

การคัดกรองความความรุนแรงจากคู่นอนสตรี: ทักษะของบุคลากรทีมสุขภาพ

Screening for Intimate Partner Violence in Women: Perspectives from Health Care Providers

นารีรัตน์ บุญเนตร, พย.ด.^{1*} หทัยชนก เผ่าวิริยะ, พย.ม.¹

Nareerat Boonnate, Ph.D.^{1*}, Hathaichanok Phaowiriya, M.N.S.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีจากมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพ รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีความเชี่ยวชาญและ/หรือมีประสบการณ์ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลที่มีบริการ “ศูนย์พึ่งได้” ในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองความความรุนแรงจากคู่นอนสตรีในมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพ สรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การคัดกรองไม่ครอบคลุม 2) ขัดต่อความเชื่อ และ 3) ไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูลความรุนแรงจากคู่นอน จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนควรได้รับการอบรมและพัฒนาทักษะการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน และจัดหรือลดอุปสรรคในการคัดกรอง นำไปสู่การให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอนได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง

คำสำคัญ: การคัดกรอง ความรุนแรงจากคู่นอน สตรี บุคลากรทีมสุขภาพ วิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This research aimed to describe screening for intimate partner violence (IPV) in women from health care providers' perspectives. Design of study was descriptive qualitative research. Participants included 10 health care providers who were expert in and/or had experience in IPV screening at least 5 years, and worked at hospitals providing service of One Stop Crisis Centre (OSCC). They were purposively selected by inclusion criteria. Data were obtained through tape-recorded in-depth interviews and examined using content analysis. Findings indicated that health care providers' perspectives on screening for IPV revealed into three themes 1) incomprehensive screening IPV 2) contrary to beliefs and 3) discomfort to IPV disclosure. The recommendations were health care providers should be adequately trained for screening of IPV to be able to practice in their work and eliminate or reduce barriers to screening IPV. All of this will lead to the timely support of women who have suffered from IPV.

Keywords: screening, intimate partner violence, women, health care providers, qualitative research

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: nareeratb@buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเกิดขึ้นในทุกสังคม วัฒนธรรม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราความชุกของการเกิดความรุนแรงทางร่างกาย และหรือทางเพศ จากคู่นอนสตรีสูงสุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น คือ ร้อยละ 37.7 (World Health Organization [WHO], 2013) ในประเทศไทยพบว่า มีสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนมารับบริการจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 29.3 (Department of Women's Affairs and Family Development, 2016) ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอัตราการเกิดความรุนแรงที่ถูกรายงานมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการยังมีสตรีอีกจำนวนมากที่ไม่ได้เข้ารับบริการ ในระบบสุขภาพ ด้วยทัศนคติที่ว่าความรุนแรงจากคู่นอนเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผยให้บุคคลอื่นรู้ รูปแบบของความรุนแรงมีทั้งด้านร่างกาย ด้านเพศ ด้านจิตใจ และการละเลยทอดทิ้ง ผลกระทบของความรุนแรงจากคู่นอนที่เกิดขึ้นต่อสตรีจะส่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม พฤติกรรม อนามัยการเจริญพันธุ์ ครอบครัวและสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามความรุนแรงทุกรูปแบบมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจทั้งสิ้น บางครั้งผลกระทบด้านจิตใจอาจส่งผลต่อสภาพร่างกายที่เรียกว่า อาการทางกายที่เป็นผลมาจากความเครียดทางจิตใจ หรือจำเป็นต้องใช้ยาทางจิตเวช หากมีปัญหาทางจิตใจอยู่นานแล้วไม่ได้รับการบำบัดอาจเกิดโรคประสาทหรือโรคจิต (Chepuka et al., 2014) การที่สตรีถูกทำร้ายอย่างรุนแรงหรือถูกทำร้ายซ้ำ ๆ ทำให้เกิดสภาวะกดดันและตึงเครียดทางจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าและการมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ (Devries et al., 2013) หากได้รับความช่วยเหลือจนรอดชีวิตและยังกลับไปถูกสามีหรือคู่นอนทำร้ายซ้ำ สตรีเหล่านี้อาจฆ่าสามีหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อที่จะเป็นอิสระจากความสัมพันธ์ที่รุนแรงนั้นได้ (Stöckl et al., 2013) ดังนั้นการให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนจึงมีความสำคัญในการช่วยป้องกันและลดการเกิดผลกระทบที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้น การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก เพราะจะสามารถ

ให้การดูแลสตรีที่ตกเป็นเหยื่อการถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนอย่างเป็นระบบ และลดการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงซ้ำได้ (Kiely, El-Mohandes, El-Khorazaty, & Gantz, 2010)

การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีนับเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของบุคลากรทีมสุขภาพ แต่พบว่ามี การคัดกรองในอัตราที่ต่ำ เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองความรุนแรงทั้งด้านบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ที่ถูกคัดกรองความรุนแรงเอง จากการศึกษาของ DeBoer et al. (2013) พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีเวลาไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการคัดกรอง นอกจากนี้ยังขาดระบบดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Waalén, Goodwin, Spitz, Petersen & Saltzman, 2000) การไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรง กลัวที่จะต้องตัดขาดความสัมพันธ์กับคู่นอน (Vranda, Kumar, Muralidhar, Janardhana, & Sivakumar, 2018) ดังนั้นการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนจึงอาจไม่ควรนำมาใช้หากยังไม่มีระบบการรักษาและการส่งต่อที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงมี 3 รูปแบบหลัก ๆ คือ การคัดกรองในสตรีทุกราย (universal screening) การคัดกรองอย่างเป็นประจำ (routine screening) เป็นการคัดกรองโดยปกติแม้ว่าสตรีจะไม่มีอาการความรุนแรงปรากฏ และการคัดกรองที่มีข้อบ่งชี้ (indicated screening) (Boonnate & Phaowiriya, 2018) สำหรับรูปแบบการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนในประเทศไทย เป็นการคัดกรองเฉพาะสตรีที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น โดยดำเนินการภายใต้ “ศูนย์พึ่งได้” กระทรวงสาธารณสุข ได้ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการคัดกรองทั้งเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในทุกรูปแบบ สำหรับการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในศูนย์พึ่งได้ จะเกิดขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บทางร่างกายหรือทางจิตใจที่รุนแรงแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแยกการบาดเจ็บต่าง ๆ ของสตรีโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากคู่นอนกับการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่น ๆ นอกจากนี้ พ.ร.บ. ฉบับนี้ ยังครอบคลุมไปถึงการจัดทำ

รายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในเด็กและสตรี อีกด้วย

จากข้อมูลข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทย มีระบบการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านกฎหมาย ระบบให้การช่วยเหลือจาก ทีมสหวิชาชีพ และระบบในการจัดเก็บข้อมูลและรายงาน ผล ซึ่งได้ถูกพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในช่วงสิบปี ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากการคัดกรองใน รูปแบบดังกล่าวนี้ ยังไม่สามารถช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในระยะเริ่มแรก หรือในกลุ่มเสี่ยงได้อย่าง ครอบคลุม จึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอนเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ นอกจากนี้สถิติ การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนที่ถูกรายงานจากศูนย์พึ่งได้ มักพบข้อมูลสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงต่ำกว่าความเป็น จริง (Department of Women's Affairs and Family Development, 2016) ซึ่งอัตราที่รายงานดังกล่าว อาจเกิดจากข้อมูลที่พบน้อยจริง หรือปัญหาอุปสรรคของ บุคลากรทีมสุขภาพในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรี ดังนั้นเพื่อให้การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรีจากมุมมองของ บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้ บุคลากรมีความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นและสามารถนำไปวางแผน ในการจัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรีที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรี จากมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) ใช้การเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดย

เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล หรือ นักสังคม สงเคราะห์ ที่ให้บริการในโรงพยาบาลที่มีบริการ “ศูนย์พึ่งได้” ในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอน ตาม คุณสมบัติที่กำหนด คือ มีความเชี่ยวชาญและ/หรือมี ประสบการณ์ในการคัดกรอง ความรุนแรงจากคู่นอน สตรี อย่างน้อย 5 ปี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 10 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสการรับรองจริยธรรม 21/2561 เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยดำเนินการตามแผน การเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ทั้งนี้ ผู้ให้ ข้อมูลสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จากนั้นจึงให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย บูรพาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูล ที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือมีประสบการณ์ในการคัดกรอง ความรุนแรงจากคู่นอน สตรีเพื่อติดต่อนัดหมายในการสัมภาษณ์ เชิงลึก เมื่อผู้วิจัยพบกับผู้ให้ข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญและ/ หรือมีประสบการณ์ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเทปตลอดการสัมภาษณ์ จากนั้น ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึง ประสบการณ์การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน สตรีอย่าง ละเอียดและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป ผู้วิจัยใช้คำถามเดิม และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรก มาตรวจสอบ

กับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอีกครั้งร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดเพิ่มเติม หรือเพื่อขยายความ ข้อมูลครั้งแรกที่ยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัย ดำเนินการเช่นนี้ไปจนกระทั่งได้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และสมบูรณ์ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัย เป็นผู้มิประสพการณ์ในการท้าววิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในการศึกษาเกี่ยวกับสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่ และงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรี

3) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรี ที่ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน โดยแนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ ลักษณะการใช้คำถามในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ สถานที่ที่ใช้ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ และปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ เช่น “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงจากคู่” “ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่คืออะไร”

4) อุปกรณ์บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และ อุปกรณ์สำหรับจดบันทึก เพื่อบันทึกข้อมูลภาคสนาม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ข้อค้นพบหรือผลการศึกษาในครั้งนี้ มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ ความเชื่อถือได้ (credibility) และการยืนยันผล (confirmability) (Ravitch & Carl, 2016) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (data triangulation) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องความรุนแรงจากคู่ในสตรี และนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการทำบันทึกภาคสนาม (field note) ภายหลังจากที่ผู้วิจัยสรุปการตีความข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ไปตรวจสอบกับ

ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (member checking) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เขียนการสะท้อนคิด (reflective journal) เพื่อเพิ่มความตระหนักในตัวเองเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของผู้วิจัย ที่อาจก่อให้เกิดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามแนวทางของ Zhang and Wildemuth (2009) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมข้อมูล (preparing and immersing in the data) โดยนำข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ นำมาถอดเทปแล้วแปลงเป็นข้อความ จากนั้นผู้วิจัยอ่านเนื้อหาซ้ำเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูล

2. การพัฒนาประเภทและรูปแบบการเข้ารหัส (developing categories and coding scheme) ผู้วิจัยได้พัฒนารหัสและประเภทของข้อมูลจากข้อมูลดิบ และเขียนรหัสซึ่งประกอบด้วยชื่อหมวดหมู่ คำจำกัดความและตัวอย่าง

3. การเข้ารหัสข้อความทั้งหมด (coding all the text) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถเข้ารหัส เพื่อดำเนินการต่อในขณะที่เก็บข้อมูลใหม่ ในระหว่างกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการเขียนรหัสเพื่อทำตามคู่มือการเขียนรหัสซ้ำ ๆ

4. การทดสอบรูปแบบการเข้ารหัส (testing the coding scheme) ผู้วิจัยได้ทดสอบรูปแบบการเข้ารหัส และการกำหนดหมวดหมู่ หากการทดสอบก่อให้เกิดความสงสัยเกี่ยวกับคำจำกัดความของหมวดหมู่และความไม่สอดคล้องกันของการเข้ารหัสและประเภทต่าง ๆ จะได้รับการแก้ไข

5. การกำหนดธีม (defining the theme) หลังจากการพัฒนาประเภทและรูปแบบการเข้ารหัส ผู้วิจัยได้สร้างชุดรูปแบบธีม ที่มีการแสดงออกในคำเดียวหรือวลี และหัวข้อเหล่านี้ต้องมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่อื่น ๆ เข้าด้วยกัน

6. สรุปข้อสรุปจากข้อมูลที่เข้ารหัส (drawing conclusions from the coded data) ผู้วิจัยทำการอนุมานและนำเสนอการสร้างความหมายใหม่ ๆ ที่ได้จากข้อมูล

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังสำรวจคุณสมบัติและมิติของข้อมูล และประเภทความสัมพันธ์

7. การรายงานวิธีการและข้อค้นพบ (reporting the methods and findings) ผู้วิจัยเขียนรายงานวิธีการที่ใช้ในการสร้างความน่าเชื่อถือของการศึกษาและเขียนข้อค้นพบ

ผลการศึกษา

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือ มีประสบการณ์ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี จำนวน 10 ราย ประกอบด้วย พยาบาล 8 ราย และ นักสังคมสงเคราะห์ 2 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 48.8 ปี (SD = 7.5) ผู้ให้ข้อมูลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 4 ราย ปริญญาโทจำนวน 5 ราย และ ปริญญาเอกจำนวน 1 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนเฉลี่ย 10.9 ปี (SD = 3.6)

การคัดกรองความความรุนแรงจากคู่นอนสตรี มุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเป็นเรื่องที่ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ประเด็นหลักคือ 1) การคัดกรองไม่ครอบคลุม 2) ขัดต่อความเชื่อ และ 3) ไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูลความรุนแรงจากคู่นอน

1. การคัดกรองไม่ครอบคลุม

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่า การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีนั้นไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมแก่ผู้รับบริการ และทุกประเภทของความรุนแรงจากคู่นอน ซึ่งอุปสรรคสำคัญที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1.1 ภาระงานที่ล้นมือของผู้คัดกรอง

การมีภาระงานที่มากเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงการคัดกรองความรุนแรงได้ไม่ครอบคลุม ผู้รับบริการทุกคน ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต่างยอมรับว่า ปัจจุบันพยาบาลทุกโรงพยาบาลยังต้องเผชิญกับปัญหาภาระงานที่หนักและปริมาณงานที่มีมากเกินไปกว่าอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละเวร ส่งผลให้พยาบาลมีเวลาค่อนข้างจำกัด

ในการให้บริการกับผู้มารับบริการแต่ละคน จนดูเหมือนว่าพยาบาลอาจจะเลยกับปัญหาความรุนแรงหรือปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้การคัดกรองความเจ็บป่วยของผู้รับบริการยังไม่ครอบคลุมมิติของความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรี

“คนไข้มันเยอะ มาโอพีดี (แผนกผู้ป่วยนอก) เราไม่สามารถคัดกรองความรุนแรงได้เลย ส่วนใหญ่ก็จะหกล้มมาอะไรมา หน้าแตก คิ้วแตกมา ฟันแตก ปากแตก มากี่มาทำแผล ให้การรักษา ก็จะจบ มันก็ไม่ได้คัดกรองเพราะคนไข้มันเยอะ” (คนที่ 2)

“ต้องเสียเวลากับคน ๆ หนึ่ง คือแบบ คนนี้นานแล้วนาน ๆ กว่าที่จะจบกว่าจะแล้ว...โอ้โฮ เพราะ อีอาร์ (แผนกฉุกเฉิน) เริ่มทั้งหมดเลย จะเจาะเลือดก็เริ่ม อีอาร์ โน่นก็ส่งเรื่องกว่าจะได้เรื่อง...เอชไอวีอะไรอย่างนี้ อีอาร์ทำหมดเลย ตอนแรก ๆ คู่มือเยอะ แต่ตอนนี้แบบ เยอะมาก” (คนที่ 5)

1.2 ผู้คัดกรองขาดทักษะหรือประสบการณ์

ทักษะของผู้คัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนเป็นอีกหนึ่งอุปสรรค เนื่องจากปัญหาการใช้ความรุนแรงจากคู่นอนเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและอ่อนไหวมาก หากผู้คัดกรองขาดทักษะอาจทำให้การคัดกรองได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ และครอบคลุม

“การคัดกรองไม่ใช่ง่ายนะ ก็ต้องอาศัยประสบการณ์ อาศัยเรื่องของการซักประวัติที่ครอบคลุม ทักษะเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บต้องแม่นเลย อะไรที่ทำให้คุณเป็นแบบนี้ โดยที่เขาไม่ต้องบอกเรา เราก็คงรู้ว่าเขาโกหกเราไหม” (คนที่ 5)

“จริง ๆ แล้วการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอน บางทีอยู่ที่คนถาม บางทีผู้หญิงมาตรวจบอกแค่ สิ้นลั้ม ก็คือไม่ยอมบอกเรา...ถูกไหม แต่มันอยู่ที่ประสบการณ์และอยู่ที่การสังเกตด้วยว่าลักษณะของการสิ้นลั้ม ทำไมมันถึงเป็นเจาะตรงขมับหรืออะไรอย่างนี้ คืออยู่ที่ประสบการณ์ของผู้ซัก” (คนที่ 6)

“เรื่องของการคัดกรองหรือ พยาบาล อาจจะเป็นน้องใหม่ แล้วก็ยังไม่ประสบการณ์ พอยังไม่ประสบการณ์ก็จะยังไม่ค่อยกล้าถาม แต่พยาบาลเก่า ๆ ได้อยู่แล้วเพราะว่า ทำมานาน เก้าเกมแล้ว รู้แล้วว่าถามยังไง” (คนที่ 8)

1.3 มุ่งเน้นการคัดกรองด้านร่างกาย

บุคลากรที่มสุขภาพส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จึงเป็นสิ่งที่ส่งผลให้การคัดกรองความรุนแรงในสตรีเป็นเรื่องที่ยังมีข้อจำกัด ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

“เวลาพูดถึงความรุนแรงนี้ ทั่วไปจะนึกถึงทางกายอย่างเดียว...เราไม่ค่อยได้คัดกรองที่เรามีเล็กน้อยคือยังน้อย ๆ ไม่ค่อยรุนแรงแล้วส่งไปคุยไปอะไรอย่างนี้ไม่ค่อยมี” (คนที่ 1)

“บางทีเขาก็จะมาด้วยความเครียด ๆ กินข้าวไม่ลง นอนไม่หลับ หรือไอ้ถึงขั้นกินยาฆ่าตัวตายก็มี แต่พอไปตรวจร่างกายไม่เจออะไร อย่างมากก็ให้ยาคลายเครียดจบแค่นั้นแหละ แต่พอส่งเข้ามาให้คำปรึกษาจิตเวช จิตเวชไปนั่งคุยแป๊บหนึ่งถึงได้รู้ว่าถูกทำร้ายมีความรุนแรงผสมในครอบครัว” (คนที่ 2)

2. ขัดต่อความเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ข้อมูลว่า ความเชื่อบางประการส่งผลให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองความรุนแรงจากคูในสตรี ในลักษณะที่ผู้ถูกคัดกรองมักปกปิดข้อมูลการถูกระทาคความรุนแรง ส่วนผู้คัดกรองก็เกรงว่าอาจจะละเมิดความเป็นส่วนตัว

2.1 ความรุนแรงเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด

จากข้อมูลพบว่า เรื่องของความรุนแรงจากคู่เป็นประเด็นที่ค่อนข้างเปราะบางอ่อนไหวต่อความรู้สึก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เชื่อว่า ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องหดหู่ น่าละอาย ที่ควรปกปิดไว้เป็นความลับในครอบครัวมากกว่าการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต่อสังคมหรือบุคลากรทางสุขภาพ ด้วยเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ถูกระทาคส่วนใหญ่อีกวิธีการแก้ปัญหาด้วยการอดทนต่อการใช้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น รวมถึงการไม่เปิดเผยข้อมูลความรุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงและการขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกและบุคลากรทางสุขภาพ

“เวลาทะเลาะกัน ถูกทำร้ายมา แต่ว่าพอมมาถึงหน่วยงาน เขาจะไม่พูดถึงส่วนนั้น เพราะมันเป็นสิ่งที่ละอายใจอ่อนมาก...การที่เขาจะพูดกับเพื่อน พูดกับญาติ หรือพูดกับคนอื่นมันเป็นเรื่องที่พูดยากมาก” (คนที่ 2)

“น้อยรายมากที่เขาจะบอกว่าพบความรุนแรง เพราะว่ามันเป็นการเปิดเผยในที่สาธารณะ

การที่เขาจะบอกความจริงยากมาก เป็นเรื่องยากมาก ไม่มีผู้หญิงคนไหนอยากบอกเราว่าถูกทำร้าย” (คนที่ 8)

2.2 ความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นเรื่องส่วนตัว

ในบริบทของสังคมไทยยังคงมีความเชื่อที่ว่าความรุนแรงเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ใช่ปัญหาของบุคคลภายนอกครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ความเชื่อดังกล่าวนอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการมาขอรับบริการหรือความช่วยเหลือจากรัฐแล้ว ในด้านบุคลากรที่มสุขภาพบางคนก็ยังคงมีความเชื่อเช่นเดียวกันอีกด้วย ซึ่งส่งผลให้การคัดกรองความรุนแรงจากคู่เป็นไปได้ยากลำบากขึ้น

“มันทุกสังคม มันมีมานานแล้วว่าเป็นเรื่องครอบครัวเป็นเรื่องส่วนตัวใจ ใจใหม่ อยู่อยู่ อยู่ที่เราที่บอกว่า อย่าเป็นมือที่สาม ถ้าพูดไปแล้วเขากลับมาตีกันเราเป็นหมาหัวเน่าหรืออะไรอย่างนี้ อันนี้เป็นอะไรที่เราพูดกันมา” (คนที่ 1)

“แม้กระทั่งเจ้าหน้าที่บางคนก็บอกว่าเรื่องของผัวเมีย เราปล่อยให้ช่วยไม่ได้ ทำร้ายกันตั้งหักคนทำร้ายมันพูดคำว่า...เรื่องผัวเมีย เขายังไม่กล้าเข้าช่วยเหลือ เพราะมันมีช่องโหว่อยู่นะนี่” (คนที่ 6)

“ชุมชนไม่กล้าคัดกรองหรอก น้อยมากที่คนจะมีความเชื่อที่ว่าความรุนแรงไม่ใช่เรื่องส่วนตัว แต่เป็นเรื่องของทุกคน ๆ คนส่วนมากยังมองว่ามันยังเป็นเรื่องที่เป็นส่วนตัวอยู่ แล้วรู้สึกว่ามันไม่ใช่เรื่องของฉัน” (คนที่ 8)

3. สตรียังไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูลความรุนแรงจากคู่

สตรียังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยเรื่องปัญหาความรุนแรงจากคู่ให้บุคคลอื่นรู้ เนื่องจากความรักความห่วงใยต่อคู่ ความหวาดกลัว หรือ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิด้านกฎหมาย

3.1 ความรักความห่วงใยต่อคู่

ความรักความห่วงใยต่อคู่เป็นอีกหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ถูกระทาคความรุนแรง โดยการเลี้ยงหรือไม่บอกความจริงว่าตนเองมีปัญหาของการใช้ความรุนแรงจากคู่และไม่ต้องการดำเนินคดีหรือขอความช่วยเหลือด้านกฎหมายกับตัวผู้กระทำรุนแรง

“ผู้หญิงก็จะมีความรู้สึกถ้ารักผู้หญิงยังคงรักใคร่รักคนนั้น แล้วก็ไม่อยากที่จะมีครอบครัวใหม่ไม่อยากหย่าร้าง อย่างนี้ ก็พยายามจะทนไป” (คนที่ 3)

“ถามว่าอยากให้ช่วยไหมอะไรอย่างนี้ เขาก็ส่ายหน้า สงสารเขา คือหมายถึงว่า ถ้าเอาเรื่อง คือเขารู้อยู่แล้วว่าสามีเขาต้องโดนเรื่องคดีแน่นอน สงสารเขา” (คนที่ 4)

“เขาก็เกรงว่าการแจ้งความแล้วสามีซึ่งเป็นพ่อของลูกที่เป็นคนดี เป็นคนที่เลี้ยงดูครอบครัวจะต้องถูกจับ ก็เลยไม่อยากที่จะนัดไกล่เกลี่ยหรือมาบอกเรา” (คนที่ 6)

3.2 ความหวาดกลัวถูกทำร้ายซ้ำ

ความรุนแรงจากคู่นอนสตรีส่งผลให้ผู้ถูกกระทำมีความรุนแรงมีความรู้สึกหวาดกลัวการถูกทำร้ายซ้ำ หากเปิดเผยเรื่องราวที่ถูกกระทำรุนแรงให้ผู้อื่นรู้ ผลจากความหวาดกลัวเป็นอีกหนึ่งในอุปสรรคสำคัญในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี ส่งผลให้ผู้ถูกกระทำรุนแรงเลือกที่จะไม่บอกความจริงของกราดบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ไม่กล้าขอความช่วยเหลือใด ๆ และปฏิเสธการดำเนินคดีกับผู้ที่กระทำรุนแรง

“เหมือนคนไข้ก็จะแบบไม่ค่อยอยากให้อัข้อมูล พอถามสัก ๆ ไป แล้วเหมือนประมาณสุดท้ายก็คือเหมือนโดน เหมือนว่าจะโดนเข้า โดนทำร้ายร่างกาย คุยไปคุยมาถามเรื่องสาเหตุ เขาก็เหมือนอ้อ ๆ อึ้ง ๆ กลัวไม่กล้าบอก คนไข้มีความกลัวว่าถ้าบอกแล้วจะถูกทำร้ายอีก” (คนที่ 4)

“คนส่วนใหญ่ที่ยังอยู่ด้วยทน เพราะว่าพอถูกทำร้ายแล้วคิดว่าเอาเรื่องเอาราว ก็กลัวจะถูกทำร้ายแรงขึ้นกว่าเดิมก็จะทนอยู่” (คนที่ 7)

“ส่วนใหญ่ไม่กล้าบอกเราหรอกว่าโดนตีมา เพราะว่าตีมันตามมากุมถึงเตียง...ไม่กล้าบอก กลัวกลับบ้านแล้วโดนชกใหญ่อีก บางคนหนีมาได้ ต้องรีบรักษา ทำแผล ตามตำราจ ญาติ หรือบ้านพักฉุกเฉินมารับไปก่อน กลัวตามมาตีที่ ร.พ. อีก มีมาแล้ว” (คนที่ 10)

3.3 ขาดรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิด้านกฎหมาย

จากข้อมูลพบว่า สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองและขอรับความช่วยเหลือ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะสตรีเหล่านี้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องของความรุนแรงจากคู่นอนและสิทธิในการปกป้องตนเองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ที่คุ้มครองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอนที่มีกระบวนการ

ไกล่เกลี่ย หรือแม้แต่การคุ้มครองผู้กระทำรุนแรงอีกด้วย

“เขารู้อย่างเดียวว่าผู้กระทำจะถูกจับ แต่เขาไม่รู้หรอกว่าจริง ๆ มันต้องมีการสืบเสาะ เพราะบางทีผู้กระทำไม่เจตนา แต่คือมีปัจจัยอะไรที่ส่งผลให้เขาเกิดบันดาลโทสะ แล้วกลายเป็นว่า ก็คือมีอาการสาหัส แล้วก็เกรงว่าผู้กระทำจะต้องถูกจับ ก็เลยไม่อยากที่จะนัดไกล่เกลี่ย เราอธิบายว่า การแจ้งความมันไม่ได้หมายถึงจับผู้กระทำอย่างเดียว มันก็ต้องไปสืบเสาะด้วย เพราะมันมีกฎหมายคุ้มครองผู้กระทำด้วย” (คนที่ 6)

“เมื่อเกิดความรุนแรงผู้หญิงไม่กล้าลุกขึ้นมาทำอะไร...เขารู้สึกว่าไม่รู้เขาจะทำยังไง...ไม่รู้จะหนีความทุกข์ตรงนี้ยังไง ไม่รู้จะปรึกษาใครไม่รู้จะทำยังไงถึงจะได้ไป ทำให้เขาพันตรงนั้นได้ แล้วก็โดนซ้ำแล้วซ้ำอีก... บางทีบางคนไม่ทราบเลยด้วยซ้ำไปว่าเขากำลังถูกกระทำรุนแรงและเขามีสิทธิตามกฎหมายที่จะขอความช่วยเหลือจากแหล่งไหนได้บ้าง” (คนที่ 8)

การอภิปรายผล

การศึกษาคั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการคัดกรองความความรุนแรงจากคู่นอนสตรี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลล้วนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ให้การคัดกรอง ดูแล และช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคน ถึงแม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี แต่การศึกษาที่เป็นปัจจุบันทั้งในประเทศตะวันตก และแถบเอเชีย ยังคงพบพฤติกรรมการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพยาบาลเกือบครึ่ง (45.8%) ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองหรือให้การดูแลสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงจากคู่นอน (DeBoer et al., 2013) ในประเทศจอร์แดนการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีที่มารับบริการที่แผนกสูตินรีเวช ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าสตรีได้รับการคัดกรองความรุนแรงในอัตราที่ต่ำ เพียงร้อยละ 10.8 (Al-Natour, Gillespie, Felblinger, & Wang, 2014)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงถึงการให้การคัดกรอง ความรุนแรงจากคู่ที่ไม่ครอบคลุม ที่มาจากปัญหาอุปสรรค หลายประการ ได้แก่ ภาระงานที่มาก และไม่มีเวลาเพียงพอ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาหลักในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ ในสตรี (Colarossi, Breitbart, & Betancourt, 2010; DeBoer et al., 2013; Hogarth, Beattie, & Morphet, 2016; Waalen et al., 2000) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Natour et al. (2014) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลชาวเจอร์แดน จำนวน 125 ราย ในเรื่องปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรอง ความรุนแรงจากคู่ พบว่าร้อยละ 39 ของพยาบาลที่คัดกรอง ความรุนแรงจากคู่ ไม่มีเวลาในการคัดกรองอย่างเพียงพอ สำหรับบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ ถูกกระทำความรุนแรงในแต่ละโรงพยาบาลในประเทศไทย มีความแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าบางโรงพยาบาลผู้ดูแล ให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในศูนย์ที่ได้ (One Stop Crisis Center [OSCC]) จะมีนักสังคมสงเคราะห์ ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามหน้าที่ ในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในสตรี ยังคงเป็นหน้าที่ หลักของพยาบาล ขณะเดียวกันพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน เป็นผู้ให้การดูแลเป็นด่านแรกเมื่อสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงมารับบริการ นอกจากอุปสรรคด้านเวลาแล้ว การคัดกรองความรุนแรงจากคู่ในแผนกฉุกเฉินเป็นเพียง การคัดกรองความรุนแรงด้านร่างกายเท่านั้น (Hogarth et al., 2016)

สำหรับปัญหาอุปสรรคในเรื่องผู้คัดกรองขาดทักษะ หรือประสบการณ์ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangchareon et al. (2013) ที่ได้ศึกษา การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ คัดกรอง และช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น โดยมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 ราย ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยเบื้องต้น พบว่าพยาบาลยังขาดทักษะในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเจอร์แดน ที่พบว่าการศึกษาที่พยาบาลไม่ได้คัดกรองความรุนแรงจากคู่ เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองความรุนแรงจากคู่ (Al-Natour, Qandil, & Gillespie, 2016) แม้แต่ประเทศที่เจริญแล้วอย่าง

สหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของ DeBoer et al. (2013) ที่พบว่ามีความยากลำบากกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับการอบรมฝึกฝน ในการคัดกรองความรุนแรง ผลจากการที่พยาบาลไม่ได้ผ่านการอบรม หรือมีประสบการณ์ในการคัดกรองหรือช่วยเหลือ สตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง ทำให้ขาดความมั่นใจในการ ให้การดูแลสตรีกลุ่มนี้

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการขัดต่อความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม สามารถอธิบายได้ว่าในสังคมไทยมีโครงสร้าง ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่ (patriarchy) เป็นตัวส่งเสริม การใช้อำนาจของบุรุษในการกดขี่สตรี ความสัมพันธ์ฉันท์ สามีภรรยาจึงถูกกำหนดบทบาทตามบรรทัดฐานทางสังคม สาเหตุของความรุนแรงที่เกิดกับสตรีจึงเกิดขึ้นจาก ความไม่สมดุลกันระหว่างอำนาจในครอบครัวของบุรุษและ สตรี ซึ่งในครอบครัวที่บุรุษมีอำนาจมากกว่าจะใช้ความรุนแรง กับสตรี ความรุนแรงเกิดขึ้นโดยที่เมื่อใดก็ตามที่สตรีไม่ทำ ตามที่บุรุษต้องการ ถึงแม้ว่าปัญหาความรุนแรงจะเกิดขึ้น แล้ว สตรียังคงทนอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรง ไม่หาทาง ที่จะออกมาจากความรุนแรงเหล่านั้น ทั้งนี้เนื่องจาก บรรทัดฐานทางสังคมได้กำหนดไว้ว่าสตรีไม่ควรเปิดเผย เรื่องราวต่าง ๆ ในครอบครัวให้ใครรู้ ควรที่จะอดทน นอกจากนั้นสตรียังมีความหวาดกลัวที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ผู้อื่นรู้ เนื่องจากกลัวการถูกทำร้ายซ้ำ และมีความรุนแรง มากขึ้นกว่าเดิม (Oweis, Gharaibeh, Al-Natour, & Froelicher, 2008) อุปสรรคในเรื่องการเข้าถึงการช่วยเหลือ หรือคุ้มครองทางกฎหมาย ถึงแม้ประเทศไทยจะมี พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 จะมีแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจนมากกว่า 10 ปี แต่ ยังมีสตรีอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับรู้ถึงสิทธิของตนเอง ซึ่งก็ เป็นอีกปัญหาหนึ่งในการเข้ามาขอรับบริการจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถนำไปอธิบาย ความรุนแรงในรูปแบบอื่นที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนั้นทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้ในวงกว้าง เป็นไป อย่างจำกัด

ข้อเสนอแนะ

การคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรี เป็นหน้าที่ของบุคลากรที่มีสุขภาพทุกคน ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบและเครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอนแล้ว แต่ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญยังคงเป็นเรื่องของการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ในการดำเนินการเรื่องการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนอย่างจริงจัง ดังนั้นผลการศึกษานี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่มีสุขภาพ ให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองความรุนแรงจากคู่นอนสตรีที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานและจัดหรือลดอุปสรรคในการคัดกรอง อันจะนำไปสู่การให้การช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่นอนได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรที่มีสุขภาพในการให้ข้อมูลที่มีค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

- Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Felblinger, D., & Wang, L. L. (2014). Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence. *Violence Against Women, 20*(12), 1473-1488.
- Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: A phenomenological study. *International Nursing Review, 63*(3), 422-428.
- Boonnate, N., & Phaowiriya, H. (2018). Prevention intimate partner violence against women. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 26*(3), 102-111.
- Chepuka, L., Taegtmeier, M., Chorwe-Sungani, G., Mambulasa, J., Chirwa, E., & Tolhurst, R. (2014). Perceptions of the mental health impact of intimate partner violence and health service responses in Malawi. *Global Health Action, 7*, 10.3402/gha.v7.24816. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.24816>
- Colarossi, L., Breitbart, V., & Betancourt, G. (2010). Barriers to screening for intimate partner violence: A mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health, 42*(4), 236-243.
- DeBoer, M., Bsn, R. N., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A., Msn, R. N., & Rohs, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing, 20*(3), 155-160.
- Department of Women's Affairs and Family Development. (2016). *An annual report displaying the number of domestic violence cases for section 17 of Victims of Domestic Violence Protection Act B.E. 2550*. Retrieved from <http://www.violence.in.th/publicweb/pdf/M17/M172559.pdf>. [In Thai]
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine, 10*(5), e1001439. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Hogarth, K. M., Beattie, J., & Morphet, J. (2016). Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal, 19*(2), 75-81.

- Kiely, M., El-Mohandes, A. A. E., El-Khorazaty, M. N., & Gantz, M. G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 115*(2), 273-283.
- Oweis, A., Gharaibeh, M., Al-Natour, A., & Froelicher, E. (2008). Violence against women: Unveiling the suffering of women with a low income in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing, 20*(1), 69-76.
- Ravitch, S. M., & Carl, N. M. (2016). *Qualitative research: Bridging the conceptual, theoretical, and methodological*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sawangchareon, K., Wattananukulkiat, S., Phalarsi, A., Nanakorn, S., Doasodsai, S., Takemoto, H., & Ross, R. (2013). Develop nurses' competency on screening and helping women who had experienced intimate partner violence (IPV). *Journal of Nursing Science & Health, 36*(3), 95-105. [In Thai]
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet, 382*(9895), 859-865. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
- Vranda, M. N., Kumar, C. N., Muralidhar, D., Janardhana, N., & Sivakumar, P. T. (2018). Barriers to disclosure of intimate partner violence among female patients availing services at tertiary care psychiatric hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 9*(3), 326-330. doi:10.4103/jnrp.jnrp_14_18
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 230-237.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=421523F5954DAE5ADECFA32CEE1E3947?sequence=1
- Zhang Y, & Wildemuth B. M. (2009). Qualitative Analysis of Content. In: B. M. Wildemuth, Ed., *Applications of social research methods to questions in information and library science, libraries* (pp. 308-319). Santa Barbara, CA: Greenwood.