

บทที่ 8

การอภิปรายผล

บทนี้เป็นการอภิปรายผลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ และการปฏิบัติของพยาบาลในการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกละเมิดกระทำความรุนแรง

ความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรี

ความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรีที่สำรวจด้วยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน และการแก้ไขภายหลังกระทำ เฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางคือ 75.0 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าเรื่องความรุนแรงต่อสตรีอาจไม่ใช่เรื่องที่ใหม่มาสำหรับบุคลากรพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกละเมิดกระทำความรุนแรง (95.6/100) ด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านสาเหตุ (58.8/100) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับกลางๆ คือ ด้านการป้องกัน (78.0/100) และการแก้ไขภายหลังถูกละเมิดกระทำ (80.0/100) อย่างไรก็ตาม การให้การพยาบาลแก่สตรีที่ถูกละเมิดกระทำความรุนแรงนี้ จะทำได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสาเหตุที่ทำให้สตรีกระทำความรุนแรงต่อภรรยาก็เป็นด้านที่มีความสำคัญ เพราะจะทำให้ทราบสาเหตุกลุ่มใดเสี่ยงต่อการถูกละเมิดกระทำความรุนแรง ซึ่งจะนำไปสู่การคัดกรองและการตรวจพบ (Ryan & King, 1998 ; Shieridan & Taylor, 1993) จากผลการวิจัย เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสาเหตุของความรุนแรงเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด อาจเป็นเพราะความรุนแรงเกิดจากปัจจัยต่างๆหลายประการ มีความสลับซับซ้อนทั้งในระดับบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดทัศนคติทางร่างกาย ทางจิตใจ อารมณ์ ทักษะคิดหรือความเชื่อระดับครอบครัวและระดับชุมชน/สังคมและอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่างๆมากมาย สาเหตุในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่บีบบังคับ เป็นข้อที่ได้คะแนน ต่ำมากคือ 12.7/100 น่าจะเนื่องมาจาก สภาพาสังคม ความ เป็นอยู่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากครอบครัวขยายซึ่งมี พ่อแม่ ปู่ย่า หรือ ตายาย หรือบุคคล หลายๆรุ่นอยู่ด้วยกันในครอบครัวหนึ่ง ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พึ่งพิง เป็นที่ปรึกษาได้ มาเป็น ครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น ซึ่งต่างคนต่างต้องทำหน้าที่ของตนแข่งกับเวลาและสถานะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้ค่อนข้างยากต่อการเข้าใจว่า สภาพาสที่บีบคั้นจากสังคม และ สภาพาสแวดล้อม ส่งผลต่อพฤติกรรมและการกระทำได้โดยตรงหรือไม่ อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับสาเหตุเรื่อง ความเชื่อที่สืบทอดกันมาหรือความเชื่อผิดๆที่ยึดกันมานานให้มีการใช้ความรุนแรง ซึ่งมีคะแนนค่อนข้างต่ำคือ 39.5/100 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าเรื่องค่านิยมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรม และยากที่จะเข้าใจว่ามีผลต่อพฤติกรรมและการกระทำได้อย่างไร ต่างกับสาเหตุในข้อสามภรรยาพูดคุย

กันไม่เข้าใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความขัดแย้ง ส่วนสาเหตุที่สามีไม่รู้จักรวธิการระบายความเครียดหรือความโกรธและสามีมีอารมณ์หรือจิตใจผิดปกติอธิบายได้ด้วยทฤษฎีด้านจิตวิทยา สาเหตุข้อสามมีอำนาจเหนือภรรยา ก็สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางสังคมเรื่องชายเป็นใหญ่ ที่คนเกือบทั้งโลกรู้จักกันดี สาเหตุต่างๆเหล่านี้จึงได้คะแนนสูงเนื่องจากสามารถเข้าใจและมองเห็นได้อย่างชัดเจนในชีวิตประจำวัน สาเหตุอีกข้อหนึ่งที่ได้รับคะแนนที่ค่อนข้างต่ำ คือ สามีเห็นแบบอย่างจากผู้อื่น จึงทำตาม ได้คะแนน 50.1/100 สาเหตุข้อนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ จึงสามารถสะท้อนได้ว่าการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงจากการเลียนแบบนั้นมีความสลับซับซ้อนที่อาจทำความเข้าใจยากว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนให้ข้อมูลถึงสาเหตุที่สตรีถูกกระทำความรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้นมาจากการเมาสุราของสามี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากการซักประวัติ สตรีที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และมาจากการสังเกตในกรณีที่สตรีผู้ถูกกระทำเป็นญาติพี่น้อง หรือบุคคลรอบๆตัว จากรายงานการวิจัยของ กฤตยา อาชวนิจกุล , ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิมเอม, และ อุษา เลิศศรีสันหัต (2546) พบว่า จากการสำรวจในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครสวรรค์ร้อยละ 30 และ 41 ตามลำดับ ของผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงรายงานถึงประสบการณ์ที่นำไปสู่การกระทำว่าเป็นการเมาสุราของฝ่ายชาย ส่วนความเข้าใจว่าการเมาสุราทำให้เกิดการใช้ความรุนแรงได้อย่างไร จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าการเมาสุราทำให้ขาดสติ ขาดการยับยั้งอารมณ์ ซึ่งเหตุผลนี้เองที่ทำให้ผู้ชายบางคนใช้เรื่องเมาเป็นข้ออ้าง และไม่รับผิดชอบต่อการกระทำ (Sripichyakan, 1999) ผู้ให้ข้อมูลน้อยรายมากที่เข้าใจว่าผู้ชายใช้การเมาสุราเป็นข้ออ้างในการกระทำความรุนแรง ดังนั้นมายาคติในเรื่องเมาสุราจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงในบุคลการสุขภาพ

ความรู้ด้านการป้องกันและด้านการแก้ไขภายหลังถูกกระทำถือเป็นด้านที่มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งสองด้านนี้มีคะแนนโดยรวมสูงกว่าด้านสาเหตุแต่ไม่ถือว่าสูงมาก คือ ได้คะแนน 78/100 และ 80/100 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับความรู้ด้านผลกระทบที่สูงถึง 95.6/100 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรพยาบาลยังต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในด้านนี้อยู่ สำหรับด้านการป้องกันส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงไม่ต่อปากต่อคำหรือปะทะกับสามีขณะที่สามีโกรธ (93.7/100) หรือเมา (91.7/100) ข้ออื่นๆได้คะแนนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะข้อไม่ต่อสู้เมื่อสามีเริ่มจะทำร้ายร่างกาย (57.6/100) ได้คะแนนน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าการป้องกันโดยการต่อสู้เป็นเรื่องที่ถูกต้องแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนกล่าวว่า “ไม่รู้ว่าจะปล่อยให้เค้าทำร้ายอยู่ตลอดได้อย่างไร น่าจะตอบโต้กลับบ้าง” ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการต่อสู้จะทำให้ถูกทำร้ายมากขึ้น สาหัสมากขึ้น อย่างไรก็ตามอาจจะใช้ได้ผลในบางสถานการณ์ หรือกับบางคนเท่านั้น และน่าจะใช้ในกรณีที่เคยถูกกระทำแล้วไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีอื่นๆที่ไม่รุนแรง ซึ่งเห็นได้จากการสำรวจในผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายอย่างเดียวในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละ 67 และ 53 มีการต่อสู้กลับ ในกลุ่มที่ต่อสู้กลับนี้ ร้อยละ 57 และ 73 รายงานว่าความรุนแรงลดลงหรือยุติลง แต่ร้อยละ

ละ 31 และ 32 รายงานว่ารุนแรงยิ่งขึ้น (กฤตยา อาชวนิจกุล , ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิมเอม, และ อุษา เลิศศรีสันทัต, 2546) ในข้อเมื่อสามีจะทำร้ายร่างกายภรรยาไม่ควรแสดงท่าทีหวาดกลัว ได้คะแนนน้อยเช่นกัน (65.3/100) ผู้ตอบแบบสอบถามอาจคิดว่าธรรมชาติแล้วผู้หญิงไม่สามารถทำอะไรได้ หรือการกระทำเช่นนี้อาจจะทำให้สามียิ่งได้ใจ ทำร้ายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “สตรีที่ถูกสามีทำร้ายหลายๆครั้งจนเกิดความหวาดกลัว ยิ่งแสดงความหวาดกลัวสามียิ่งใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือ” ส่วนข้อพูดปรับความเข้าใจกับสามีเมื่อมีเรื่องไม่พอใจได้คะแนนปานกลาง (77.0/100) น่าจะเป็นเพราะผู้ตอบแบบสอบถามบางรายเชื่อว่าเมื่อมีเรื่องไม่พอใจควรนั่งเงียบ เมื่อเรื่องผ่านไปแล้วก็แล้วกันไม่ควรไปรื้อฟื้นผจญหาคะเจ็บให้เป็นเรื่องราวอีก การนั่งเงียบสามารถป้องกันความรุนแรงได้ในระยะแรกเท่านั้น ถ้าเกิดความไม่พอใจซ้ำแล้วซ้ำอีกแล้วไม่มีการพูดปรับความเข้าใจกันจะทำให้ปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไข เกิดเป็นความเครียด ความแค้น และนำไปสู่ความรุนแรงได้ การปรับความเข้าใจที่ไม่ถูกวิธี โดยใช้อารมณ์หรือพูดในขณะที่ยังมีความโกรธอยู่ ก็เป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงได้ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามบางรายอาจคำนึงถึงประเด็นนี้ จึงคิดว่าไม่ควรมีการพูดปรับความเข้าใจกัน แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนยังไม่เข้าใจถึงวิธีการปรับความเข้าใจโดยไม่ใช้ความรุนแรง จากข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความรู้ด้านการป้องกันปัญหาความรุนแรงต่อสตรีพบว่า บุคลากรพยาบาลมองว่าตนจะเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาความรุนแรงได้อย่างไรมากกว่าในประเด็นที่ว่าสตรีผู้ถูกกระทำจะมีการป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้นซ้ำๆได้อย่างไร จึงได้ข้อมูลในลักษณะว่าควรป้องกันโดยปฏิบัติการในลักษณะเชิงรุก ได้แก่ การตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาให้มากกว่านี้ มีการเยี่ยมบ้านและเตรียมตนเองให้มีความรู้

สำหรับความรู้ด้านการแก้ไขภายหลังกระทำความรุนแรง ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ไม่เชื่อคำขอโทษและคำสัญญาของสามีว่าจะไม่ทำอีก ถ้าภรรยาไม่นำเรื่องไปบอกผู้อื่น (59.4/100) อาจเป็นเพราะว่าผู้ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่งเชื่อว่าเรื่องในครอบครัวไม่ควรนำไปบอกผู้อื่นให้รู้ และควรยึดถือในเรื่องการให้อภัย ซึ่งมักเข้าใจผิดว่าเมื่อให้อภัยแล้วเค้าจะไม่ทำอีก ความจริงแล้วการให้อภัยเป็นการไม่ถือโทษโกรธตอบในสิ่งที่ผ่านมาแล้ว แต่ยังคงต้องระมัดระวังหาวิธีแก้ไขเพื่อไม่ให้มีเหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำอีก ทั้งนี้เพราะการใช้ความรุนแรงเป็นพฤติกรรมจากการที่เกิขึ้นจากการเรียนรู้ (learned behaviors) และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีลักษณะเป็นวงจรที่เรียกว่า “วงจรความรุนแรง” ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ (Walker,1979) คือ ในระยะแรกเป็นความตึงเครียด เนื่องมาจากความไม่พอใจในบางสิ่ง ต่อมาเป็นระยะใช้ความรุนแรง คือ จะแสดงความรุนแรงออกมาเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่พอใจมากขึ้นๆ ระยะสุดท้ายเป็นระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ คือ สามีกลัวภรรยาโกรธและไปบอกผู้อื่น จึงมาขอโทษและสัญญาว่าจะไม่ทำอีก พยายามเอาอกเอาใจภรรยา ทำให้ภรรยาหายโกรธและไม่นำเรื่องไปบอกผู้อื่น สามีจะเกิดการเรียนรู้ว่าการกระทำของตนเช่นนั้นเหมาะสม ไม่ผิด ไม่ได้รับการลงโทษ ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์ตึงเครียดอีก ก็จะมีการใช้ความรุนแรงอีก ซึ่งจะเกิดบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นเมื่อมีการใช้ความรุนแรงเกิดขึ้นภายหลังจากที่เหตุการณ์สงบลงแล้วต้องมีการพูดคุยกันว่า ห้ามมีการใช้ความรุนแรงกันอีก

จะต้องมีมาตรการเด็ดขาดในการลงโทษด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่ง มิใช่หนึ่งเฉยหรือแสดงอาการหวาดกลัว หรือแสดงการเอาอกเอาใจเพราะจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้กระทำการเรียนรู้อันจะให้ความรุนแรงยิ่งขึ้น ความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามในข้อหลังจากเกิดเหตุการณ์ไม่ต่อว่าสามี ไม่ทำประชดประชันได้ คะแนนค่อนข้างน้อย (62.3/100) เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วน คิดถึงประเด็นที่ว่า ถ้าไม่มีการต่อว่าหรือทำประชดประชันให้สามีได้รับรู้ว่าไม่พอใจ ก็จะทำให้สามีได้ใจและการทำอีก เช่นเคย ซึ่งแสดงว่ายังพ้องความรู้เรื่องวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพด้านการแก้ไข ภายหลังถูกกระทำรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลจะมองว่าในฐานะที่ตนเองเป็นบุคลากรพยาบาล เมื่อสตรีถูกกระทำรุนแรงมา การแก้ไขคือการช่วยเหลือสตรีเหล่านั้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการบาดเจ็บ ทางด้านร่างกายจะเป็นอันดับแรกที่ต้องแก้ไขช่วยเหลือเพื่อไม่ให้อาการบาดเจ็บเหล่านั้นรุนแรงขึ้น ส่วน ทางด้านจิตใจ เป็นอันดับรองลงมาและจะแก้ไขให้ความช่วยเหลือเมื่อเวลาอำนวยให้เท่านั้น ไม่มีผู้ให้ ข้อมูลรายใดกล่าวถึงว่าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจะต้องแก้ไขสถานการณ์อย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดเหตุ การณ์ความรุนแรงเกิดซ้ำอีก

ความรู้ด้านผลกระทบเป็นด้านที่ได้รับคะแนนสูงสุด (95.6/100) อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องที่เข้าใจ ง่ายและสามารถมองเห็นได้ ผลกระทบในข้อบาดเจ็บทางร่างกายเป็นข้อที่ตอบได้คะแนนมากที่สุด (98.6/100) น่าจะเป็นเพราะสตรีที่มารับบริการส่วนใหญ่จะมีการบาดเจ็บด้านร่างกาย และส่วนมากจะมี อาการค่อนข้างสาหัส บางรายถึงขั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูล มักนึกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกายสตรีเป็นอันดับแรก เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลจะมีบาดแผลตามร่างกายตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิต ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและ ผลกระทบทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากสภาวะด้านจิตใจก็มีคะแนนค่อนข้างสูงเช่นกัน ทั้งนี้เป็น เพราะในบุคลากรพยาบาลเคยเรียนรู้มาแล้วถึงผลกระทบต่างๆเหล่านี้ว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมตามลักษณะตัวอย่าง พบ ว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนเป็นพยาบาลผ่านการเรียนการสอนมาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่ค่อนข้างจะ คล้ายคลึงในเนื้อหาหลักสูตร ซึ่งพบว่าเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นของความรุนแรงอยู่บ้างแต่น้อยมาก เมื่อ พิจารณาความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรีในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ คือ บุคลากรที่เคยได้รับการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความรุนแรงมาก่อน พยาบาลที่เคยดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจมาก่อน พยาบาลที่มีอายุมากกว่า 36 ปีขึ้นไป มีการประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป มีระดับการทำงานที่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และกลุ่มที่ ตำแหน่งเป็นผู้บริหาร ทั้งที่เป็นเพราะว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่มากกว่า การได้รับการอบรม และการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้นและการมีตำแหน่งที่สูงขึ้น ทำให้มีโอกาสในเรื่องของการแสวงหาความรู้ที่ มากกว่า

ทัศนคติเรื่องความรุนแรงต่อสตรี

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งทัศนคติเรื่องความรุนแรงต่อสตรีออกเป็น 4 ด้าน คือ ความตระหนักในปัญหาความรุนแรงต่อสตรี การไม่ยอมรับเรื่องการใช้ความรุนแรง ความรุนแรงไม่ใช่เรื่องน่าอับอายสำหรับสตรีและครอบครัว และการกระทำความรุนแรงต่อสตรีเป็นความผิด คะแนนเฉลี่ยโดยรวมใกล้เคียงกับคะแนนความรู้ คือ 74.9/100 แสดงให้เห็นว่า การมีความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรีในทุกๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันและการแก้ไข รวมถึงความชุกหรืออัตราการเกิดของความรุนแรง จะเป็นสิ่งนำไปสู่การเกิดทัศนคติหรือความตระหนักในความสำคัญของปัญหาความรุนแรง นำไปสู่การคัดกรอง และการตรวจพบสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงต่อไปได้ อย่างไรก็ตามคะแนนรวมด้านทัศนคตินี้ยังไม่สูงมากเท่าที่ควรจะเป็นสำหรับบุคลากรสุขภาพเช่นพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลสำคัญเพราะเป็นบุคคลแรกที่มีโอกาสพบกับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงหรือสตรีทุกรายที่มาใช้บริการทางสุขภาพ ดังนั้นการเพิ่มความรู้และแรงจูงใจเพื่อปลูกฝังความเชื่อทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสม และตรงประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในสตรี น่าจะช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในสตรีสูงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติและการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีกลุ่มนี้ได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติ ความเชื่อที่ว่าความรุนแรงที่เกิดกับสตรีไม่ใช่เรื่องที่น่าอับอาย มีคะแนนค่อนข้างต่ำมาก (53.5/100) เมื่อเทียบกับคะแนนทัศนคติด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดกล่าวว่าสตรีจะรู้สึกอับอาย ไม่กล้าบอกความจริงว่าตนถูกสามีกระทำความรุนแรงมา ซึ่งก็ต้องนึกถึงใจเขาใจเรา เห็นใจเขา ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรพยาบาลบางส่วนก็เห็นด้วยว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องน่าอับอายสำหรับสตรีเช่นกัน สำหรับข้อมูลจากแบบสอบถามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ถึงแม้ว่าข้อที่ว่าเป็นเรื่องน่าอับอายสำหรับสามีจะมีคะแนนสูงสุด (67.7/100) แต่ข้อที่ไม่ใช่เรื่องน่าอับอายสำหรับภรรยากลับมีคะแนนค่อนข้างต่ำ คือ 57.7/100 ซึ่งก็เป็นข้อมูลสนับสนุนได้ชัดเจนมากขึ้นว่า พยาบาลเกือบครึ่ง เห็นว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีเป็นเรื่องที่น่าอับอายสำหรับสตรี ทัศนคติเช่นนี้เป็นการซ้ำเติมผู้ถูกกระทำ (revictimization) และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรี รวมทั้งการให้บริการสุขภาพแก่สตรี เนื่องจากบุคลากรพยาบาลเกรงว่า ผู้รับบริการจะรู้สึกอับอายมากขึ้นถ้าตนซักถามหรือพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นนี้มากเกินไป ส่งผลให้ไม่ทราบข้อมูลและปัญหาที่แท้จริงที่สตรีมารับบริการ นอกจากอาการบาดเจ็บทางด้านร่างกายและให้การพยาบาลเพียงเท่าที่เห็นเท่านั้น ดังเห็นได้จากผลการวิจัยในประเด็นอุปสรรคของการมารับบริการสุขภาพของสตรี ที่ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าความรุนแรงเป็นเรื่องน่าอับอายสำหรับสตรีและส่งผลให้สตรีไม่มารับบริการทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 93.6 คิดว่าสตรีกลัวว่าความลับจะเปิดเผยร้อยละ 91.1 และร้อยละ 89.3 คิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเสียใหม่ว่าผู้ที่กระทำความรุนแรงควรจะเป็นผู้ที่รู้สึกอับอายต่อการทำผิดมากกว่าและปลูกฝังว่าความรุนแรงเป็นปัญหาสุขภาพ เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญ

ที่สุดเพราะพบสตรีเป็นคนแรก สามารถให้การช่วยเหลือสตรีได้ สามารถแก้ไขปัญหาให้กับสตรีกลุ่มนี้ได้
ให้เกิดขึ้นในตัวบุคลากรพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบและให้การช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ได้ครอบคลุม
มากยิ่งขึ้น

ทัศนคติด้านความเชื่อว่าคุณภาพเป็นความผิดได้คะแนนสูงมาก คือ 95.0/100 น่าจะเป็น
เพราะเรื่องความรุนแรงเป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่าเป็นปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม และผิด
ศีลธรรมที่สะท้อนออกมาในลักษณะข่าวทางสื่อต่างๆ อย่างไรก็ตาม ทัศนคติด้านการไม่ยอมรับให้มีการ
ใช้ความรุนแรงได้คะแนนน้อยกว่า คือ 83.6/100 แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามบางคนยังคิดว่าใช้
ความรุนแรงได้ถึงแม้จะเป็นการทำผิด ดังนั้นการรณรงค์ว่าการใช้ความรุนแรงเป็นการทำผิดแต่เพียงอย่า
เดียวจึงไม่น่าเพียงพอ ควรมีมาตรการต่อต้านต่อต้านหรือไม่ยอมรับคนที่ใช้ความรุนแรงไม่ว่าเหตุผลใดก็
ตาม และควรมีการปลูกฝังให้ใช้วิธีการอื่นในการแก้ไขปัญหาหรือระบายความเครียด ความโกรธ แทน
การใช้ความรุนแรง

ในประเทศสหรัฐอเมริกาเมืองต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับความรุนแรง เช่น Family Violence
Prevention Fund สมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกา เป็นต้น องค์การเหล่านี้ได้มีการรณรงค์ให้ประชาชน
ทั่วไปและบุคลากรสุขภาพตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงด้วยการนำเสนอสถิติสตรีที่ถูกกระทำ ความ
รุนแรงและอัตราการเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆจากการถูกกระทำ โดยนำเสนอในรูปแบบเอกสารหรือแผ่นพับ
และwebsite การรณรงค์ทำนองนี้ในประเทศไทยยังมีอยู่น้อยมาก ซึ่งน่าจะเป็นเพราะยังไม่มีกรรณ
สถิติสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงไว้อย่างเป็นระบบ และผลการสำรวจทัศนคติด้านความตระหนักใน
ปัญหาเรื่องความรุนแรงในการวิจัยครั้งนี้ได้คะแนนค่อนข้างน้อย คือ 66.3/100 ซึ่งน่าจะเป็นเพราะยัง
ขาดการประชาสัมพันธ์ถึงผลกระทบต่อสุขภาพดังได้กล่าวมาแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี มีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร มีคะแนนเฉลี่ยของ
คะแนนทัศนคติโดยรวมสูงกว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มเหล่านี้ยังพบว่ามีความรู้เรื่องความ
รุนแรงในแต่ละด้านสูงกว่าด้วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อความรู้ การมีความรู้จะทำให้มีความเชื่อ
ที่ถูกต้องร่วมด้วยและสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อแบบดั้งเดิมที่ไม่เหมาะสมได้

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำ ความรุนแรงโดยรวม
ทั้งสามด้าน คือ ด้านการคัดกรอง การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และด้านการให้คำปรึกษา คะแนน
ค่อนข้างต่ำ คือ 65.3/100 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านการคัดกรองมีคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ
68.5/100 ส่วนอีกสองด้านได้คะแนน 63.9/100 และ 63.1/100 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูล
ถึงจะมีความรู้และความเชื่อในประเด็นเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีอยู่บ้าง แต่ยังไม่มากพอที่จะนำไปสู่
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านการให้บริการแก่สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงได้ทั้งหมด จึงยังคง
จำเป็นต้องมีการให้ความรู้และรณรงค์ปลูกฝังเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงต่อสตรี มาอย่างต่อเนื่อง
เกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีให้แก่บุคลากรพยาบาลต่อไป เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง
เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สตรีกลุ่มนี้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่และครอบคลุมอย่าง

กว้างขวาง เพราะเมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อแล้ว พบว่า พยาบาลเกือบครึ่งยังมีความเชื่อว่าการคัดกรองโดยถามสตรีเรื่องถูกสามีกระทำความรุนแรงถือว่าเป็นการก้าวก่ายเรื่องส่วนตัว(44.1%) มีประโยชน์น้อยเพราะปัญหาความรุนแรงเป็นเรื่องแก้ไขยาก และสตรีมักไม่ยอมรับความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า บุคลากรพยาบาลบางรายไม่กล้าถามผู้รับบริการใดๆ โดยเฉพาะเรื่องถูกสามีกระทำความรุนแรง เพราะเกรงว่าจะละเมิดสิทธิผู้ป่วยและเป็นการก้าวก่ายเรื่องส่วนตัวของสตรี ดังนั้นการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นจึงเป็นการช่วยเหลือเพียงผิวเผิน โดยให้การช่วยเหลือดูแลบาดแผลที่เกิดจากการกระทำความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงการร่วมกับสตรีเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีน้อยมาก ร่วมกับภาระงานที่ค่อนข้างมากของบุคลากรพยาบาลและการขาดนโยบาย/แนวทางและขั้นตอนในการให้บริการช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ที่ชัดเจน จึงส่งผลให้บุคลากรพยาบาลไม่สามารถให้บริการสุขภาพแก่สตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งเป็นการตอกย้ำทัศนคติและความเชื่อของบุคลากรบางส่วนที่มีความเชื่อว่า การช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้เสียเวลา มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ต้องใช้เวลามากไม่คุ้มกับผลที่ได้ ให้คงมีความเชื่อเช่นเดิมอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อที่ว่าทำให้คำปรึกษามีประโยชน์น้อยเพราะไม่ได้แก้ที่สาเหตุ เมื่อสตรีตัดสินใจเลิกกับสามีแล้วมักจะกลับมาคืนดีกันอีกเมื่อสามีมาง้อ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า การให้การช่วยเหลือ หรือการให้คำปรึกษาสตรีกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ต้องมีความต่อเนื่อง และที่สำคัญต้องมีความรู้เรื่องครอบครัว เรื่องความรุนแรงเป็นอย่างดี ไม่เช่นนั้นเราอาจเป็นมือที่สามที่เข้าไปทำให้ครอบครัวเขาแตกแยกได้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

ความรับผิดชอบของบุคลากรสุขภาพต่อปัญหาความรุนแรงต่อสตรี การไปรับบริการสุขภาพของสตรี และการจัดบริการสุขภาพให้สตรี จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าเป็นความรับผิดชอบของตนที่จะต้องให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะการบรรเทาอาการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ทำแผลให้ และปรึกษาแพทย์กรณีที่บาดเจ็บรุนแรงเพื่อให้การช่วยเหลือขั้นต่อไป ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการบาดเจ็บทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนประเด็นปัญหาเรื่องของความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักจะไม่ได้รับการกล่าวถึง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อดังเดิมว่าความรุนแรงเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องน่าอับอาย และสตรีต้องการจัดการแก้ไขปัญหาเองหรือปรึกษาคนที่คุ้นเคยใกล้ชิด เช่นญาติ เพื่อนสนิท เป็นต้น นอกจากนั้นความคิดที่ว่าความรุนแรงเป็นเรื่องภายในครอบครัวของสตรีเป็นเรื่องของผิวเผิน ถ้าเข้าไปยุ่งจะกลายเป็นมือที่สามที่ทำให้ครอบครัวเขาแตกแยก ทำให้พยาบาลบางส่วนไม่คิดว่าความรุนแรงนั้นเป็นปัญหาสุขภาพ จะเป็นปัญหาเฉพาะเมื่อสตรีเกิดการบาดเจ็บหรือมีอาการทางจิตเกิดขึ้นและรุนแรงจนถึงขั้นอยากฆ่าตัวตายจึงสมควรมารับบริการสุขภาพ จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามจึงพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยสูงถึงร้อยละ 95.8 กับการมารับบริการ

สุขภาพของสตรีเมื่อรู้สึกอยากตายจากการนอกใจของสามี และร้อยละ 93.3 เห็นด้วยว่าควรมาเมื่อมีอาการทางกายเกิดการฟกช้ำ ส่วนสตรีที่เกิดความเครียดจากความรุนแรงทางวาจาแต่ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ มีผู้เห็นด้วยเพียงร้อยละ 60.9 ว่าควรไปรับบริการทางสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนคิดว่าปัญหาความรุนแรงไม่ใช่ปัญหาสุขภาพจะเป็นปัญหาที่ต่อเมื่อรู้สึกอยากตาย หรือมีอาการบาดเจ็บทางร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความเชื่อเดิมว่า เป็นเรื่องส่วนตัว นอกจากนั้นยังมองไม่เห็นชัดเจนว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีการสะสมเพิ่มขึ้นและนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสตรีและบุรุษที่เป็นผู้รับบริการ จำนวนมาก ที่เห็นด้วยกับการมารับบริการสุขภาพของสตรีเมื่อมีอาการบาดเจ็บทางร่างกาย (83.2%) แต่มีเพียงร้อยละ 54.1 เท่านั้นที่คิดว่าควรมาเมื่อเครียดจากการถูกระทำ ความรุนแรงทางวาจาและร้อยละ 52.0 เห็นด้วยเมื่อมีความรู้สึกอยากตายจากการที่สามีนอกใจ (เกสรา ศรีพิชญากการ และ สุกัญญา ปริสฺณกุล, 2548) เช่นเดียวกันกับการสำรวจในหญิงที่มารับความช่วยเหลือที่บ้านฉุกเฉินในรัฐนิวแม็กซิโกประเทศสหรัฐอเมริกาให้ผลสอดคล้องกัน คือ มีเพียงร้อยละ 39 ที่ไปรับคำปรึกษา และร้อยละ 42 ไปรับการรักษาจากแพทย์ (Knishnan, Hibert, & Van Leeuwen, 2001) ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความคิดเห็นค่อนข้างไปในทางเดียวกันว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรียังเป็นเรื่องน่าอับอาย เป็นเรื่องส่วนตัวไม่ใช่ปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งต้องมีการรณรงค์ในประเด็นเหล่านี้ต่อไป

ถึงแม้จะมีการจัดบริการสุขภาพในเรื่องความรุนแรง โดยมีมติคณะรัฐมนตรีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงสถานพยาบาลต่างๆ จัดบริการเพื่อความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2542 และในปี พ.ศ. 2543 มีการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครจำนวน 8 แห่ง และในต่างจังหวัดอีก 12 แห่ง อีก 2 ปีต่อมา มีการตั้งศูนย์เพิ่มขึ้นเป็น 20 แห่ง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงทุกแห่งและผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ถึงแม้โรงพยาบาลบางแห่งจะมีศูนย์บริการเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง แต่บุคลากรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสตรีบางส่วนยังไม่ทราบรายละเอียดและขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน

สำหรับผลการวิจัยในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ควรจัดให้สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงตามประเภทความรุนแรง พบว่า มีผู้เห็นด้วยกับการจัดบริการให้สตรีที่ถูกกระทำทางร่างกาย (96%) มากกว่าการถูกระทำทางด้านจิตใจ (77.9%) และการถูกสามีนอกใจ (71.6%) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่า สตรีมารับบริการส่วนใหญ่เนื่องมาจากการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย แต่ก็มีบ้างเพียงส่วนน้อยที่มาขอรับบริการทางสุขภาพที่พบว่ามีอาการทางด้านจิตใจ คือมีภาวะเครียด นอนไม่หลับ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นให้การดูแลทางด้านร่างกาย มาเป็นอันดับต้น การดูแลด้านจิตใจ เป็นอันดับรอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของบุรุษและสตรีเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ของ เกสรา ศรีพิชญากการ และ สุกัญญา

ปริศณัญกุล, 2548) ที่พบว่า มีผู้เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพให้สตรีที่ถูกกระทำทางร่างกายสูงถึงร้อยละ 89.5 รองลงมาเป็นการกระทำทางจิตใจ (73.3%) และการถูกสาปแช่ง (66.6%) จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายมีความสำคัญ อาจเป็นเพราะการบาดเจ็บทางกายเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและจำเป็นต้องดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อจะมีการจัดบริการสุขภาพให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ควรคำนึงถึงประเด็นความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการด้วย ไม่เช่นนั้นอาจเกิดความล้มเหลวได้ ถ้าผู้ให้บริการไม่มีความพร้อมและผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญ

ชนิดของบริการสุขภาพ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและในชุมชนจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรพยาบาลคิดว่าควรมีคลินิกให้คำปรึกษาโดยเฉพาะแก่สตรีกลุ่มนี้ในทุกโรงพยาบาลและควรครอบคลุมถึงทุกสถานีนามัยในชุมชนด้วย นอกจากนั้นควรมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมในเรื่องความรุนแรงต่อสตรี การให้คำปรึกษา ประจําอยู่ด้วยเพราะถ้าหากบุคลากรไม่มีความรู้ในประเด็นนี้และไม่รู้เทคนิคการให้คำปรึกษา ก็จะไม่สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือได้ และไม่มี ความมั่นใจที่จะช่วยเหลือ จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับชนิดของคลินิกที่ควรจัดให้คือ คลินิกให้คำปรึกษาสำหรับสตรี ซึ่งมีผู้เห็นด้วยมากที่สุด (96.6%) ถึงแม้จะเป็นกรณีความรุนแรงต่อสตรี แต่ก็พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนมากเช่นกันที่เห็นด้วยว่า ควรจัดให้มีคลินิกบำบัดจิตใจสำหรับ สามี (93.4%) ทั้งนี้เพราะคิดว่าสามีเป็นต้นเหตุของความรุนแรง ส่วนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ก็มีผู้ เห็นด้วยเป็นจำนวนมาก (93.3%) ว่าควรจัดให้มีบริการชนิดนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจุบัน การใช้โทรศัพท์ ติดตํอสื่อสารกัน เป็นเรื่องง่ายและสะดวกมาก ดังนั้นถ้าสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ยอมมารับบริการที่ โรงพยาบาล อาจจะเนื่อง จากรู้สึกอับอาย หรือไม่ต้องการเปิดเผย ก็สามารถใช้บริการให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ได้ตามต้องการ สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้รับบริการสตรีและบุรุษจำนวนมากเกี่ยวกับ ชนิดของคลินิกที่ควรจัดให้คือคลินิกให้คำปรึกษาและคลินิกบำบัดจิตใจ (85% ขึ้นไป) โดยเฉพาะคลินิก ให้คำปรึกษาแก่สตรี มีผู้เห็นด้วยว่าควรมีสูงถึงร้อยละ 94.7 % นอกจากนั้นผู้ตอบแบบสอบถาม ยังเห็น ด้วยการจัดคลินิกให้สามีด้วยเช่นกัน

การเข้าถึงบริการ วิธีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพเพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการ สุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุดคือการประกาศและปิดประกาศในโรงพยาบาล (91.6%) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่ เป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อมีการบริการในประเด็นนี้ในโรงพยาบาลจึงคิดว่าควรปิดโปประกาศให้ผู้มารับบริการใน โรงพยาบาลได้รับทราบโดยทั่วกัน สำหรับวิธีประชาสัมพันธ์ที่มีผู้ตอบเห็นด้วยรองลงมาคือ การประกาศ ทางวิทยุ (85.5%) ปิดประกาศตามหมู่บ้าน (78.6%) และพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน (70.0%) อย่างไรก็ตาม วิธีการคัดกรองเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ค้นพบสตรีและทำให้สตรีเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่มีพยาบาล เพียงร้อยละ 62.2% ที่เห็นด้วยว่าควรซักถามสตรีที่มาโรงพยาบาลไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยเรื่องใดก็ตาม ซึ่ง

เป็นวิธีที่มีผู้ที่ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ที่กล่าวมา จึงสนับสนุนและชี้ให้เห็นว่าบุคลากรพยาบาลบางส่วนยังคงคิดว่าการซักถามเรื่องความรุนแรงที่เกิดกับสตรี ยังเป็นเรื่องส่วนตัวของสตรีที่ไม่ควรเข้าไปก้าวก่าย สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้รับบริการสตรีและบุรุษที่เห็นด้วยจำนวนมากว่าถึงร้อยละ 79.8% ให้ใช้วิธีการประกาศทางวิทยุ รองลงมาคือการประกาศในโรงพยาบาล (78.8%) ส่วนวิธีซักถามผู้หญิงที่มาโรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บด้วยเรื่องใดก็ตามมีเพียงจำนวนร้อยละ 68.1%

อุปสรรคของการมารับบริการ อุปสรรคที่สำรวจพบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับทัศนคติหรือความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรง ที่ทำให้สตรีไม่มารับบริการสุขภาพ คือรู้สึกอับอาย (93.6%) กลัวความลับเปิดเผย (91.9%) และคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว (89.9%) ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจทัศนคติด้านความอับอายที่ได้คะแนนต่ำที่สุด (53.5%) นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคของการมารับบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสามีของผู้ถูกกระทำคือ สตรีกลัวสามีจะทำร้ายมากขึ้น (89.7%) และสามีไม่ให้มา (79.0%) ส่วนอุปสรรคที่เกี่ยวกับระบบการให้บริการของโรงพยาบาล ที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบกันค่อนข้างมากคือ ไม่สะดวก (75.2%) และเป็นการเสียเวลา (71.8%) ซึ่งอาจเป็นเพราะการมารับบริการในโรงพยาบาลมักมีขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน บุคลากรที่พบสตรีครั้งแรก เมื่อซักถามได้ประวัติว่าถูกทำร้าย บางคนให้การพยาบาล ช่วยเหลือได้เฉพาะด้านร่างกาย ส่วนด้านจิตใจรวมทั้งการให้คำปรึกษาไม่สามารถปฏิบัติได้ จำเป็นต้องมีการส่งต่อ หรือนัดสตรีมาในวันรุ่งขึ้นหรือวันต่อไปเพื่อพบพยาบาลให้คำปรึกษาหรือพยาบาลจิตเวช อุปสรรคในด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามค่อนข้างมากเห็นด้วยว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่น่าจะแก้ไขได้ (74.2%) และเรื่องนี้ไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ (70.2%) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรพยาบาลบางส่วนยังมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีไม่มากพอ และยังมีทัศนคติหรือความเชื่อผิดๆ จากมายาคติเกี่ยวกับความรุนแรงในสตรีอยู่สูง จึงเกิดความไม่มั่นใจว่าตนจะให้ช่วยเหลือแก่สตรีกลุ่มนี้ได้และคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ตน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้รับบริการหญิงชายที่เห็นด้วยว่า อุปสรรคสำหรับการมารับบริการสุขภาพนั้น เนื่องมาจากคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว (73.1%) เป็นเรื่องน่าอับอาย (69.5) และกลัวความลับจะเปิดเผย (61.4%) นอกจากนั้นสตรีและบุรุษผู้รับบริการ ยังให้ความเห็นว่าการมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลไม่สะดวก (53.1%) คิดว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่น่าจะแก้ไขปัญหาให้ตนได้ (49.9%) และไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ (48.8%) ผลของสำรวจข้อมูลทั้งสองฝ่ายคือผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องกันในประเด็นอุปสรรคของการมารับบริการสุขภาพนี้ อาจเป็นเพราะทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคิดว่า ปัญหาความรุนแรงไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ ขาดความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต และจากที่ไม่มีการให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับประเด็นนี้มาก่อน ไม่มีตัวอย่างของผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งคิดว่าปัญหานี้ต้องการคนที่สนิทสนมคุ้นเคย ทราบรายละเอียดของปัญหา และมีความเห็นอกเห็นใจสตรีเท่านั้นที่จะช่วยได้ ซึ่งก็น่าจะเป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนสนิทมากกว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย

ลักษณะผู้ให้บริการ ร้อยละ 99.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยว่า ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีบุคลิกน่าเชื่อถือ ร้อยละ 99.1 เห็นด้วยว่าผู้ให้บริการควรปกปิดความลับของสตรี และร้อยละ 98.9 เห็นด้วยว่า ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า บุคลากรพยาบาลผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่า วิทยุและบุคลิกเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้บริการ นอกจากนั้น ประสิทธิภาพความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสตรีก็เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการจำเป็น อย่างยิ่งต้องมี ไมเช่นนั้นจะไม่สามารถให้การช่วยเหลือสตรีได้อย่างมั่นใจ ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนมากยังเห็นด้วยกับการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา ทั้งนี้เพราะสตรีเป็นผู้เผชิญกับปัญหาโดยตรง การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จะช่วยให้สตรีได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 98.6 เห็นด้วยว่า ผู้ให้บริการควรมีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง ใช้คำพูดไพเราะ รวมทั้งช่วยให้กำลังใจให้สตรีสบายใจ (98.5%) ทั้งนี้เพราะสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมา อยู่ในภาวะเครียด ดังนั้นสิ่งที่ต้องการอันดับแรก คือ ความสบายใจและกำลังใจ ผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลจึงเห็นด้วยเกือบทุกคนว่าควรแสดงลักษณะท่าทางพฤติกรรมดังที่กล่าวมาซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของสตรีและบุรุษเกี่ยวกับลักษณะผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า ค่อนข้างมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเห็นด้วยว่า ผู้ให้บริการสุขภาพควรปกปิดความลับของสตรี (83.3%) และร้อยละ 94.1 เห็นด้วยกับการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้หญิง นอกจากนั้นสตรีผู้รับบริการยังคำนึงถึงลักษณะพยาบาลต้องมีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสพูดจาไพเราะ และให้ความเป็นกันเอง

การเปิดเผย การชักประวัติและการให้ความร่วมมือ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าบุคลากรสุขภาพ เห็นด้วยเป็นจำนวนมากว่าสตรีควรเปิดเผยแม้ไม่ได้ถูกชักถาม (90.1%) และพยาบาลควรชักประวัติการถูกสามีทำร้ายร่างกาย (84.2%) เมื่อสตรีมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามมีบุคลากรพยาบาลเพียงร้อยละ 57.7 เท่านั้นที่เห็นด้วยว่า พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือแม้ไม่ได้แสดงความต้องการ จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าถ้าสตรีผู้รับบริการไม่เปิดเผยความจริง ร่วมกับพยาบาลไม่มีเวลามากสำหรับการชักประวัติแล้ว สตรีอาจไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ อาจได้รับการดูแลบรรเทาอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นบริเวณร่างกายเท่านั้น จากรายงานการสำรวจความคิดเห็นของสตรีและบุรุษ เรื่องการเปิดเผยข้อมูล การชักประวัติ การให้ความช่วยเหลือ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นสัญญาณที่ทำให้เห็นว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่างมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันในประเด็นของการเปิดเผยข้อมูล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อหรือทัศนคติประการเช่น ความรุนแรงที่เกิดกับสตรี เป็นเรื่องน่าอับอาย เป็นเรื่องส่วนตัวและไม่ใช่อุปสรรคสุขภาพ ยังคงมีอยู่ในความคิดความเชื่อของทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการปลูกฝังและรณรงค์ให้มีความเชื่อที่ถูกต้อง

เทคนิคการชักประวัติ เทคนิคการชักประวัติเพื่อให้สตรียินดีเปิดเผยว่าถูกสามีกระทำรุนแรงที่มีผู้เห็นด้วยมากที่สุดคือ ขณะถามแสดงความสนใจ ตั้งใจฟังคำตอบ (98.8%) สถานที่ควรมิดชิดไม่ให้ผู้อื่นเห็นหรือได้ยิน (98.3%) เกริ่นว่าปกปิดเป็นความลับ (98.2%) ขณะถามไม่ควรมีคนอื่นอยู่ด้วยแม้แต่ลูกของสตรี (96.6%) หลีกเลียงคำถามเชิงตำหนิ (89.3%) และคำถามที่สื่อว่าสตรีไร้ความสามารถในการแก้ไขปัญหา(85.6%) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคลากรพยาบาลเกือบทุกคนจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติมาแล้วจากหลักสูตรในระดับปริญญาตรีถึงเทคนิคการชักประวัติผู้ป่วยโดยทั่วไป จึงเห็นด้วยว่าขณะชักประวัติ พฤติกรรม ท่าทาง คำพูดที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร ประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก (sensitive) จะต้องปฏิบัติอย่างไรในขณะทำการชักประวัติ รวมทั้งอาจมีความเชื่อว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องน่าอับอาย และสตรีคงไม่ต้องการให้คนอื่นจำนวนมากทราบเรื่องของตนอย่างใดก็ตาม ในกรณีเร่งด่วนหรือมีเหตุฉุกเฉินการใช้เทคนิคต่างๆก็อาจไม่เป็นไปตามที่บุคลากรพยาบาลตอบว่าเห็นด้วยดังที่กล่าวมาข้างต้น จากข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติ การพยาบาลแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่า พยาบาลบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติตามเทคนิคดังกล่าวได้ ด้วยเหตุผลที่ว่า มีเวลาน้อย ภาระงานอื่นมาก ไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนในการปฏิบัติ

ส่วนเทคนิคการชักประวัติที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยเป็นอันดับรองลงมา คือ เกริ่นว่าโรงพยาบาลมีการให้ความช่วยเหลือ (95.9%) ทั้งนี้บุคลากรพยาบาลอาจคิดว่าถ้าแสดงออกว่าสามารถช่วยเหลือสตรีได้จริง ก็จะได้ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากสตรี ส่วนเทคนิคการชักประวัติด้วยการเกริ่นถึงอัตราการเกิดความรุนแรงที่มีจำนวนมาก (71.2%) และการเกริ่นว่าเป็นการชักถามสตรีทุกราย(75.3%) มีผู้เห็นด้วยไม่มากเท่าที่ควร อาจเนื่องจากเมื่อเข้าสู่ประเด็นของความรุนแรงที่เกิดกับสตรีแล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้ผ่านการอบรมหรือมีความรู้ในประเด็นความรุนแรงจะไม่กล้ากล่าวถึง เพราะไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่บุคลากรพยาบาลกล่าวว่า ไม่ทราบว่าจะพูดเปิดประเด็นอย่างไร ถ้าสตรีไม่ยอมพูดความจริง เราไม่มีความรู้แท้จริงในเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรี ไม่เคยได้รับการอบรม จึงไม่กล้าพูด กลัวทำให้ผู้รับบริการอากาหนักขึ้น สำหรับเทคนิคการชักประวัติโดยไม่พยายามคาดคะเนเอาความจริงเป็นข้อที่มีผู้เห็นด้วยน้อยที่สุด (64.9%) สนับสนุนข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าสตรีควรเปิดเผยข้อมูลแม้ไม่ได้ชักถาม ชี้ให้เห็นว่ายังมีบุคลากรบางส่วนที่มีความคิดว่าการชักประวัติจะต้องได้ความจริง

ชนิดของการพยาบาลที่ให้แก่สตรี ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า ชนิดการพยาบาลแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำรุนแรงที่เห็นด้วยส่วนใหญ่ คือ การให้กำลังใจ (99.4%) การให้สตรีได้ระบายความรู้สึก (99.4%) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรพยาบาลอาจคิดว่า สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงมาจะมีความเครียดสูง มีความทุกข์ใจ ดังนั้นการให้โอกาสสตรีได้ระบายออกซึ่งความรู้สึก โดยมีผู้รับฟัง พร้อมทั้งให้กำลังใจ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยสตรีได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า การดูแลทางด้านจิตใจโดยให้สตรีได้มีโอกาสระบายความรู้สึก การให้กำลังใจ จะทำเป็นอันดับรองลงมาจากการพยาบาลทางด้านร่างกาย ที่ต้องทำแผล เย็บแผล หรือ

เตรียมเพื่อรับการผ่าตัด ซึ่งบางครั้งก็ไม่ได้ให้การพยาบาลด้านจิตใจอย่างเต็มที่ เนื่องจากภาระงานมาก หรือมีผู้ป่วยที่ฉุกเฉินมากกว่า จึงไม่มีเวลารับฟังสตรี้ระบายความรู้สึกมากนัก

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยกับ การให้ข้อมูลเบรโธโทรศัพท์หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ (98.9%) ส่งสตรี้ไปรับความช่วยเหลือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (95.7%) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าน่าจะมีหน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะสำหรับสตรี้กลุ่มนี้ เพราะส่วนใหญ่ตนจะต้องทำงานที่รับผิดชอบโดยตรงก่อน ส่วนการที่ต้องพูดคุยหรือรับฟังการระบายความรู้สึกของสตรี้ต้องใช้เวลาและผู้ที่ทำหน้าที่นี้ควรจะเป็นพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา อย่างกรณีที่ปฏิบัติงานที่หน่วยฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมาต้องรีบด่วนเรื่องช่วยชีวิตเป็นอันดับแรก นอกจากนั้น การจะให้คำปรึกษาได้ต้องมีความรู้ มีเทคนิคในการพูด ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมมาก็ไม่สามารถทำได้ ไม่มีความมั่นใจ จากข้อมูลทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้บุคลากรพยาบาลจะทราบว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องทำให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ก็มีอุปสรรคหลายอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้

สำหรับการให้ข้อมูลอื่นๆที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยจำนวนมากเช่นกัน คือ ข้อมูลสถานที่บำบัดการติดยาของสามี (94.1%) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าสาเหตุความรุนแรงต่อสตรี้คือการเมาสุราของสามี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนกล่าวถึงสาเหตุของความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรี้อันดับแรกเพราะสามีเมาสุรา ส่วนการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิในการแจ้งความ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยร้อยละ 93.7 เพราะความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรี้จนสตรี้ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีอาการทางร่างกายค่อนข้างสาหัส บางรายต้องได้รับการผ่าตัด บางรายถึงขั้นเสียชีวิต การแจ้งความจะเป็นการเอาผิดกับผู้กระทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติหรือความเชื่อที่ว่า การกระทำรุนแรงนั้นเป็นการกระทำผิด การให้ข้อมูลเรื่องบ้านพักฉุกเฉินและข้อมูลเรื่องวงจรความรุนแรง มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 83.2% และ 79.7% ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีบ้านพักฉุกเฉินในชุมชนนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า ไม่รู้จะส่งต่อสตรี้ไปที่ไหนเพราะไม่พบว่ามามีที่ที่เหมาะสมที่จะส่งไปได้ ส่วนการให้ข้อมูลเรื่องวงจรความรุนแรง มีผู้เห็นด้วยน้อยอาจเนื่องจากตัวบุคลากรพยาบาลเองส่วนใหญ่ก็ไม่ทราบเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับวงจรความรุนแรง เนื่องจากไม่เคยเรียนหรือได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในสตรี้มาก่อน

การให้คำปรึกษาเรื่องการอยู่หรือการแยกทางกัน มีผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยเพียงร้อยละ 71.6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ผู้จะให้คำปรึกษาได้ต้องมีความรู้ทั้งเทคนิคการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับประเด็นครอบครัวและกฎหมายด้วย มีบุคลากรส่วนน้อยที่เคยได้รับการอบรมในเรื่องที่กล่าวมา จึงมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนไม่มากที่เห็นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ว่า ไม่สามารถให้คำปรึกษาได้เพราะไม่มีความรู้ลึกๆเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ไม่มั่นใจที่จะให้กลัวทำให้ครอบครัวเขาแตกแยก

ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

การมีนโยบายและหรือแนวทางในการปฏิบัติสำหรับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

ข้อมูลที่สำคัญด้วยแบบสอบถาม พบว่า มีเพียงร้อยละ 27.6 ของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นที่ตอบว่า มี ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพิ่งได้รับเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีว่า ให้มีการบริการเพื่อให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในรูปแบบต่างๆเมื่อปี พ.ศ.2542 และเริ่มมีการดำเนินการในปี พ.ศ.2543 ดังนั้นการจัดบริการจึงยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมในทุกสถานบริการสุขภาพ บางโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพจึงไม่มีนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติสำหรับช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ตอบว่า มีนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติ เมื่อพิจารณาถึงนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมให้ในแบบสอบถาม พบว่า บางข้อมูลดูเหมือนจะเกี่ยวข้องกับสตรีโดยตรง บางข้อมูลเป็นแนวทางปฏิบัติที่ให้แก่ผู้รับบริการทั่วไป ซึ่งชี้ให้เห็นว่าถึงแม้จะมีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติผู้ให้บริการบางส่วนยังไม่ทราบรายละเอียด และขั้นตอนในการปฏิบัติอย่างชัดเจน

ประสบการณ์ในการพบเจอผู้รับบริการสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

ข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากถึงร้อยละ 85.3 ที่เคยพบเจอสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนมีประสบการณ์เคยพบเจอสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง ซึ่งสามารถแยกได้ว่าสตรีผู้ถูกกระทำเป็นคนรอบตัว เป็นญาติ เป็นเพื่อน และเป็นสตรีที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าอัตราการกระทำความรุนแรงต่อสตรีโดยสามีมีค่อนข้างสูงทั้งที่บุคลากรสุขภาพยังไม่ได้ตั้งใจจริงที่จะทำการค้นหาแต่ก็พบอยู่มากมายในชีวิตประจำวันทั้งในที่ทำงานและชีวิตส่วนตัว

วิธีค้นพบสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

จากข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า บุคลากรพยาบาลค้นพบสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงโดยการสังเกตจากบาดแผลหรืออาการฟกช้ำตามร่างกายเป็นอันดับแรก (53.7%) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เป็นสิ่งที่เห็นได้ง่ายและสตรีส่วนใหญ่ที่มารับบริการมักจะมีบาดแผล ถึงแม้สตรีจะไม่เปิดเผยโดยตรงว่าถูกสามีกระทำรุนแรงมา แต่พฤติกรรมท่าทางที่น่าสงสัยของสตรีก็ช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถสังเกตเห็นได้ เพียงแต่ว่าบุคลากรจะให้ความสนใจ หรือให้เวลากับผู้รับบริการสตรีเหล่านั้นโดยการซักถามหรือคัดกรองเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้องและตรงปัญหาหรือส่งต่อสตรีให้ได้รับการดูแลต่อไปหรือไม่เท่านั้น

การปฏิบัติเมื่อพบสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง

ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพบสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงของบุคลากรพยาบาล พบว่า การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติมากที่สุด(80.3%) โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซักถามอาการ ตรวจสอบบาดแผล ทำแผลและรายงานแพทย์ จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติเหล่านี้เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป ซึ่งยังไม่ได้ลงลึกในประเด็นการถูกกระทำรุนแรง หรือปฏิบัติโดยใช้เทคนิคเฉพาะ

เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการช่วยเหลือสตรีในฐานะผู้ถูกระทำ หรือร่วมกับสตรีในการหาทางป้องกันและแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงต่อสตรีซ้ำอีก มีผู้ให้ข้อมูลเพียงบางรายที่กล่าวว่า ให้คำปรึกษาเบื้องต้น พูดคุยให้สตรีระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิหรือซ้ำเติม สำหรับการบันทึกข้อมูลและลักษณะบาดแผลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติร้อยละ 68.8 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานบางหน่วยงาน เช่น หน่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมที่ผู้ให้บริการสุขภาพปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลแก่สตรี คือ ขณะพูดคุยกับสตรีแสดงความสนใจ สบตาสตรีอยู่เสมอ พักหน้ารับรู้เป็นระยะๆ ค่อนข้างสูง (78.8%) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรพยาบาลได้รับการเรียนการฝึกปฏิบัติในเรื่องพฤติกรรมการแสดงออกในขณะที่ให้การพยาบาลด้วยกันทุกคนจากหลักสูตรปริญญาตรี ดังนั้นการปฏิบัติเช่นนี้ถือเป็นเรื่องที่เหมาะสมและควรปฏิบัติกับผู้รับบริการทุกคน อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการบางส่วนที่ไม่ได้ปฏิบัติ อาจเป็นเพราะ เวลาที่จำกัด และผู้ให้ข้อมูลบางรายให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า ไม่ได้คุยเป็นการส่วนตัวหรือให้คำปรึกษาจึงไม่ได้ปฏิบัติ

การสื่อสารโดยการแนะนำตนเอง มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 49.7 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติมีเหตุผลหลากหลายได้แก่ เขิน ไม่เคยชิน มีป้ายชื่ออยู่แล้ว มีผู้รับบริการจำนวนมาก และไม่มีเวลา ส่วนการกล่าวแก่สตรีว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่พบในสตรีจำนวนมากเราจึงมีการซักถามสตรีทุกรายที่มารับบริการที่นี้ พบว่ามีผู้ปฏิบัติเพียงร้อยละ 19.8 เท่านั้น ทั้งนี้ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติให้เหตุผลว่า ขาดประสบการณ์ด้านนี้ เป็นการกล่าวนำตามระเบียบขาดความจริงใจ ไม่มีแนวทางว่าต้องซักถามทุกราย ไม่มีความจำเป็นต้องซักทุกราย ไม่มีนโยบาย จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ยังมีบุคลากรพยาบาลอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ทราบรายละเอียดถึงเทคนิคในการปฏิบัติเมื่อพบสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง อาจสืบเนื่องมาจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในสตรี ร่วมกับการไม่มีนโยบายในการปฏิบัติกับสตรีกลุ่มนี้ที่ชัดเจนเป็นขั้นตอน รวมทั้งมีทัศนคติหรือความเชื่อที่ว่าความรุนแรงในสตรีไม่ใช่ปัญหาสุขภาพ จึงทำให้การปฏิบัติเมื่อพบสตรีกลุ่มนี้เหมือนกับการให้การพยาบาลผู้รับบริการทั่วไป

ปัญหา อุปสรรคในการค้นพบสตรีและการปฏิบัติเมื่อสตรีปฏิเสธ จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนมากกว่าครึ่ง (58.5%) มีปัญหาและอุปสรรคในการค้นพบสตรี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนต่างกล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆอย่างหลากหลายในการค้นพบสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากตัวสตรีผู้ถูกระทำเองและจากผู้ให้บริการ ได้แก่ อุปสรรคในเรื่องเวลา สถานที่ ความไม่พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลของสตรี ความไม่มั่นใจและไม่พร้อมที่จะช่วยเหลือของบุคลากรพยาบาล และระบบการปฏิบัติงานที่ไม่เอื้ออำนวย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอุปสรรคทั้งหลายที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความไม่พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลของสตรีที่ถูกกระทำนั้น อาจเนื่องมาจาก ความรู้สึกอับอาย คิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว กลัวความลับเปิดเผย คิดว่าบุคลากรพยาบาลไม่น่าจะช่วยเหลือได้นอกจากเรื่องบาดเจ็บด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนความไม่มั่นใจและมีพร้อมที่จะช่วยเหลือของบุคลากรพยาบาลน่าจะเป็นเพราะตัวบุคลากรพยาบาลยังพร่องความรู้เกี่ยวกับประเด็นเรื่องความรุนแรง ไม่เคยได้รับการเตรียมการสอนมาก่อน ไม่เคยได้รับ

การอบรมทั้งเรื่องความรุนแรงในสตรี การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงใน
บทบาทของพยาบาลและการให้คำปรึกษา จึงทำให้เกิดอุปสรรคในการค้นพบและการช่วยเหลือสตรี
กลุ่มนี้ เช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีรายงานว่าบุคลากรทางสุขภาพใน
สาขาต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งพยาบาลด้วยคิดว่าปัญหาความรุนแรงไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากร
ทางสุขภาพ อุปสรรคในการตรวจพบและการดูแลช่วยเหลือสตรี คือ บุคลากรไม่ได้รับการสอนใน
หลักสูตร ทำให้ปฏิบัติด้วยความไม่มั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักจะไม่มีแรงจูงใจตามที่ถูกกฎหมายได้
กำหนดไว้ (Tilden, Schmidt, & Limandri, 1994) สำหรับอุปสรรคในเรื่องเวลา สถานที่ และระบบการ
ทำงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีนโยบายให้ปฏิบัติ หรือในกรณีที่มียุทธศาสตร์แต่ยังขาดแนวทางและ
ขั้นตอนที่ชัดเจนสำหรับการค้นพบและให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง จึงก่อให้เกิดปัญหา
และอุปสรรคในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรพยาบาลอย่างมากมาย

เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการค้นพบและการช่วยเหลือสตรีเกิดขึ้นอย่างมาดั่งที่กล่าวมา
ข้างต้น จึงไม่แปลกที่ผลการสำรวจพบว่าในกรณีที่สตรีปฏิเสธ มีบุคลากรพยาบาลจำนวนเพียงเล็กน้อย
(31.4%) ที่กล่าวว่า ในวันข้างหน้าถ้าคุณถูกสามีทำร้ายให้มาที่โรงพยาบาลนี้ได้เรายินดีให้ความ
ช่วยเหลือ

ประสบการณ์ให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง จากการสำรวจด้วย
แบบสอบถาม พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้น ที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา และมี
บางขั้นตอนของการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากถึงร้อยละ 72.6 ไม่ได้ปฏิบัติ คือการให้ข้อมูล
เกี่ยวกับวงจรความรุนแรง ซึ่งเหตุผลที่ไม่ได้ให้เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับวงจรความรุนแรง จากข้อมูล
ชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้บุคลากรพยาบาลจะตอบว่ามีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำ
รุนแรงกลุ่มนี้แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญในเรื่องความรุนแรงต่อสตรีอย่างครบ
ถ้วน ทั้งนี้เนื่องจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในสตรี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ
ที่พบว่า บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่จะพร่องความรู้เกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในสตรีและเทคนิคการ
ให้คำปรึกษา จึงทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ได้อย่างเต็มที่และมั่นใจ

**การให้การพยาบาลและความต้องการการเตรียมความพร้อมสำหรับการให้บริการทาง
สุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง** จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า มีเพียงร้อยละ 20
ของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น ที่ตอบว่าสามารถให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ
สังคมแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงได้ ส่วนผู้ที่ตอบว่าสามารถให้ได้บ้างมีถึงร้อยละ 46.7 และผู้ที่
ตอบว่าไม่ได้หรือไม่แน่ใจมีค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิง
คุณภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีกลุ่มนี้ได้เพียงบางส่วนโดยเฉพาะการ
บำบัดเจ็บทางด้านร่างกาย การดูแลบาดแผล ไม่สามารถให้ได้ครอบคลุมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
ของสตรีผู้ถูกกระทำ สิ่งที่บุคลากรพยาบาลต้องการให้เตรียม เพื่อให้ตนมีความพร้อมสำหรับการ
ให้บริการสุขภาพแก่สตรีกลุ่มนี้มากที่สุด คือ เรื่องการให้คำปรึกษา (88.8%) รองลงมาคือ การให้ข้อมูล

เรื่องกฎหมายแอสตรี (82.8%) การสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับสตรี (82.5%) การให้ข้อมูลเรื่องความรุนแรงในครอบครัว (77.9%) และเรื่องการค้าประเวณี (72.3%) จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะช่วยเหลือสตรีแต่เนื่องจากความไม่พร้อมโดยเฉพาะเรื่องความรู้เกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในสตรี ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น พยาบาล ไม่สามารถปฏิบัติหรือให้บริการทางสุขภาพแอสตรีเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงทุกคน