to report to the authoritative officers when a victim from family violence is found.

Furthermore, a review of literature from research studies, textbooks, and journal articles revealed that if women are abused by their husbands, the abuse impacts physical, mental, family, and socioeconomic statuses of women. Based on the literature review, an advocacy program focusing on individual needs is suitable in helping battered women. Sullivan (2003) found that the depression of battered women who received an intervention decreased and their quality of life improved. They also had better accesses to community resources or services suitable for their needs. Additionally, they experienced repeated abuses less than those who did not receive the intervention.

The literature review helped the researcher in understanding the results and consequences of women who were abused by their husbands. Also the review gave new knowledge about the application of an advocacy program. Based on these triggers, the researcher was interested in developing an effective and efficient practice guideline to be used in the one stop crisis center.

Stage 2: Evidence – supported phase. The researcher sought for and reviewed evidence-based practice from several knowledge-based sources. In the process of seeking evidence-based practice, the researcher employed PICO framework (Melnik & Fineout-Overholt, 2002) to search the best evidence. What follows are the criteria for searching using PICO framework.

Population : battered women

Intervention : advocacy program

Comparison intervention : -

Outcome : re-abuse, depressive symptoms, and quality of life

Three searching strategies were used in this searching and selecting the best evidence from printed and electronic research studies published either in Thai or in English. These three strategies are described as below.

1. Searching from electronic databases and Internet / world wide web (www). The electronic databases and Internet/www included www.guidelines.gov,

www.joannabrigs.edu.au, www.cochrane.org, CINAHL, Blackwell Synergy, Pubmed, Science Direct, ProQuest, and Ovid.

2. Library searching for printed research studies about family violence.
3. Further searching from reference lists of articles and research studies.

Keywords used in the search included battered women, abusive partners, women with abusive partners, advocacy intervention program, advocacy program, advocacy intervention, re-abuse, depressive symptoms, and quality of life.

In order to be selected, the studies needed to include an advocacy program for battered women and they needed to be either systematic review studies or randomized controlled trials. Only full papers published either in Thai or in English between 1991 and 2008 were selected. The criteria for evidence selection of Melnyk and Fineout-Overholt (2005) were used to evaluate the rigor and scientific merit of evidence. Based on this criterion selection, nine studies were chosen. These nine studies consisted of a systematic review study and eight randomized controlled trials.

The researcher appraised and synthesized the main and important ideas and practices. The researcher developed a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women. After that the researcher had three content experts validating the developed program for its content accuracy and language used.

Summary of Evidence-Based Practice for an Advocacy Program

According to the review of literature regarding using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women, the practice guidelines for the development of an advocacy program are described as following details.

1. Program participants

1.1 Battered women who come for care and treatments at in-patient and out-patient departments as a result of having abuses from their husbands.

1.2 Battered women will be thoroughly explained about the program and they voluntarily participate in the program.

1.3 Battered women may or may not go back to live with their abusive husbands or partners.

1.4 Battered women need to reside in the areas that can be contacted at least 3 months.

2. Program advocates

Training and supervision of advocates

Advocates were female at least Bachelor's degree. The training consists of information about women abuse, empathy and active listening skills, theoretical underpinnings of strengths-based intervention, strategies for formally assessing women's needs and strengths, practice in generating, mobilizing, and accessing community resources, and in-depth discussion of dealing with potentially dangerous situations.

After training, each advocate was required to work 4-6 hr/week with and on behalf of a single client for a period of 10 weeks. Advocates received intensive supervision and monitoring in weekly sessions comprised of 5-7 advocates and 2 supervisors. Supervisors were also available 24 hr a day for questions or advice. Supervision focused on ensuring that each intervention adhered to program philosophy and design.

3. Advocacy program

Advocacy program was developed from strength-based framework guiding. This program is focusing not on deficits within the family, but rather on the woman's strengths, working on issues the woman identified as being important to her, focusing on making the community more responsive to the woman's needs and maximizing the likelihood of long-term change occurring for the family by working within the woman's natural setting and transferring skills and knowledge to her before termination of the program.

3.1 Roles of advocates

Advocates provide care and helps to individually battered women. Thoroughly explain every step of the program to battered women before bringing them into the program. Implement the program according to the

program's guideline. Follow-up and evaluate the outcomes of program implementation.

3.2 Program duration

The program takes about 10 weeks. It takes 4-6 hours per week.

3.3 Program implementation

The implementation of the advocacy program for battered women consisted of five phases.

1) Assessment

Assessment consisted of getting acquainted with the woman and significant others in her life (family, friends) and gathering important information regarding her needs and goals.

The advocate asks battered women if they need these following helps.

1. Housing
2. Material goods and resources
3. Education (turn to school or study about business)
4. Employment
5. Health (physical and mental health)
6. Child care
7. Transportation
8. Social support (new friends, support groups)
9. Legal assistance
10. Finances
11. Issues regarding the children (tutoring, counseling)

Advocates and battered women set a goal together in helping and responding to an individual's needs. The program emphasizes the possible change within the family in a long run. The advocates ask the battered women for what improvement they want to see in the next 10 weeks.

2) Implementation

Implementation naturally followed the assessment phase. Specifically, in response to each unmet need identified, the advocates actively worked with the client to generate or mobilize appropriate community

resources. This included brainstorming all possible resource, identifying critical individuals in control of those resources, and devising strategies to access the resources. This stage involved making phone calls, obtaining written information, making personal contacts-anything that had the potential to create positive change.

In this phase, it emphasizes learning from having new experiences such as joining in support groups, going back to school, and transferring to another school.

3) Monitoring

The third phase was to monitor the effectiveness of the implemented intervention. The advocate and woman with whom she worked assessed whether the resource had successfully been obtained and whether it was satisfactory to meeting the unmet need. If it was not, the advocate initiated a secondary implementation to meet the client's needs more effectively.

4) Secondary implementation

If the desired goals have not been achieved, the secondary implementation or back-up implementation should be introduced in order to successfully respond to the needs of women.

5) Termination

It began approximately 7 weeks into the 10-week intervention. At this time, the advocate began removing herself more and more from activities. The advocate also intensified her efforts to transfer the skills and knowledge she had learned throughout the course to ensure the client would be able to continue implementing advocacy efforts on her own. Ensure the battered women that they can access to the helps from community by themselves after the end of program. The advocate gives contact information about help resources and telephone numbers if the women need helps.

In the process of implementation, two stages may take place simultaneously or overlapping. For example, while the advocate and battered women are working on a problem, another problem may arise. Therefore, two problems can be solved all together.

3.4 Program evaluation

3.4.1 Tools

3.4.1.1 A modified version of the Conflict Tactics Scale (Straus, 1979) was used to assess the violence women. It consists 12 items and 2 parts. First, battered women were asked how often (1 = never; 6 = more than 4 times a week) they had experienced each of the types of violence listed. Second, battered women were asked to create a frequency-severity scale of violence, with 0 = no violence, 1 = less severe abuse only, 2 = lower frequency severe abuse, 3 = high frequency severe abuse

3.4.1.2 The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) developed by Radloff (1997) was used for the assessment of depression in battered women. This self-assessment scale is composed of 20 questions asking about mental suffering in general population. It is negative question 16 items and positive question 4 items. It has 4 parts and use to measure depressive symptoms 7 items, good feeling 4 items, physical symptoms 7 items and interpersonal relationship 2 items. Battered were asked how often that situation or behavior happened in the last week. The scale of negative question is 0 – 3 which opposite to positive question. Total score is 0 – 60. In Thailand, Kupanirattisaikul & Katemarn (1997) modified CES-D in Thai language, sensitivity and specificity is 93.33 and 94.2, internal consistency (Cronbach's Alpha = 0.9154). Standard scale for Thai people ≥ 19

3.4.1.3 Overall psychological well-being. A short-form quality of life survey developed by Andrews and Withey's (1976) was used. The survey consists of 25 questions assessing how battered women feel and respond to interpersonal relationship, themselves, their neighbors, and their general well-being in order to predict their overall quality of life. In Thailand, Mahudnirunkul, Tuntipiwatanaskul, Pumpaisarnchai, Wongsuwan & Pornmanarangkul (2002) were developed this indicator to a short form. It consists 26 items measure 4 components ; physical, mental, social relationship and environment. Cronbach's Alpha Coefficient = 0.8406, Content Validity = 0.6515. Total score is 26 – 130.

26 – 60 = bad quality of life

61 – 95 = moderate quality of life

96 – 130 = good quality of life

3.4.2 Time for evaluation

Battered women were evaluated about re-abuse, depressive symptoms and quality of life before participating in the program, after participating in the program, and at 6th month. This program can maintain for 3 years. The interview may take place either at home or at hospital in a private area and confidential. If battered women cannot come back to have an interview at the hospital, they are followed up via telephone.

Stage 3 : Evidence – observed phase

Plan to implemented this clinical nursing practice guideline as a pilot study in the organization. After the revision, sustainable and continuous development is being planned as follows :

1. Presenting the clinical problem to Psychiatric leader team for implementing a clinical nursing practice guideline.

2. Presenting a clinical nursing practice guideline using an advocacy program to reduce re-abuse, depressive symptoms and improve quality of life in battered women to paraprofessionals for recommendation and revision

3. Training the program to teams before using guideline

4. Implementing the clinical nursing practice guideline for pilot study about 10 battered women for 10 weeks, evaluate before and after program as follow :

- Process of program, problem in using for revision
- Outcome : reduce re-abuse, reduce depressive symptoms, improve quality of life, satisfaction of battered women and satisfaction of nurse using guideline

5. Studying for evaluate guideline :

Short term : reduce depressive symptoms, satisfaction of battered women and satisfaction of nurse using guideline

Middle term : re-abuse, cost benefit ratio and ability to obtaining community resources

Long term : improve quality of life

Stage 4 : Evidence – based phase

A clinical nursing practice guideline was implemented within the organization after the revision in accordance with stage 3 by presenting data to patient care team and paraprofessionals. Integrate the guideline to routine work and leading to continuous improvement.

Recommendation

1. This study is a synthesis of evidence-based practice in order to develop a clinical nursing practice guideline for an advocacy program in battered women. Before utilizing this guideline, a research assessing the outcome effectiveness and efficiency should be conducted.
2. The development of this guideline used evidence-based from one group of researchers. It may be study from the other evidence-based to compare with other interventions.
3. The clinical nursing practice guideline should be developed and continuously improved to coincide with the environment and service context together with new research results.
4. The clinical nursing practice guideline should be distributed to other health care organizations in order to obtain the practice guideline that has been used and improved to be the best practice guideline.

รายการอ้างอิง

- กาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์. (2541). บทบาทของสตรีกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540. *วารสารธรรมศาสตร์*, 24(1), 19-29.
- กมลพร แพทย์ชีพ. (2542). *ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความก้าวร้าว : กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิชกุล. (2539). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง *ผู้หญิงกับสุขภาพ ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนเส้นทางชีวิตผู้หญิง*. วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเอส ดี อเวนิว.
- กฤตยา อาชวนิชกุล. (2539ก). รูปแบบและเบื้องหลังความรุนแรงต่อผู้หญิง : นโยบายและทิศทางการยุติความรุนแรงในผู้หญิง. *จดหมายข่าวเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ*, 1(4), 17-20.
- กฤตยา แสงวงเจริญ. (2545). *การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี. *นโยบายและแผนขจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี*. เอกสารอัดโรเนียว, 2543.
- เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ. (2542). *ผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญใหม่*. กรุงเทพฯ: บริษัทมีเดียพอยท์จำกัด.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- โชติมา กาญจนกุล และศันสนีย์ เรืองสอน. (2542). การทำร้ายร่างกายภรรยา : อาชญากรรมเงียบภายใต้หลังคาบ้าน. ใน *พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และคณะ(บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : เชนเดอร์เพรส.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2546). *คู่มือการปรึกษาวัยรุ่นและสตรีที่ถูกรังแกรุนแรง*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญยงค์ เกศเทศ. (2532). *สถานภาพสตรีไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.

- ปรีชา อุปโยคิน. (2538). แนวทางการวิเคราะห์ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. *วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช*, 8(3), 99 – 107.
- พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. (2531). การศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจากข่าวหนังสือพิมพ์. รายงานการวิจัยคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชา นิติศาสตร์.
- ไพรัตน์ พุกษาศิคุณากร. (2533). จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 2 เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- พิสมัย วรรณชาติ. (2550). การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในการสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง : กรณีศึกษา อำเภอรินคำราชบุรี จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัสสร ลิมานนท์ และคนอื่นๆ. (2538). *สรุปผลวิจัยเบื้องต้น โครงการศึกษาครอบครัวไทย (General Family Survey)*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิผู้หญิง. (2532). *คู่มือปัญหาความรุนแรงในครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสัมพันธ์.
- รังสิมา เต๋ไพบูลย์. (2547). การศึกษาผู้ป่วยคดีถูกทำร้ายร่างกายที่มาใช้บริการโรงพยาบาลกลาง. *วารสารอุบัติเหตุ*, 23(3), 111-123.
- รณชัย คงสกนธ์ และนฤมล โพธิ์แจ่ม. (2551). *ความรุนแรงในครอบครัว*. พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหประชาพานิชย์: กรุงเทพมหานคร.
- วิริภรณ์ ชัยเศรษฐสัมพันธ์. (2543). *ประสบการณ์การถูกทำร้ายและความต้องการการช่วยเหลือของภรรยาที่ถูกสามีทำร้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราภรณ์ ดวงจันทร์. (2530). *การศึกษาความคิดเห็นเด็กชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลางต่อปัญหาสามีทุพพลภาพทำร้ายร่างกายภรรยา : ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กชายบ้านกรุณา วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- วิชา มหาคุณ. (2537). สิทธิเด็กในกฎหมายครอบครัวปัจจุบัน. ใน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, *รายงานพิธีเปิด ปิดครอบครัวสากล และการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว ณ ดิگสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด*.

- วิไล คุปต์นิรติศัยกุลและ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศิริเพชร ศิริวัฒนา. (2538). ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในหญิงที่ถูกสามีทุบตีทำร้าย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวรรณกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2550). *การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล*. การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 14, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สายสุรี จุติกุล. (2538). *ครอบครัวไทย: มองไปข้างหน้า* ใน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี รายงานพิธีเปิด ปิดครอบครัวสากล และการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว ณ ดิกลันดิโมตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2541). *ปัญหาพฤติกรรมในครอบครัว เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการป้องกันความรุนแรงที่มีต่อสตรีและเด็ก*. ณ ห้องประชุมโครงการวางแผนครอบครัวภาคเหนือ เชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชดย่อ ฉบับภาษาไทย. แบบประเมินทางสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.

- Allen, N. E., Bybee, D.I. & Sullivan, C.M. (2004). Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need For Comprehensive Advocacy. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.
- Bachman, G. (1996). Domstic violence. In C.A. Johnson, B. E. Johnson, J.L. Murray & B.S. Apgar (Eds.). *Women' health care handbook*. (pp.93-101). St Louis: C. V. Mosby.
- Baker, J. (1997). *Stopping wife abuse: A guide to the emotional psychological and legal implications for the abused woman and those helping her*. New York: Anchor Press/Doubleday.
- Barnett, O.W. (2000). Why battered women do not leave, part I : External inhibiting factors within society. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 343-372.
- Bullock, L.F.C., Sandella, J.A., & McFarlane, J. (1989). Breaking the cycle of abuse: how nurse can intervene. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services*, 27(8),11-13.
- Bybee, D.I. & Sullivan, C.M. (2002). The Process Through Which am Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1),103-132.
- Bybee, D.I. & Sullivan, C.M. (2005). Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 85-96.
- Cascardi, M. & O'Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence* 7, 249-259.
- Clark, M.J. (1992). *Violence. Nursing in The Community*. Connecticut: Appleton & lange.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.

- Eisentst, S.A. (1995). Domestic Violence. In K.J. Carlson, F.D. Frigoletto, S.A. Eisentst & J. Schiff. *Primary care of woman*. (pp. 437-443). U.S.A.: Mosby Year Book.
- Fairweather, G.W., & Tornatzky, L.G. (1977). *Experimental methods for social policy research*. Elmsford, NY:Pergamon Press.
- Fischbach, R.L. and Herbert, B. (1997). Domestic Violence and Mental Health : Correlates and Conundrums within and Across Cultures. *Social Science Medicine*, 45, 1161-1176.
- Frisch, M.B. and MacKenzie, C.J. (1991). A comparison of formerly and chronically battered women on cognitive and situational dimensions. *Psychotherapy*, 28: 339-344.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorder in battered women: An empirical study. *Violence and Victims* 8, 53-68.
- Heise, L.L., Raikes, A., Watts, H.C. & Zwi, B.A. (1994). Violence against women: A neglected public health issue in a less developed countries. *Social Science Medicine*, 39, 1165-1179.
- Hoffman, K.L., Demo, D.H. & Edwards, J.N. (1994). Physical wife abuse in a non-western society : An Integrated Theoretical Approach. *Journal of Marriage and the Family*, 56 (February), 131-146.
- Holzworth-Munroe, A., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence: Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behavior* 2(2), 179-213.
- Houskamp, B.M. & Foy, D.W. (1991). The assessment of post traumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Kaslow, N.J., Thompson, M.P., Meadows, L.A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., Bornstein, H., Hollins, L., Rashid, A., & Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 533-540.

- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C. & Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 43-55.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.
- MacMillan, H.L. & Wathen, C.N. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). *Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations*. CTFPHC Technical Report.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2002). Key steps in implementing evidence-based practice: Asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatric Nursing*, 28(3), 262-266.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, K. (1991). *Wife Abuse: Are There Warning signs*. (<http://www.Persoual.psu.edu/Faculty/Violence>). February 5, 2000.
- Moss, V.A. (1991). Battered women and the myth of masochism. *Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services*, 29(7), 18-23.
- National clearinghouse on Family Violence. (1990). *Wife abuse*. Ottawa: Health and Welfare.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research : Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Powell, D.S., Batsche, C.J., Ferro, J., Fox, L., & Dunlap, G. (1997). A strengths-based approach in support of multi-risk families: Principles and issues. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17(1), 1-26.
- Richards, J. (1995). Battering/domestic violence. In W. L. Star, L.L. Lommel, & M.T. Shannon (Eds.) *Women's primary health care* (pp.1420-1423). Washington: American Nurse Association.
- Saleebey, D. (Ed.), (1997). *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.). White Plains, NY: Longman.

- Sand, R.G. (2001). *Clinical social work practice in behavioral mental health*. A Peason Education Company.
- Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*, 9, 31-43.
- Soukup, S.M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Sripichyakan, K. (1999). *Dealing with wife abuse: A Study from the women's perspectives in Thailand*. Doctoral Dissertation, University of Washington, Seattle.
- Steinmetz, S.K. (1987). Family violence: Past, present and future, In M.B. Sussman (Ed), *Handbook of marriage and the family*. New York: Plenum press.
- Straus, M.A., Gelles, R.J., & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York: Anchor Press.
- Straus, M.A. & Gelles, R.J. (1986). Societal Change and Change in Family Violence From 1975 to 1985 as Realed by Two Nation Surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-479.
- Stuart, G. & Sundeen, S. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis, Mo: Mosby.
- Sullivan, C.M., & Davidson, W.S. (1991). Brief Report: The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects. *American Journal of Community Psychology*, 19(6), 953-960.
- Sullivan, C.M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. & Davidson, W. S. (1992). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 309-332.
- Sullivan C.M., Campbell, R., Angelique, H, Eby, K.K. & Davidson, W. S. (1994). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-Up. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 101-122.

- Sullivan, C.M. & Bybee, D.I. (1999). Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43-53.
- Sullivan, C.M. (2003). Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women. *American Journal of Community Psychology*, 32(3/4), 295-303.
- Tahan, H. A. (2005). *Essentials of Advocacy in Case Management*. Lippincott's Case management, 10(3), 136-145.
- Tang, C.S. (1994). Prevalence of Spouse Abuse in Hong Kong. *Journal of Family Violence*, 9, 347-356.
- The WHO group. (1995). The World Health Organization quality of life Assessment (WHOQOL) : Position paper from the World Health Organization, *Social Science Medicine*, 41(10): 1403-1409.
- UNFPA. (1997). The right to choose: reproductive rights and reproductive health. In *The state of world population 1997*. New York: UNFPA.
- Waldrop, A.E. and Resick, P. A. (2004). Coping Among Adult Female Victims of Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 19(5), 291-302.
- World Health Organization. (2002). *Prevalence of Physical Violence Against Women*. Available at www5.who.int/violence_injury_prevention/.
- Yoshihama, M., and Sorenson, S.B. (1994). Physical, Sexual, and Emotional Abuse by Male Intimates: Experiences of Women in Japan. *Violence and Victims*, 9, 63-77.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล : แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม : สุรินทร์ จันทร์ศรี, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ อติศยา พรชัย เกตุ โอวยอง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ แนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ; ตุลาคม 2551 (เอกสารอ้างอิง 9 รายการ)

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ :

3.1 กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ : สตรีที่ถูกสามีทำร้าย

3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ : พยาบาลจิตเวช / พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบการดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ : เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

3.4 ประชากรเป้าหมาย : สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ : การใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์จะสามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

4. วิธีดำเนินการ

4.1 เลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา จาก 1) ประสบการณ์ในการให้การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 2) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 3) ปัญหาที่พบจากการประชุมทีมสหวิชาชีพ 4) ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน และ 5) การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสตรีที่ถูกสามีทำร้าย

4.2 รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐาน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

Population : สตรีที่ถูกสามีทำร้าย

Intervention : โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ

Comparison intervention : -

Outcome : การถูกทำร้ายซ้ำ, อาการซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิต

4.3 วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

4.3.1 การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ฐานข้อมูลที่ใช้ได้แก่ www.Guidelines.gov, www.Joannabriggs.edu.au, www.Cochrane.org, CINAHL, Blackwell synergy, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Ovid

4.3.2 Hand search

4.3.3 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยใช้คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) ได้แก่ battered women, abusive partners, women with abusive partners, advocacy intervention program, advocacy program, advocacy intervention, re-abused, depression, quality of life

ครอบคลุมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นงานในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปีค.ศ.1991-ค.ศ. 2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

4.4 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน

4.4.1 เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005)

การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)

ระดับ 2 : หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial)

ระดับ 3 : หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม (nonrandomized controlled trial)

ระดับ 4 : หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (case-control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง

ระดับ 5 : หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่รวบรวมจากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย

ระดับ 6 : หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงบรรยาย 1 เรื่อง

ระดับ 7 : ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (opinion from respected authorities) หรือการรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reports of expert committees)

4.4.2 วิธีการที่ใช้วิเคราะห์หลักฐาน

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการสืบค้นปัญหา ทั้งจากปัญหาที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน และจากแหล่งความรู้ ระยะที่ 2 เป็นการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งความรู้ต่างๆ อ่านงานวิจัยแต่ละเรื่อง แล้วนำมาประเมิน วิเคราะห์คุณภาพ สังเคราะห์และสกัดเนื้อหาที่สำคัญ ศึกษานำได้ในรูปแบบของตาราง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย สมมติฐานงานวิจัย setting งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การบำบัด (intervention) ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของงานวิจัย ผลการวิจัย ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ ต่อมานำข้อความที่สกัดได้ของแต่ละการศึกษาในตารางมาพิจารณารวมกันและสกัดเนื้อหาที่สำคัญ ทำให้การศึกษابรรลุผลตามที่คาดหวัง (ลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต) สิ่งที่ยังพบจากการศึกษาทั้งหมดนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ระยะที่ 3 เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และระยะที่ 4 คือ การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน

งานวิจัยที่สืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด มีจำนวน 9 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยในระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง และระดับ 2 จำนวน 8 เรื่อง ดังนี้

- 1) MacMillan, H.L. & Wathen, C.N. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). *Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations*. CTFPHC Technical Report. เป็นงานวิจัยระดับ 1
- 2) Sullivan, C.M., & Davidson, W.S. (1991). Brief Report: The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects. *American Journal of Community Psychology*, 19(6), 953-960. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 3) Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. & Davidson, W. S. (1992). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 309-332. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 4) Sullivan, C. M., Campbell, R., Angelique, H., Eby, K. K. & Davidson, W. S. (1994). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-Up. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 101-122. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 5) Sullivan, C. M. & Bybee, D. I. (1999). Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43-53. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 6) Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2002). The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-132. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 7) Sullivan, C. M. (2003). Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women. *American Journal of Community Psychology*, 32(3/4), 295-303. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 8) Allen, N. E., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2004). Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need For Comprehensive Advocacy. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035. เป็นงานวิจัยระดับ 2
- 9) Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2005). Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 85-96. เป็นงานวิจัยระดับ 2

4.5 วิธีตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ ได้แก่

4.5.1 นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน

4.5.2 พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน

4.5.3 อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 1 ท่าน

5. วิธีปฏิบัติที่แนะนำ (Recommendation)

ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัย เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (ระดับ 2)

5.1.1 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้ามาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

5.1.2 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิอย่างละเอียดจากผู้พิทักษ์สิทธิ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

5.1.3 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับผู้กระทำรุนแรงก็ได้

5.1.4 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายต้องอาศัยอยู่ในบริเวณที่สามารถติดตามได้อย่างน้อย 3 เดือน

5.2 คุณสมบัติของผู้พิทักษ์สิทธิ (ระดับ 2)

การฝึกและนิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นผู้หญิง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งผ่านการฝึกฝนอบรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี ฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ และการฟังอย่างตั้งใจ ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน กลยุทธ์ในการประเมินความต้องการและความเข้มแข็งของสตรี การฝึกปฏิบัติในการสร้างสรรค์แหล่งประโยชน์ในชุมชน การนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาใช้ และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงการร่วมอภิปรายอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

หลังการฝึกอบรม ผู้พิทักษ์สิทธิแต่ละคนต้องดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 1 ราย ภายในเวลา 10 สัปดาห์ ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง ภายใต้การนิเทศและการติดตามของผู้นิเทศซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิจำนวน 2 คน นิเทศผู้พิทักษ์สิทธิ 5 – 7 คน โดยพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้พิทักษ์สิทธิสามารถขอคำแนะนำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การดำเนินการช่วยเหลือแทรกแซงสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นไปตามปรัชญา และแนวปฏิบัติของโปรแกรม

5.3 โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย (ระดับ 1, 2)

การพัฒนาโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานของการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based services) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม โดยโปรแกรมเน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี ไม่เน้นที่ความบกพร่องของครอบครัว เน้นสตรีเป็นศูนย์กลาง โดยดำเนินการช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่ามีความสำคัญสำหรับเธอ เน้นการทำให้ชุมชนตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของสตรีที่มากขึ้นกว่าเดิม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวในระยะยาวในระดับสูงสุด ภายใต้ความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และถ่ายทอดทักษะและความรู้ให้แก่มุขมนตรีก่อนจะยุติการช่วยเหลือ

5.3.1 บทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิ

ผู้พิทักษ์สิทธิให้การดูแล ช่วยเหลือแก่มุขมนตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นรายบุคคล โดยอธิบายขั้นตอนของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างละเอียดก่อนนำเข้าโปรแกรม ใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายตามลำดับขั้นตอนที่กำหนด หลังจากนั้นมีการติดตาม และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

5.3.2 ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะใช้เวลา 10 สัปดาห์ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง

5.3.3 การดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

1) การประเมินปัญหา (Assessment)

การประเมินปัญหา ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการและเป้าหมายของสตรี บุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรี เช่น ครอบครัว เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในชุมชน และสังเกตสภาพแวดล้อมของสตรี เช่น เครื่องเรือน สิ่งของภายในบ้าน ซึ่งจะพบว่าความต้องการการช่วยเหลือของสตรีส่วนใหญ่ มี 11 ด้าน ได้แก่

1. บ้านพักชั่วคราว (housing)
2. ของใช้จำเป็น (material goods and resource)
3. การศึกษา (education) เช่น การกลับเข้ารับการศึกษาคือ หรือการศึกษาเกี่ยวกับธุรกิจการค้า
4. อาชีพ (employment)
5. ภาวะสุขภาพ (health) ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต

6. การดูแลบุตร (child care) เช่น ต้องการคนช่วยดูแลเด็ก
7. ค่าเดินทาง (transportation)
8. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น การคบเพื่อนใหม่ การเข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
9. การช่วยเหลือทางกฎหมาย (legal assistance) เช่น การขอคำแนะนำต่างๆ ทางด้านกฎหมาย
10. การช่วยเหลือทางการเงิน (finances)
11. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร (issues regarding the children) เช่น การหาครูพิเศษ การให้คำปรึกษา

หลังจากทราบความต้องการของสตรีแล้ว ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรี กำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองตามความต้องการของสตรีแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายนั้นเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวในระยะยาว และจะต้องเห็นผลภายใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า

2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Implementation)

เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีดำเนินการ โดยระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ระบุความยากลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น วางแผนว่าจะเข้าถึงแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรในชุมชนนั้นได้อย่างไร และจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ การเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ การค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากหนังสือพิมพ์ การติดต่อเป็นการส่วนตัว การติดต่อองค์กรในชุมชน หรือใช้วิธีการอื่นๆ โดยหาทางทำอย่างไรก็ตามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก

ในขณะนี้ เน้นการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ เช่น การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การกลับไปเรียนหนังสือหรือการย้ายโรงเรียนใหม่ เป็นต้น

3) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Monitoring)

ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำไปได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ ความต้องการของสตรีส่วนใหญ่มีหลายด้าน ความต้องการบางด้านอาจบรรลุผลสำเร็จตามความต้องการแล้ว แต่อาจมีบางด้านที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 ต่อไป

4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล (Secondary implementation)

ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการปฏิบัติการตั้งแต่ระยะที่ 1 ใหม่ เพื่อประเมินความต้องการและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่

5) การสิ้นสุดโปรแกรม (Termination)

ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะคอยดูแลบทบาทของตัวเองลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรม ซึ่งมีระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยการกระตุ้นให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้มา ให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่าสตรีเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ การให้เบอร์โทรศัพท์ของแหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เป็นต้น

ในกระบวนการของโปรแกรมแต่ละระยะอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือคาบเกี่ยวกันได้ เช่น ผู้พิทักษ์สิทธิ์และสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจร่วมกันแก้ปัญหาหนึ่ง ขณะที่เริ่มแก้ไขปัญหานี้อื่นไปด้วย

5.4 การประเมินผลโปรแกรม

5.4.1 เครื่องมือที่ใช้

5.4.1.1 แบบประเมินการถูกทำร้ายซ้ำ ใช้แบบวัด Conflict Tactics Scale ฉบับปรับปรุงใหม่ (Strauss, 1979) เป็นการสอบถามประสบการณ์จากการถูกระงับทางกายและความรุนแรงทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สอบถามความถี่ของความรุนแรงชนิดต่างๆ ที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 1 – 6 คะแนน (1 = ไม่เคย, 6 = มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์)

ส่วนที่ 2 สอบถามความถี่และขนาดของความรุนแรง และมีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 0 – 3 (0 = ไม่มีความรุนแรง, 3 = ความถี่ของการถูกทำร้ายซ้ำและความรุนแรงสูง)

5.4.1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) ของ Radloff (1977) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ ผู้ตอบจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์) และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12 และ 16) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับในประเทศไทย วิไล คุปต์นิริตศิยกุลและ พนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบทดสอบ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาค่ามาตรฐานสำหรับคนไทย ค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ของ แบบทดสอบ CES-D พบว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อชี้บ่งภาวะ

ชิมเศร้าของคนไทย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 โดยมีค่าความไวและความจำเพาะของแบบทดสอบเท่ากับร้อยละ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงคำนวณด้วยวิธี Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.9154

5.4.1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Overall psychological well-being) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นของ Andrews & Withey's (1976) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ต่อตนเอง, ต่อเพื่อนบ้าน และความสุขภาพดีในภาพรวม เพื่อทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม สำหรับในประเทศไทย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล (2545) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุ่ยย่อ ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อวัดคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ซึ่งการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดย

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.4.2 ระยะเวลาการติดตามประเมินผล

ประเมินผลการถูกทำร้ายซ้ำ, อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และอาจติดตามประเมินผลได้ทุก 6 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมสามารถดำรงอยู่ได้ถึง 3 ปี สถานที่ในการประเมินผลอาจเป็นที่บ้าน หรือในโรงพยาบาล โดยมีสถานที่แยกเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว หรืออาจมีการติดตามผลทางโทรศัพท์ ถ้าสตรีไม่สามารถมาพบด้วยตนเองได้

6. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

6.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการใช้แนวปฏิบัติ

6.1.1 สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ได้รับการช่วยเหลือตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย และสามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรี

6.1.2 พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นการดูแลแบบมีขั้นตอนที่ชัดเจน และมีรูปแบบเดียวกัน

6.1.3 หน่วยงานและโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6.2 อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

6.2.1 ความปลอดภัยของผู้พิทักษ์สิทธิ อาจทำให้สามีของสตรีไม่พึงพอใจ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของสตรีให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการนัดให้สตรีมาพบผู้พิทักษ์สิทธิที่สถานบริการ

6.2.2 สตรีบางรายที่เกิดความลังเลใจ หรือไม่สามารเข้าร่วมโปรแกรมโดยตลอด หรือยุติการเข้าโปรแกรมกลางคัน อาจกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมซึ่งอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำได้

7. ข้อควรพิจารณาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

7.1 ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ และมีความรู้ความชำนาญในการใช้แบบสอบถามการถูกทำร้ายซ้ำ แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

7.2 ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ จะต้องมีทักษะในการประเมินบุคคลอย่างเป็นองค์รวม มีทักษะในการให้คำปรึกษา และการสัมภาษณ์เชิงลึก

7.3 ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประสานเครือข่าย และแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย

7.4 ควรเตรียมความพร้อมแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ด้วยการอธิบายขั้นตอนต่างๆของโปรแกรมให้ทราบก่อนนำเข้าไปโปรแกรม

7.5 การติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ควรระมัดระวังเรื่องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของสตรีและครอบครัว

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

แผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

8.1 ชี้แจงถึงปัญหาทางคลินิกแก่หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

8.2 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย แก่ทีมสหวิชาชีพซึ่งให้การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แล้วนำเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

8.3 เตรียมความพร้อมของผู้พิทักษ์สิทธิในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลราชบุรี โดยการประชุมชี้แจง แนะนำและอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ

8.4 นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลก่อนและหลังการสิ้นสุดโปรแกรมดังนี้

- กระบวนการนำไปใช้ มีปัญหา อุปสรรคในการใช้หรือไม่ เพื่อนำมาปรับแก้ไข
- ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การถูกทำร้ายซ้ำลดลง

อาการซึมเศร้าลดลง

คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

8.5 ทำการศึกษา เพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ในระยะสั้น คือ อาการซึมเศร้าที่ลดลง ความพึงพอใจของสตรีผู้มารับบริการและพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ การถูกทำร้ายซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆในชุมชนตามความต้องการ และผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8.6 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการประชุมทีมนำทางจิตเวช และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับการทำงานประจำ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (clinical nursing practice guideline)

9. ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง

24 ตุลาคม 2551

9.2 ผู้สร้าง

นางสุนิรัตน์ จันทร์ศรี, รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์
อาจารย์ ดร.อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นางวรภัทร แสงแก้ว

หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี

นางบุญพลอย ตูลาพันธ์

นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ

อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.5 แหล่งเงินทุน

งบประมาณส่วนตัว

9.6 เอกสารอ้างอิง

วิไล คุปต์นิวัติชัยกุลและ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอพบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. *แบบประเมินทางสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Allen, N. E., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2004). Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need For Comprehensive Advocacy. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.

Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2002). The Process Through Which am Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-132.

Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2005). Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 85-96.

- MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). *Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations*. CTFPHC Technical Report.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2002). Key steps in implementing evidence-based practice: Asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatric Nursing*, 28(3), 262-266.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1991). Brief Report: The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects. *American Journal of Community Psychology*, 19(6), 953-960.
- Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumpitz, M. & Davidson, W. S. (1992). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 309-332.
- Sullivan, C. M., Campbell, R., Angelique, H., Eby, K. K. & Davidson, W. S. (1994). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-Up. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 101-122.
- Sullivan, C. M. & Bybee, D. I. (1999). Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43-53.
- Sullivan, C. M. (2003). Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women. *American Journal of Community Psychology*, 32(3/4), 295-303.

ภาคผนวก ข

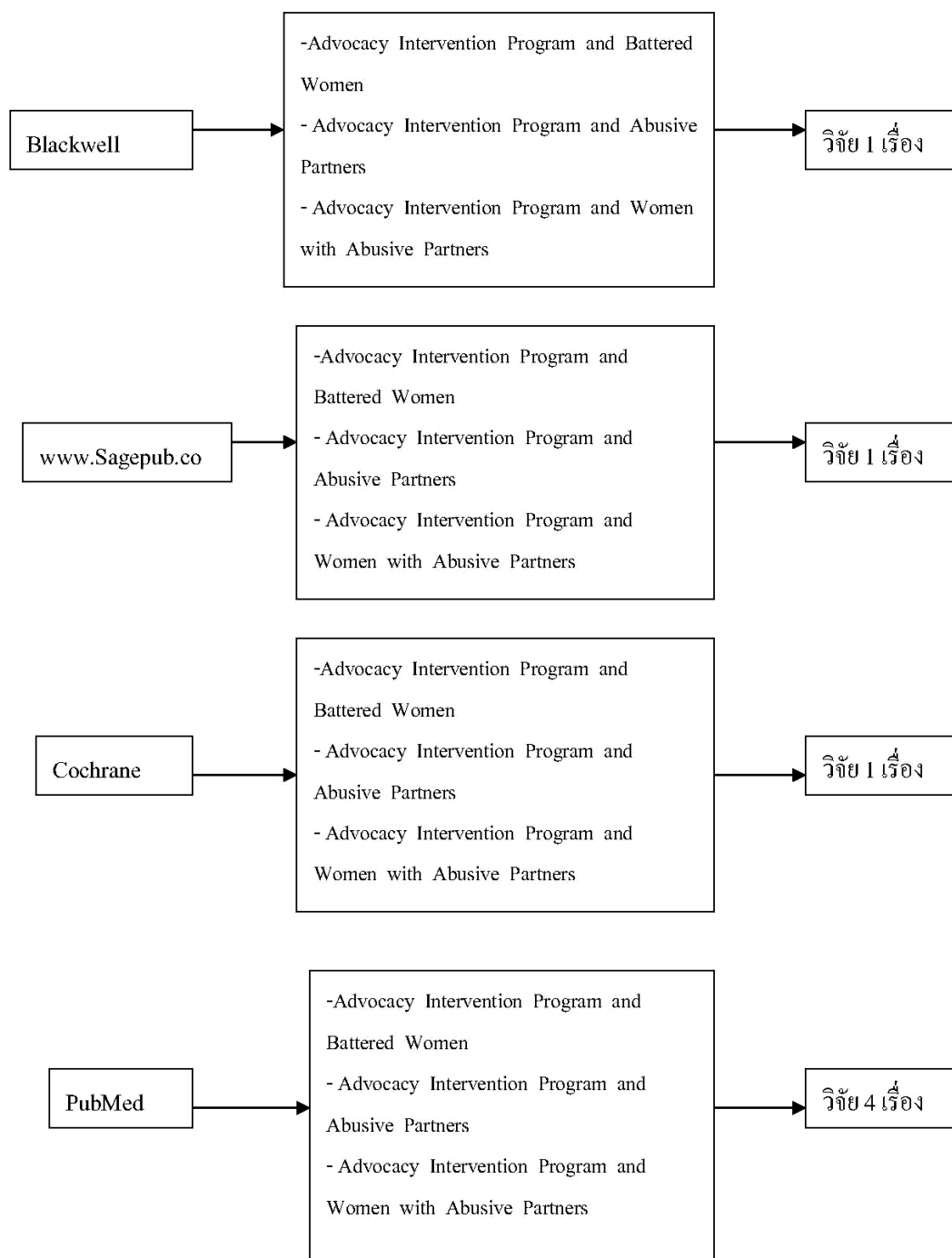
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

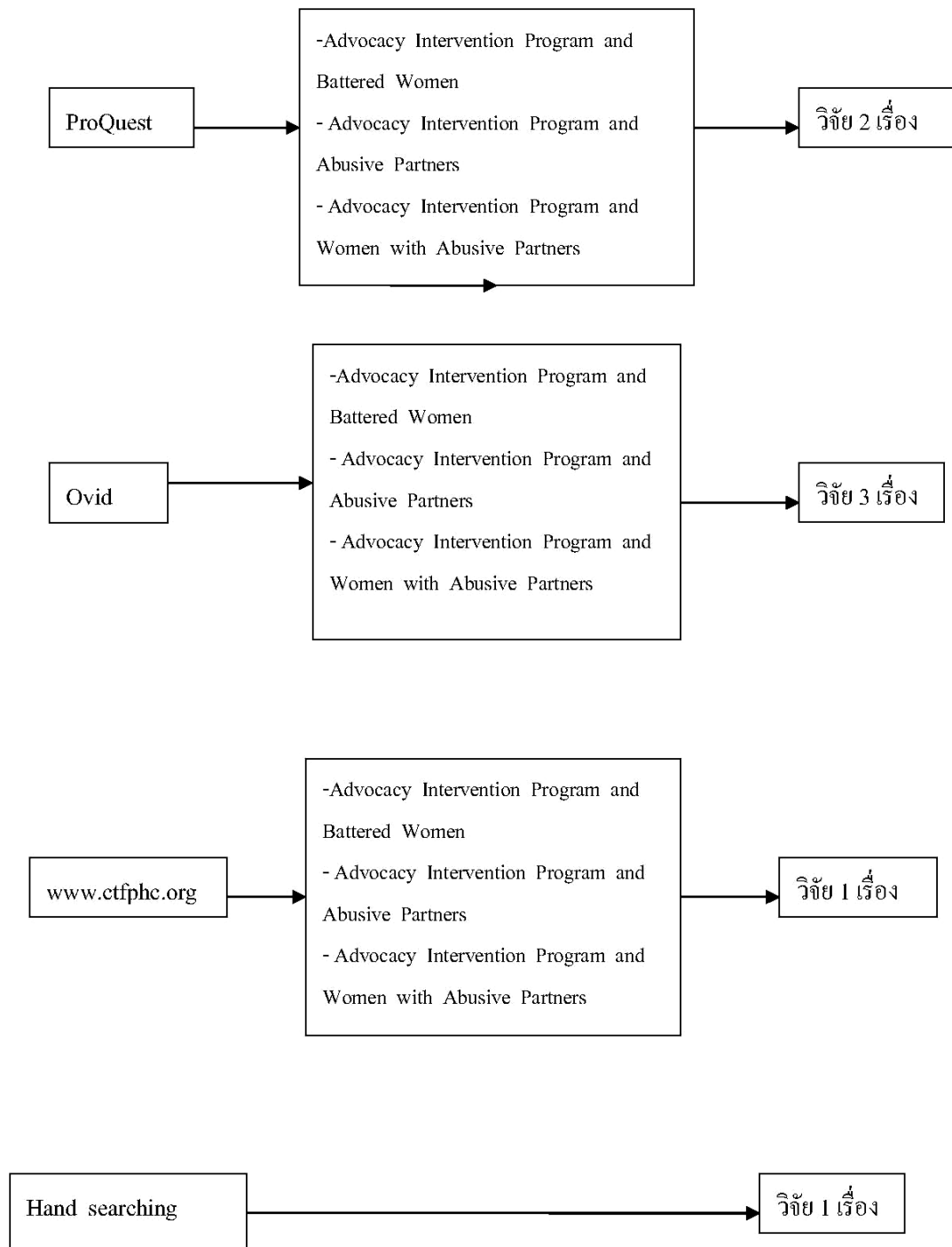
แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางวรภัทร แสงแก้ว
หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี
3. นางบุญพลอย ตูลาพันธ์
นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ค

ผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์





ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

เรื่องที่ 1 MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). *Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations*. CTFPHC Technical Report.

ชื่อเรื่อง	Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของโปรแกรมบำบัดต่างๆที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันความรุนแรงในสตรี
ทุน	The Canadian Task Force on Preventive Health Care
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่มี
Setting งานวิจัย	The Canadian Task Force, London
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวทั้งสตรีที่ถูกคู่ครองทำร้าย และผู้ชายซึ่งทำร้ายคู่ครองของตน <u>เกณฑ์ในการคัดเลือก</u> มีผู้ทบทวนงานวิจัย 2 คน คัดเลือกงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆดังนี้ MEDLINE (via PubMed) ตั้งแต่ 1966 - March 2001 PsycINFO ตั้งแต่ 1984 - March 2001 CINAHL ตั้งแต่ 1960 - March 2001 HealthSTAR ตั้งแต่ 1975 - March 2001 Sociological Abstracts ตั้งแต่ 1963 - March 2001 Key Word ที่ใช้ ได้แก่ domestic violence, spouse abuse, sexual abuse, partner abuse, shelters and battered women
ระเบียบวิธีวิจัย	Systematic Review
ระดับของงานวิจัย	I

ผลการวิจัย	ผู้ทบทวน ได้ทบทวนจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อจากงานวิจัยทั้งหมดที่สืบค้นได้ ทั้ง inclusion และ exclusion criteria เพื่อรวมกลุ่มของข้อมูลสำหรับทบทวน ผลการทบทวนแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1. อุบัติการณ์ของการกระทำรุนแรงทางกาย ทางเพศ หรือทางอารมณ์โดยผู้ชายต่อคู่ครอง 2. พฤติกรรมการแสวงหาความปลอดภัย การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนของสตรีด้วยโปรแกรมบำบัด 3. ผลลัพธ์อื่นๆ ประกอบด้วย การศึกษาเป็นรายบุคคล (ประกอบด้วย การประเมินสภาพจิตใจ การใช้สารในทางที่ผิด ฯลฯ ซึ่งค้นพบในรายงานแต่ไม่ได้นำมาพิจารณาในการศึกษานี้) ในโปรแกรมบำบัดเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี แบ่งออกเป็น 3 ข้อหลัก ได้แก่ 1. Primary care interventions ซึ่งจากการศึกษานี้ไม่พบ inclusion criteria สำหรับโปรแกรมบำบัด 2. Interventions for referral by primary care clinicians พบงานวิจัย 20 เรื่อง มี 11 เรื่องที่พบ criteria ของการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในงานวิจัย 11 เรื่องนี้ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัด 4 โปรแกรม โปรแกรมที่ 1 ได้แก่ post-shelter counseling ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนจำนวน 6 เรื่อง (Sullivan,1991; Sullivan & Davidson, 1991; Sullivan et al, 1992; Sullivan et al, 1994; Tan et al, 1995 and Sullivan & Bybee, 1999) โปรแกรมที่ 2 ได้แก่ assessment of shelter effectiveness (Berk et al, 1996) โปรแกรมที่ 3 ได้แก่ personal and vocational counseling for abused women (Cox & Stoltenberg, 1991) โปรแกรมที่ 4 ได้แก่ prenatal counseling designed to reduce further abuse (McFarlane et al, 1997; McFarlane et
------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	al, 2000; Parker et al, 1999) 3. Interventions outside the scope of primary care (for example, special police programs focused on violence against women) ผลการศึกษาถึงโปรแกรมบำบัดในสตรีที่ต้งครรภ์และไม่ต้งครรภ์ พบว่า 1. Primary care counseling ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอสำหรับ/หรือให้คำปรึกษาต่อสตรีที่ถูกทำร้าย (I Recommendation) 2. Referral to shelters ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอสำหรับ/หรือให้คำปรึกษาต่อสตรีที่ถูกทำร้าย (I Recommendation) 3. Referral to Post-Shelter Advocacy Counseling พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับพอใช้ (level I, fair) ในการส่งต่อสตรีเพื่ออยู่ในบ้านพักอย่างน้อย 1 คืน และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ซึ่งพบในการศึกษาของ Sullivan & Bybee (1999) (B Recommendation) 4. Referral to Personal and Vocational Counseling ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอสำหรับ/หรือให้คำปรึกษาต่อสตรีที่ถูกทำร้าย (I Recommendation) สำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy Counseling) ใช้ RCT design ประกอบด้วย pilot study (Sullivan,1991; Sullivan & Davidson, 1991) การติดตาม 6 เดือนโดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ 146 คน (Sullivan et al, 1992; Sullivan et al, 1994; Tan et al, 1995) และการติดตาม 2 ปีด้วยกลุ่มตัวอย่าง 284 คน (Sullivan & Bybee, 1999) จากการศึกษาพบว่ามีค่าความเที่ยงตรงภายใน (internal validity criteria) สำหรับการกำหนดคุณภาพงานวิจัยในระดับพอใช้ (fair) สตรีที่อยู่ในบ้านพักชั่วคราวอย่างน้อย 1 คืนจะได้รับการคุ้มครองทดลองเพื่อรับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ 4-6 ชั่วโมง
-------------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ หลังออกจากบ้านพัก และกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการติดต่อจากผู้สัมภาษณ์จนถึงเวลาที่กำหนดกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยจาก 17-61 ปี 45% เป็น African American และ 42% เป็น European American 69% ของสตรีแต่งงานหรือจดทะเบียน ผู้พิทักษ์สิทธิเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งได้รับการฝึกอบรมและการนิเทศ จุดสำคัญของโปรแกรมการบำบัด คือ การช่วยเหลือสตรีเรื่องความปลอดภัย และการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น บ้านพักชั่วคราว การฝึกอาชีพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1. Assessment 2. Implementation 3. Monitoring 4. Secondary implementation 5. Termination เฉลี่ยสตรีแต่ละคนจะพบผู้พิทักษ์สิทธิ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (เฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยในระยะแรกผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีพูดคุยร่วมกันเพื่อหาความต้องการและเป้าหมายในระยะยาว ในระยะต่อมาผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีร่วมกันหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น การศึกษา (84%) การช่วยเหลือทางกฎหมาย (72%) การฝึกอาชีพ (72%) บริการสำหรับเด็ก (68%) บ้านพักชั่วคราว (67%) การดูแลลูก (63%) ค่าใช้จ่าย (62%) การช่วยเหลือทางการเงิน (61%) การดูแลสุขภาพ (60%) และการสนับสนุนทางสังคม (47%) ผู้เข้าร่วมโครงการในระยะแรก 284 คน , 278 คนอยู่ร่วมในโครงการและเมื่อรวบรวมข้อมูลในระยะยาวมี case เหลืออยู่ทั้งหมด 242 คน สตรีในกลุ่มทดลองรายงานว่าถูกกระทำรุนแรงซ้ำลดลงหลังการติดตาม 2 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (76% VS 89%) ความรุนแรงทางกายลดลงในกลุ่มทดลองเมื่อเวลาผ่านไป มีคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองดีกว่า ไม่มีความ
------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	แตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มในงานเกี่ยวกับความรุนแรงทางด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้า จากการประเมินตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการหาและเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า
การสรุปเพื่อนำไปใช้	สามารถนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยคู่ครองมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน หลังจากสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้รับการดูแลอาการทางกายจากแพทย์แล้ว นาสตรีเหล่านี้มาอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม โดยสตรีที่ต้องการได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ จะเข้าสู่การบำบัดตามโปรแกรม 5 ระยะ ได้แก่ Assessment, Implementation, Monitoring, Secondary implementation และ Termination เป็นเวลา 10 สัปดาห์โดยผู้บำบัดได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ของโปรแกรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งผลการวิจัยทำให้ผู้บำบัดสามารถช่วยเหลือสตรีเหล่านี้ได้อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ตั้งแต่ 1. การดูแลอาการทางกายจากการบาดเจ็บ 2. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในด้านต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา การหาแหล่งปลอดภัย การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งช่วยลดการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดตามมาได้ - งานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงกับศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีของโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตในการให้การพยาบาล และการให้การปรึกษา รวมถึงการประสานงานในระดับเครือข่าย

ความสอดคล้องกับประเด็น ปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	- มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแนวปฏิบัติ ทางการแพทย์ที่ชัดเจนในการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกละเมิด ทำร้าย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือของสตรี เหล่านี้
การมีความหมายหรือมีคุณค่า ในเชิงของศาสตร์	- งานวิจัยนี้เผยแพร่ใน http://www.ctfphc.org ซึ่งสามารถ ค้นคว้าได้ง่าย - ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ใน The Canadian Task Force on Preventive Health Care - ได้รับทุนสนับสนุนจาก The Canadian Task Force on Preventive Health Care - งานวิจัยนี้มีคุณภาพดีเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ได้จากการ ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of Finding) งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน เนื่องจากสตรี ที่มารับบริการด้วยการถูกละเมิดทำร้ายหลังจากได้รับการดูแล รักษาอาการทางกายจากแพทย์แล้ว จะถูกส่งมาที่ศูนย์พิทักษ์ สิทธิเด็กและสตรีทุกรายเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือ ซึ่ง โปรแกรมการพิทักษ์สิทธินี้ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้ ความช่วยเหลือแก่สตรีเหล่านี้ได้อย่างครอบคลุมและตรงกับ ความต้องการของสตรีแต่ละราย 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตาม กฎหมายและขอบเขตการปฏิบัติที่จะปฏิบัติและยกเลิกวิธีการ พยาบาลนั้นได้ การปฏิบัติทางการแพทย์ตามงานวิจัยต้องใช้ทักษะเพิ่ม จำเป็น ต้องมีการอบรมและฝึกการใช้โปรแกรมก่อนการปฏิบัติจริง ซึ่ง ทักษะการฝึกฝนเป็นขั้นตอนง่ายๆที่พยาบาลซึ่งผ่านการอบรม การให้คำปรึกษามาแล้วสามารถทำได้

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	การปฏิบัติตามโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ เป็นงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำในศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี และเป็นการปฏิบัติงานในช่วงโม่งการทำงาน จึงไม่เป็นการละทิ้งจากหน้าที่อื่นๆ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit Ratio) การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย แต่ก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้รับบริการได้รับผลประโยชน์สูงสุด
---	---

เรื่องที่ 2 Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1991). Brief Report: The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects. *American Journal of Community Psychology*, 19(6), 953-960.

ชื่อเรื่อง	The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อตรวจสอบผลกระทบสั้นของการจัดเตรียมบริการการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายก่อนออกจากบ้านพักชั่วคราว
ทุน	รับทุนบางส่วนจาก The George Fund Foundation and the Michigan Department of Mental Health และงานวิจัยนี้ได้รับรางวัล first price recipient of The Society for the Psychological Study of Social Issues' 1988 Dissertation Award
สมมติฐานงานวิจัย	สตรีในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการหาแหล่งช่วยเหลือมากกว่าสตรีในกลุ่มควบคุม
Setting งานวิจัย	บ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้ถูกกระทำจากความรุนแรงในครอบครัวใน A medium-sized industrialized Midwestern city, USA.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งอยู่ในบ้านพักชั่วคราวจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมนี้และสมัครใจเข้าร่วมในโครงการ จำนวน 41 คน สุ่มโดยการแบ่งเป็นลำดับชั้นเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน - ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในด้านข้อมูลประชากรของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประกอบด้วย 1. การสัมภาษณ์ถึงความต้องการการช่วยเหลือหลังจากบ้านพักชั่วคราวในช่วงแรก, 5 สัปดาห์ต่อมา (ช่วงกลางของ intervention) และ 5 สัปดาห์ต่อมา (ระยะสุดท้าย) 2. Conflict Tactics Scale โดยการพัฒนาจากแบบวัดของ Strauss' (1979) เป็นการสอบถามประสบการณ์จากการถูกระงับร่างกายและความรุนแรงทางด้านจิตใจ โดยใช้วัด 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังการให้ intervention มีค่า internal consistency = .83 3. Effectiveness in Obtaining Resources (EOR) เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการถึงความต้องการในการพิทักษ์สิทธิ์ ประกอบด้วย 11 ด้าน ได้แก่ housing, material goods and resources, education, employment, health, child care, transportation, social support, legal assistance, finances and issues regarding the children จัดลำดับความสำคัญโดยใช้ Likert-type scale โดยมีค่าคะแนนจาก very ineffective (1) ถึง very effective (4)
การบำบัด (intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ 6-8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยกระบวนการของการบำบัด เป็นการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1. จำนวนครั้งที่ผู้เข้าร่วมโครงการมาพบผู้พิทักษ์สิทธิ์ (2 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. ระยะเวลาในการพูดคุยทางโทรศัพท์ (2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) 3. ความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีการวางแผนร่วมกัน 4. ความพึงพอใจต่อการได้รับการพิทักษ์สิทธิ์

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรม ผู้พิทักษ์สิทธิ์ จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในแต่ละสัปดาห์เกี่ยวกับการติดต่อแหล่งให้การช่วยเหลือ การเข้าถึงบริการ และการสอนทักษะใหม่ๆ <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโปรแกรมถึงข้อมูลประชากรทั่วไป และจะไม่ได้รับการติดต่อจนกระทั่งสัปดาห์ที่ 10
ระเบียบวิธีวิจัย	True longitudinal experimental design
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	- 80% ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจอย่างมากต่อทั้งตัวโปรแกรมและการพิทักษ์สิทธิ์ที่ได้รับ - ประโยชน์ของโปรแกรม ช่วยให้พวกเขาเป็นอิสระจากการถูกระทำรุนแรง 64% พบว่ามีประโยชน์มาก 34% คิดว่ามีประโยชน์เป็นบางส่วน มีเพียง 1 รายที่บอกว่าไม่สามารถช่วยให้เธอเป็นอิสระจากการถูกระทำรุนแรงได้ - ข้อมูลจากกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ รายงานว่า มีการจัดหาแหล่งสนับสนุนเฉลี่ย 20 ครั้งตลอดโปรแกรม มีการเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้แก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายเฉลี่ย 18 ครั้ง มีการไปพบบุคคลเพื่อขอความช่วยเหลือ เฉลี่ย 6 ครั้งตลอด 10 สัปดาห์ของโปรแกรม และมีการสอนทักษะใหม่ๆแก่สตรีเหล่านี้เฉลี่ย 8 ครั้ง - จากการทดสอบสมมติฐาน ด้านประสิทธิภาพในการหาแหล่งช่วยเหลือ โดยใช้ two-tailed test ระหว่าง 2 กลุ่มกับ Effectiveness in Obtaining Resources scale ซึ่งเป็นตัวแปรตาม พบว่า สตรีในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงเป้าหมายของพวกเขามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t_{(41)} = -2.58, p < .01$ standardized mean สำหรับ 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม = 0.41 และกลุ่มทดลอง = 0.19

การสรุปเพื่อนำไปใช้	- โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายนี้สามารถใช้ได้กับสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในทุกเชื้อชาติ ทุกกลุ่มการศึกษา รวมถึงสตรีที่กลับไปอยู่กับผู้กระทำรุนแรงหรือสตรีที่แยกจากผู้กระทำด้วย ช่วยลดการถูกทำร้ายซ้ำและสนับสนุนให้สตรีมีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้ตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย - ผู้บำบัด จะต้องผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ จนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมเป็นอย่างดี
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย โดยกระบวนการในการช่วยเหลือ สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย - สมมติฐานของงานวิจัยสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกคือผู้ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมนี้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม - งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถเสริมพลังอำนาจในสตรีให้สามารถหาวิธีการหรือแนวทางในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้อย่างเหมาะสม - กระบวนการในการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้ เนื่องจากมีสถานที่เป็นส่วนหนึ่งที่เหมาะสมแก่การให้การช่วยเหลือ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน American Journal of Community Psychology, Vol.19 No.6, 1991.ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ทำการวิจัย ปฏิบัติงานอยู่ที่ Department of Psychology, Michigan State University ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงระดับโลก

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3. งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจาก The George Fund Foundation and the Michigan Department of Mental Health 4. คุณภาพของงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างและ intervention ที่ใช้ในงานวิจัย - มีการระบุปัญหา และเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน - มีการระบุวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของงานวิจัย - มีการทบทวนวรรณกรรมที่สนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัย - มีการระบุประชากรเป้าหมาย และวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์อย่างชัดเจน มีการระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนให้การบำบัด และเมื่อสิ้นสุดการบำบัด รวมถึงระบุเหตุผลของการที่ผู้เข้าร่วมบำบัดออกจากการบำบัด - มีการระบุว่างานวิจัยนี้เป็น True longitudinal experimental design และกำหนด criteria ของการนำกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองชัดเจน - มีการใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยที่เหมาะสม - ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ - มีการให้ข้อเสนอแนะของการนำไปปฏิบัติว่า ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมในระยะยาวต่อไป
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการ ด้วยปัญหาการถูกสามีทำร้ายในหน่วยงานได้ เนื่องจากสตรีที่ถูกสามีทำร้ายมารับบริการเป็นจำนวนมาก

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายมีแนวทางในการช่วยเหลือตนเองโดยการหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่เหมาะสม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจากนำมาบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเป็นงานที่ปฏิบัติอยู่แล้ว และสามารถช่วยผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม และตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคลมากที่สุด
---	--

เรื่องที่ 3 Sullivan, C. M., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. & Davidson, W. S. (1992). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 309-332.

ชื่อเรื่อง	An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation.
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่ออธิบายผลของ โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งเป็นงานวิจัยในระยะเริ่มแรกของการใช้โปรแกรม และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 2 ปี
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849
สมมติฐานงานวิจัย	1. สตรีที่ถูกสามีทำร้ายต้องการแหล่งสนับสนุนมากมาย หลังพวกเขาออกจากบ้านพักชั่วคราว 2. การทำงานเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของสตรีในการตอบสนองความต้องการหาแหล่งสนับสนุนและการช่วยเหลือทางสังคม 3. ความสำเร็จในการหาแหล่งสนับสนุนและการช่วยเหลือทางสังคมจะช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตและลดความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำต่อไป
Setting งานวิจัย	สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านพักชั่วคราวใน medium-sized city in the Midwest
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งอยู่ในบ้านพักชั่วคราวจะได้รับ การอธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิให้เข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ <u>Inclusion criteria</u> 1. สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งอยู่ในบ้านพักชั่วคราวอย่างน้อย 1 คืนหรือมากกว่าและไม่คิดที่จะย้ายที่อยู่ 2. สตรีเหล่านี้อาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับผู้กระทำรุนแรงก็ได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	จำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัด ก่อนการให้การบำบัด ได้แก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งอยู่ในบ้านพักชั่วคราว จำนวน 301 คน 13% อยู่น้อยกว่า 1 วันจึงไม่ได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับโครงการ 21%วางแผนจะไปจากสิ่งแวดล้อมเดิมจึงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ 9% สนใจโครงการแต่หลังจากออกจากบ้านพักไม่สามารถติดตามได้ สตรี 3 คนถูกกักขังทันทีที่ออกจากบ้านพักชั่วคราว 1 คนเป็นผู้ป่วยในรักษาเกี่ยวกับอาการติดยา และ 2 คนไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ มีเพียง 7% เท่านั้นที่เข้าร่วมโครงการนี้โดย 146 คนได้รับการสัมภาษณ์ในระยะเริ่มต้น ในการเข้าร่วมโครงการสตรีเหล่านี้จะต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สตรีเหล่านี้จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ 146 คน 4 คนยุติการมีส่วนร่วมหลัง 2 สัปดาห์แรก และ 1 คนเป็นฆาตกร 1 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 71 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 70 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งข้อมูลทางด้านประชากร ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ จำนวนบุตร อาชีพ การศึกษา การติดต่อได้โดยทางรถยนต์ จำนวนวันที่อยู่ในบ้านพัก ความรุนแรงของการถูกทำร้าย ระยะเวลาที่อยู่กับผู้กระทำ และจำนวนครั้งของการถูกกระทำรุนแรง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยการใช้ค่าพารามิเตอร์ และ chi-square มีความแตกต่างเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ($p < .05$) ได้แก่ สตรีในกลุ่มควบคุมมีอาชีพมากกว่ากลุ่มทดลอง (26 VS 10%) ซึ่งในการศึกษานี้เสนอแนะว่า เป็นความแตกต่างทาง
--	--

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	สถิติด้านข้อมูลประชากรเพียงอย่างเดียวใน 12 ข้อ จึงไม่มีผลต่อการปฏิเสธสมมติฐานระหว่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเปรียบเทียบกันในภาพรวม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือเฉพาะที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของงานวิจัยซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการวัดสิ่งต่อไปนี้ 1. ตัวแปรทางด้านอารมณ์จิตใจจากผลของการถูกทำร้าย ได้แก่ depression, fear and anxiety, locus of control, emotional attachment to assailant และ self-efficacy 2. ทรัพยากรของสตรีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจแยกจากคู่ครองที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ housing, legal assistance, education , employment , finances, transportation, medical care, child care, issues regarding the children, social support และ material goods 3. ผลของ intervention โดยเฉพาะระดับความต้องการแหล่งสนับสนุน และ social support 4. ความแตกต่างของผลลัพธ์ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจและความรุนแรงต่อร่างกายในชีวิตช่วงที่ผ่านมา, ระดับของ depression, fear and anxiety, locus of control, emotional attachment to assailant และ self-efficacy, ระดับของการช่วยเหลือทางสังคมและการตระหนักถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีในภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ในแต่ละระยะของการประเมินว่าสัมพันธ์กับผู้ที่กระทำรุนแรงในปัจจุบันเป็นอย่างไร สตรีเหล่านี้จะถูกพิจารณาถึงความเกี่ยวข้องกับผู้ที่กระทำโดย 1) แต่งงานและอยู่ด้วยกัน 2) อาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน 3) เกี่ยวข้องกันด้วยความรัก แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	4) นัดพบกัน (dating) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1. Emotional attachment ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อโดยให้ตอบ จริง หรือ ไม่จริง ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .35 - .65 , ค่าแอลฟา = .84 2. Conflict – Tactics Scale Violence subscale เป็นการสอบถามประสบการณ์ของการถูกระบาดรุนแรงทางกาย ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของ Straus' (1979) มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) = .90 (มี 2 ข้อที่ถูกตัดออกจากแบบวัดนี้ ได้แก่ การถูกไฟลวกและการขบถโดยประมาททำให้รู้สึกว่าคุณถูกคาม) 3. The Index of Psychological Abuse เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะสำหรับการศึกษานี้ ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ วัดเกี่ยวกับการถูกเยาะเย้ย, การถูกก่อกวนและประสบการณ์ที่วิฤตต่างๆ คำตอบได้แก่ 1 = ไม่เคย ถึง 4 = บ่อยๆ ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) สำหรับแบบวัดนี้ = .97 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .51 ถึง .90 4. Depression ประเมินโดยใช้ CES-D (Radloff, 1977) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความทุกข์ทางจิตใจในประชากรทั่วไป มีค่า Coefficient alpha = .88 5. Long – Term fear and anxiety ใช้ Rape Aftermath Symptom Test (RAST) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ของ Kilpatrick's (1988) มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) = .94 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อ
-------------------------------------	---

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	กับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .33 ถึง .68 6. Self – efficacy ได้ถูกพัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการศึกษานี้ โดยการสร้างสถานการณ์สมมติ 3 สถานการณ์ และให้สตรีแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ inexpensive furniture, a new job, a new home โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อดูว่าพวกเขาจะทำอะไรในสถานการณ์เหล่านี้ พวกเขามีกลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย วัดโดยใช้ scale 0 – 7 และพวกเรามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการกล่าวถึงสิ่งเหล่านี้อย่างไร (วัดโดยใช้ scale 0 – 7) ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของคำถาม 6 ข้อ = .78 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .46 ถึง .61 7. Locus of control วัดโดยใช้ Internal – Powerful others – chance (IPC) ของ Levenson’s (1972) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .83 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .24 ถึง .56 8. Effectiveness in Obtaining Resources ถูกนำมาประเมินหลังการได้รับโปรแกรมใน 11 หัวข้อ ได้แก่ housing, legal assistance, education, employment, finances, transportation, medical care, child care, issues regarding the children, social support และ material goods การตอบในแต่ละข้อใช้ likert – type scale ในการวัด จาก 1 = very ineffective ถึง 4 = very effective โดยให้สตรีแต่ละคนตอบด้วยตนเอง ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) = .64
--	---

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	9. Social support ประเมินโดยการพัฒนาเครื่องมือของ Bogat, Chin, Sabbath และ Schwartz (1983) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา = .87 แบบวัดนี้ใช้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ความเป็นมิตร, คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร, การช่วยเหลือที่เป็นไปได้จริง และการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ 10. Overall psychological well-being วัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นของ Andrews & Withey's (1976) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ต่อตนเอง, ต่อเพื่อนบ้าน และมีความสุขภาพดีในภาพรวม เพื่อทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา = .90, ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .30 ถึง .65 ค่าตอบจาก 1 = ร้ายแรง (terrible) ถึง 7 = ดีมาก (extremely pleased)
การบำบัด (intervention)	<u>การฝึกผู้พิทักษ์สิทธิ์เพื่อการสัมภาษณ์</u> ผู้พิทักษ์สิทธิ์ เป็นนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีจาก a large Midwestern university โดยการลงทะเบียน 2 เทอมติดต่อกันในหลักสูตรของวิชาจิตวิทยาชุมชนซึ่งพวกเขาจะได้รับเป็นหน่วยกิต การฝึกประกอบด้วย - การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ (empathy) และทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening skill) สภาพที่เป็นจริงของสตรีที่ถูกทำร้ายกลยุทธในการเคลื่อนย้ายและการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	- การฝึกวิธีการลงรหัสที่ถูกต้อง ผู้พิทักษ์สิทธิจะต้องเข้าร่วมในโครงการนี้เป็นเวลา 6 เดือน หลังการฝึกอบรม ผู้พิทักษ์สิทธิจะได้รับการนิเทศเป็นเวลา 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และถูกกำหนดให้พบผู้เข้าร่วมโครงการ 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเป็นตัวแทนของผู้ป่วย หลังการฝึกอบรม ค่า interrater agreement ในการใช้คำถามของผู้สัมภาษณ์ เฉลี่ย 97% และ ค่า interrater agreement ในการลงรหัส มากกว่า 97% <u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ จำนวน 10 สัปดาห์ 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1. Assessment เป็นระยะที่ผู้พิทักษ์สิทธิทำความรู้จักกับสตรีที่ถูกสามีทำร้ายและบุคคลที่มีความสำคัญในสิ่งแวดล้อมของพวกเขา เช่น ครอบครัว เพื่อน มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพิทักษ์สิทธิ 2. Initiating the intervention เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก สตรีเหล่านี้และผู้พิทักษ์สิทธิดำเนินการจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน ระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ ระบุความยากลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น และคิดกลยุทธ์ในการเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งอาจได้แก่ การติดต่อทางโทรศัพท์ การเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ หรือการติดต่อเป็นการส่วนตัว โดยหาทางทำอย่างไรก็ตามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก 3. Monitor ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำไปได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่
-------------------------------	--

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	4. Secondary advocacy effort ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการดำเนินการใหม่เป็นครั้งที่ 2 เพื่อตอบสนองความต้องการให้สำเร็จ 5. Termination ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะค่อยๆลดบทบาทลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ และทำให้ความพยายามของสตรีที่จะใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้มาให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่า พวกเธอสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	<u>ความต้องการของสตรีหลังออกจากบ้านพัก</u> ก่อนการสัมภาษณ์สตรีแต่ละคนใน 11 หัวข้อของความต้องการที่เป็นไปได้ และสอบถามถึงความต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า ลำดับที่ถูกเลือกมากที่สุดถึง 84% ได้แก่ material goods (เช่น furniture, เสื้อผ้า) รองลงมาคือ social support (79%) และ education (71%) 10 ใน 11 ลำดับ ได้แก่ material goods and service, education, transportation, finances, legal assistance, health issues, social support, employment, child care and issues regarding the children ถูกเลือกโดยสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นการสนับสนุนเหตุผลของสตรีที่ถูกสามี ทำร้ายซึ่งอยู่ในบ้านพักและต้องการบริการมากมายเพื่อพยายามแยกจากผู้กระทำรุนแรง กลุ่มสตรีจำนวนน้อยที่ต้องการทำงานอยู่ในบ้านพัก (39%) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย (ต่อ)	ทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่กลุ่มทดลองมีความต้องการ material goods มากกว่า ($X^2 = 5.56$, $df = 1$, $p < .05$) <u>กระบวนการของโปรแกรม</u> กลุ่มทดลองพบกับผู้พิทักษ์สิทธิ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เฉลี่ย 6.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเพิ่มอีก 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์โดยการพูดทางโทรศัพท์ 97% ของกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนี้ และ 99% พบว่ามีประโยชน์มากสำหรับพวกเขา จากรายงานความก้าวหน้าของผู้พิทักษ์สิทธิ พบว่าการเรียกหาแหล่งช่วยเหลือเฉลี่ย 22 ครั้งตลอดโปรแกรม ($SD = 14.1$) เขียนหนังสือขอความช่วยเหลือเฉลี่ย 15 ครั้ง ($SD = 9.8$) และการติดต่อเป็นการส่วนตัวเพื่อขอความช่วยเหลือ เฉลี่ย 7 ครั้ง ตลอด 10 สัปดาห์ของโปรแกรม ($SD = 6.7$) <u>ผลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ</u> - Depression พบว่า ก่อนการสัมภาษณ์ 1 ใน 3 พบ severely depressed โดยใช้ CES-D มีเพียง 17% เท่านั้น ไม่พบ depression ใน 10 สัปดาห์ต่อมา เพียง 12% พบ severe depression ขณะที่ 42% ไม่พบ depression - Social support ในกลุ่มทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นโดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.86 เป็น 5.50 ในขณะที่กลุ่มควบคุม เพิ่มจากค่าเฉลี่ย 4.57 เป็น 4.59 - Quality of life หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.19 เป็น 4.33 ขณะที่กลุ่มทดลองเพิ่มจาก 4.28 เป็น 4.69 <u>ประสบการณ์ของการถูกทำร้ายหลังออกจากบ้านพักชั่วคราว</u> จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการ 10 สัปดาห์หลัง
------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	ออกจากบ้านพัก พบว่า 46% ยังมีประสบการณ์จากการถูกทำร้าย (40% จากกลุ่มทดลอง และ 51% จากกลุ่มควบคุม) อุบัติการณ์ของการถูกทารุณทางจิตใจคล้ายๆกันคือ 49% ของกลุ่มตัวอย่าง (42% จากกลุ่มทดลอง และ 56% ของกลุ่มควบคุม) พบว่าอัตราการถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ <u>แหล่งสนับสนุนที่สตรีพยายามเข้าถึง</u> - ก่อนการสัมภาษณ์ สตรีในกลุ่มทดลองต้องการ material goods มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (85 VS 64%, $X^2 = 8.03$, $df = 1$, $p < .05$) - หลังจบโปรแกรม พบว่าสตรีในกลุ่มทดลองต้องการทำงานที่บ้านมากกว่ากลุ่มควบคุม (70 VS 52%, $X^2 = 4.85$, $df = 1$, $p < .05$) ขณะที่กลุ่มควบคุมต้องการการเข้าถึงการดูแลสุขภาพมากกว่า (79 VS 54%, $X^2 = 9.32$, $df = 1$, $p < .05$) ในสตรีที่ต้องการการเข้าถึงบริการที่หลากหลาย 6 ใน 11 ข้อที่ต้องการ ได้แก่ education, employment, issues regarding the children, , finances, child care and social support <u>สถิติที่ใช้</u> - ในการทดสอบสมมติฐานว่าสตรีในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งบริการได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ใช้ two – tailed t test ในการหาความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ($t_{129} = 5.12$, $w^2 = .16$, $p < .05$) ค่าเฉลี่ยสำหรับสองกลุ่มคือ 2.8 สำหรับกลุ่มควบคุม และ 3.3 สำหรับกลุ่มทดลอง - จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลโดยใช้ MANOVA พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำหลังโปรแกรมการบำบัดในด้าน physical abuse, psychological abuse, depression, fear and anxiety และ emotional attachment to their assailants
------------------	--

การสรุปเพื่อนำไปใช้ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	โปรแกรมนี้สามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ เนื่องจากสามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ช่วยให้สตรีเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ตรง ตามความต้องการของสตรีแต่ละราย 1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการช่วยเหลือสตรีที่สามีถูกทำร้ายโดยการสร้างความเข้มแข็งให้สตรีมีแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานว่าสตรีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการในชุมชนได้มากกว่าสตรีในกลุ่มควบคุม 4. งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตของพยาบาล และเป็นตัวแทนในการประสานกับทีมสหวิชาชีพ ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบอยู่แล้ว
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน American Journal of Community Psychology, Vol. 20, No.3, 1992 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับของบุคคล 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน - งานวิจัยได้ระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน - กรอบแนวคิดในการวิจัย ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ (human behavior) มาอธิบาย - มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานของงานวิจัยไว้ชัดเจน - มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการทำวิจัย - มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน - มีการกำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - มีการนำแบบวัดต่างๆมาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยได้อย่างเหมาะสม - มีการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมินต่างๆ - ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ - มีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างครอบคลุม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับงานวิจัย 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากมีการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน และจากผลการวิจัยซึ่งพบว่าการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างสตรีที่ถูกสามีทำร้ายกับผู้กระทำ

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ไม่ได้ช่วยยุติความรุนแรง แต่ระบบทางกฎหมายจะช่วยปกป้องสตรีเหล่านี้จากการถูกสามีทำร้าย ซึ่งในบทบาทของพยาบาลในการทำงานเพื่อพิทักษ์สิทธิ์จะช่วยเพิ่มโอกาสของสตรีในการหาแหล่งช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สตรีเหล่านี้สามารถดูแลตนเองต่อไปได้ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจากสามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ได้
---	---

เรื่องที่ 4 Sullivan, C. M., Campbell, R., Angelique, H., Eby, K. K. & Davidson, W. S. (1994). An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-Up. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 101-122.

ชื่อเรื่อง	An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners : Six-Month follow-Up
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อนำเสนอผลการติดตาม 6 เดือนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์หลังออกจากบ้านพักในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849
สมมติฐานงานวิจัย	สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์จะมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้มากกว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม และลดการถูกทำร้ายซ้ำ
Setting งานวิจัย	Medium – sized city in Midwestern
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 141 คน จากการติดตามสตรีเหล่านี้หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือนพบว่า retention rate 93% สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ 131 คน 10 คนซึ่งไม่ได้รับการสัมภาษณ์ เนื่องจาก 3 คนไม่ให้สัมภาษณ์แต่ยังคิดว่าโครงการนี้น่าเชื่อถือ 2 คนถูกฆาตกรรม และอีก 5 คนย้ายที่อยู่ติดตามไม่ได้ ซึ่งการสัมภาษณ์อาจเป็นการไปสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์แล้ว
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. Depression ประเมินโดยใช้ CES-D (Radloff, 1977) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความทุกข์ทางจิตใจในประชากรทั่วไป มีค่า

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	Coefficient alpha = .88 2. Long – Term fear and anxiety ใช้ Rape Aftermath Symptom Test (RAST) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ของ Kilpatrick’s (1988) มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) = .94 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .33 ถึง .68 3. Locus of control วัดโดยใช้ Internal – Powerful others – chance (IPC) ของ Levenson’s (1972) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .83 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .24 ถึง .56 4. Emotional attachment ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อโดยให้ตอบ จริง หรือ ไม่จริง ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .35 - .65 , ค่าแอลฟา = .84 5. Self – efficacy ได้ถูกพัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการศึกษานี้ โดยการสร้างสถานการณ์สมมติ 3 สถานการณ์ และให้สตรีแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ inexpensive furniture, a new job, a new home โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อดูว่าพวกเขาจะทำอะไรในสถานการณ์เหล่านี้ พวกเขามีกลยุทธ์อย่างไรเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย และพวกเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการกล่าวถึงสิ่งเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม วัดโดยใช้ scale 0 – 7 ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของคำถาม 6 ข้อ = .78 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อ
--	---

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	คำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .46 ถึง .61 6. Social support ประเมินโดยการพัฒนาเครื่องมือของ Bogat, Chin, Sabbath และ Schwartz (1983) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา = .87 แบบวัดนี้ใช้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพในองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ความเป็นมิตร, คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร, การช่วยเหลือที่เป็นไปได้จริง และการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ 7. Overall psychological well-being วัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นของ Andrews & Withey's (1976) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ต่อตนเอง, ต่อเพื่อนบ้าน และความสุขภาพดีในภาพรวม เพื่อทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาพรวม ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา = .90, ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .30 ถึง .65 คำตอบจาก 1 = ร้ายแรง (terrible) ถึง 7 = ดีมาก (extremely pleased) 8. Experience of physical abuse วัดโดยการพัฒนาแบบวัดของ Straus' (1979) ได้แก่ Conflict – Tactics Scale Violence subscale เป็นการสอบถามประสบการณ์ของการถูกระบาดทางกาย มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) = .90 (มี 2 ข้อที่ถูกตัดออกจากแบบวัดนี้ ได้แก่ การถูกไฟลวก และการขบถโดยประมาททำให้รู้สึกถูกละเมิด)
-------------------------------------	---

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	9. The Index of Psychological Abuse เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะสำหรับการศึกษาที่ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ วัดเกี่ยวกับการถูกเยาะเย้ย, การถูกก่อกวนและประสบการณ์ที่วิตกกฤตต่างๆ คำตอบ ได้แก่ 1 = ไม่เคย ถึง 4 = บ่อยๆ ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) สำหรับแบบวัดนี้ = .97 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับ (item-total correlation) เฉลี่ยจาก .51 ถึง .90 10. การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือของสตรี โดยสอบถามใน 11 areas ได้แก่ housing, education, transportation, employment , legal issues, health care, making friends, finances, material goods , child care and other issues for children ค่าคะแนนจากการสอบถามความพึงพอใจจาก 1= ไม่พึงพอใจมาก ถึง 4 = พึงพอใจมาก
การบำบัด (Intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ จำนวน 10 สัปดาห์ โดยแต่ละ intervention ขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล ผู้พิทักษ์สิทธิจะเน้นการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน โดยการจัดเตรียมแหล่งช่วยเหลือในชุมชนตามที่สตรีเหล่านั้นต้องการ <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	ในช่วง 6 เดือนของการติดตามผลพบว่า 1. <u>การเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้กระทำ</u> พบว่า 90% กลับไป

ผลการวิจัย (ต่อ)	อยู่กับผู้กระทำใน 10 สัปดาห์ต่อมา และเมื่อติดตามไป 6 เดือน พบว่า มี 68% เท่านั้นที่ยังคงอยู่กับผู้กระทำรุนแรง <u>2. ประสิทธิภาพของการถูกกระทำรุนแรงซ้ำ</u> สตรีที่กลับไปอยู่กับผู้กระทำรายงานว่า ระดับของการถูกกระทำรุนแรงทางกายสูงสุด โดย 76% ได้รับความเจ็บทางกาย และ 95% ถูกทารุณทางจิตใจ ส่วนสตรีที่ไม่ได้กลับไปอยู่กับผู้กระทำ พบ 28% ยังคงถูกกระทำรุนแรงทางกายอย่างต่อเนื่อง <u>3. การพึ่งพาทางเศรษฐกิจ</u> พบว่าสตรีที่ไม่ได้พึ่งพาการเงินจากผู้กระทำจะไม่กลับไปอยู่กับผู้กระทำ มีเพียง 57% ยังคงอยู่ด้วยเนื่องจากต้องพึ่งพารายได้จากผู้กระทำ และการมีรายได้จากการทำงาน หรือการช่วยเหลือของรัฐ มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของสตรี และความสามารถในการแยกจากผู้กระทำ $X^2(3, N=131) = 8.81, p < .05$ <u>4. ความต้องการการช่วยเหลือ</u> พบ 10 ข้อหลักที่สตรีต้องการ ประกอบด้วย financial issues, employment, child care, housing, education, transportation, social support, material goods, health care, and legal assistance จากการหาความแตกต่างของตัวแปรใน 3 ช่วงเวลา (ก่อน, หลัง และติดตาม 6 เดือน) โดยตัวแปรอิสระ 1 ตัว (กลุ่มทดลอง VS กลุ่มควบคุม) และตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ 9 ตัวแปร ได้แก่ physical abuse, psychological abuse, depression, fear and anxiety, locus of control, self-efficacy, emotional attachment to assailant, social support and overall quality of life โดยใช้สถิติ MANOVA
------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	พบว่า - social support พบความแตกต่างทางสถิติในกลุ่มทดลองทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น $F(1, 125) = 13.74, p < .01$ - overall quality of life หลังได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ และการติดตาม 6 เดือน ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องรายงานว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าเมื่อสัมภาษณ์ขณะติดตาม 6 เดือน - ระดับของ depression, fear and anxiety และ emotional attachment to assailant ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) สตรีเหล่านี้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อการได้รับการช่วยเหลือทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสิ่งที่ชัดเจนคือระดับของภาวะซึมเศร้า คือ preintervention มากกว่า 1/3 (36%) พบมี severely depressed จากการใช้แบบวัด CES-D ขณะที่ 17% เท่านั้นไม่พบภาวะซึมเศร้า ใน 10 สัปดาห์ต่อมา 16% เท่านั้นพบมี severely depressed ขณะที่ 42% ไม่พบ $F(1, 131) = 45.65, p < .001$ ซึ่งระดับนี้ยังคงอยู่และไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อติดตามไป 6 เดือน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ผลงานวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานสามารถนำมาใช้ได้กับสตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งมารับบริการเป็นจำนวนมาก ช่วยเพิ่มศักยภาพของสตรีทั้งที่กลับไปอยู่กับผู้กระทำความรุนแรงหรือสตรีที่แยกจากผู้กระทำความรุนแรง ให้สตรีแต่ละคนมีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการต่อไป รวมถึงตัวผู้บำบัด ควรผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ จนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมเป็นอย่างดี

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการช่วยให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยช่วยพัฒนาศักยภาพของสตรีให้มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานว่าสตรีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการในชุมชนได้มากกว่าสตรีในกลุ่มควบคุม ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม และลดการถูกทำร้ายซ้ำ 4. งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้โดยการประสานความช่วยเหลือกับทีมสหวิชาชีพ และในรายที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบอยู่แล้ว
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน American Journal of Community Psychology, Vol. 22, No.1, 1994 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียง 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	- งานวิจัยได้ระบุความเป็นมาของปัญหา เหตุผล วัตถุประสงค์และสมมติฐานของงานวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน - มีการกำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำแบบวัดต่างๆมาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยได้อย่างเหมาะสม - มีการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมินต่างๆ - ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้โดยมีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างครอบคลุม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากมีการกำหนดกิจกรรมการดำเนินการช่วยเหลือที่ชัดเจน หลังการสิ้นสุดโปรแกรม ช่วยให้สตรีเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอาการซึมเศร้าลดลง และลดการถูกทำร้ายซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงทางคลินิกที่พบ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจากสามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ได้

เรื่องที่ 5 Sullivan, C. M., & Bybee, D. I. (1999). Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women With Abusive Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43-53.

ชื่อเรื่อง	Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women With Abusive Partners
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ช่วยลดความเสี่ยงของการถูกกระทำรุนแรงซ้ำ และช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต (เป็นการติดตามต่อเนื่อง 2 ปี หลังได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์)
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849
สมมติฐานงานวิจัย	1. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์จะมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้มากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ 2. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์จะลดความเสี่ยงของการถูกทำร้ายซ้ำ และช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต
Setting งานวิจัย	A Midwest shelter program
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้าร่วมโครงการจำนวน 265 คน ได้รับการสุ่มออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 135 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 130 คน (Retention rate = 95% จากเดิม 278 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 143 คน และกลุ่มควบคุม 135 คน)

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. Experience of violence by partners and ex-partners โดยใช้ Conflict – Tactics Scale ในการ สัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ในการถูกระทำรุนแรงช่วง 6 เดือนก่อนเข้ามาอยู่ในบ้านพักชั่วคราว มีการทำซ้ำ เมื่อ 10 สัปดาห์ต่อมา และ 6 เดือน สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะถูกถามถึงความถี่ (1 = never, 6 = more than 4 times a week)ซึ่งแต่ละคนมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน 2. Psychological abuse ประกอบด้วย 33 ข้อคำถาม ใช้ วัดระดับของการถูกระทำ เช่น การหัวเราะเยาะ การ รังควาน การวิจารณ์ และอารมณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ (1 = never, 4 = often) ค่า Internal consistency = .97, ค่า item-total correlations จาก .51 - .90 3. Quality of life เพื่อประเมินความพึงพอใจในชีวิต โดยมี 7 ค่าคะแนน (1 = terrible, 7 = extremely pleased) ค่า Internal consistency = .88, ค่า item-total correlations จาก .56 - .79 4. Depression ใช้ CES-D ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง ในประชาชนทั่วไป (Cronbach's α = .88) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 0 = rarely or never ถึง 3 = most or all the time 5. Social support ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เพื่อดู ปริมาณและคุณภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัดเป็น 7 ระดับคะแนน สอบถามถึงความรู้สึกต่อแหล่ง สนับสนุนทางสังคม ได้แก่ emotional support, advice and companionship มีค่า Cronbach's alpha = .92 และ item-total correlations จาก .71-.83 6. Effectiveness in obtaining resources เป็นแบบ ประเมินด้วยตนเองใน 11 areas ซึ่งจะประเมินหลัง ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิเท่านั้น มีค่า Internal consistency = .64
-------------------------------	--

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	7. Difficulty obtaining resources วัดการรับรู้ของสตรีต่อความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าคะแนนจาก 1 (not a problem) ถึง 4 (very much a problem) ค่า Cronbach's alpha = .76 และ item-total correlations จาก .28 -.55 ใช้วัดจากการติดตามผลที่ 6 เดือน จนถึง 24 เดือน เท่านั้น
การบำบัด (intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ โดยพบกับผู้พิทักษ์สิทธิ์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นจำนวน 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยโปรแกรมนี้นี้ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ Assessment, Implementation, Monitoring, Secondary implementation และ Termination <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	จากการติดตาม 2 ปีหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ MANOVA ในการหาความแตกต่างของตัวแปรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1. Physical violence พบว่าระดับของความรุนแรงทางกายลดลงทั้งสองกลุ่ม โดยในกลุ่มทดลองมีระดับของ physical abuse ลดลงมากกว่า 2. Psychological abuse พบว่าลดลงทั้งสองกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญ 3. Depression มีระดับลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ผลการวิจัย (ต่อ)	4. Quality of life เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการติดตามที่ 18 เดือนและ 24 เดือน ($p < .10$) 5. Social support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	โปรแกรมนี้ทำได้ไม่ยาก และสามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้จริง จึงสามารถนำไปใช้ได้ หากแต่ผู้บำบัดต้องมีผ่านการฝึกอบรมในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายจะถูกสามีแยกหรือกีดกันออกจากสังคมไม่สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ เช่น ไม่เข้าร่วมกิจกรรม หรือการร่วมกลุ่มทำอาชีพในชุมชน - งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยการช่วยเหลือพลังอำนาจให้สตรีมองเห็นจุดแข็งของตนเองและนำแหล่งประโยชน์ในสังคมเข้ามาพัฒนาศักยภาพของตนเอง - งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานว่าสตรีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการในชุมชนได้มากกว่าสตรีในกลุ่มควบคุม ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม และลดการถูกทำร้ายซ้ำ - พยาบาลสามารถจัดอบรมให้กับสหวิชาชีพอื่นๆ ดำเนินการช่วยเหลือสตรีเหล่านี้ให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน หรือหากในรายที่รุนแรง ชับซ้อนพยาบาลอาจต้องหาแนวทางดำเนินการด้วยตนเอง - กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบอยู่แล้ว

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 67, No.1, 1999 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียง มีความน่าเชื่อถือ มี paper review ที่เข้มแข็ง 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงระดับโลก 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน - งานวิจัยได้ระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยไว้อย่างชัดเจน - มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานของงานวิจัยไว้ชัดเจน - มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการทำวิจัย - มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน - มีการกำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - มีการนำแบบวัดต่างๆมาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยได้อย่างเหมาะสม - มีการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมินต่างๆ - ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ - มีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างครอบคลุม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลงานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	เนื่องจากมีสตรีที่ถูกสามีทำร้ายมารับบริการจำนวนมาก และมีพยาบาลจิตเวชเพียงคนเดียว จึงจำเป็นต้องฝึกอบรมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยในการดูแลสตรีเหล่านี้ให้สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) ในการปฏิบัติงานของหน่วยงานเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ที่เน้นตอบสนองความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่เธอเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในอันดับต้นๆ 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมมากนักแต่อาจต้องเสียค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร และใช้เวลาในการดำเนินการฝึกฝนสตรีให้มีทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้นบ้าง แต่อย่างไรก็ตามการใช้โปรแกรมนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิ์แก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะช่วยป้องกันหรือลดการถูกทำร้ายซ้ำ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาดีกว่าการรักษาเมื่อเกิดความรุนแรงมากขึ้น
---	--

เรื่องที่ 6 Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2002). The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-132.

ชื่อเรื่อง	The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการศึกษาผลของการได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ต่อการเปลี่ยนแปลงในทางบวกสำหรับสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในช่วงเวลา 2 ปีหลังได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant R01 MH48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice
สมมติฐานงานวิจัย	ผลในระยะยาวของสตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์คือ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้มากกว่า, มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และถูกทำร้ายซ้ำโดยสามีน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์
Setting งานวิจัย	A Midwest shelter program for women with abusive partners
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	<u>Inclusion criteria</u> 1. สตรีที่ถูกสามีทำร้าย และอยู่ในบ้านพักชั่วคราวอย่างน้อย 1 คืน 2. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถติดตามได้ใน 3 เดือนแรกหลังออกจากบ้านพัก สตรีเหล่านี้จะได้รับการอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 278 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 143 คน และกลุ่มควบคุม 135 คน

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. Social support ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เพื่อดูปริมาณและคุณภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัดเป็น 7 ระดับคะแนน สอบถามถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ emotional support, advice, practical assistance and companionship ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนของการช่วยเหลือ (4ข้อ), คุณภาพของการช่วยเหลือ (4ข้อ) และความพึงพอใจโดยรวมต่อการช่วยเหลือ (1ข้อ) 2. Effectiveness in obtaining resources เป็นแบบประเมินด้วยตนเองใน 11 areas ซึ่งจะประเมินหลังได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เท่านั้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 1 = very ineffective ถึง 4 = very effective 3. Difficulty obtaining resources วัดการรับรู้ของสตรีต่อความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าคะแนนจาก 1 (not a problem) ถึง 4 (very much a problem) ใช้วัดจากการติดตามผลที่ 12 และ 24 เดือน 4. Satisfaction with Resources ประกอบด้วย 5 ข้อ คำถาม สอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับ living arrangement, education level, transportation, financial situation and material goods ค่าคะแนนมากกว่า 4 ข้อ แสดงว่ามีความพึงพอใจมาก 5. Quality of life เพื่อประเมินความพึงพอใจในชีวิต โดยมี 7 ค่าคะแนน (1 = terrible, 7 = extremely pleased) ค่า Internal consistency = .88 6. Conflict – Tactics Scale ใช้สอบถามถึงประสบการณ์ของการถูกร้าวย้ำซ้ำในการติดตาม 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนจาก 1 = never ถึง 6 = more than 4 times a week
-------------------------------	--

การบำบัด (intervention)	<u>The Intervention Process</u> ใช้ The strengths – based framework เป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดย 1.เน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี 2.ช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่าสำคัญสำหรับเธอ 3.เน้นให้ชุมชนมีการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีมากขึ้น 4.เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่มีความเป็นไปได้ในระยะยาว โดยช่วยเหลือตามสิ่งแวดล้อม ตามธรรมชาติของสตรี ทักษะการส่งต่อ และการให้ความรู้แก่สตรีก่อนสิ้นสุดโปรแกรม <u>Specific Intervention Activities</u> เป็นการบำบัดแก่สตรีเป็นรายบุคคลเฉพาะตามความต้องการของสตรีแต่ละราย โปรแกรมประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ assessment, implementation, monitoring, secondary implementation and termination <u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ โดยพบกับผู้พิทักษ์สิทธิ์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นจำนวน 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	โปรแกรมนี้ช่วยลดการถูกระงับการกระทำรุนแรงซ้ำใน 2 แนวทาง ได้แก่ 1) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการพิทักษ์สิทธิ์แก่สตรีที่บ้าน โดยใช้เวลา 4-6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ผลการวิจัย (ต่อ)	ช่วยเป็นปัจจัยปกป้องที่เหมาะสมซึ่งช่วยป้องกันสตรีเหล่านี้จากการถูกทำร้ายซ้ำ 2) ผลของการลดการถูกทำร้ายซ้ำและการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ช่วยให้ผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ($p < .05$) ผลการศึกษาพบว่า the total standardized mediated effect of the advocacy intervention ด้านคุณภาพชีวิตจากการติดตาม 6 เดือน = .045 และการถูกทำร้ายซ้ำ = -.016
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- งานวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ตรงตามความต้องการของสตรีแต่ละราย โดยเฉพาะการวัดผลลัพธ์หลักมุ่งเน้นในเรื่องของการลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในสตรี และพัฒนาศักยภาพของสตรีในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้อย่างเหมาะสม - ผู้บังคับต้องมีทักษะในการใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ และผ่านการฝึกอบรมในการใช้โปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมาช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาในหน่วยงานที่มีสตรีมารับบริการเพิ่มมากขึ้น 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ในบทบาทของพยาบาลทั้งด้านการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และการประสานแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของสตรีแต่ละราย 3. ผลของงานวิจัยช่วยให้สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	ได้มากกว่า, มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และถูกทำร้ายซ้ำโดยสามีน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งแสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตใจของสตรีที่เพิ่มขึ้น 4. งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตของพยาบาลได้ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือสตรีได้อย่างครอบคลุม 5. กระบวนการดูแลช่วยเหลือสามารถนำมาใช้จริงในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบอยู่แล้ว
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Journal of Community Psychology, Vol. 30, No.1, 2002 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียง และมีคุณภาพ 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน - งานวิจัยระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผล มีการระบุวัตถุประสงค์ สมมติฐานของงานวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการทำวิจัย มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์ (ต่อ)	มีการกำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิง ทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำ แบบวัดต่าง ๆ มาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ของงานวิจัย มีการใช้สถิติที่เหมาะสม ผลการวิจัย สามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ มีการสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรี ที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ เนื่องจากเป็น กลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับงานวิจัย และเป็นปัญหาที่ สำคัญในหน่วยงาน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ จริง (Feasibility of implementation) สามารถ นำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากมีการกำหนด เป้าหมายและกิจกรรมที่ชัดเจน สตรีที่ได้รับ โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์สามารถได้รับการ ช่วยเหลือหรือคำแนะนำ เพื่อตอบสนองความ ต้องการของแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม และ สอดคล้องกับสถานการณ์จริง 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost- benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในด้านการ รักษา เนื่องจากสามารถบูรณาการเข้าไปในงาน ประจำที่ทำอยู่ได้ แต่อาจใช้เวลามากขึ้นในช่วงเวลา ของการดำเนินโปรแกรม

เรื่องที่ 7 Sullivan, C. M. (2003). Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women. *American Journal of Community Psychology*, 32(3/4), 295-303.

ชื่อเรื่อง	Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่ออธิบายว่า the Experimental Social Innovation and Dissemination (ESID) model สามารถนำมาใช้ในการลดความรุนแรงที่ผู้ชายกระทำต่อผู้หญิงได้เป็นอย่างดี
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant R01 MH48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่มี
Setting งานวิจัย	a domestic violence shelter program in a mid-sized urban city located in the Midwest
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีที่ถูกสามีทำร้ายจำนวน 278 คน โดยสตรีเหล่านี้จะได้รับการสัมภาษณ์ในสัปดาห์แรกหลังออกจากบ้านพัก และจะถูกสุ่มออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 143 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 135 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประกอบด้วย 1.Level of intimate abuse experienced (physical, psychological, sexual) 2.Quality of life 3.Social support 4.Depression 5.Effectiveness in accessing resources (post only) 6.Difficulty accessing resources (follow up points only)

การบำบัด (intervention)	<u>การฝึกผู้พิทักษ์สิทธิเพื่อการสัมภาษณ์</u> ผู้พิทักษ์สิทธิ เป็นนักศึกษาปริญญาตรีระดับปริญญาตรี จาก a large Midwestern university โดยการลงทะเบียน 2 เทอมติดต่อกันในหลักสูตรของวิชาจิตวิทยาชุมชน การฝึกประกอบด้วย -การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ (empathy) และทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening skill) สภาพที่เป็นจริงของสตรีที่ถูกทำร้าย กลยุทธ์ในการเคลื่อนย้ายและการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน หลังการฝึก ผู้พิทักษ์สิทธิถูกกำหนดให้พบผู้เข้าร่วมโครงการ 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือเป็นตัวแทนของผู้ป่วย <u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ 6 ครั้ง คือก่อนได้รับโปรแกรม, หลังได้รับโปรแกรม, 6 เดือน, 12 เดือน, 18 เดือนและ 24 เดือน และสำหรับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ ใช้เวลา 10 สัปดาห์ 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยโปรแกรมนี้นประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1. Assessment ประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลที่มีความสำคัญต่อความต้องการและวัตถุประสงค์ของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 2. Implementation เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก สตรีเหล่านี้และผู้พิทักษ์สิทธิดำเนินการจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชนระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ ระบุนโยบายลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น 3. Monitor ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำไปได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่
--------------------------------	---

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	4. Secondary implementation ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการดำเนินการใหม่เป็นครั้งที่ สอง เพื่อตอบสนองความต้องการให้สำเร็จ 5. Termination ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะค่อยๆลดบทบาทลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ และทำให้ความพยายามของสตรีที่จะใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้มาให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่า พวกเธอสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การให้แหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้, การให้เบอร์โทรศัพท์ที่จำเป็น เป็นต้น <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	1. ใช้ Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในการวัดผลลัพธ์หลักได้แก่ physical abuse, psychological abuse, depression, social support and quality of life ในทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า physical violence, psychological abuse and depression ลดลงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ ขณะที่ social support and quality of life สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) 2. จากการติดตาม 2 ปี โดยใช้สถิติ MANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมี social support and quality of life สูงขึ้น และมีความยุ่งยากในการหาแหล่งช่วยเหลือลดลง

การสรุปเพื่อนำไปใช้	- ESID Model มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ในชุมชนกับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เช่น Schizophrenia, Adolescents labeled as delinquents และ women with abusive partners - โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้เพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว โดยเฉพาะสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ผลของโปรแกรมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีให้ดีขึ้น และยังช่วยเพิ่มศักยภาพของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ แม้จะสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้วก็ตาม
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ช่วยให้สตรีได้รับการตอบสนองทางสังคมที่ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคลได้ 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ในบทบาทของพยาบาล ทั้งในการการช่วยเหลือโดยตรง การเป็นตัวแทน หรือการประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพอื่นๆ 3. งานวิจัยนี้ พยาบาลผู้ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะต้องเรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 4. สามารถนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมาใช้จริงในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานในความรับผิดชอบอยู่แล้ว
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน American Journal of Community Psychology, Vol. 32, No.3/4, 2003 ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant 1R01 MH 48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลระบุวัตถุประสงค์ของงานวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการทำวิจัย มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการกำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการนำแบบวัดต่างๆมาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัย และมีการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมินต่างๆ มีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างครอบคลุม ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ และช่วยพัฒนาศักยภาพของสตรีให้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถ

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	นำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากมีการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้สตรีเหล่านี้ได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ ช่วยลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงทางคลินิกที่พบ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจากสามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ได้ รวมถึงเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มากกว่าการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการรักษา
---	--

เรื่องที่ 8 Allen, N. E., Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2004). Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need for Comprehensive Advocacy. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.

ชื่อเรื่อง	Battered Women's Multitude of Needs : Evidence Supporting the Need for Comprehensive Advocacy
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่ออธิบายถึงการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการแสวงหาความช่วยเหลือของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายจากการนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ไปใช้
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention (R49/CCR510531)
สมมติฐานงานวิจัย	ไม่มี
Setting งานวิจัย	a domestic violence shelter program in a mid-sized urban city located in the Midwest
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีที่ถูกสามีทำร้ายจำนวน 278 คน โดยสตรีเหล่านี้จะได้รับการสัมภาษณ์ในสัปดาห์แรกหลังออกจากบ้านพัก และจะถูกสุ่มออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 143 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 135 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประกอบด้วย 1.Resources needed โดยการสัมภาษณ์ในครั้งแรกถึงความต้องการที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า และสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใน 10 สัปดาห์ต่อมาถึงความต้องการทั้ง 11 ด้านที่ได้สอบถามตั้งแต่ครั้งแรกโดยไม่คำนึงถึงการตอบในครั้งแรก 2.Strategies used to obtain resources โดยสอบถามถึงวิธีการในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ประกอบด้วย การโทรศัพท์, การเขียนจดหมายหรือ

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	การหาข้อมูลจากหนังสือพิมพ์, การไปหาด้วยตนเอง, การติดต่อองค์กรในชุมชน หรือใช้วิธีการอื่นๆ ค่าคะแนนของระดับกิจกรรมวัดโดยหาค่าเฉลี่ยจากกิจกรรมทั้งหมดตามความต้องการของสตรีผู้รับบริการ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 0 ถึง 7 3. Effectiveness in obtaining resources ใช้สอบถามสตรีผู้รับบริการถึงประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในแต่ละด้าน ซึ่งจะประเมินหลังได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์เท่านั้น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยจาก 1 = very ineffective ถึง 4 = very effective ค่า Internal consistency ของแบบสอบถามนี้ = .64
การบำบัด (intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ละคร 4 – 6 ชั่วโมง โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1.Assessment ประกอบด้วย - การสอบถามข้อมูลของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และบุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตของเธอ เช่น ครอบครัว, เพื่อน - การรวบรวมข้อมูลที่มีความสำคัญต่อความต้องการและเป้าหมายของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย - ให้สตรีเหล่านี้ยืนยันว่าพวกเธอต้องการความสำเร็จอะไรบ้าง 2.Implementation - เน้นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก - สตรีเหล่านี้และผู้พิทักษ์สิทธิ์ร่วมกันแสวงหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่เหมาะสมโดยการ ระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่และเป็นไปได้

การบำบัด (intervention) (ต่อ)	- หากกลยุทธ์ในการวางแผนเข้าถึงบริการในแหล่งช่วยเหลือเหล่านั้น ประกอบด้วย การโทรศัพท์พูดคุย, การเขียนจดหมายขอข้อมูล, การไปพบด้วยตนเอง ทำทุกสิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก 3. Monitor ทั้งผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่เข้าไปได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ 4. Secondary implementation ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ มีการดำเนินการใหม่เป็นครั้งที่สอง เพื่อตอบสนองความต้องการให้สำเร็จ 5. Termination ผู้พิทักษ์สิทธิจะคอยติดตามบาทลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ และทำให้ความพยายามของสตรีที่จะใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้มาให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่า พวกเธอสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม ในกระบวนการของโปรแกรมแต่ละระยะอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกัน หรือคาบเกี่ยวกันได้ เช่น ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจร่วมกันแก้ไขปัญหาหนึ่ง ขณะที่เริ่มแก้ไขปัญหาอื่นไปด้วย <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II
ผลการวิจัย	- ความแตกต่างทางประชากร ใช้สถิติ Parametric และ chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม - ผลของโปรแกรม พบว่า ประสิทธิภาพของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย (ต่อ)	มากกว่ากลุ่มควบคุม - ระดับของกิจกรรมซึ่งเป็นความต้องการของสตรีแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้มากกว่า $F(1,261) = 42.90, p < .001$ กลุ่มทดลอง = 3.26 (SD = .57) กลุ่มควบคุม = 2.71 (SD = .71) 2) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับกิจกรรมในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนตามความต้องการของสตรีแต่ละรายใน 11 ด้าน ใช้สถิติ ANOVA ในการเปรียบเทียบ โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ - low activity - housing - education and employment - legal - high activity
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมนี้มีประโยชน์ ถ้าตระหนักถึงความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายแบบองค์รวม โปรแกรมที่เน้นการตอบสนองความต้องการเพียงด้านเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสตรีเหล่านี้ได้ 2. สตรีที่ถูกสามีทำร้ายไม่ได้ต้องการเฉพาะการช่วยเหลือทางกฎหมายเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมบริการทางสังคม และการส่งต่อไปยังแหล่งต่างๆตามความต้องการด้วย 3. สิ่งที่มีความสำคัญสำหรับสตรีที่ถูกสามีทำร้าย เน้นที่การค้นพบความต้องการพื้นฐาน เช่น บ้านพักชั่วคราว และของใช้จำเป็น บางคนต้องการเรื่องการศึกษางาน ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยให้

การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	สตรีเหล่านี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตของเขา 4. สตรีในกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือน้อย จะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ สตรีเหล่านี้จะรู้สึกว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์ 5. โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์แบบองค์รวม จะช่วยเพิ่มพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือต่อสตรีในเวลาต่อมา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้เพิ่มระดับความสามารถของสตรีในการหาแหล่งช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง 6. ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการตอบสนองต่อความรุนแรงในครอบครัวโดยไม่จำกัดเฉพาะเรื่องทางกฎหมายเท่านั้น ควรมีการบูรณาการในหน่วยงานเพื่อสนองความต้องการของสตรีเหล่านี้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาวด้วย
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ในบทบาทของพยาบาลซึ่งครอบคลุมมิติด้านต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการติดตามประเมินผล 3. งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตของพยาบาลได้ รวมถึงการประสานความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีผู้มารับบริการ 4. สามารถนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มาใช้ได้จริงในหน่วยงาน เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน Violence Against Women, Vol.10, No.9, 2004. 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก The National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention (R49/CCR510531) 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึง intervention ที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน - งานวิจัยมีการระบุความเป็นมาของปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัย ระบุวัตถุประสงค์ของงานวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการนำแบบวัดต่างๆมาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัย รวมถึงการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมินต่างๆ - ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ และมีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่างๆได้อย่างครอบคลุม
--	---

แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ โดยช่วยให้สตรีสามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้เนื่องจากมีการกำหนดการดำเนินการของโปรแกรมที่ชัดเจน สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ทำให้สตรีเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์จริงทางคลินิกที่พบ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจากสามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ได้
---	---

เรื่องที่ 9 Bybee, D. I. & Sullivan, C. M. (2005). Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program, *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 85-96.

ชื่อเรื่อง	Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทำนายเหตุการณ์ของการถูกทำร้ายซ้ำหลังการติดตาม 3 ปีของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายและได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์หลังออกจากบ้านพักชั่วคราว
ทุน	ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant R01 MH48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice
สมมติฐานงานวิจัย	ปัจจัยซึ่งมีความสำคัญต่อการทำนายการถูกกระทำรุนแรงซ้ำใน 3 ปี หลังออกจากบ้านพัก ประกอบด้วย การถูกทำร้ายซ้ำ, การช่วยเหลือทางสังคม, การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน และคุณภาพชีวิต
Setting งานวิจัย	a domestic violence shelter program in Michigan
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมที่สามารถติดตามได้จำนวน 124 คน (จาก 141 คน คิดเป็น 88%) ซึ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันคือกลุ่มทดลอง 87% และกลุ่มควบคุม 89%
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประกอบด้วย 1. Conflict – Tactics Scale (Straus, 1979) ใช้สอบถามถึงประสบการณ์ของการถูกทำร้ายซ้ำจากสามี มีค่าคะแนนจาก 1 = never ถึง 6 = more than 4 times a week 2. Quality of life เพื่อประเมินความพึงพอใจในชีวิต โดยมี 7 ค่าคะแนน (1 = terrible, 7 = extremely

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	pleased) ค่า Internal consistency = .88 ค่า item total correlations เฉลี่ยจาก .56-.79 3. Social support ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เพื่อวัดความพึงพอใจต่อปริมาณและคุณภาพของแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัดเป็น 7 ระดับคะแนน สอบถามถึงความรู้สึกต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ emotional support, advice and companionship มีค่า Cronbach's alpha = .92 และ item-total correlations จาก .71-.83 4. Difficulty obtaining resources วัดการรับรู้ของสตรีต่อความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีค่าคะแนนจาก 1 (not a problem) ถึง 4 (very much a problem) ค่า Cronbach's alpha = .76 และ item-total correlations จาก .28 -.55
การบำบัด (intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> จะได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ โดยพบกับผู้พิทักษ์สิทธิ์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นจำนวน 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 4 – 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ Assessment, Implementation, Monitoring, Secondary implementation และ Termination <u>กลุ่มควบคุม</u> จะได้รับการสัมภาษณ์ก่อนเข้าโครงการ และจะไม่ได้รับการติดต่ออีกจนกระทั่ง 10 สัปดาห์ต่อมา การศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบ 1:1 ในผลลัพธ์ 4 ด้าน ได้แก่ การถูกทำร้ายซ้ำ, การช่วยเหลือทางสังคม, การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน และคุณภาพชีวิต
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	II

ผลการวิจัย	จากการติดตามผลหลังการได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ 3 ปี พบว่า - ประสบการณ์ของการถูกทำร้ายซ้ำมีอัตราเดียวกับช่วงเวลาของการติดตาม 2 ปี แสดงว่าผลของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิไม่ได้ผลเมื่อระยะเวลาผ่านไป 3 ปีซึ่งอาจเกิดจากความต้องการทรัพยากรและเครือข่ายทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป หรือมีความเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น การมีลูกเพิ่มขึ้น, การจบการศึกษา หรือการมีงานใหม่ทำ นอกจากนี้ยังพบว่าความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำของสตรีเหล่านี้ลดลงถ้าพวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีงานทำ มีรายได้ และมีเครือข่ายทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือและให้ข้อมูลต่างๆ - การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการได้รับความช่วยเหลือทางสังคม จะช่วยเป็นปัจจัยปกป้องสตรีเหล่านี้จากการถูกทำร้ายอย่างต่อเนื่อง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- งานวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ โดยการเพิ่มศักยภาพของสตรีในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ช่วยให้ผู้เกิดความเข้มแข็ง สามารถหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง - การวัดผลลัพธ์หลักมุ่งเน้นในเรื่องของการลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ - สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแล้ว ควรมีการติดตามเป็นระยะ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมและติดตามคุณภาพของสตรีแต่ละราย โดยอาจมีการให้ความรู้หรือคำแนะนำเป็นระยะ เพื่อช่วยเป็นปัจจัยปกป้องสตรีจากการถูกทำร้ายซ้ำได้

ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. สามารถนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิมาใช้ในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้ายโดยมีการติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 2. งานวิจัยช่วยให้พยาบาลมองเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายได้ในบทบาทของพยาบาล ทั้งการดูแลโดยตรงและการประสานกับหน่วยงานอื่น 3. งานวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตของพยาบาล รวมถึงการประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือสตรีได้อย่างครอบคลุม 4. สามารถนำมาใช้ได้จริงในหน่วยงาน เนื่องจากมีสตรีที่ถูกสามีทำร้ายเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานเป็นจำนวนมาก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยเรื่องนี้ตีพิมพ์ใน, American Journal of Community Psychology, Vol.36, No.1/2, 85-96. ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงและมีคุณภาพ 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Psychology Department, Michigan State University 3. ได้รับการสนับสนุนจาก National Institute of Mental Health Grant R01 MH48849 and grant 98-WT-VX-0013, from the National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice 4. คุณภาพงานวิจัย - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงตัวแปรที่สำคัญที่จะนำมาใช้ในงานวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยอย่างชัดเจน - งานวิจัยได้ระบุความเป็นมาของปัญหา เหตุผลในการทำวิจัย มีการกำหนดวัตถุประสงค์ การทบทวน

การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของ ศาสตร์ (ต่อ)	วรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวิธีการของงานวิจัยว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำแบบวัด ต่าง ๆ มาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของ งานวิจัย มีการใช้สถิติที่เหมาะสมกับการประเมิน ต่าง ๆ มีการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะต่าง ๆ และผลการวิจัยสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) สามารถนำโปรแกรมนี้มาใช้ในกลุ่มสตรี ที่มารับบริการด้วยการถูกสามีทำร้ายได้ โดยมีการ ติดตามประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ จริง (Feasibility of implementation) สามารถนำ โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์มาใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากมีการกำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติที่ชัดเจน สตรีที่ได้รับโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ์ได้รับการ ช่วยเหลือทำให้สตรีเหล่านี้มีศักยภาพในการดูแล ตนเอง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการการ ช่วยเหลือของตนเองได้อย่างเหมาะสม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เนื่องจาก สามารถบูรณาการเข้าไปในงานประจำที่ทำอยู่ได้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสุนิรัตน์ จันทร์ศรี
วัน เดือน ปีเกิด	20 กันยายน 2503
ภูมิลำเนา	จังหวัดราชบุรี, ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, จันทบุรี, 2524 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	200/21 หมู่บ้านชนพันธุ์วิลล่า หมู่ 4 ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 70120 ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทรศัพท์ 032 – 347739 (บ้าน) 081 – 9421460 (มือถือ)