

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าตำราและเอกสารต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้

ความรุนแรงต่อสตรี

ความรุนแรงหมายถึงการกระทำใด ๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ โดยการบังคับขู่เข็ญ ทำร้าย ทุบตี คุกคาม จำกัดกีดกันเสรีภาพทั้งในที่สาธารณะและในการดำเนินชีวิตส่วนตัว ซึ่งเป็นผลหรืออาจจะเกิดผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ถูกรกระทำ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2547)

ความรุนแรงต่อสตรีเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทุกวัยทั้งที่เป็นผู้ใหญ่และเด็ก เป็นภัยที่ร้ายแรงสุขภาพ และเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงอย่างรุนแรง ความรุนแรงต่อสตรีที่พบได้บ่อย และครอบคลุมทุกสังคมและชนชั้นทั่วโลก เกิดจากการกระทำของสามี/คูรัก หรืออดีตสามี/คูรัก (wife abuse) (WHO,2002) ซึ่งเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในบ้าน (domestic violence) โดยรูปแบบการทำร้าย (กฤตยา แสงเจริญ, 2545 ; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2547) อาจพบได้ 4 แบบ ได้แก่

1. การทำร้ายร่างกาย เป็นการกระทำรุนแรงที่เห็นชัดเจนที่สุด ทั้งนี้รวมการกระทำรุนแรงต่อร่างกาย ตั้งแต่ ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง เช่น การถ่มน้ำลาย การหยิก การตบหน้า การใช้ไฟลน การบีบคอ ไปจนถึงการใช้กำลังขั้นรุนแรง เช่น การชกต่อย การใช้อาวุธทำร้าย เป็นต้น
2. การข่มเหงทางเพศ อาจพบได้ตั้งแต่การลวนลามทางเพศ ไปจนถึงการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ
3. การทำร้ายจิตใจ ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์เพื่อให้เกิดความกลัว ความไม่สบายใจ การบังคับขู่เข็ญต่างๆ การทำให้ภรรยารู้สึกต่ำต้อยด้วยการเรียกชื่อที่ต่ำต้อย การจำกัดสถานที่ภรรยา ควบคุมการทำกิจกรรม การบีบบังคับทางเศรษฐกิจ รวมถึงความกดดันทางอารมณ์อื่นๆ เช่น การขู่จะทำร้ายลูก ๆ หรือคนที่เธอรัก เป็นต้น
4. การทำลายสิ่งของหรือทำร้ายสัตว์เลี้ยง เป็นการกระทำรุนแรงที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ เพื่อย้ำให้เห็นถึงการมีอำนาจที่เหนือกว่า

ความรุนแรงต่อสตรีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและได้รับความสนใจมากขึ้นในประเทศไทย ความชุกของการใช้ความรุนแรงในครอบครัวแตกต่างกันตามลักษณะของประชากรและวิธีการศึกษา จากการศึกษาของฮอฟแมน เดโมและเอดเวิร์ด (Hoffman, Demo, and Edward, 1994) ใน

กรุงเทพฯ พบว่าร้อยละ 20 ของสามีให้ข้อมูลว่าเคยทำร้ายร่างกายภรรยาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตแต่งงาน การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในนครสวรรค์ และกรุงเทพฯ โดย กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) พบว่า ร้อยละ 28 ของสตรีเคยถูกทำร้ายร่างกายโดยสามีหรือคนรักอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต เกสรา ศรีพิชญากุลและคณะ (2545) ศึกษาความรุนแรงในหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่พบความชุกของการกระทำความรุนแรงทางร่างกาย ทางจิตใจและทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะเวลา 1 ปีก่อนการเก็บข้อมูล เท่ากับร้อยละ 10.7, 38.8 และ 6.6 ตามลำดับ ในขณะที่ กฤตยา แสงเจริญและคณะ(2545) ศึกษาความรุนแรงระหว่างคู่สมรสใน 3 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุก ร้อยละ 63.4 ในสตรีตั้งครรภ์ จากการศึกษาคณะคุณา ธนอุดม (2539) พบการทำร้ายร่างกายและการทำร้ายจิตใจ ร้อยละ 12 และ 22.5 ตามลำดับ

ผลกระทบของความรุนแรงต่อสตรี

การใช้ความรุนแรงต่อสตรีเป็นสาเหตุให้สตรีได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงจากการถูกทำร้ายร่างกาย มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และบางรายอาจถูกฆ่าตาย ปัญหาทางด้านจิตใจพบอาการซึมเศร้า ความเครียด หวาดผวา ขาดความมั่นใจรวมถึงความผิดปกติของการกินและการนอนหลับ และบางรายอาจพบการฆ่าตัวตายในสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจจากการถูกกระทำรุนแรงเป็นสาเหตุให้สตรีเหล่านี้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น (McFarlane, Parker & Soeken, 1996; UNFPA, 2000) จากการศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีไทยพบว่าสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมมักมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินจากอาการบาดเจ็บและปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ การกระทำรุนแรงมีผลต่อจิตใจของสตรีเหล่านี้ โดยพบความอาย ความรู้สึกผิด กลัว โกรธ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตาย (เกสรา ศรีพิชญากุล, 2542; เยาวเรศ วรศรีตกาลกุล, 2544; สุธิดา สุวรรณรงค์, 2545) ดังปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์สตรีที่ถูกทำร้ายร่างกายบางคนตัดสินใจสิ้นสุดความรุนแรง โดยการพยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้ที่ทำร้าย หรือการตัดอวัยวะเพศของคู่สมรส เป็นต้น

การจัดบริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

ในความเป็นจริง สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่มาขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะความอาย กลัวเสียชื่อเสียง หรือกลัวความเดือดร้อนเนื่องจากถูกสามีข่มขู่ไม่ให้เปิดเผยเรื่องนี้กับผู้อื่น บางรายคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ (เบญจพร ปัญญา, 2546) อย่างไรก็ตามสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมมักมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากอาการบาดเจ็บ และความผิดปกติทางร่างกายอื่น ๆ ซึ่งหน่วยงานที่สตรีเหล่านี้เข้าไปรับ

การรักษามากที่สุดคือแผนฉุกเฉิน ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะในแผนฉุกเฉินมักเป็นบุคคลแรกที่สตรีเหล่านี้มาพบและขอรับความช่วยเหลือ พยาบาลรวมทั้งแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง การดูแลสตรีเหล่านี้จึงควรครอบคลุมตั้งแต่การค้นพบและการคัดกรอง การแก้ไขภาวะวิกฤติทางจิตใจ การวางแผนความปลอดภัย การให้ข้อมูล และการส่งต่อ สถานพยาบาลในประเทศไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางการให้บริการและระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนประจำแผนก โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบและขั้นตอนการปฏิบัติงานของบุคลากรระดับต่าง ๆ ในแผนกนั้น จากงานวิจัยของ เกสรา ศรีพิชญากุลและคณะ (2545) ในการพัฒนาระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติในการพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกายที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ 2 แห่ง ได้สรุปขั้นตอนการปฏิบัติของพยาบาลที่พัฒนาจากงานวิจัย (เกสรา ศรีพิชญากุล, 2545) ดังนี้

1. การคัดกรอง เป็นจุดเริ่มต้นและขั้นตอนที่สำคัญในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นการคัดกรองโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเกริ่นนำด้วยการแนะนำตัวและแจ้งให้สตรีทราบว่า การซักถามเกี่ยวกับการถูกสามีทำร้ายนั้นกระทำกับสตรีทุกราย เพื่อให้สตรีไม่รู้สึกว่าเป็นคนต่างจากคนอื่น ตามด้วยการซักถามโดยใช้คำถามตรงไปตรงมา และการปิดการสัมภาษณ์ สิ่งสำคัญคือการคัดกรองจะทำได้ต่อเมื่อมีแนวทางให้ความช่วยเหลือสตรี (เกสรา ศรีพิชญากุล, 2545, 2546)

2. ประคับประคองทางจิตใจ เป็นการประเมินความรู้สึกของสตรีและให้การดูแลตามปัญหาที่ประเมินพบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้สตรีระบายความรู้สึก ปลอบโยนและให้กำลังใจ สิ่งที่พยาบาลควรระมัดระวังและหลีกเลี่ยง คือ การใช้คำพูดเชิงตำหนิ หรือการใช้ความเห็นส่วนตัวในการชี้แนะและแก้ไข ปัญหาของสตรีเหล่านี้

3. การวางแผนความปลอดภัย เป็นการประเมินความปลอดภัยเมื่อกลับไปบ้านของสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และการป้องกันการถูกสามีทำร้ายซ้ำ

4. การให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลในเรื่องวงจรของความรุนแรงในกรณีที่สตรีไม่แสวงหาความช่วยเหลือ สิทธิทางกฎหมายในการแจ้งความ แหล่งช่วยเหลือในชุมชน จากนั้นมอบเอกสารที่ระบุแหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่มีขนาดเล็ก สามารถพกพาได้ให้แก่สตรีเก็บไว้ โดยเอกสารควรมีสี่ส่วนที่สละและไม่ระบุคำว่าความรุนแรงไว้ที่ปก

5. การส่งต่อ ควรระบุหน่วยงานหรือที่ส่งต่อไว้อย่างชัดเจน และตรงกับความต้องการ เช่น หากประเมินพบว่าสตรีมีปัญหาด้านจิตใจ หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรส่งต่อแผนกจิตเวช กรณีไม่มีที่พักหรือกลับบ้านไม่ได้เนื่องจากมีอันตราย ควรส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่องความรุนแรงต่อสตรี เพื่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

ปัจจุบันในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีศูนย์ประสานช่วยเหลือเด็กและสตรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน (One Stop Crisis Center, OSCC) โดยมี

โรงพยาบาลระดับทั่วไปจำนวน 20 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลนำร่อง และกำลังขยายการให้บริการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับทั่วไปทั่วประเทศและโรงพยาบาลชุมชนด้วย เป้าหมายของการช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้นอกจากการดูแลรักษาทางด้านร่างกายตามปัญหาแล้วยังรวมถึงการช่วยเหลือให้สตรีเหล่านี้ปลอดภัยและป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำ รวมทั้งช่วยให้สามารถยืนหยัดพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นการช่วยเหลือจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้ (เบญจพร ปัญญาวยง, 2546)

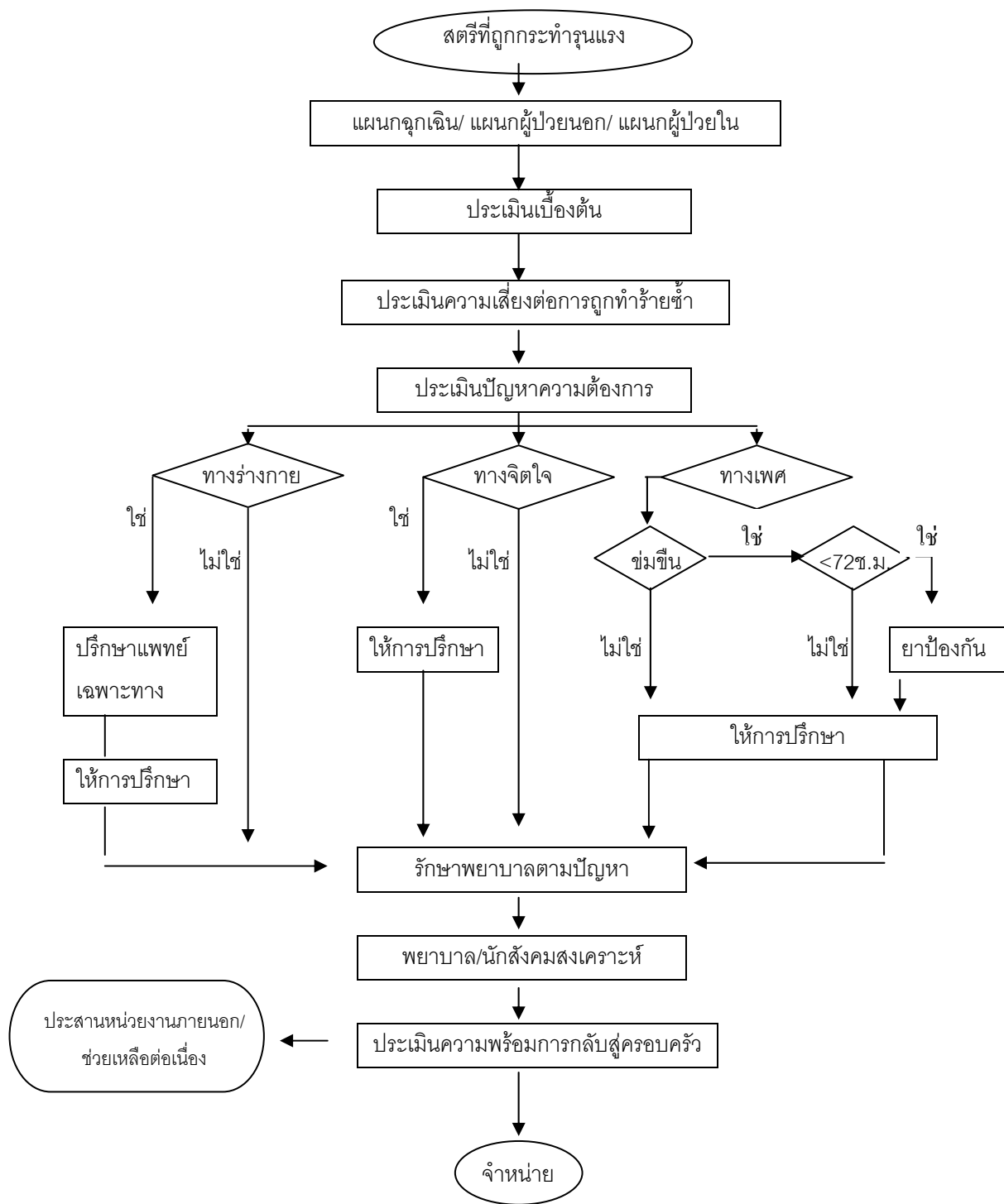
ระยะที่ 1 การให้การรักษาระยะต้น แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

1.1 การให้การรักษาระยะวิกฤติ เป็นการประเมินปัญหาเร่งด่วน เช่น อาการบาดเจ็บและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ประเมินภาวะเสี่ยงของอาการโรคจิต ความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 การให้การรักษาระยะเร่งด่วน เป็นการประเมินปัญหาด่วน เช่น ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ประเมินความเสี่ยงในการถูกทำร้ายซ้ำ และป้องกันการถูกทำร้ายซ้ำ

ระยะที่ 2 การให้การรักษาระยะยาว ระยะนี้เป็นการช่วยเหลือให้สตรีที่ถูกทำร้ายให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ แนวทางการช่วยเหลือในระยะนี้ เช่น การช่วยเหลือในการปรับตัว การค้นหาแหล่งช่วยเหลือ การตัดสินใจในเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ การเลี้ยงดูลูก อาชีพการงาน บางรายอาจต้องคำนึงถึงประเด็นการแยกทางหรือการหย่าร้าง ถ้าอยู่ด้วยกันแล้วไม่ปลอดภัย เป็นต้น การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

อย่างไรก็ตามการดูแลและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมในปัจจุบันยังครอบคลุมเฉพาะสตรีที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินและมักเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงและต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน แต่ในความเป็นจริงสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมเหล่านี้อาจมารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกอื่น ๆ ซึ่งความผิดปกติที่พบอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการถูกกระทำทารุณกรรมก็ได้ การคัดกรองและการค้นหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีทุกคน จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือสตรีเหล่านี้ และไม่ควรจำกัดเฉพาะที่แผนกฉุกเฉินเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมทุกแผนกที่สตรีอาจมารับบริการ เช่น แผนกสูติ-นรีเวช เป็นต้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกแผนกจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่คัดกรองและค้นหาดังจะเห็นได้จากการที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สหประชาชาติ ได้สนับสนุนให้มีการคัดกรองสตรีทุกคนที่มารับบริการทุกแผนกในโรงพยาบาลรวมทั้งในชุมชน โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติเหมือนการซักถามเรื่องอายุ อาชีพ เป็นต้น แต่ประเด็นนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่และยังไม่ได้มีการปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย และมีการปฏิบัติเป็นบางแผนกเท่านั้น (เกสรา ศรีพิชญาการ, 2546; Fishwick, 1998; ANA, 2000:3) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ ได้จัดกิจกรรมรณรงค์ให้พยาบาลจัดบริการที่เหมาะสมแก่สตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ซึ่งรวมถึงการคัดกรอง แต่ปัจจุบันพยาบาลก็ยังไม่ได้มีการคัดกรองเพื่อค้นหาสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมแบบประจำ (routine screening)



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

ที่มา: คู่มือการบริการวัยรุ่นและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (เบญจพร ปัญญาฯ, 2546: 1)

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลในการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกระทำ ความรุนแรง

บุคลากรทางด้านสุขภาพมักเป็นบุคคลแรกที่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงมาพบและขอรับความช่วยเหลือเมื่อสตรีเหล่านี้มารับบริการสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลรวมทั้งแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง การดูแลสตรีเหล่านี้ต้องครอบคลุมตั้งแต่การค้นพบและการคัดกรอง การแก้ไขภาวะวิกฤติทางจิตใจ การวางแผนความปลอดภัย การให้ข้อมูล และการส่งต่อ อย่างไรก็ตามจากการศึกษารายงานและงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง โดยเฉพาะการคัดกรองสตรีทุกคนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในทุกแผนก เพื่อค้นหาสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงและนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือต่อไปนั้น ในทางปฏิบัติพบว่าบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามหรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ การซักถามเกี่ยวกับความรุนแรงมักกระทำเฉพาะผู้ใช้บริการที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการที่สงสัยว่าเกิดจากการถูกสามีทำร้าย โดยไม่ได้คัดกรองความรุนแรงในสตรีที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ๆ

จากการศึกษาของเอลเลียตท์และคณะ (Elliott et al., 2002) จากกลุ่มแพทย์ด้านสูติ-นรีเวช แพทย์ในแผนกฉุกเฉิน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1075 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6 เท่านั้นที่คัดกรองผู้รับบริการที่เป็นสตรีทุกคนเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 10 ไม่เคยซักถามสตรีเกี่ยวกับเรื่องนี้เลย และมีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้นที่มีแนวทางมาตรฐานในการซักถามเกี่ยวกับประเด็นความรุนแรง โดยกลุ่มที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดคือกลุ่มแพทย์ด้านสูติ-นรีเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรดริเกซและคณะ (Rodriguez et al, 1999) ใน การสำรวจเกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงในคู่สมรสจากแพทย์จำนวน 400 คน พบเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่คัดกรองแบบประจำในผู้รับบริการรายใหม่ โดยสูติ-นรีเวชแพทย์เป็นกลุ่มที่ระบุถึงการปฏิบัติมากที่สุด ส่วนการศึกษาของเบตส์และบราวน์ (Bates & Brown, 1998) ในแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 111 คน พบว่าร้อยละ 56 ซักถามสตรีเกี่ยวกับความรุนแรงต่อเมื่อสงสัยว่าอาการบาดเจ็บเกิดจากการถูกสามีทำร้าย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 29 ระบุว่าจะใช้คำถามตรงไปตรงมาในการซักถามสตรี ในขณะที่ร้อยละ 38 ใช้คำถามอ้อม เมื่อประเมินถึงขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกสามีทำร้าย การช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายภายหลังการค้นพบ มีเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นที่จะช่วยให้การช่วยเหลืออื่น ๆ มากกว่าการรักษาด้านร่างกาย โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 56 คิดว่าจะรายงานพยาบาลที่อาวุโส ในขณะที่ร้อยละ 23 ควรส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ และร้อยละ 19 คิดว่าควรพูดคุยประเด็นความรุนแรงกับผู้ป่วยต่อ ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน ระบุว่า พวกเขาไม่มีการส่งต่อสตรีเพื่อรับความช่วยเหลือต่อ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าจะส่งต่อสตรีมีน้อยและคิดว่าสตรีเหล่านี้อาจไม่ต้องการการช่วยเหลือต่อไป ในขณะที่พยาบาล 10 คนและแพทย์ 5 คน ให้เหตุผลว่าไม่ใช่บทบาทและหน้าที่ของพวกเขา ขณะเดียวกัน โฮรานและคณะ (Horan et al, 1998) ศึกษาในกลุ่มสูติ

แพทย์ และแพทย์ด้านนรีเวช จำนวน 662 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการคัดกรองสตรีที่มาใช้บริการและมีความรู้เกี่ยวกับอาการที่บ่งชี้ถึงการถูกระงับการตั้งครรภ์ในสตรี แต่ในทางปฏิบัติมีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้นที่คัดกรองแบบประจำในสตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และร้อยละ 27 คัดกรองสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์แบบประจำเมื่อมาตรวจครั้งแรก แพทย์ส่วนใหญ่จะคัดกรอง ต่อเมื่อสงสัยว่าสตรีถูกระงับการตั้งครรภ์

แม้จะมีนโยบายและแนวปฏิบัติจากหน่วยงานด้านวิชาชีพต่าง ๆ สนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพคัดกรองสตรีทุกคนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแบบงานประจำ และให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง แต่ในทางปฏิบัติพบว่ามีการปฏิบัติน้อย จากการศึกษายังพบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่

1. การขาดความรู้และการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี

ความสามารถ (competence) ในการปฏิบัติการพยาบาลจะพัฒนาขึ้นได้ต้องอาศัยการเรียนรู้ทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตตพิสัย และ ทักษะพิสัย (cognitive, affective, and psychomotor domains) พุทธิพิสัย เป็นวิธีการที่ทำให้รู้ (ways of knowing) หรือมีความรู้ในข้อเท็จจริงหรือทฤษฎี จิตตพิสัย เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความรู้สึก (ways of feeling) หรือเป็นทัศนคติ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึก การให้คุณค่า ส่วนทักษะพิสัย เป็นวิธีที่ทำให้ทำได้ (ways of doing) หรือเกิดทักษะ หรือมีการปฏิบัติ (Jeska, Anderson, & Bach, 1995) ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เป็นข้อมูลที่ใช้ในการประเมินความต้องการในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาโปรแกรมการสอน (Aucoin, 1998)

ในการให้การพยาบาลแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Ryan & King, 1998; Sheridan & Taylor, 1993)

1. ความชุกหรืออัตราการเกิดของความรุนแรง จำนวนสตรีที่มารับบริการในหน่วยงาน เป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การเกิดทัศนคติหรือตระหนักในความสำคัญของปัญหาความรุนแรง

2. สาเหตุที่ทำให้สตรีถูกกระทำรุนแรงต่อภรรยา และปัจจัยต่าง ๆ เป็นความรู้ที่จะทำให้ทราบว่าสตรีกลุ่มใดที่เสี่ยงต่อการถูกระงับการตั้งครรภ์ ซึ่งจะนำไปสู่การคัดกรอง และการตรวจพบต่อไป ส่วนใหญ่แล้วบุคคลซึ่งรวมถึงบุคลากรทางสุขภาพมักเข้าใจผิดว่าผู้ถูกระงับการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของความรุนแรง (victim blaming) ผลที่ตามมาคือตำหนิสตรี และกระตุ้นให้สตรีเป็นฝ่ายปรับปรุงแก้ไขแต่ฝ่ายเดียว ทำให้ปัญหาความรุนแรงไม่ได้รับการแก้ไขตรงจุดและสตรีไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ความรุนแรงเกิดจากหลายปัจจัยซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ บุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือในครอบครัว ชุมชน และสังคม (World Health Organization, 1999) จากการสำรวจในหมู่บ้านเขตตัวเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับการกระทำรุนแรง อาทิเช่น พื้นฐานของครอบครัวในวัยเด็ก การเลี้ยงดู ความรักจากบิดามารดา ประวัติการถูกระงับการตั้งครรภ์ในวัยเด็ก ลักษณะส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ความเชื่อเรื่องการยอมรับการใช้ความ

รุนแรง ทักษะในการสื่อสารกับคู่สมรส เป็นต้น (เกสรา ศรีพิชญาการ, ยุพิน เพียรมงคล, นงนุช ไชยยศ, และแสงเดือน กฤษณารักษ์, 2545)

3. ผลกระทบของความรุนแรงต่อสตรี ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับปัญหาของสตรี จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การตระหนักในความสำคัญของปัญหา เข้าใจความต้องการของสตรี และวางแผนให้ความช่วยเหลือสตรีในด้านต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ผลกระทบอาจจำแนกเป็นด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจทั้งที่มีต่อสตรีและบุตร ซึ่งมีรายงานวิจัยที่สนับสนุนว่ามีผลกระทบตั้งแต่เล็กน้อยจนรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายและฆ่าสามีและบุตร (เกสรา ศรีพิชญาการ, ยุพิน เพียรมงคล, นงนุช ไชยยศ, และแสงเดือน กฤษณารักษ์, 2545; เยาวเรศ วรศีตกาลกุล, 2544; Sripichyakan, 1999) ส่วนความต้องการความช่วยเหลือนั้นมีทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพ ฝ่ายกฎหมาย และสวัสดิการสังคม ทางด้านสุขภาพมีหลายลักษณะทั้งในระดับบำบัดเบื้องต้น และบำบัดและฟื้นฟูระยะยาว (เกสรา ศรีพิชญาการ, 2543) ทั้งด้านคำปรึกษา ความปลอดภัย ด้านกำลังใจและความเห็นใจ และข้อมูลด้านกฎหมาย (วีริภรณ ชัยเศรษฐสัมพันธ์, 2543) ปัญหาและอุปสรรคของสตรีได้แก่การไม่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ การแก้ไขปัญหอันเนื่องมาจากแรงบีบคั้นของสังคม (เยาวเรศ วรศีตกาลกุล, 2544) เป็นต้น

4. กรอบทฤษฎีในการบำบัดรักษาและการพยาบาล คือการให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นหญิงชาย (gender-based practice) เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือสตรีได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมตรงตามความต้องการและธรรมชาติของสตรี (เกสรา ศรีพิชญาการ, 2543) กล่าวคือต้องเข้าใจลักษณะของความเป็นหญิง (feminine characteristics) ที่ชี้นำวิธีคิด การตัดสินใจ และ พฤติกรรมของสตรี เช่น มักใช้เวลาตัดสินใจมาก เพราะมีความรอบคอบ ไม่ค่อยมีความเด็ดขาดเพราะไม่เคยถูกฝึกให้เป็นผู้นำหรือตัดสินใจเอง มักตัดสินใจโดยคำนึงถึงผู้อื่นแต่ลืมตนเองเพราะถูกปลูกฝังให้เสียสละ คิดถึงผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัวหรือบุตร อย่างไรก็ตามสตรีมิได้มีลักษณะเหมือนกันทุกคน เพราะฉะนั้นต้องคำนึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Smith, 2001) นอกจากนั้นต้องเน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจของสตรี ส่งเสริมให้สตรีตัดสินใจและแก้ไขด้วยตนเอง (Ryan, & King, 1998)

5. ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ แบ่งเป็นความรู้พื้นฐาน ได้แก่ การสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสตรี และการให้คำปรึกษา และความรู้เฉพาะ ได้แก่ การเก็บหลักฐานเพื่อประกอบการดำเนินคดี การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรความรุนแรง สิทธิด้านกฎหมาย และแหล่งช่วยเหลือ ความรู้เหล่านี้จำเป็นต่อการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า เนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีมีการสอนในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลและแพทย์น้อยมาก รวมทั้งการจัดอบรมในเรื่องนี้ในการปฏิบัติงาน (inservice education program) ยังมีค่อนข้างจำกัด จากการสำรวจการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนพยาบาลของเมือง Ontario ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2538 (Hoff and Ross,

1995) พบว่า ส่วนใหญ่มีการสอนเรื่องความรุนแรงหรือการทำร้ายสตรี เพียง 2 ถึง 4 ชั่วโมง เท่านั้น โดยเนื้อหาจะสอดแทรกอยู่ในวิชาการพยาบาลอื่น ๆ เช่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลจิตเวช เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ สเวิร์ดและคณะ (Sword et al., 1998) ศึกษาการศึกษาพยาบาลในประเทศแคนาดา จำนวน 150 คน พบว่า การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาล มีการสอนเกี่ยวกับการทำร้ายสตรี น้อยมาก ขณะที่ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาลและทันตแพทย์ จำนวน 15 คน พบว่า หลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ขาดการเตรียมความรู้และความพร้อมสำหรับการคัดกรองและการดูแลสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างอธิบายว่าความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่มาจากความสนใจส่วนตัว และได้จากการอ่านหนังสือ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องเอง (Goff et al., 2003)

จากการศึกษาของไลแมนดริและทิลเดน (Limandri and Tilden, 1996) จากพยาบาลที่ทำงานในรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 241 คน พบว่าร้อยละ 56 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องความรุนแรงในคู่สมรส ร้อยละ 37 ระบุว่าเคยได้รับการอบรมเพียงเล็กน้อย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษากลุ่มพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินในรัฐแอตแลนติก ที่พบว่าร้อยละ 72 ระบุว่าไม่เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับความรุนแรงในคู่สมรสเลย (Bokunewicz and Copel, 1992) ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จากสูติแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนรีเวช จำนวน 933 คนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนร้อยละ 33.9 ที่ไม่เคยได้รับการศึกษาหรืออบรมในเรื่องความรุนแรงในครอบครัวเลย และการขาดความรู้และการอบรมเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง (Parsons et al., 1995) ขณะที่การศึกษาของ โฮแรนด์และคณะ (Horan et al, 1998) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสูติแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนรีเวชส่วนใหญ่ ระบุว่าไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวในโรงเรียนแพทย์ (ร้อยละ 70) หรือในระหว่างเป็นแพทย์ประจำบ้าน (ร้อยละ 63) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของเอลเลียอท์และคณะ (Elliott et al., 2002) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์จำนวน 1075 คนในปี พ.ศ. 2544 พบว่าร้อยละ 80 เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเด็นความรุนแรงต่อสตรี เริ่มได้รับความสนใจและตระหนักว่าเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพของสตรี สำหรับประเทศออสเตรเลีย เบทส์และบราวน์ (Bates & Brown, 1998) ศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 16 ของแพทย์และพยาบาลที่ทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากโรงพยาบาล 4 แห่ง ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว นอกจากนั้นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการอบรมเรื่องนี้จะ เป็นประโยชน์อย่างมากในการให้บริการแก่สตรีกลุ่มนี้ นอกจากนั้นการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ (Peltzer, Mashego, and Mabeba, 2003) พบว่าร้อยละ 9.7 ของแพทย์เท่านั้นที่เคยได้รับการอบรมเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) จากแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา พบว่ามีเพียงร้อยละ 4.9 เท่านั้นที่ เคยเข้ารับการอบรม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพียงครั้งเดียวในระยะเวลาประมาณ 3-10 ปีก่อนการตอบแบบสอบถามใน

การศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้นร้อยละ 13.7 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเคยมีวิชาเรียนในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และพยาบาลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อสตรี โดยส่วนใหญ่ระบุว่าใช้เวลาเรียนตั้งแต่ 30 นาทีถึง 4 ชั่วโมงเท่านั้น

ความรู้และการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ให้มีทักษะในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยเพิ่มอัตราการคัดกรองหรือการให้ความช่วยเหลือสตรีเหล่านั้นได้ จากการศึกษานี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเมื่อฝึกอบรมพยาบาลที่หน่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงในสตรีที่มาใช้บริการทุกราย พบว่าอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 5.6 เป็นร้อยละ 30 และหลายปีต่อมาเมื่อพยาบาลไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงพบว่าอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อสตรีลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น (Little, 2000 อ้างใน สุริย์พร กฤษเจริญ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชอร์ตท์ แฮดเลย์และเบตส์ (Short, Hadley & Bates, 2002 อ้างใน สุริย์พร กฤษเจริญ, 2547) ในการฝึกอบรมเรื่องการคัดกรองความรุนแรงแก่บุคลากรด้านสุขภาพ พบว่าในระยะเวลา 10 เดือน บุคลากรที่ได้ผ่านการอบรมสามารถทำการคัดกรองสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงได้ถึง 1719 ราย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่สามารถคัดกรองได้เพียง 27 ราย เท่านั้น

2. ความเชื่อและทัศนคติต่อปัญหาความรุนแรงต่อสตรี

ทัศนคติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง มีดังต่อไปนี้

2.1 มายาคติ (myths) หรือความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปฏิบัติงานในหลักสูตรการอบรมพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงจึงต้องรวมหัวข้อนี้ไว้ทุกด้วย (Metropolitan King County Council, 1994) จากการสำรวจในต่างประเทศพบว่าพยาบาลยังมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงว่าเป็นต้นเหตุและต้องรับผิดชอบต่อการถูกกระทำ (King & Ryan, 1989; Rose & Saunders, 1986) มายาคติเกี่ยวกับความรุนแรงมีมากมายหลายประเด็น เช่น สตรีที่ถูกกระทำ สาเหตุ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ความคาดหวังของสังคมต่อสตรี การยอมรับให้สามีทำร้ายภรรยา เป็นต้น

2.2 การยอมรับหรือความเชื่อที่ว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพและอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล ตระหนักถึงความรุนแรง ให้ความสำคัญ และเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติ เช่น การคัดกรองสตรีที่ถูกทำร้ายที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินถือว่าเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำเพื่อจะช่วยให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากนั้นแล้วความเชื่อในปัญหาหรืออุปสรรคของการปฏิบัติเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ จากการศึกษที่ผ่านมาถึงแม้จะเห็นความสำคัญแต่ยังไม่ค่อยมีการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากอุปสรรคในด้านเวลา ไม่ทราบวิธีการ รู้สึกลังเลใจ ไม่มีความมั่นใจ ไม่มีวิธีการช่วยเหลือสตรี (Gagan, 1998; Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro, & Rivara, 1999) เป็นต้น

นอกจากนั้น พยาบาลรวมทั้งแพทย์ส่วนใหญ่ยังคิดว่าปัญหาการทำร้ายสตรีหรือคู่สมรสเกิดขึ้นกับคนกลุ่มน้อยเท่านั้น ดังเช่นการศึกษาของเบตส์และบราวน์ (Bates & Brown, 1998) ซึ่งร้อยละ 24

ของพยาบาลและร้อยละ 3 ของแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประมาณว่าร้อยละ 1-2 ของสตรีที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินเท่านั้นที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงในครอบครัว และสาเหตุมักเกิดมาจากความผิดปกติของผู้กระทำ(สามี), ตัวสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงอาจชอบความรุนแรง (masochism) หรือเกิดจากปัญหาการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เท่านั้น จากการศึกษาของโบคุเนวิช และโคเพล (Bokunewicz & Copel, 1992) เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลในแผนกฉุกเฉินก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในคู่สมรส พบว่าก่อนการอบรมพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 มีความเชื่อว่าสาเหตุของความรุนแรงในคู่สมรสที่พบบ่อยคือความผิดปกติทางจิต และร้อยละ 39 คิดว่าการทำร้ายคู่สมรสเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวเท่านั้น (one-time occurrence) และอีกร้อยละ 39 คิดว่าสตรีที่ถูกทำร้ายสามารถที่จะยุติความสัมพันธ์ที่มีความรุนแรงกับคู่ครองได้โดยง่าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและขาดความรู้เกี่ยวกับวงจรความรุนแรง ขณะที่ร้อยละ 34 เชื่อว่าผู้หญิงที่ถูกทำร้ายร่างกายมีความผิดปกติทางจิตประเภทชอบความรุนแรง (masochisms) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาทัศนคติและความเชื่อของพยาบาลที่ทำงานที่แผนกฉุกเฉิน 12 แห่งในประเทศฮ่องกง (Chung, Wong & Yiu, 1996) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 2.2 ยังเชื่อว่าการทำร้ายร่างกายภรรยาเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งเดียว โดยที่พยาบาลไม่ได้ตระหนักว่าการทำร้ายร่างกายภรรยามีโอกาสเกิดซ้ำ และมีความถี่และความรุนแรงของการทำร้ายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 9.3 ของพยาบาลยังมีความคิดแบบดั้งเดิมว่าเรื่องครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัวและบุคคลอื่นไม่ควรเข้าไปแทรกแซง โดยเฉพาะในสังคมจีนครอบครัวถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญมาก ร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความคิดเห็นว่าเป็นครอบครัวควรต้องดำรงไว้ ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นในครอบครัวก็ตาม รวมทั้งมองว่าสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงต้องรับผิดชอบต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้น นอกจากนั้น หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีความเชื่อว่า ความรุนแรงต่อสตรีมักเกิดในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ ในขณะที่ศึกษาในประเทศออสเตรเลีย โดยเบตส์และบราวน์ (Bates & Brown, 1998) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 เชื่อว่าสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัวมาจากความผิดปกติด้านจิตใจของผู้กระทำการศึกษา ขณะที่ร้อยละ 30 เชื่อว่ามาจากความผิดปกติด้านจิตใจของผู้ถูกกระทำ ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าผู้กระทำ ความรุนแรงควรได้รับความเห็นใจและเข้าใจ เนื่องจากพวกเขามีความผิดปกติด้านอารมณ์ และบางส่วนเชื่อว่ามีผลมาจากปัจจัยด้านสังคม เช่นการใช้สารเสพติด การตกงาน เป็นต้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ (Peltzer, Mashego, & Mabela, 2003) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุของการทำร้ายภรรยาเกิดจากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ความผิดปกติด้านจิตใจและสามี ปัจจัยด้านสังคม และความผิดปกติด้านจิตใจของตัวภรรยาเอง ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าเพศของผู้ตอบมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงมองว่าสาเหตุของความรุนแรงเกิดจากการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ชาย ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างผู้ชายมีแนวโน้มคิดว่าสาเหตุของความรุนแรงเกิดจากความผิดปกติด้านจิตใจของผู้หญิงมากกว่า ความคิดและความกลัวว่าการซักถามเกี่ยวกับความ

รุนแรงในครอบครัวจะเป็นการล่วงเกินผู้ป่วยเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพหลีกเลี่ยงที่จะซักถามสตรีเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว (Sugg and Inui, 1992; Parsons et al, 1995) ในการศึกษาถึงอุปสรรคในคัดกรองผู้รับบริการทุกคนที่เป็นสตรี แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81 จากแพทย์ 1075 คน คิดว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์ในการค้นหาสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง แต่มีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่รู้สึกมั่นใจในการคัดกรองและค้นหาสตรีที่ถูกทำร้าย ในขณะที่ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างกลัวว่าการซักถามจะเป็นการล่วงเกินและทำให้สตรีโกรธ กลุ่มตัวอย่างบางคนยังเชื่อว่าการซักถามเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น เพราะสตรีที่มีประวัติหรือถูกกระทำความรุนแรง จะเปิดเผยข้อมูลเองด้วยความสมัครใจ (Elliott et al., 2002) ขณะที่การศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) พบว่าร้อยละ 41.9 ของแพทย์และพยาบาลระบุว่าไม่แน่ใจว่าเป็นการทำให้สตรีขุ่นเคืองใจ ถ้าถามคำถามเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรง

ในขณะที่การศึกษาของทิลเดนและคณะ (Tilden et al., 1994) ในบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 1521 คน พบว่าพยาบาลร้อยละ 39 และแพทย์ร้อยละ 15 มองว่าไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนเองในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพาร์สันและคณะ (Parsons et al, 1995) ที่พบว่าแพทย์ร้อยละ 13.9 คิดว่าการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงไม่ใช่ปัญหาด้านการแพทย์ ขณะที่ร้อยละ 34.3 ระบุว่ารู้สึกสับสนเนื่องจากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายได้ และร้อยละ 7.2 เชื่อว่าปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไม่มีทางที่จะแก้ไขได้ ขณะที่การศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) ที่จังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละ 57.6 กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าการที่แพทย์และพยาบาลบ่งชี้สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงทุกคนที่มาใช้บริการจะเป็นการช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อสตรีได้

นอกจากนั้น สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่เคยมีประวัติถูกกระทำความรุนแรง การเปิดเผยประวัติการถูกทำร้ายหรือกระทำความรุนแรงของสตรี ซึ่งคล้ายคลึงกับประสบการณ์เดิมของตนเอง เป็นการกระตุ้นความกลัวและความรู้สึกสูญเสียการควบคุมตัวเองไป บางครั้งบุคลากรด้านสุขภาพที่มีประวัติถูกทำร้าย อาจเสี่ยงที่จะคัดกรองหรือค้นหาสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้คิดถึงประสบการณ์เดิมของตน (Sugg & Inui, 1992)

3. การปฏิบัติของพยาบาล

การปฏิบัติที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเป็นการคัดกรอง/การตรวจพบ และการดูแลด้วยหลักให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง ข้อมูลที่จะทราบว่าพยาบาลมีความต้องการที่จะเรียนรู้หรือไม่และในประเด็นใดนั้นประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

1. อัตราการปฏิบัติ มีพยาบาลมากน้อยเพียงใดที่ปฏิบัติงานนั้น ปฏิบัติเป็นประจำหรือเป็นบางครั้ง มีสาเหตุหรือปัจจัยใดที่ขัดขวางหรือส่งเสริมการปฏิบัติ

2. คุณภาพของการปฏิบัติเป็นอย่างไร ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการหรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคในเรื่องใด มีแนวปฏิบัติหรือขั้นตอนปฏิบัติในหน่วยงานหรือไม่ มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นหรือไม่ เช่น การสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสตรี การให้คำปรึกษา เป็นต้น

โดยสรุปแล้วอุปสรรคที่สำคัญในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง ได้แก่ การขาดความรู้และการอบรม ทักษะและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงต่อสตรี รวมทั้งการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากร การศึกษาพื้นฐานความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี จะเป็นข้อมูลและแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลและช่วยเหลือสตรีเหล่านี้ต่อไป