

บทที่ 9

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในบทสุดท้ายนี้เป็นการสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาล ในการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพสำหรับสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง โดยศึกษาในภาคเหนือทั้งตอนบนและตอนล่างรวม 8 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ อุตรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และกำแพงเพชร การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างและการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามเองแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นหาค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามข้อมูลความรู้และทัศนคติด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) โดยทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย และทำการวัดซ้ำห่างกัน 1 สัปดาห์ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง และความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรี มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาส่วนข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนความรู้และทัศนคติ ใช้ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างตามลักษณะตัวอย่างด้วยสถิติที่ กำหนดให้ค่า P เท่ากับ .05 หรือน้อยกว่าจึงจะถือว่ามีความแตกต่าง ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลและความคิดเห็นใช้ค่าร้อยละ

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยมีลักษณะดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมี 93 คน รับผิดชอบด้วยวิธีตามสะดวกโดยเลือกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกที่เกี่ยวข้องกับสตรี รวม 14 กลุ่ม ข้อมูลการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในจังหวัด เชียงใหม่ 9 กลุ่ม จังหวัด ลำปาง 2 กลุ่ม จังหวัด สุโขทัย 1 กลุ่ม และจังหวัด กำแพงเพชร 2 กลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม มีจำนวน 6-8 คน แต่ละกลุ่มให้ข้อมูล 1 ครั้ง ระยะเวลาที่ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 65-90 นาที เฉลี่ยกลุ่มละ 78 นาที รวม ทั้งหมด 1080 นาที หรือ 18 ชั่วโมง (ตารางที่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สนทนากลุ่ม มีดังนี้ ทั้งหมดเป็นผู้หญิง (100%) มีอายุ 22-60 ปี ($X=35$, $SD=5.4$) ร้อยละ 47.3 มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี นับถือศาสนาพุทธ (87.1%) เชื้อชาติไทย (100%) สถานภาพสมรสคู่ และโสดจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 52.7 และ 47.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่การศึกษายู่ในระดับ

ปริญญาตรี (88.2%) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (92.5%) รายได้ส่วนตัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 และ 20001-30000 จำนวนใกล้เคียงกัน (46.2% และ 44.1%) ร้อยละ 45.2 มีประสบการณ์ในการทำงาน 16-25 ปี ($X=23.8$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยสตรีพักรักษาตัวอยู่ (37.6%) ร้อยละ 64.5 พักอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

2. ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลมีทั้งหมด 31 คน เป็น หญิง 29 คน เป็นชาย 2 คน อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ 23 คน ลำปาง 4 คน สุโขทัย 1 คน พิษณุโลก 3 คน ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (74.2%) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (87.1%) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (83.9%) มีรายได้ส่วนตัวอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท (58.1%) ประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 6-15 ปี ($X=15.9$) ระยะเวลาที่ให้สัมภาษณ์ 50-85 นาที รวมทั้งหมด 2125 นาที หรือ 35 ชั่วโมง 25 นาที เฉลี่ยคนละ 68 นาที

3. ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 1043 คน คิดเป็นร้อยละ 80.23 ส่วนใหญ่เป็นหญิง (98.2%) อายุอยู่ในช่วง 22-60 ปี ($X=34.54$) มีสถานภาพสมรสคู่ (56.9%) เชื้อชาติไทย (99.4%) นับถือศาสนาพุทธ (98.9%) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (90.2%) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (87.2%) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ต่อเดือน (58%) ($X=15853.15$) ประสบการณ์การปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-36 ปี ($X=13.35$) หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานเป็นหอผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยสตรีพักรักษาตัวอยู่ (49.25%) 1 ใน 2 (49.95%) เคยดูแลผู้ป่วยหญิงที่ถูกสามีใช้ความรุนแรงทางร่างกาย 60.9% ไม่เคยดูแลผู้ป่วยหญิงที่ถูกสามีใช้ความรุนแรงด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมสัมมนาเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรง (82.4%) และไม่ได้เป็นกรรมการหรือคณะทำงานเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรง (93.1%)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติของพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับสตรี สรุปเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องความรุนแรงต่อสตรี

1.1 ความรู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.0/100 ด้านสาเหตุมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 58.8/100 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือผลกระทบเท่ากับ 95.6/100 รองลงมาคือ ด้านการป้องกัน และด้านการแก้ไขภายหลังถูกกระทำ มีค่าเท่ากับ 78.0/100 และ 80.0/100 ตามลำดับ จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมในทุกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ การกระทำที่ถือว่าเป็นความรุนแรงต่อสตรี ส่วนใหญ่แล้วผู้ให้ข้อมูลนึกถึงด้านร่างกายเป็นอันดับแรก และถือว่าเป็นความรุนแรงอย่างมากที่เกิดขึ้นกับสตรี เพราะบางรายมีโอกาสเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ด้านที่นึกถึงรองลงมาคือด้านจิตใจซึ่งประกอบไปด้วย การใช้ความรุนแรงทางวาจา ความหึงหวง กล่าวหาว่าภรรยาคบชู้ การนอกใจมีเมียบ่อย และการทอดทิ้งไม่ดูแล

2. ทศนคติเรื่องความรุนแรงต่อสตรี ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือเท่ากับ 74.9/100 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดคือความรุนแรงต่อภรรยาเป็นความผิด (95.0/100) รองลงมาคือ การไม่ยอมรับเรื่องการใช้ความรุนแรงต่อภรรยา (83.6/100) และความตระหนักในปัญหาความรุนแรงต่อภรรยา (66.3/100) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือความรุนแรงต่อภรรยาไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย (53.5/100) หรือกลุ่มตัวอย่างยังเชื่อว่าความรุนแรงเป็นเรื่องน่าอับอายสำหรับสตรีและครอบครัว ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนทัศนคติสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีลักษณะต่อไปนี้ มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ($p=.025$) และที่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหาร (หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล) ($p=.002$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรง คะแนนรวมของคะแนนทัศนคติ 3 ด้าน คือ ด้านการคัดกรอง การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และด้านการให้คำปรึกษา อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ คือเท่ากับ 65.3/100 ด้านการคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 68.6/100 ส่วนอีกสองด้านได้คะแนน 63.9/100 และ 63.1/100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่สตรีฯโดยรวม พบว่า สูงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 36 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีประสบการณ์เคยดูแลสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงด้านจิตใจมาก่อน

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพ

3.1 ร้อยละ 95.8 เห็นด้วยกับการไปรับบริการสุขภาพของสตรีเมื่อคิดอยากฆ่าตัวตาย ถูกสามีนอกใจ รองลงมาคือถูกทำร้ายร่างกายแม้เพียงแค่ฟกช้ำ (93.3) และลดลงเหลือร้อยละ 87.5 สำหรับสตรีที่เครียดและมีอาการทางกายจากสามีนอกใจ มีเพียงร้อยละ 60.9 ที่คิดว่าควรไปเมื่อเครียดจากการถูกกระทำความรุนแรงทางวาจา แต่ยังใช้ชีวิตประจำวันได้

3.2 บริการสุขภาพที่ควรจัดให้สตรีที่ถูกสามีกระทำความรุนแรงตามประเภทของความรุนแรง พบว่า มีผู้เห็นด้วยกับการบริการสุขภาพให้สตรีที่ถูกกระทำทางร่างกาย (96.0%) มากกว่าการถูกกระทำทางจิตใจ (77.9%) และการถูกสามีนอกใจ (71.6%)

3.3 ชนิดของคลินิกที่มีผู้เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ว่าควรจัดให้คือคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับสตรี (96.6%) คลินิกบำบัดจิตใจสำหรับสามี (93.4%) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (93.3%)

3.4 วิธีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพเพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากตามลำดับคือ การประกาศและปิดประกาศในโรงพยาบาล (91.6%) การประกาศทางวิทยุ (85.5%) และปิดประกาศตามหมู่บ้าน (78.6%) วิธีการพบสตรีที่ถูกกระทำโดยโรงพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้สตรีได้รับบริการสุขภาพมีผู้เห็นด้วยร้อยละ 70.0 ให้มีการซักถามผู้หญิงที่มาโรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บด้วยเรื่องใดก็ตาม มีเพียงร้อยละ 69.5

3.5 เหตุผลที่คิดว่าเป็นอุปสรรคทำให้สตรีที่ถูกทำร้ายไม่มารับบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตัวสตรีเอง อันดับแรก คือ รู้สึกอับอาย (93.6%) รองลงมา กลัวความลับเปิดเผย (91.9%) คิดว่าเป็น

เรื่องส่วนตัว (89.9%) และกลัวสามีทำร้ายมากขึ้น (89.7%) ส่วนอุปสรรคของการมารับบริการสุขภาพของสตรีที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพคือคิดว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่น่าจะแก้ไขปัญหาได้ (74.2%) และเรื่องนี้ไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ (70.2%)

3.6 ลักษณะผู้ให้บริการสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยเกินกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้แก่ มีบุคลิกน่าเชื่อถือ (99.3%) เก็บความลับ (99.1%) ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาของผู้หญิง (98.9%) มีใจเป็นกลางไม่เข้าข้างผู้หญิงหรือสามี (98.8%) มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส/เป็นกันเอง/ใช้คำพูดไพเราะ (98.6%) ช่วยให้อารมณ์ดีให้ผู้หญิงสบายใจ (98.5%) ลักษณะผู้ให้บริการสุขภาพ 2 ลักษณะที่มีผู้เห็นด้วยไม่ถึง ร้อยละ 50 คือ การตัดสินใจให้สตรี (48.6%) และโน้มน้าวให้สตรีอยู่กับสามีต่อไป (40.7%) จากข้อมูลเชิงคุณภาพได้ข้อสังเกตว่า วัฒนธรรมและประสบการณ์ในการทำงานของผู้ให้บริการเป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงเช่นกัน

3.7 กรณีที่สตรีไปรับบริการสุขภาพที่ห้องฉุกเฉินด้วยการบาดเจ็บร่างกายพบว่าร้อยละ 90.1 เห็นด้วยกับการให้สตรีเปิดเผยเรื่องการถูกสามีทำร้ายร่างกายให้บุคลากรทราบแม้ไม่ได้ถูกซักถาม ร้อยละ 84.2 เห็นด้วยให้พยาบาลซักประวัติการถูกสามีทำร้ายร่างกาย แต่มีเพียงร้อยละ 57.7 เท่านั้น ที่เห็นด้วยว่าพยาบาลควรช่วยเหลือสตรีแม้สตรีไม่ได้แสดงความต้องการ

3.8 เทคนิคการซักประวัติเพื่อให้ผู้หญิงยินดียใจเปิดเผยการถูกสามีกระทำความรุนแรงที่เห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป คือ ขณะถามควรแสดงความสนใจตั้งใจฟังคำตอบ (98.8%) สถานที่ควรมิดชิด ไม่มีผู้อื่นเห็นหรือได้ยิน (98.3%) มีการพูดเกริ่นว่าเกริ่นว่าปกปิดเป็นความลับ (98.2%) ในขณะที่ถามไม่ควรมีคนอื่นอยู่ด้วยแม้แต่ลูกของสตรี (96.6%) และการเกริ่นว่าโรงพยาบาลมีการให้การช่วยเหลือ (95.5%) รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงคำถามเชิงตำหนิ (89.3%) และ หลีกเลี่ยงคำถามที่สื่อว่าสตรีไร้ความสามารถในการแก้ไขปัญหา (85.6%) เกริ่นว่าเป็นการซักถามสตรีทุกราย (75.3%) เกริ่นเรื่องอัตราการเกิดที่มีจำนวนมาก (71.2%) เทคนิคที่มีผู้เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การไม่คาดคะเนความจริง (64.9%)

3.9 ชนิดของการพยาบาลแก่สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงที่ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบทั้งหมดเห็นด้วย คือ การช่วยให้สตรีผ่อนคลายจิตใจด้วยการให้กำลังใจสตรี (99.4%) และการให้สตรีระบายความรู้สึก (99.4%) มีผู้เห็นด้วยน้อยกว่ากับการพยาบาลเมื่อสตรีโกรธแค้นจนอยากทำร้ายสามี (92.4%) อยากทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (87.9%) และการส่งสตรีไปรับความช่วยเหลือในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (95.7%) ร้อยละ 93.4 เห็นด้วยให้ประเมินการถูกทำร้ายด้านจิตใจ ส่วนการประเมินอันตรายและวางแผนความปลอดภัยเห็นด้วยร้อยละ 88.6 สำหรับการให้ข้อมูลต่างๆที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การให้เบอร์โทรศัพท์หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ (98.9%) รองลงไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่บำบัดการติดสุรา (94.1%) สิทธิในการแจ้งความ (93.7%) สถานที่บำบัดทางจิตของสามี (92.8%) และบ้านพักฉุกเฉิน (83.2%) ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรความรุนแรงมีผู้เห็นด้วยเพียงร้อยละ 79.7 และเห็นด้วยน้อยที่สุดกับการให้คำปรึกษาเรื่องการอยู่หรือแยกทางเมื่อสตรีแก้ปัญหาไม่ได้ คือร้อยละ 71.6

4. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลแก่สตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม

4.1 การมีนโยบายและหรือแนวทางในการปฏิบัติสำหรับสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ข้อมูลที่สำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า มีเพียงร้อยละ 27.6 ของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นที่ตอบว่า มี นโยบาย หรือแนวทางในการปฏิบัติ

4.2 ประสิทธิภาพในการพบเจอผู้รับบริการสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ข้อมูลจาก ผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากถึงร้อยละ 85.3 ที่เคยพบเจอสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนมีประสบการณ์เคยพบเจอสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรมเช่นกัน

4.3 วิธีค้นพบสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม พบว่า บุคลากรพยาบาลค้นพบสตรีที่ถูก สามีกระทำทารุณกรรมโดยการหรืออาการฟกช้ำตามร่างกายเป็นอันดับแรก (53.7%) เช่นเดียวกับผู้ให้ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกือบทุกคนใช้วิธีสังเกตจากบาดแผลตามร่างกาย รองลงมาคือ การถาม (38.7%) และจะถามผู้รับบริการที่เป็นสตรีบางรายที่มีอาการน่าสงสัยมากที่สุด (71.2%)

4.4 การปฏิบัติเมื่อพบสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม พบว่า การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นสิ่ง ที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติมากที่สุด (80.3%) โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซักถามอาการ ตรวจสอบบาดแผล ทำแผลและรายงานแพทย์ แต่มีเพียงร้อยละ 54.7 ที่กล่าวพลบโยน ให้สตรีใจเย็น และเล่าระบายนเหตุการณที่เกิดขึ้นให้ฟัง ร้อยละ 49.7 กล่าวแนะนำตนเอง และร้อยละ 19.8 เท่านั้นที่ กล่าวแก่สตรีว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่พบในสตรีจำนวนมาก เราจึงมีการซักถามสตรีทุก รายที่มาใช้บริการที่นี่ ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ให้บริการในขณะพูดคุยกับสตรีแสดงความสนใจ สบตาสตรีอยู่เสมอพยักหน้ารับรู้เป็นระยะๆ มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 78.7 สำหรับการสื่อสารและการใช้ คำถามว่าตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร มีผู้ปฏิบัติมากที่สุด (71.5%) รองลงมาคือ การกล่าวว่าให้สตรีบอก ความจริงเพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ (52.9%) ถามว่า คุณรู้สึกต่อตนเองอย่างไร (45.7) ตอนนี้มีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเองไหม (44.2%) อยากทำร้ายสามีไหม (40.4%) ส่วนคำถามที่ว่าทำไมยังอยู่ กับเค้า มีผู้ปฏิบัติน้อยที่สุด สำหรับการบันทึกข้อมูลและลักษณะบาดแผลไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีผู้ ปฏิบัติร้อยละ (68.8%) และส่งต่อสตรีเพื่อการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไปมีผู้ปฏิบัติร้อยละ 72.1

4.5 ปัญหา อุปสรรคในการค้นพบสตรีและการปฏิบัติเมื่อสตรีปฏิเสธพบว่า ผู้ตอบ แบบสอบถามจำนวนมากว่าครึ่ง (58.5%) มีปัญหาและอุปสรรคในการค้นพบสตรีซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนต่างกล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆอย่างหลากหลายในการ ค้นพบสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม ซึ่งเป็นปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากตัวสตรีผู้ถูกระทำเองและจากผู้ ให้บริการ ได้แก่ อุปสรรคในเรื่องเวลา สถานที่ ความไม่พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลของสตรี ความไม่มั่นใจ และไม่พร้อมที่จะช่วยเหลือของบุคลากรพยาบาล และระบบการปฏิบัติงานที่ไม่เอื้ออำนวย เมื่อมีปัญหา และอุปสรรคในการค้นพบและการช่วยเหลือสตรีเกิดขึ้นอย่างมาดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงไม่แปลกที่ผล

การสำรวจพบว่าในกรณีที่มีสตรีปฏิเสธ มีบุคลากรพยาบาลจำนวนเพียงเล็กน้อย(31.4%) ที่กล่าวว่า ในวันข้างหน้าถ้าคุณถูกสามีทำร้ายให้มาที่โรงพยาบาลนี้ได้เรายินดีให้ความช่วยเหลือ

4.6 ประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำ ความ มีผู้ให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้น ที่มีประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษา และมีบางขั้นตอนของการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากถึงร้อยละ 72.6 ไม่ได้ปฏิบัติ คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรความรุนแรง ซึ่งเหตุผลที่ไม่ได้ให้เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับวงจรความรุนแรง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่จะพ้องความรู้เกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในสตรีและเทคนิคการให้คำปรึกษาจึงทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ได้อย่างเต็มที่และมั่นใจ

4.7 การให้การพยาบาลและความต้องการการเตรียมความพร้อมสำหรับการให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง พบว่า มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น ที่ตอบว่าสามารถให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแก่สตรีที่ถูกสามีกระทำ ความรุนแรงได้ ส่วนผู้ที่ตอบว่าสามารถให้ได้บ้างมีถึงร้อยละ 46.7 และผู้ที่ตอบว่าไม่ได้หรือไม่แน่ใจมีค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้บริการทางสุขภาพแก่สตรีกลุ่มนี้ได้เพียงบางส่วนโดยเฉพาะการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย การดูแลบาดแผล ไม่สามารถให้ได้ครอบคลุมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของสตรีผู้ถูกกระทำ สิ่งที่บุคลากรพยาบาลต้องการให้เตรียม เพื่อให้ตนมีความพร้อมสำหรับการให้บริการสุขภาพแก่สตรีกลุ่มนี้มากที่สุด คือ เรื่องการให้คำปรึกษา (88.8%) รองลงมาคือ เรื่องการสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับสตรี (82.5%) การให้ข้อมูลเรื่องกฎหมายแก่สตรี (82.8%) การให้ข้อมูลเรื่องความรุนแรงในครอบครัว (77.9%) และเรื่องการคัดกรอง (72.3%)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีจากการกระทำโดยสามีในระดับหนึ่งแต่ยังไม่มากพอที่จะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมสตรีทุกคน ดังนั้น

1. ควรจัดให้มีการอบรม สัมมนา ประชุมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในสตรีให้แก่บุคลากรพยาบาลในภาคเหนือเป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ปลูกฝังทัศนคติ และพัฒนาบุคลากรให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทตนเองในการให้บริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง
2. จัดให้มีฐานข้อมูล แหล่งความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีรวมถึงความเชื่อผิดๆหรือมายาคติทั้งหลาย ที่ทันสมัยและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมทั้งมีการเผยแพร่อย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางสุขภาพ

3. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีตามสื่อต่างๆ และให้ทั่วถึงในกลุ่มบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

4. บรรลุเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี บทบาทของพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีว่าเป็นปัญหาสุขภาพ และเป็นหน้าที่ที่บุคลากรทางสุขภาพทุกคนต้องร่วมมือกันในการให้บริการแก่สตรีเหล่านี้

5. รัฐควรกำหนดนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมให้กับสถานบริการสุขภาพทุกแห่งทั่วประเทศนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงนโยบาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการวิจัยในทำนองเดียวกันนี้แต่ทำในบุคลากรพยาบาลที่อยู่ในภาคอื่น เพราะมีลักษณะพื้นฐานแตกต่างจากคนในภาคเหนือ เพื่อผลการวิจัยที่ได้จะได้นำไปใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะบุคลากรพยาบาล ควรมีการขยายผลการศึกษาโดยทำวิจัยเรื่องเดียวกันนี้ในบุคลากรสุขภาพอื่นและกลุ่มบุคคลในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง เช่น แพทย์ ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนายความ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

3. ควรมีการวิจัยเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมความรู้และทัศนคติเรื่องความรุนแรงต่อสตรีในบุคลากรพยาบาลที่อยู่ในภาคเหนือและภาคอื่นๆของประเทศไทย

4. ควรมีการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และความคิดเห็นในประชาชนทั่วไปให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศเพราะบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ใช้บริการถ้าขาดความรู้หรือมีทัศนคติไม่ดีก็อาจจะไม่มารับบริการซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียเปล่าในการจัดบริการสุขภาพให้