

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทย ที่ถูกสามีทำร้าย*

สุนิรัตน์ จันทศรี พย.ม.**

อัจฉราพร สิริบุญวงศ์ พย.ด.***

อติยา พรชัยเกตุ โอวยอง Ph.D (พยาบาล) ****

บทคัดย่อ : การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้ายนี้ พัฒนาจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูชีพ ในปีค.ศ. 2000 ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 3 หลักฐานที่ผ่านการประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานไปใช้ มีทั้งหมด 9 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 8 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 1 ท่าน โปรแกรมเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้สตรีเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา 2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา 3) การประเมินผลการปฏิบัติการ 4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล และ 5) การสิ้นสุดโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ : การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่องร่วมกับการประเมินผล ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์เพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ร่วมกับการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์

วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(4) 19-28

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ สตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย

* สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะความรุนแรงในคู่ครองถือได้ว่าเป็นความรุนแรงในครอบครัวที่พบได้บ่อยครั้งมากที่สุด และเหยื่อที่สำคัญของการกระทำรุนแรงในครอบครัว คือ “ผู้หญิง” หรือ “ภรรยา” โดยที่ผู้กระทำคือสามีนั่นเอง¹ การกระทำรุนแรงต่อภรรยา มีรูปแบบหลากหลาย ตั้งแต่การทำร้ายร่างกาย ต่อย ตะ พุดตีด้วยวัตถุ ทำให้บาดเจ็บหรือแม้กระทั่งฆ่าให้ตาย รวมถึงการบีบคั้นทางจิตใจ การด่าทอข่มขู่ การบีบบังคับทางเศรษฐกิจและสังคม การปฏิเสธที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการดูถูกเหยียดหยาม² องค์การอนามัยโลก³ ได้รวบรวมผลงานวิจัยมากมาย พบว่า 20 – 50% ของสตรีในหลายประเทศทั่วโลก เคยมีประสบการณ์ของการถูกสามีทำร้ายในบางช่วงของชีวิต ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูง อาทิเช่น การศึกษาอัตราความชุกของการทำร้ายสตรีโดยสามีในประเทศเม็กซิโก พบ 27 – 40% ประเทศไนจีเรีย พบ 31.4% ส่วนประเทศในแถบเอเชีย พบอัตราความชุกของความรุนแรงในครอบครัวชาวจีนที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง 14%⁴ ในประเทศญี่ปุ่นพบถึง 58.7%⁵ นอกจากนี้ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนเกาหลี พบ 37.5%³ ส่วนในประเทศไทย พบว่า 20% ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสามีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เคยมีประวัติของการทำร้ายภรรยาด้วยการตบ ตี หรือการตะคอกอย่างน้อย 1 ครั้งของชีวิตสมรส⁶ และจากการสรุปผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย พบว่าคู่สมรสร้อยละ 24 มีการทะเลาะวิวาทกันจนเกิดการทำร้ายร่างกายตามมา⁷ แต่อัตราการทำร้ายที่พบในปัจจุบันเชื่อได้ว่ายังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะเหตุการณ์ทำร้ายคู่สมรสอาจมีอีกมากที่ไม่ได้มีการ

บันทึกหรือรายงานไว้ ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมของครอบครัวไทยได้สะท้อนความคิดและความเชื่อว่าการทะเลาะวิวาทหรือการทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันระหว่างคู่สมรสเป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องภายในครอบครัวที่สมาชิกควรดำเนินการแก้ไขเอง และยังมีความคิดว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องเสื่อมเสียของครอบครัวที่ไม่ควรให้ผู้อื่นได้รับรู้หรือรับทราบด้วย ทำให้เหตุการณ์การทำร้ายคู่สมรสเหล่านี้ไม่เปิดเผยออกไปสู่สังคมภายนอก จึงเป็นไปได้ว่าอัตราการทำร้ายคู่สมรสที่ปรากฏยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก⁸

การที่ภรรยาถูกสามีทำร้าย ก่อให้เกิดผลกระทบตอสตรี ทางด้านร่างกายสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือ มีบาดแผลฟกช้ำ กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน สูญเสียการได้ยิน มีความพิการ และอาจเสียชีวิตได้⁹ ทางด้านจิตใจ รู้สึกเสียใจ ปวดร้าว หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หมดอาลัยในชีวิต ซึมเศร้า สิ้นหวัง¹⁰ จากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของบาร์เน็ต¹¹ พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 60 และร้อยละ 50 ของสตรีที่พยายามฆ่าตัวตาย มีสาเหตุมาจากการถูกสามีทำร้าย¹² นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) ความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic stress disorder) และความมีคุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) ทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง¹³ ทางด้านครอบครัว ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้เพราะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวถูกทำลาย ไม่สงบสุข ห่างเหิน ขาดความรัก ความเข้าใจในครอบครัว กลายเป็นครอบครัวแตกแยก ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของลูกทั้งทางด้านสุขภาพ

กายใจ และระยะต่างๆ ของพัฒนาการ¹⁴ ทางด้านสังคม และประเทศชาติ นำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต

จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย พบว่าผู้ดูแลยังไม่มีรูปแบบในการให้บริการที่ครอบคลุมตามความต้องการของสตรีแต่ละราย สตรีเหล่านี้จะได้รับการพูดคุย เป็นการประคับประคองจิตใจเท่านั้นซึ่งไม่เพียงพอ ทำให้สตรีเหล่านี้มีโอกาสกลับไปถูกทำร้ายซ้ำได้ เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และครอบครัว จากการทบทวนรูปแบบการบำบัดสตรีที่ถูกสามีทำร้ายในต่างประเทศ พบว่ามี 2 รูปแบบ ได้แก่ cognitive trauma therapy และ advocacy program ซึ่งการบำบัดด้วย cognitive trauma therapy มีข้อจำกัดว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมจะต้องมีภาวะ posttraumatic stress disorder และต้องการเลิกกับสามีอย่างเด็ดขาด ส่วน advocacy program เป็นโปรแกรมที่ให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย โดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของสตรีแต่ละรายโดยสตรีเหล่านี้อาจกลับหรือไม่กลับไปอยู่กับสามีก็ได้ และในประเทศไทยยังไม่มี การนำโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้ายมาใช้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่สอดคล้องกับปัญหา และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย เพื่อส่งเสริมให้สตรีเหล่านี้มีแนวทางในดูแลตนเอง และหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล เป็นการลดการถูกทำร้ายซ้ำ ลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย

การดำเนินการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้ศึกษาเลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุด¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) และจากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered)

1. ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน สตรีที่ถูกสามีทำร้ายยังได้รับการช่วยเหลือไม่ตรงกับความต้องการของสตรีแต่ละราย ทำให้สตรีเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปถูกทำร้ายซ้ำได้ และอาจเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อตัวสตรีที่ถูกสามีทำร้าย และครอบครัว

2. จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered) จากการทบทวนงานวิจัย ร่วมกับการศึกษาตำราและบทความทางวิชาการต่างๆ พบว่าโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิ (advocacy program) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคม

ที่ได้ผลดี สามารถลดการถูกทำร้ายซ้ำ อาการซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยเน้นการส่งเสริมให้สตรีที่ถูกสามีทำร้าย มีแนวทางในการดูแลตนเองต่อไปได้ ดังนั้นการพิทักษ์สิทธิจึงเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือสตรีในการยุติความรุนแรงตั้งแต่เริ่มต้น และช่วยปกป้องสตรีเหล่านี้จากการถูกทำร้ายซ้ำ ลักษณะเฉพาะของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้าย ประกอบด้วย การช่วยเหลือเฉพาะแบบองค์รวมเป็นรายบุคคล

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

การกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1. เป็นงานในรูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial)

2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1991-2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้ศึกษาทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.joannabriggs.edu.au, www.cochrane.org, CINAHL, Blackwell synergy, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Ovid รวมถึงการสืบค้นด้วยมือและจากเอกสารอ้างอิง

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น มีดังนี้ battered women, abusive partners, women with abusive partners, advocacy intervention program, advocacy program, advocacy intervention, re-abuse, depressive symptoms, quality of life หลักฐานที่ได้จากการสืบค้นทั้งหมด 14 เรื่อง ผ่านการประเมินคุณภาพ

ระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานไปใช้ในหน่วยงาน โดยการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของสายพิณเกษมกิจวัฒนา¹⁶ การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของมิวนิกและไพน์เฮาท์¹⁷ ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค¹⁸

ผลการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง และการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 8 เรื่อง นำมาประเมิน วิเคราะห์คุณภาพ สังเคราะห์และสกัดเนื้อหาที่สำคัญ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลสตรีที่ถูกสามีทำร้าย 1 ท่าน จากนั้นได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้ายดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย

1. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม¹⁹⁻²⁷

- 1.1 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายซึ่งเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

- 1.2 สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาศัยอยู่ในบริเวณที่สามารถติดตามได้อย่างน้อย 3 เดือน

2. คุณสมบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (ผู้พิทักษ์สิทธิ)¹⁹⁻²⁷

เป็นผู้หญิง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ผ่านการอบรมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับความรุนแรง

ในสตรี แนวคิดการบริการแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based services) กลยุทธ์ในการประเมินความต้องการและความเข้มแข็งของสตรี การฝึกทักษะการเห็นอกเห็นใจ และการฟังอย่างตั้งใจ สามารถเข้าถึงและนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนมาใช้ รวมถึงสามารถจัดการกับสถานการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

3. โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย¹⁹⁻²⁷

โปรแกรมเน้นที่ความเข้มแข็งของสตรี ไม่เน้นที่ความบกพร่องของครอบครัว ดำเนินการช่วยเหลือในประเด็นที่สตรีระบุว่ามีความสำคัญสำหรับเธอ เน้นการทำให้ชุมชนตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นของสตรีที่มากขึ้นกว่าเดิม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวในระยะยาวในระดับสูงสุด ภายใต้ความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ และถ่ายทอดทักษะและความรู้ให้แก่สตรีก่อนจะยุติการช่วยเหลือ

3.1 บทบาทของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ผู้ใช้แนวปฏิบัติให้การดูแล ช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายเป็นรายบุคคล โดยอธิบายขั้นตอนของโปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายอย่างละเอียดก่อนนำเข้าโปรแกรม ใช้โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิแก่สตรีที่ถูกสามีทำร้ายตามลำดับขั้นตอนที่กำหนด หลังจากนั้นมีการติดตาม และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3.2 ระยะเวลาที่ใช้

โปรแกรมการพิทักษ์สิทธิในสตรีที่ถูกสามีทำร้าย จะใช้เวลา 10 สัปดาห์ ๆ ละ 4-6 ชั่วโมง

3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

- 1) การประเมินปัญหา (Assessment)

การประเมินปัญหา ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม

เกี่ยวกับความต้องการและเป้าหมายของสตรี บุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรี เช่น ครอบครัว เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในชุมชน และสภาพแวดล้อมของสตรี พบว่าความต้องการการช่วยเหลือของสตรีส่วนใหญ่ มี 11 ด้าน ได้แก่

1. บ้านพักชั่วคราว
2. ของใช้จำเป็น
3. การศึกษา เช่น การกลับเข้ารับการศึกษาต่อ หรือการศึกษาเกี่ยวกับธุรกิจการค้า
4. อาชีพ
5. ภาวะสุขภาพกายและจิต
6. การดูแลบุตร เช่น ต้องการคนช่วยดูแลเด็ก
7. การเดินทาง
8. แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การคบเพื่อนใหม่ การเข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
9. การช่วยเหลือทางกฎหมาย เช่น การขอคำแนะนำต่างๆ ทางด้านกฎหมาย
10. การช่วยเหลือทางการเงิน
11. ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุตร เช่น การหาครูพิเศษ การให้คำปรึกษา การจัดหาที่พัก

หลังจากทราบความต้องการของสตรีแล้ว ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรี กำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองตามความต้องการของสตรีแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายนั้นเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวในระยะยาว และจะต้องเห็นผลภายใน 10 สัปดาห์ข้างหน้า

2) การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา (Implementation)

เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายที่ระบุไว้ในระยะแรก ผู้พิทักษ์สิทธิ และสตรีดำเนินการ โดยระดมสมองเพื่อค้นหาทรัพยากร

ที่มีอยู่ในชุมชน ระบุความยากลำบากในการได้มาซึ่งทรัพยากรนั้น วางแผนว่าจะเข้าถึงแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรในชุมชนนั้นได้อย่างไร และจัดหาหรือประสานทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์ การเขียนหนังสือขอความอนุเคราะห์ การค้นหาข้อมูลที่ต้องการจากหนังสือพิมพ์ การติดต่อเป็นการส่วนตัว การติดต่อองค์กรในชุมชน หรือใช้วิธีการอื่นๆ โดยหาทางทำอย่างไรก็ตามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก

ในระยะนี้ เน้นการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ เช่น การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การกลับไปเรียนหนังสือหรือการย้ายโรงเรียนใหม่ เป็นต้น

3) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติการ (Monitoring)

ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้าย ร่วมกันประเมินว่าโปรแกรมที่ทำได้ผลสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ ความต้องการของสตรีส่วนใหญ่มีหลายด้าน ความต้องการบางด้านอาจบรรลุผลสำเร็จตามความต้องการแล้ว แต่อาจมีบางด้านที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการ ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 ต่อไป

4) การปรับปรุงการปฏิบัติการที่ยังไม่บรรลุผล (Secondary implementation)

ถ้าเป้าหมายที่ต้องการไม่ประสบความสำเร็จ กลับมาเริ่มต้นที่ระยะที่ 1 ใหม่ เพื่อประเมินความต้องการและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่

5) การสิ้นสุดโปรแกรม (Termination)

ผู้พิทักษ์สิทธิจะค่อยๆ ลดบทบาทของตัวเองลงในสัปดาห์ที่ 7 ของโปรแกรม ซึ่งมีระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยการกระตุ้นให้สตรีที่ถูกสามีทำร้ายใช้ทักษะและความรู้ที่เรียนรู้มา ให้เข้มแข็งมากขึ้น และให้ความมั่นใจว่าสตรีเหล่านี้สามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนได้ด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น การให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ การให้เบอร์โทรศัพท์ของแหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เป็นต้น

ในกระบวนการของโปรแกรมแต่ละระยะ อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือคาบเกี่ยวกันได้ เช่น ผู้พิทักษ์สิทธิและสตรีที่ถูกสามีทำร้ายอาจร่วมกันแก้ปัญหาหนึ่ง ขณะที่เริ่มแก้ไขปัญหานี้อีกไปด้วย

ในระหว่างการดำเนินโปรแกรม กรณีที่สตรีถูกทำร้ายซ้ำ จนได้รับบาดเจ็บทางร่างกายรุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากจนไม่สามารถดำเนินโปรแกรมต่อไปได้ สามารถหยุดโปรแกรมและจะได้รับการส่งปรึกษาภาวะสุขภาพจิตกับจิตแพทย์ต่อไป

3.4 เกณฑ์การประเมินผล

- การถูกทำร้ายลดลง โดยใช้แบบวัด Conflict Tactics Scale ฉบับปรับปรุงใหม่ (Strauss, 1979) เพื่อสอบถามประสบการณ์จากการถูกกระทำรุนแรงทางกายและทางด้านจิตใจ

- อาการซึมเศร้าลดลง โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) ของ วิลเลียม คูเปอร์ตันริดจ์คูล และ พนม เกตุมาน²⁸

- คุณภาพชีวิตของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายดีขึ้น โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุติย่อ ฉบับภาษาไทย ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล²⁹

- ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการ มากกว่าร้อยละ 85

- พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่ได้มีการศึกษานำร่อง (pilot study) ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้สนใจจะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ ดังนี้

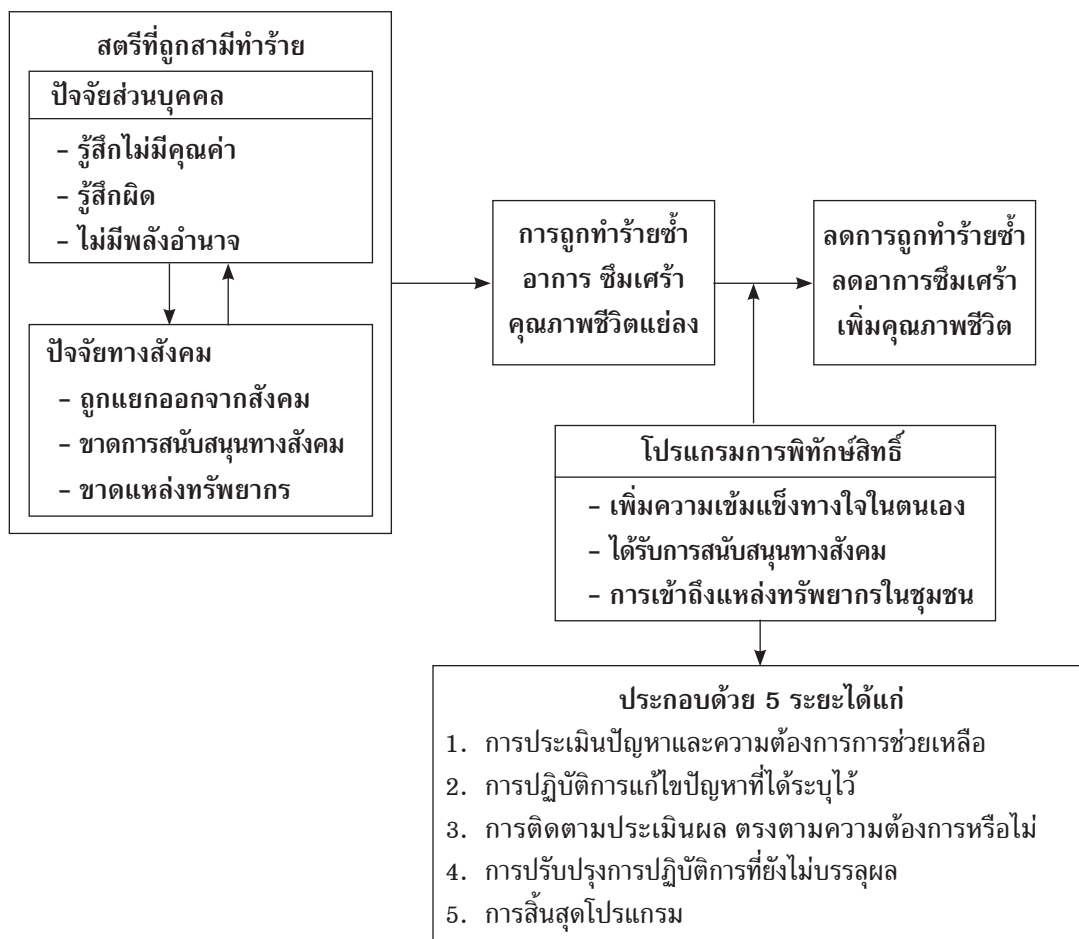
1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (Try out) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน ก่อนนำไปใช้จริง

2. ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

3. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น คืออาการซึมเศร้าที่ลดลง ความพึงพอใจของสตรีที่มารับบริการและ

ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือการถูกทำร้ายซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองของสตรีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชนตามความต้องการ และผลลัพธ์ในระยะยาว คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้ และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น



แผนภูมิที่ 1 : แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการพิทักษ์สิทธิ์ของสตรีไทยที่ถูกสามีทำร้าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล พญ. วาสนา พัฒนกำจร นางวรภัทร แสงแก้ว นางบุญพลอย ตูลาพันธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคำแนะนำในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ รวมถึงกรมสุขภาพจิต ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โชติมา กาญจนกุล และคันสนีย์ เรืองสอน. การทำร้ายร่างกายภรรยา:อาชญากรรมเงียบ ภายใต้หลังคาบ้าน. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจเนเดอร์เพรส; 2542.
2. กฤตยา อาชวนิชกุล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง ผู้หญิงกับสุขภาพ ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนเส้นทางชีวิตผู้หญิง. วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเอส ดี อเวนิว.
3. World Health Organization. **Prevalence of Physical Violence Against Women**. Available at www5.who.int/violence_injury_prevention/. 2002.
4. Tang CS. Prevalence of Spouse Abuse in Hong Kong. **J Fam Violence** 1994;9:347-56.
5. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, Sexual, and Emotional Abuse by Male Intimates: Experiences of Women in Japan. **Violence and Victims** 1994 ; 9 : 63-77.
6. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society:An Integrated Theoretical Approach. **J Marriage and Family** 1994;56(February): 131-46.

7. ภัสสร ลิมานนท์ และคนอื่นๆ. สรุปลผลวิจัยเบื้องต้นโครงการศึกษาครอบครัวไทย (General Family Survey). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
8. อัจฉรา สกุนตนิยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายคู่สมรส. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
9. Bachman G. Domestic violence. In C.A. Johnson BE, Johnson JL, Murray BS. Apgar (Eds.). **Women's health care handbook**. St Louis: C. V. Mosby; 1996.
10. กมลพร แพทย์ชีพ. ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความก้าวร้าว: กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
11. Barnett OW. Why battered women do not leave, part I: External inhibiting factors within society. **Trauma, Violence, and Abuse** 2000; 1:343-72.
12. Fischbach RL, Herbert B. Domestic Violence and Mental Health:Correlates and Conundrums within and Across Cultures. **Soc Science Med** 1997; 45: 1161-76.
13. Sripichyakan K. **Dealing with wife abuse: A study from the women's perspectives in thailand**. Unpublished PhD dissertation, School of Nursing, University of Washington; 1999.
14. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี. นโยบายและแผนจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี. เอกสารอัดโรเนียว; 2543.
15. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. **Nurs Clin North Am** 2000; 35(2) : 301-9.
16. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล. ใน การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2550.

17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-base practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
18. Polit F, Beck CT. **Nursing research: principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
19. Allen NE, Bybee DI, Sullivan CM. Battered Women's Multitude of Needs: Evidence Supporting the Need For Comprehensive Advocacy. **Violence Against Women** 2004; 10(9): 1015-35.
20. Bybee DI, Sullivan CM. The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. **Am J Psychol** 2002; 30(1): 103-32.
21. Bybee DI, Sullivan CM. Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. **Am J Psychol** 2005; 36(1/2) : 85-96.
22. MacMillan HL, Wathen CN. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. **Preventive and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations**. CTFPHC Technical Report: 2001.
23. Sullivan CM, Davidson WS. Brief Report: The provision of advocacy services to women leaving abusive partners: An examination of short-term effects. **Am J Psychol** 1991; 19(6): 953-60.
24. Sullivan CM, Tan C, Basta J, Rumptz M, Davidson WS. An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. **Am J Psychol** 1992; 20(3): 309-32.
25. Sullivan CM, Campbell R, Angelique H, Eby KK, Davidson WS. An Advocacy Intervention Program for Women with Abusive Partners: Six-Month follow-Up. **Am J Psychol** 1994; 22(1): 101-22.
26. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing Violence Using Community-Based Advocacy for Women with Abusive Partners. **J Consult Clin Psychol** 1999; 67(1): 43-53.
27. Sullivan CM. Using the ESID Model to Reduce Intimate Male Violence Against Women. **Am J Psychol** 2003; 32(3/4): 295-303.
28. วิไล คุปต์นริตติยกุล และพนม เกตุมาน. การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. **สารศิริราช**. 2540; 49(5), 442-8.
29. สวัสดิ์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. **แบบประเมินทางสุขภาพจิต**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline Using an Advocacy Program in Thai Battered Women*

Suneerat Junsri M.N.S**

Acharaporn Seeherunwong D.N.S***

Atittaya Pornchaikate-AeuYong Ph.D. (Nursing)****

Abstract : This clinical nursing practice guideline (CNPG) using an advocacy program to in Thai Battered Women was established by using evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000). Strategies for developing CNPG according to this model were 4 phases as follow : Evidence triggered phase, Evidence supported phase, Evidence observed phase, and Evidence-based phase. This study was only conducted to the third phase of EBP model. Evaluation of research quality, scientific merit, and feasibility of research results implementation was performed. From 9 evidence based, there were 1 systematic review and 8 randomized controlled trials. The summary of findings from those evidence-based studies was used to establish CNPG using an advocacy program to reduce re-abused, depressive symptoms, and improve quality of life in battered women. The validation of this CNPG was verified by 3 experts; 1 social worker, 1 professional nurse, and 1 expert nurse instructor in caring for battered women. The advocacy program focuses on resilience in women, increase social support and obtaining resources. It takes 5 stages as follows : 1) Assessment, 2) Implementation, 3) Monitoring, 4) Secondary implementation, and 5) Termination.

The recommendations for nursing practice were mentioned. The CNPG should include a pilot study in order to evaluate the process and outcomes of this CNPG. The application into practice should be integrated in continuous quality improvement and using outcome research.

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(4) 19-28

Keywords : Clinical nursing practice guideline, Advocacy program, Thai battered women

* Thematic Paper the Degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing), Mahidol University

** Registered Nurse, Ratchaburi Hospital

*** Associate Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

**** Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University