

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบ (descriptive, comparative, and correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติระหว่างแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติระหว่างแพทย์และพยาบาลเพศหญิง-เพศชาย ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง และศึกษาอิทธิพลในการร่วมทำนายของความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศ ต่อการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ที่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดจันทบุรีที่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว จำนวน 125 คน ซึ่งกำหนดโดยใช้ Power analysis (Polit, 1996) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากจำนวนแพทย์และพยาบาลทั้งหมด 228 คน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2545 ถึง 15 สิงหาคม 2545

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทางประชากรของแพทย์และพยาบาล แบบสอบถามความรู้ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แบบสอบถามทัศนคติของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แบบสอบถามการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามความรู้ มีค่าความยากง่ายของคะแนนแต่ละข้อคำถามตั้งแต่ .27 ถึง .92 มีค่าอำนาจจำแนกของคะแนนแต่ละข้อคำถามตั้งแต่ .51 ถึง .56 และ

มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .60 แบบสอบถามทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ของคะแนนแต่ละข้อคำถามกับคะแนนข้อคำถามทั้งหมดตั้งแต่ .81 ถึง .83 และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .83 แบบสอบถามการปฏิบัติมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ของคะแนนแต่ละข้อคำถามกับคะแนนข้อคำถามทั้งหมดตั้งแต่ .67 ถึง .70 และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .70 รายละเอียดดังในภาคผนวก ก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ช่วยดำเนินการแจกและรวบรวมแบบสอบถาม จำนวนแบบสอบถามที่แจกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ทั้งหมด 125 ฉบับ ได้รับคืน 125 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100 ใช้เวลาในการรวบรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 10.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย วิเคราะห์ความแปรปรวน (One – way ANOVA) t-test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression)

#### ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแพทย์และพยาบาลทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 125 คน เป็นแพทย์ 20 คน พยาบาลวิชาชีพ 90 คน พยาบาลเทคนิค 15 คน โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเพศหญิงมี 107 คน และเพศชายมีเพียง 18 คน มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี เฉลี่ย 31.74 ปี มีสถานภาพสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 51.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 82.4) และมีประสบการณ์การทำงาน 1 – 5 ปี (ร้อยละ 31.2)
2. ประสิทธิภาพการได้รับความรู้และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว มีทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางตรงนั้น แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 80) อีกร้อยละ 20 มีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว และในส่วนนี้ส่วนใหญ่มีเรียน 1 – 10 ชั่วโมง ส่วนการเข้ารับการอบรม ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 90.4 และในส่วนนี้เคยเข้ารับการอบรม 1 ครั้ง (ร้อยละ 8) และพบว่า แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.4) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารทางอ้อม พบว่า แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารน้อย (ร้อยละ 80.8) ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารทางหนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 88.8 และร้อยละ 88 ตามลำดับ

3. ประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรง เป็นผู้กระทำรุนแรง และการดูแลรักษาบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ความถี่ของการดูแลรักษาบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ของแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.2) พบนาน ๆ ครั้ง ประมาณ 2-3 ครั้ง / เดือน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.2) ไม่เคยเป็นผู้กระทำรุนแรง ส่วนใหญ่ผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงมักเป็นบุตร ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.8) ไม่เคยมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงในชีวิต มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3.2) ที่เคยมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรง และผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ) เป็นบิดา และมารดา ตามลำดับ และหลังจากที่ถูกกระทำรุนแรงแล้วผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100) ไม่ได้ทำอะไร เช่น การขอความช่วยเหลือ การแจ้งเจ้าหน้าที่ ตำรวจ เป็นต้น เนื่องจากผู้กระทำรุนแรงในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา และคิดว่าเป็นเรื่องของการทำโทษในครอบครัว

4. ความรู้ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับน้อย และระดับมาก (ร้อยละ 20, 10 ตามลำดับ) ( $\bar{X} = 10.8$ ,  $SD = 2.09$ ) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับน้อย และระดับมาก (ร้อยละ 28.9, 23.3 ตามลำดับ) ( $\bar{X} = 10.78$ ,  $SD = 2.27$ ) พยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวระดับมาก และปานกลาง (ร้อยละ 40) และส่วนน้อยมีความรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 20) ( $\bar{X} = 10.8$ ,  $SD = 2.27$ )

5. ทักษะของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวก (ร้อยละ 85) รองลงมา มีทัศนคติปานกลาง (ร้อยละ 15.0) ( $\bar{X} = 99.4$ ,  $SD = 12.6$ ) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวก (ร้อยละ 78.9) รองลงมาคือมีทัศนคติปานกลาง (ร้อยละ 21.1) ( $\bar{X} = 98.51$ ,  $SD = 8.04$ ) พยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวก (ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือมีทัศนคติปานกลาง (ร้อยละ 26.7) ( $\bar{X} = 96.33$ ,  $SD = 13.9$ ) ตามลำดับ

6. การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับสูง (ร้อยละ 50) รองลงมาคือมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง และต่ำ (ร้อยละ 45 และ 5 ตามลำดับ) ( $\bar{X} = 14$ ,  $SD = 3.81$ ) พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติใน

การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.9) รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับสูง และต่ำ (ร้อยละ 36.7 และ 4.4 ตามลำดับ) ( $\bar{X} = 13.56$ ,  $SD = 3.08$ ) พยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.3) รองลงมา มีการปฏิบัติในระดับสูง (ร้อยละ 2.7) ( $\bar{X} = 13.60$ ,  $SD = 2.67$ ) ตามลำดับ

7. ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศ มีอิทธิพลในการร่วมทำนุการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรีในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 15.1 ( $P - \text{value} < .001$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยแต่ละตัวพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนุการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรีในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  คือ ทักษะ

## อภิปรายผล

การศึกษาความรู้ และทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 มีความรู้ระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เกือบครึ่งมีความรู้ระดับปานกลาง และพยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่ 2 ใน 5 มีความรู้ระดับมากและปานกลาง จะเห็นได้ว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความรู้มาก และส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ ดัชนีพิสุทธ์ (2538) ที่พบว่า ครูผู้สอนในระดับก่อนประถมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีทัศนคติดีต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในเด็กมากกว่าครูที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีและครูที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี อาจเนื่องจากการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่มีมานานก็จริง แต่ไม่ได้รับความใส่ใจจากสังคมเท่าใดนักในการที่จะแก้ไข ทั้ง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของสถาบันครอบครัว รวมทั้งสุขภาพของผู้ถูกกระทำด้วย ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง และจะเห็นได้ว่าไม่มีการบรรจุความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องการกระทำรุนแรงในครอบครัวในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และพยาบาล ถึงแม้จะมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 5 ที่ตอบว่ามีการเรียนเนื้อหาในหลักสูตรการเรียนการสอนที่ผ่านมาก็ตาม แต่เป็นเรื่องที่แทรกอยู่ในวิชาต่าง ๆ เช่น จิตเวชศาสตร์ ซึ่งเรียนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่ถูกข่มขืน หรือ วิชาศัลยศาสตร์

เรียนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่ ได้รับบาดเจ็บทั่ว ๆ ไป หรือวิชานามัยชุมชน ซึ่งเรียนเกี่ยวกับ ปัญหาทั่ว ๆ ไปของครอบครัว แต่ไม่ได้เน้นถึงปัญหาของการกระทำรุนแรงในครอบครัว การที่ แพทย์และพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาและการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวดี ย่อมมีความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวเพียงพอที่จะคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินปัญหา และให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถรับรู้ ข้อดี – ข้อเสียของการ ถูกกระทำรุนแรง ก็จะมีทัศนคติในทางบวก เช่นเดียวกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) พบว่า แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิง แตกต่างกัน โดยแพทย์มีความรู้มากกว่าพยาบาลเทคนิค

แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในเรื่องนี้ใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 5 ไม่มีการบรรจุ เนื้อหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในหลักสูตรที่ได้เรียนผ่านมา อีกทั้ง โอกาสในการได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ก็เพียง 1 ใน 10 เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามความรู้ เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวก็ยังเป็นสิ่งสำคัญที่เราไม่ควรมองข้ามไป แม้ผลการวิจัยจะ ออกมาว่า แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ก็เป็นหน้าที่ที่เราทุกคน ต้องใส่ใจเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องนี้ เนื่องจากในการปฏิบัติงานต้องพบเจอผู้ถูกกระทำรุนแรงเหล่านี้ บ่อย ๆ สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวมาใช้ในการให้บริการกับผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการให้คำแนะนำปรึกษา นอกจากนี้ ยังสามารถนำไปใช้กับตนเองได้ต่อไป

2. ทัศนคติของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง แพทย์ส่วนใหญ่กว่า 4 ใน 5 มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทาง บวก พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เกือบ 4 ใน 5 มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว ในทางบวก และพยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 มีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรง ในครอบครัวในทางบวก จะเห็นได้ว่าเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการที่แพทย์และพยาบาลใน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีโอกาสดูแลผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ก็ย่อมมีพฤติกรรมหรือ การปฏิบัติที่ดีโดยมีรากฐานมาจากทัศนคติที่มีอยู่ เนื่องจากทัศนคติเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเรียนรู้ ประสบการณ์กับบุคคลหรือสถานการณ์ ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และจากสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ดังที่โรคีส (Rokeach, 1970) กล่าวว่า ความรู้สึก ความเชื่อ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และจากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) พบว่า แพทย์และพยาบาลที่มีความรู้แตกต่างกันมี

ทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงแตกต่างกัน โดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้มาก จะมีทัศนคติในทางบวกมากกว่าแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้น้อยและปานกลาง และการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) พบว่า ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการกำหนดทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโบกุนวิคซ์ และโคเปิล (Bokuniewicz & Copel, 1992) เป็นการศึกษาสำรวจถึงการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ได้มีการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่า กว่า 3 ใน 5 ของพยาบาลไม่เคยมีความรู้ เกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมาก่อน และหลังจากให้โปรแกรมความรู้พบว่า ทัศนคติ มีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวก อยู่ในที่มีค่านิยม ความเชื่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมคล้ายกัน และจากทฤษฎีที่ว่า ความรู้มีผลต่อทัศนคติ และประกอบกับกลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับความรู้ในเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อความรู้ไม่แตกต่างทัศนคติจึงไม่แตกต่างด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่ถูกระทำรุนแรงให้มีความรู้มากขึ้นแล้วทัศนคติที่ดีก็จะตามมา

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แพทย์และพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน เป็นต้น จึงทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวไม่ต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของโรส และซอนด์เดอร์ (Rose & Saunders, 1986 cite in Tilden, 1989) ที่ศึกษาทัศนคติของแพทย์และพยาบาลเพศชายและเพศหญิงเกี่ยวกับผู้หญิงและภรรยาที่ถูกทุพตีพบว่า เพศทำให้แพทย์และพยาบาลมีทัศนคติที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของแคน และคณะ (Cann et al., 2001) พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวกดีกว่าบุคลากรที่มีสุขภาพเพศชาย และการศึกษาของพาร์สัน และคณะ (Parson et al., 1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการค้นหาสาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการศึกษาของโรเบิร์ต และคณะ (Robert et al., 1997) พบว่า จากการสำรวจทัศนคติเบื้องต้นก่อนให้โปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์และพยาบาลฉุกเฉินของฮอัสเตอร์เลียมมีทัศนคติต่อเรื่องการกระทำรุนแรงในทางบวก โดยหลังจากที่แพทย์และพยาบาลได้รับโปรแกรม

การศึกษา ถ้าแยกตามกลุ่มพบว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเปลี่ยนแปลงคือ พยาบาลและกลุ่มแพทย์ผู้ชาย กับพยาบาลผู้ชายรวมกัน แต่แพทย์ผู้หญิงมีทัศนคติในทางบวกลดลง

4. การปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแพทย์ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่งมีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับสูง พยาบาลส่วนใหญ่กว่าครึ่งมีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับปานกลาง และพยาบาลเทคนิคส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 มีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับปานกลาง จากการศึกษาของซัคค์ และคณะ (Sugg et al., 1999) พบว่า ในการปฏิบัติงานมีกลุ่มตัวอย่างถึง 2 ใน 5 จะไม่ค่อยได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และ 1 ใน 4 เชื่อว่าการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว ต้องมีร่องรอยหรือลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นชัดเจนจึงจะทำการซักประวัติ และกว่า 1 ใน 4 เชื่อว่าพวกเขาไม่มีวิธีที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง มีเพียง 1 ใน 10 เท่านั้นที่เชื่อว่าพวกเขาสามารถจัดการกับเรื่องนี้ได้ และในปีที่ผ่านมากว่า 3 ใน 4 ไม่สนใจความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้เลย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน อีกทั้งในหน่วยงานยังไม่มีระเบียบในการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน และจากแนวคิดทฤษฎีของโรเซนเบิร์ก และฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) กล่าวว่า ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของทัศนคติ ทัศนคติเป็นความคิดที่มีความรู้สึกแฝงอยู่ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระทำต่อสิ่งหนึ่งในสถานการณ์นั้นๆ มี 3 องค์ประกอบคือ ความรู้หรือความคิด (cognitive) ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งความรู้และความรู้สึกเป็นสิ่งที่จูงใจให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อความรู้ และทัศนคติไม่ต่างกัน การปฏิบัติจึงไม่ต่างกันด้วย

5. จากการศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรู้ ทัศนคติ มีค่านิยม ความเชื่อ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน จึงทำให้การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงใน ครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของแคน และคณะ (Cann et al., 2001) พบว่า บุคลากรที่มสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวกดีกว่าบุคลากร

ที่มีสุขภาพเพศชาย และการศึกษาของโรเบิร์ต และคณะ (Robert et al., 1997) พบว่า จากการสำรวจทัศนคติเบื้องต้นก่อนที่จะให้โปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์และพยาบาลฉุกเฉินของฮอสเตอร์เลียม์มีทัศนคติต่อเรื่องการกระทำรุนแรงในทางบวก โดยหลังจากที่แพทย์และพยาบาลได้รับโปรแกรมการศึกษา ถ้าแยกตามกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีทัศนคติเปลี่ยนแปลงคือ พยาบาลและกลุ่มแพทย์ผู้ชายกับพยาบาลผู้ชายรวมกัน แต่แพทย์ผู้หญิงมีทัศนคติในทางบวกลดลง

6. ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศ มีอิทธิพลในการร่วมทำนายนการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง อาจเนื่องจากทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพร้อม นั่นคือ มีการเรียนรู้เรียบร้อยแล้ว โดยทัศนคติจะเริ่มเกิดขึ้นในขั้นการตอบสนอง หรือ เกิดเป็นความรู้สึก และค่านิยม และสิ้นสุดเมื่อบุคคลสร้างมโนคติของค่านิยม แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ สนับสนุนโดยการศึกษาของซัคค์ และคณะ (Sugg et al., 1999) พบว่า ทัศนคติและความเชื่อของบุคลากรทางสาธารณสุข มีผลต่อการวินิจฉัยและการให้การดูแลรักษาแก่ถูกกระทำรุนแรง และจากการศึกษาของแคน และคณะ (Cann et al., 2001) พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวกดีกว่าบุคลากรที่มีสุขภาพเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของพาร์สัน และคณะ (Parson et al., 1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ ทัศนคติต่อการค้นหาสาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัว และจากการศึกษาของโรเบิร์ต และคณะ (Robert et al., 1997) พบว่า การสำรวจทัศนคติเบื้องต้นก่อนที่จะให้โปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์และพยาบาลฉุกเฉินของฮอสเตอร์เลียม์มีทัศนคติต่อเรื่องการกระทำรุนแรงในทางบวก หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการศึกษา ถ้าแยกตามกลุ่มพบว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ พยาบาลและกลุ่มแพทย์ผู้ชายกับพยาบาลผู้ชายรวมกัน แต่แพทย์ผู้หญิงมีทัศนคติในทางบวกลดลง เช่นเดียวกับมัวร์ (Moore, et al., 1998) ที่พบว่า พยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางจะสามารถประเมินเกี่ยวกับการถูกทำร้ายในผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ และสามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้มากกว่าพยาบาลที่ไม่มีความรู้

จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายแต่ละตัวพบว่า ทัศนคติเป็นตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายนการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้เป็นไปในทางบวก เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลจากการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับทฤษฎีของฟิชบายน์ และไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมที่จะกระทำเป็นผลที่เกิดจากแรงกระตุ้นของทัศนคติ มีแนวโน้มที่จะกระทำในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังทัศนคติ และแนวคิดทฤษฎีของโรเซ็นเบิร์ก และฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) กล่าวว่า ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของทัศนคติ ทัศนคติเป็นความคิดที่มีความรู้สึกแฝงอยู่ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระทำต่อสิ่งหนึ่งในสถานการณ์นั้น ๆ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้หรือความคิด (cognitive) ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งความรู้และความรู้สึกเป็นสิ่งที่สูงใจให้เกิดพฤติกรรม ส่วนแนวความคิดเกี่ยวกับเพศ (บุพผา ศิริวิทย์, และคณะ, ม.ป.ป.; สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2544) อธิบายว่า คนไทยไม่แยกความเป็นเพศทางวัฒนธรรมออกจากความเป็นเพศทางสรีระ แต่ใช้ความแตกต่างทางสรีระระหว่างเพศหญิง - เพศชายมาเป็นพื้นฐานในการสร้างความเป็นเพศทางวัฒนธรรม นำไปสู่ความเข้าใจผิดที่ว่า การมีสรีระที่ต่างกันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงและชายมีความต่างกันในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ความคิด ความฉลาด อารมณ์ ความรู้สึก ความสามารถ และความถนัดด้านต่าง ๆ เป็นต้น สังคมไทยมองว่า ผู้หญิงเป็นสมบัติของผู้ชาย เมื่อเป็นเด็ก ผู้หญิงเป็นสมบัติของพ่อแม่ แต่งงานไปก็เป็นสมบัติของสามียังคงมีอยู่

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศสามารถทำนายนายการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ไม่ชัดเจนนัก อาจเนื่องจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันเริ่มมีการรณรงค์เกี่ยวกับสิทธิของผู้หญิงให้เท่าเทียมกับผู้ชายมากขึ้น ผู้หญิงและผู้ชายมีสิทธิในการเรียนรู้เท่า ๆ กัน อีกทั้งเนื้อหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในหลักสูตรการเรียนการสอนก็ยังไม่ชัดเจนนัก ความรู้ที่ได้จึงไม่ต่างกันมาก ส่วนในเรื่องของทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวนั้นเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า เราควรส่งเสริมการสร้าง และเปลี่ยนแปลงทัศนคติให้ไปในทางบวก เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ถึงแม้จะทำได้ยาก แต่ถ้าทุกคนให้ความร่วมมือ โดยเริ่มปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องให้กับเยาวชน ในอนาคตข้างหน้าอาจพบว่าปัญหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวจะสามารถลดลงได้

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาถึง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

**ด้านการปฏิบัติการ** สำหรับผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการเพื่อให้การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าความรู้ของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ดังนั้นสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำนโยบายให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่สนใจและทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยจัดทำเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการตื่นตัวต่อปัญหาและเข้าใจปัญหามากขึ้น และมีนโยบายในการพัฒนาหลักสูตรโดยการสอดแทรก เนื้อหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุข

2. จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวมีอิทธิพลในการทำนายนการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและกำหนดนโยบายในการทำงานของหน่วยงาน และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในครอบครัวในการเพิ่มพูนความรู้ การวางแผนการป้องกัน และการวางแผนแนวทางในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีการกระทำรุนแรง

3. จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี จึงควรมีการซักประวัติการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวในบุคคลที่มารับการรักษาด้วยอาการบาดเจ็บทุกราย เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และหาแนวทางในการดูแลและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

4. จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงอุปสรรคในการให้การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรียังมีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่ครอบครัว และผู้ที่ประสบปัญหาต่าง ๆ น้อย โดยเฉพาะปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวยังไม่มีผู้ที่เชี่ยวชาญและชำนาญ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือแก่ครอบครัว และผู้ที่ประสบปัญหาต่าง ๆ

รวมทั้งให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ และสถานีตำรวจในจังหวัดจันทบุรี ร่วมกันการกำหนดนโยบายในการช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวที่มีการกระทำรุนแรง เนื่องจากการช่วยเหลือนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายสาขาอาชีพ ซึ่งควรจะมีการประสานงานกันในการวางแผน ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### ด้านการวิจัย

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวต่อไปในอนาคต โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปดังนี้

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรีเท่านั้น สามารถนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ว่ามีการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างไร เช่น ตำรวจ พนักงานอัยการ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และสามารถนำไปศึกษาในหน่วยงานอื่น ๆ ได้ เช่น หน่วยงานยุติธรรม ศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม เป็นต้น หรือศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ในกลุ่มที่เป็นผู้กระทำว่า มีปัจจัยหรือเหตุส่งเสริมอะไรบ้างที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว
2. การศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยยังศึกษาไม่ครอบคลุม เช่น ระดับความพึงพอใจในหน้าที่การงาน อิทธิพลของนโยบายในหน่วยงานที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วย
3. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในกลุ่มที่เป็นผู้กระทำว่ามีปัจจัยหรือเหตุส่งเสริมอะไรบ้างที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว
4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป