

บทที่ 1

บทนำ

ในบทนี้เป็นการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย และนิยามศัพท์

ความสำคัญ

พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรสำคัญในการให้การดูแลสตรีที่ถูกละเมิดทางเพศเพราะมีโอกาสได้พบกับสตรีในแผนกต่าง ๆ มากมาย เป็นบุคคลแรกที่ได้พบสตรี และมีความใกล้ชิดกับสตรี นอกจากนั้นความรุนแรงยังเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาขาอื่น ได้แก่ แพทย์ (เช่น แพทย์แผนกกระดูก ศัลยกรรม เป็นต้น) กฎหมาย (เช่น ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนายความ) และ สวัสดิการสังคม (เช่น นักสังคมสงเคราะห์) (Sheridan & Taylor, 1993) พยาบาลถือว่ามีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดำเนินงานนี้เพราะมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ

การให้บริการแก่สตรีที่ถูกละเมิดทางเพศที่ได้รับความรุนแรงที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลสามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคัดกรอง/การตรวจพบสตรีที่ถูกละเมิดทางเพศ และการให้การดูแลช่วยเหลือ (เกสรา ศรีพิชญากุล, 2543) การให้คำปรึกษาเป็นหลักการดูแลที่นำมาใช้อย่างกว้างขวางและปฏิบัติได้โดยไม่อาศัยต้องความเชี่ยวชาญในการทำจิตบำบัด ในกรณีที่เป็นเรื่องความรุนแรงในครอบครัวนั้น การให้คำปรึกษาจะรวมถึงการช่วยเหลือระดับประคับประคองทางจิตใจ การวางแผนความปลอดภัย การให้ข้อมูลต่าง ๆ (เช่น วงจรของความรุนแรง สิทธิทางกฎหมาย และแหล่งช่วยเหลือในชุมชนโดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน) และการส่งต่อสตรีไปรับความช่วยเหลือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น บ้านพักฉุกเฉิน กรณีที่มีการให้คำปรึกษาระยะยาว อาจมีการให้คำแนะนำหรือช่วยฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการแก้ไขข้อขัดแย้ง ทักษะการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ในบางแผนก เช่น แผนกฉุกเฉิน บุคลากรต้องมีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเก็บหลักฐานเพื่อใช้ประกอบการดำเนินคดี

ในประเทศแถบตะวันตกพยาบาลมีบทบาทในการริเริ่มจัดบริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกละเมิดทางเพศมานานก่อนวิชาชีพอื่นและก่อนประเทศแถบตะวันออก (Sheridan & Taylor, 1993) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายชิ้นที่รายงานว่า การให้บริการที่ผ่านมายังขาดความสมบูรณ์และมีอุปสรรคหลายประการ อาทิเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีรายงานว่าบุคลากรทางสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งพยาบาลด้วยคิดว่าปัญหาความรุนแรงไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรทางสุขภาพ อุปสรรคในการตรวจพบและการดูแลช่วยเหลือสตรีคือบุคลากรไม่ได้รับการ

สอนในหลักสูตร ทำให้ปฏิบัติด้วยความไม่มั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มักจะไม่มีแรงจูงใจตามทฤษฎีที่กำหนดไว้ (Tilden, Schmidt, & Limandri, 1994)

ในระบอบปัจจุบันนี้ยังมีรายงานปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการอยู่ อาทิเช่น ในสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 46 ของพยาบาลไม่เคยตรวจพบสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 70 เชื่อว่าปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่พบในหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่นั้นมีน้อย (1% ของประชากร) หรือน้อยมาก (0.1% ของประชากร) พยาบาลมีความมั่นใจในการซักถามเรื่องความรุนแรงในครอบครัวในสตรีที่ได้รับบาดเจ็บน้อยกว่าแพทย์ และร้อยละ 83 ไม่เคยได้เข้ารับการอบรมเรื่องความรุนแรงในช่วง 1 ปี ก่อนเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่าอุปสรรคของการให้บริการ คือ ทักษะของผู้ให้บริการที่เชื่อหรือเข้าใจผิดว่าปัญหานี้พบน้อย และการขาดกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือสตรี จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้บุคลากรโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น บทบาทสมมติ (role-playing) การสนทนากับสตรีที่เคยถูกกระทำรุนแรงหรือผู้รักษากฎหมาย การนำเสนอกรณีตัวอย่าง เป็นต้น (Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro, & Rivara, 1999).

ถึงแม้บุคลากรมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง และเห็นความสำคัญของการให้การดูแลแก่สตรีกลุ่มนี้ แต่ก็ไม่เห็นประโยชน์ของการคัดกรองอย่างเด่นชัดแล้ว บุคลากรมักจะไม่ปฏิบัติหรือไม่คิดว่าเป็นงานในความรับผิดชอบ ดังเห็นได้จากรายงานการศึกษาหนึ่งในประเทศอังกฤษ ซึ่งมีการสำรวจพบว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่ชอบการคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวแบบงานประจำ ถึงแม้ร้อยละ 80 จะเชื่อว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นประเด็นที่สำคัญ แต่คิดว่าการคัดกรองจะไม่ทำงานสำคัญถ้าไม่มีข้อมูลที่แสดงประโยชน์ให้เห็นอย่างเด่นชัด (Richardson, Feder, Eldridge, Chung, Coid, & Moorey, 2001) นอกจากนั้นแล้วการขาดบริการให้ความช่วยเหลือภายหลังจากที่มีการคัดกรองหรือตรวจพบ เป็นอีกอุปสรรคของการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือ ดังเห็นได้จากการศึกษาหนึ่งที่พบว่าพยาบาลมักลังเลใจที่จะประเมินการถูกกระทำรุนแรงด้วยเกรงจะทำให้สตรีไม่สบายใจและมีความยุ่งยากในการดูแลช่วยเหลือสตรี เนื่องจากไม่มีสถานที่ส่งต่อ (Hills, 1998)

นอกจากความสำคัญและประโยชน์ของการคัดกรองแล้ว ความรู้และทักษะนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการคัดกรอง มีการศึกษาหนึ่งรายงานถึงแม้บุคลากรสาขาอาชีพต่าง ๆ เห็นความสำคัญของการคัดกรอง แต่ยังพบกับอุปสรรคเนื่องจากขาดความรู้พื้นฐานเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ตลอดจนไม่มีทักษะในการตรวจพบและการพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับสตรีกลุ่มนี้ (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, & Thomas, 2001)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา 12 เรื่อง พบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการคัดกรองที่พบมากที่สุด คือ การไม่ได้รับการสอนเรื่องนี้มาก่อน ไม่มีเวลา กลัวว่าจะเป็นภาระเพิ่มผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือแก่สตรียังไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาวิจัยอีก 12 เรื่องเกี่ยวกับการปรับปรุงการคัดกรอง พบว่า การให้การศึกษาดังกล่าวเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้มีอัตราการคัดกรองหรือตรวจพบสตรีเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้ามีการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น มีคำถามในการคัดกรอง

ให้ พบว่าอัตราการคัดกรองและตรวจพบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Waalén, Goodwin, Spitz, Peterson, & Saltzman, 2000)

จะเห็นได้ว่าการให้บริการโดยพยาบาลและบุคลากรในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในต่างประเทศยังมีอุปสรรคในหลายลักษณะ ตั้งแต่พยาบาลไม่มีการคัดกรอง เนื่องจากไม่ทราบวิธีคัดกรองเพราะไม่เคยเรียนมาก่อน ไม่เห็นความสำคัญ คิดว่าเกิดขึ้นน้อย คิดว่าไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบ ไม่เห็นประโยชน์ เพราะคัดกรองแล้วให้ความช่วยเหลือไม่ได้ เป็นต้น กรณีที่มีการคัดกรองพบว่ามีอุปสรรคเช่นกัน เช่น ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าซักถามเพราะเกรงว่าจะสร้างความลำบากใจให้กับสตรี ยุ่งยากใจเพราะเมื่อคัดกรองพบแล้วแต่ไม่ทราบจะให้การช่วยเหลืออย่างไร เป็นต้น โดยสรุปแล้วปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรอง/การตรวจพบ และการให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมาจำแนกได้เป็น 3 หมวด คือ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาล ในประเทศไทยนั้นยังไม่เคยมีการสอนเรื่องความรุนแรงในครอบครัวมาก่อน รวมทั้งการริเริ่มในการให้บริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ ยังมีน้อยเพียงไม่กี่แห่ง น่าจะประสบปัญหาและอุปสรรคไม่น้อยไปกว่าที่มีรายงานไว้ แต่ยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อน ทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานว่าพยาบาลมีหรือขาดในเรื่องใด ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมในเรื่องใด การสำรวจข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจากที่มีทั้งหมด 4 ชั้น คือ เป็นการสำรวจความต้องการในการเรียนรู้ (learning needs) (Brunt, 1998) ซึ่งควรสำรวจทั้งความต้องการในระดับบุคคล คือจากพยาบาลผู้ปฏิบัติ และในระดับองค์กร คือ ผู้บริหาร ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลทั้งในระดับปฏิบัติและบริหารในการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง โดยจะทำการสำรวจในภาคเหนือเพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในเขตภาคเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ

- 1) เพื่อสำรวจความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงและการให้บริการทางสุขภาพ
- 2) เพื่อสำรวจทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงและการให้บริการทางสุขภาพ
- 3) เพื่อสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพให้แก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง
- 4) เพื่อสำรวจประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาใน 8 จังหวัดภาคเหนือครอบคลุมทั้งภาคเหนือตอนบนและภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ อุตรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และกำแพงเพชร เป็นการสำรวจความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลในการบริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง ทั้งระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

นิยามศัพท์

ความรู้ของพยาบาล (nurses' knowledge) หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยของความรุนแรงต่อภรรยา ปัญหาสุขภาพของสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง และบทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง

ทัศนคติของพยาบาล (nurses' attitudes) หมายถึง ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับมายาคติในประเด็นสาเหตุ ปัจจัย และผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อความรุนแรงต่อภรรยา ตลอดจนการตระหนักในความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการให้บริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

การปฏิบัติของพยาบาล (nurses' practice) หมายถึง ประสิทธิภาพในการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง ตลอดจนลักษณะปัญหา และอุปสรรคในการให้บริการ และข้อเสนอแนะ

บริการทางสุขภาพ (health care services) หมายถึง การปฏิบัติการโดยพยาบาลวิชาชีพเพื่อการบำบัด และเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจระยะยาวแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรอง และการตรวจพบ สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ

สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง (abused women) หมายถึง สตรีวัยผู้ใหญ่ (20-60 ปี) ที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงทางร่างกาย และ/หรือจิตใจ และพำนักอยู่ในภาคเหนือ

ความรุนแรง หมายถึง ความรุนแรงในครอบครัวที่สามีกระทำต่อภรรยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ทางร่างกาย และทางจิตใจ ความรุนแรงทางร่างกายเป็นการใช้กำลัง สิ่งของ หรืออาวุธทำร้ายร่างกายให้บาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงพิการทุพพลภาพ ส่วนความรุนแรงทางจิตใจเป็นการใช้คำพูด กิริยา หรือการกระทำที่ทำให้ทุกข์ใจ ซึ่งรวมถึงการดูหมิ่นเหยียดหยาม ไม่ให้เกียรติ ไม่รับฟังความคิดเห็น บังคับควบคุม ไม่รับผิดชอบครอบครัว มีหญิงอื่น เป็นต้น คำฟ้องของความรุนแรง ได้แก่ การทำร้าย การทารุณกรรม ซึ่งตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษดังต่อไปนี้ domestic violence, family violence, violence against women/wives, wife abuse