

**DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE IN
SCREENING AND ASSISTANCE OF INTIMATE PARTNER
VIOLENCE**

Flt.Lt. SIRIWAN KAWKONG

**A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(FAMILY NURSE PRACTITIONER)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2008**

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thematic paper

Entitled

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE IN
SCREENING AND ASSISTANCE OF INTIMATE PARTNER
VIOLENCE

.....

Flt.Lt Siriwan Kawkong

Candidate

.....

Assist. Prof. Dr. Nantawon Suwonnaroop,

Ph.D. (Nursing)

Major-Advisor

.....

Dr. Nantiya Watthayu, Ph.D. (Nursing)

Co-Advisor

.....

Prof. Banchong Mahaisavariya, M.D.

Dean

Faculty of Graduate Studies

.....

Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,

Ph.D. (Nursing)

Chair

Master of Nursing Science

Faculty of Nursing

Thematic paper
Entitled
**DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE IN
SCREENING AND ASSISTANCE OF INTIMATE PARTNER
VIOLENCE**

was submitted to the Faculty of Graduate Study, Mahidol University
For the degree of Master of Nursing Science (Family Nurse Practitioner)

On
28 April, 2008

.....
Flt.Lt Siriwan Kawkong

Candidate

.....
Assist. Prof. Dr. Yaowalak Serisathien,
(D.N.S)

Chair

.....
Assist. Prof. Nantawon Suwonnaroop,
Ph.D. (Nursing)

Member

.....
Dr. Bu-Ngar Tanopas

(D.N.S)

Member

.....
Dr. Nantiya Wathayu, Ph.D. (Nursing)

Member

.....
Prof. Banchong Mahaisavariya, M. D.

Dean

Faculty of Graduate Studies

Mahidol University

.....
Assoc. Prof. Fongcum Tilokskulchai,

Ph.D. (Nursing)

Dean

Faculty of Nursing

Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

The success of this thematic paper was attributed to the extensive support and assistance from my major advisor, Assist. Prof. Dr. Nantawon Suwonnaroop and my co-advisor, Dr. Nuntiya Watthayu. I would like to thank for their valuable advice and guidance in this study.

I would like to thank Assist. Prof. Dr. Yaowalak Serisathien for valuable advice and guidance in this thematic paper.

I wish to thank Dr. Bu-Ngar Tanopas, Head of Adult and Aging Nursing Department, Thai Red Cross College of Nursing, for kindness in examining the thematic instrument and providing suggestions for improvement.

Grateful acknowledgement is extended to other validators Dr. Wanida Srisumpuwong, psychiatrist, Pathumthani Hospital, Woraphat Sangkaew, Head of Social Welfare Department, One Stop Crisis Center, Pathumthani Hospital, Jiraporn Thanespongthum, Supervisor, Accident & Emergency Department, Bhumiphol Adulayadej Hospital and Dr. Nantana Thananowan, Nurse instructor, Obstetrics-Gynecology, Mahidol University.

I am grateful to all teachers of Faculty of Nursing, Mahidol University for their great teaching during my two years of the master program. I would like to thank all researchers whose literatures were used to develop my guideline.

Finally, special thanks extend to my family for their encouragement and support all the time.

Flt.Lt. Siriwan Kawkong

DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE IN SCREENING AND ASSISTANCE OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Flt.Lt. SIRIWAN KAWKONG 4836933 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORS: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING), NANTIYA WATHAYU, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Situations involving violence against women at the hands of their intimate partners constitute a type of domestic violence. It is a major health problem encountered in every country of the world and in every society. According to the statistical report of the World Health Organization which surveyed the situation of violence towards women in 48 locations worldwide, it was found that 10-69% of the women had experienced abuse by their intimate partner. Intimate partner violence was one of ten reasons for death of women aged 15-44 years old. Family violence is a delicate matter. In providing help to victims, the health care provider should acquire specific knowledge and skills for the evaluation, provision of help, and understanding of family issues.

The objective of this paper was to develop a nursing practice guideline for the screening and assistance of women who had been abused by their intimate partners according to the framework of evidence-based practice. By searching database and checking reference lists, 10 related research literatures were selected. These studies were analyzed and synthesized to develop a nursing practice guideline in screening and assistance of intimate partner violence. Initially, the guideline screen for violence. Then, problems are assessed along with the women and children's physical, psychological, social, and safety needs. Finally, provision of physical, psychological, social and safety assistance to the women and children should be offered in the form of multi-disciplinary treatment, information regarding sources for legal help, shelter, career and economic assistance, planning for the women's self-protection and following up to evaluate the results. The guideline passed a validity test from five experts who specialized in this topic. The researcher applied the experts' suggestions to the revision of the guideline to improve the instrument in terms of suitability, effectiveness and feasibility for implementation in actual nursing practice. Prior to the implementation, a pilot program to evaluate the feasibility of this nursing practice guideline in screening and assistance of intimate partner violence will be conducted.

KEY WORDS: NURSING PRACTICE GUIDELINE / INTIMATE PARTNER VIOLENCE / SCREENING / ASSISTANCE

151 pp.

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักร
หรือคู่สมรส (DEVELOPMENT OF NURSING PRACTICE GUIDELINE IN
SCREENING AND ASSISTANCE OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE)

ศิริวรรณ แก้วคง 4836933 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing),

นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

สถานการณ์การใช้ความรุนแรงต่อสตรีโดยคู่สมรสเป็นหนึ่งในความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ในทุกประเทศทั่วโลกและมีอยู่ในทุกสังคม รายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก และการสำรวจการกระทำรุนแรงต่อสตรีจากฐานประชากรจำนวน 48 แห่งทั่วโลก พบว่าผู้หญิงประมาณร้อยละ 10-69 มีประสบการณ์ในช่วงชีวิตถูกสามีหรือคูรักรของตนทำร้าย และความรุนแรงที่ผู้หญิงได้รับจากคูรักรหรือสามี เป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีอายุระหว่าง 15 – 44 ปี เรื่องความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของสตรี ในการให้ความช่วยเหลือนั้นเจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ และทักษะเฉพาะด้านในการประเมินและการให้ความช่วยเหลือที่มีความเข้าใจต่อประเด็นปัญหาทางครอบครัว

การทำสารนิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรสตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บรรณานุกรม และเอกสารอ้างอิงได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบไปด้วยประเด็นในการคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส การประเมินปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านความปลอดภัยของสตรีและบุตร และการให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหวิชาชีพ โดยให้การดูแลรักษา การให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมาย ด้านที่พักอาศัย ด้านอาชีพ และด้านเศรษฐกิจ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการถูกกระทำรุนแรง และการติดตามประเมินผล แนวปฏิบัตินี้ได้รับการประเมินเชิงเนื้อหาและเครื่องมือที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริงควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGMENT	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF TABLES	vii
LIST OF FIGURES	viii
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
1.1 Background and Significance of the study	1
1.2 Main Issues	7
1.3 Purposes of the Study	8
1.4 Expected Benefits/Outcomes	8
II METHOD	
2.1 Searching Strategy	9
2.2 Inclusion Criteria	11
2.3 Assessment of Included Studies	14
2.4 Summary of Relevant Concepts/Theories	18
2.5 Expert Reviews	20
III CRITICAL ANALYSIS AND SYNTHESIS	21
IV PLAN OF IMPLEMENTATION	34
V CONCLUSION AND RECOMMENDATION	38
BIBLIOGRAPHY	40
APPENDIX	50
BIOGRAPHY	151

LIST OF TABLES

Table	Page
1. Evaluation Criteria for the quality of the evidence-based practice	15
2. Levels of Evidence-based Practice	16

LIST OF FIGURES

Figure	Page
1 Search Results	14
2 Diagram Framework of the Study	19

CHAPTER I

INTRODUCTION

1.1 Background and Significance of the Study

Situations involving violence against women at the hands of their intimate partner constitute a type of violence that occurs in the family in what has become a major health problem encountered in every country of the world and in every society. According to the statistical report of the World Health Organization which surveyed the situation of violence towards women in 48 locations worldwide, it was found that 10-69% of the women had experienced abuse by their intimate partner. Finally, intimate partner violence was one of 10 reasons for death of women aged 14-44 years old (World Health Organization, 2002).

The United Nation's general meeting on the 20th of December, 1993 defined violence as "any action which violates personal rights, either physically, verbally, emotionally or sexually by threatening, harming, hitting, harassing, or denying freedom, both publicly and privately, which results in or potentially results in suffering, both physically and emotionally, of the abused" (Bureau of Health Service System Development, 2006). The 2007 Act to protect the abused of family violence defined family violence as "any action aiming at harming body, emotion, or health, or any intentional action likely to physically or emotionally harm the health of family members, or wrongfully force or influence family member/s to do, not to do, or to accept any action, excluding actions from ignorance" the term "family member/s" refers to spouses, former spouses, couples who live together without marital registration, children, adopted children, relatives and any person dependent on and living in the same family (The National Legislative Assembly, 2007).

The Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2002) in the USA defines violence toward women as "Intimate Partner Violence" (IPV) or "Spousal violence" whereby the abused is the person harmed by another person. For the most part, the abused has an intimate relationship with the abuser which may be a person of the same or different sex as the abused, and the relationship is usually one of

emotional attachment as a result of living together, liking each other and having a sexual relationship which may either be current or past.

Previous research (CDC, 2002; WHO, 2001) report that most of the abused were wives while most of the perpetrators were husbands. The characteristics of the violence consist of the following: (1) physical violence which is violence with intent to physically harm and resulting in injury, disability or death; (2) sexual violence, which is the use of force to compel the wife to unwillingly enter into sexual relations which, force the wife to enter into the sale of sexual services or having sexual activity with other men and having sexual activity without consideration of whether or not the wife will be pleased; (3) physical and sexual abuse which is the use of verbal language, gestures or weapons to threaten the woman with bodily harm or sexual abuse; and (4) psychological violence which is the action or the lack of action resulting in the wife's sorrow or loss of freedom. In addition, abusive verbal expressions, insulting actions, refusal to all socializing with others, and abandonment of a husband's spousal duties toward his wife are also other forms of psychological abuse to the wives.

In Thailand, the first survey regarding violence toward women from the general population was conducted by the Institution of Population and Society Research, Mahidol University in conjunction with the Friends of Women Foundation, which received funding support the WHO. The study was conducted during the months of May-August, 2000 in 2,818 women in Bangkok and in one sample province in the country's central region. It was found that nearly half of the women of both provinces had been physically and/or sexually abused by their spouses or husbands (41% in Bangkok, and 47% in the sample province). It was also found that over 75% of the women had bruises or scratch marks and 1 out of 10 of the abused women has at one time been either seriously injured or unconscious (Achwanijkul, Kanchanajittra, Im-em, & Lertsrisantad, 2003)

Data gathered from 8 hospitals in Bangkok during October 2003 – July 2004 indicated that 1,267 women had been physically beaten, of these, 515 had been abused by former husbands or boyfriends and 168 had been raped (Office of Women's Affairs and Family Development, 2005). In addition, according to the statistics of The Friends of Women Foundation's Information and Publishing Department which collected data

on situations of violence published in 5 newspapers in 2005, Thairath, Daily News, Matichon, Kaosot and Krungthep Turakij, it was found that there were 40-50 cases of family violence per month involving husband-wife beatings wherein some of the situations also involved serious injuries or even death (Friends of Women Foundation, 2006). Moreover, it was found that pregnant women were another group of victims of spousal violence. According to the study of Thanaudom (1996) which examined 400 women who had prenatal care at a hospital in Bangkok, it was found that 12% of these women had been physically abused, resulting in vaginal bleeding in some of these women as a consequent of kicking in the abdominal area. The aforementioned data reveals that violence towards women is a large scale problem occurring to women in both the capital city and in provincial areas, thus affecting the country's health, society and economy.

The health-related effects of violence consist of: (1) Physical effects-violence can cause bodily injury from minimal severity such as bruises, swelling or wounds to disability or even death. It can also cause chronic illness (for example, chronic pain from the violence), sexually transmitted diseases and gastrointestinal disease, etc. (CDC, 2002; WHO, 2007); and (2) Emotional effects-violence can cause such emotional effects as psychological symptoms, depression, anxiety, loss of confidence, fear and paranoia (Patcheev, 1999; WHO, 2007). Some violence even leads to suicidal behavior wherein it was found that 38% of women who were abused had thought about committing suicide and one third of these women had actually tried killing themselves (Achwanijkul et al, 2003). Moreover, violence affects the behaviors of abused women. One study revealed that abused women are likely to have drinking behaviors, smoke cigarettes, use drugs and become more withdrawn (WHO, 2007).

In addition to the aforementioned effects, violence can also affect social structure by causing societal conflict while affecting family relationships and causing a lack of understanding among family members as children in the family lack warmth and become aggressive and violent in dealing with various issues. Boy may be violent and enjoy hurting others while girls tend to become future victims of violence (Panyayong, 2002; WHO, 2007). The use of violence by married couples also irritates neighbors and the society as there is a lack of peace in the family resulting in the

society's inability to unite for charitable causes. Violence toward women is also an obstacle for the development of women's capacity for professional improvement. Thus, family violence destroys the society's basic stability for equality and peace (Committee for Women's Promotion and Cooperation, 2000).

Violence also affects the country's economy in that productivity is lowered. A study conducted in Canada revealed that 30% of the women who had been abused by their husbands regularly missed work, causing their income to be lower than that of the women who were not abused. Furthermore, 50% had illnesses and had to be hospitalized. A study conducted in the USA, Zimbabwe, and Nicaragua showed that abused women used health services more often than women without histories of abused, thus resulting in expenditures of 150 million dollars per year for the cost of hospital treatment (WHO, 2001).

Several factors contribute to spousal violence. A study by WHO (2001) stated that the main reasons for the use of violence could be classified into 4 levels which were: 1) Aggregate social structure which focused on male superiority; 2) Environmental factors, e.g. high unemployment and crime rates, societal misconceptions about family violence being a personal matter and causing troubled women to hide problems as they think that no help is available. Thus, there are no resolutions and the problem is aggravated; 3) Level of interpersonal relationships - male leadership in the household and possessor of all assets, marital disputes, and the lack of spousal communication; 4) Personal level e.g. history of using violence to settle disputes, not being accepted by society, drinking problems, drug use or psychological illness, etc. As for providing help to abused women, The U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) (2004) and WHO (2002) stated that abused women should receive physical examinations, emotional help, counseling and cooperation with emergency units, temporary shelters, and work units preventing family violence.

Modern Thai society gives importance to resolving family violence as the scope of the operation becomes broader and more tangible, including the establishment of laws to protect victims of family violence. Moreover, the Women Development Plan of the 10th Economy & Society Development Plan (2007-2011) establishes a strategy to focus on attitude changes in Thai society, viewing that family

violence is becoming more severe and expanding because of traditional thinking systems and beliefs which result in inequality between women and men in various aspects as well as ignorance toward women's dignity.

The government has policy and operations for stopping violence and providing help through the operations of the Office of Women & Family Affairs, the Ministry of Social and Human Security Development and the Ministry of Public Health by being the coordinating medium between the ministries and related private organizations in order to discontinue the problem of violence and establishing measures and the help centers for children and women of violence at hospitals throughout the country in 2004 and there was a decision to use the name "One Stop Crisis Center". The significance of the One Stop Crisis Center is that it takes in abused children and women, some of whom are patients who come to receive care and other who are victims of abuse who have been assisted by other work units such as police stations and then referred to the hospital. Doctors and nurses perform patient screening and transfer the patients to the center for care, treatment and help in a confidential manner when they learn or suspect that patients have been abused. These operations are conducted in conjunction with multi-disciplinary teams in order for the victims to receive adequate and effective assistances (Bureau of Health Service System Development, 2006).

In addition to assistance from the government sector, the private sector also plays a significant role in providing help to victims of violence. For example, the Friends of Women Foundation provides help to women who with family problems in the form of giving advice and coordinating with work units which will provide further assistance to the patients. In addition, there are various other agencies which provide similar or varied help to abused women, depending upon the environment of each particular agency. For the most part, these agencies will coordinate with each other in order to provide further assistance (Hutapat, 2002).

However, present conditions indicate that there are problems regarding the identification of abused women i.e. these women usually come for help with other reasons, or they hide the truth about their problems. Surveys conducted by American primary care units and emergency rooms revealed that only 24% of 128 of women abused by spouse or husbands told the truth, or were questioned by personnel

regarding violence (Wilson et al., 2004). Information on women who are physically abused by husbands and come to emergency room is scarce because services in this area are limited and victims do not report the truth. A study conducted in Chiangmai in women who were physically or mentally abused by their husbands and came to the emergency room revealed that, 2 in 34 women attempted to commit suicide and went back to the original emergency room. One of the 2 women returned to the emergency room approximately 10 times due to injury caused by her husband. Not only do women fail to receive help for violence, but they also have to keep changing nursing facilities in order to avoid the embarrassment of the situation (Sripichayakarn, 2003).

Screening is another approach which can lead to locating abused women more quickly and in greater numbers. The American Nursing Society announced that they support the nurses in performing patient screening in all women under 60 years old who are abused and come to the hospital. Furthermore, this screening process is considered a part of a routine for making inquiries into the histories of injured women who come to the emergency room (Campbell, 1998), in which it has been found that training provided to the personnel and the existence of screening guidelines resulted in higher numbers of women abused by their husbands being screened at the emergency room (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004; MacMillan et al., 2006).

According to the statistical data of the Accident & Emergency Department of Bhumiphol Adulyadej Hospital, it was found that 30-50 women with injuries from violence came to the department per month during 2005-2006. However, the department's lack of guidelines for screening and helping these women. It is often lack of the detection of these women and the provision of proper assistance.

Nurses are the personnel with the greatest opportunity to be in contact with patients. Therefore, nurses play an important role in screening women in order to identify and evaluate individual problems and needs for assistance while seeing that patients receive appropriate and continual assistance which may require coordination with a multi-disciplinary team, both inside and outside the hospital, in order to effectively care for patients according to the policy for solving the problem of violence and to provide assistance for abused women.

The implementation of evidence-based practice in nursing practice is the integration of research results with clinical expertise by considering the situations of

problems, patients' needs and environmental resources in order to make the best nursing decision for providing help to abused women and allowing the work unit to have quality assurance standards for the provision of assistance to this group of patients. Therefore, the researcher is interested in developing a guideline for screening and helping women abused by their spouses in order to improve the quality of nursing practice and help the patients in response to individual problems and needs so these women will be able to live their lives happily.

1.2 Main Issue

Despite the fact that so many women injured as a result of violence come to the Accident & Emergency Department of Bhumiphol Adulyadej Hospital, the department doesn't have a screening guideline for identifying these women who are increasing in number. When abused women come to the department, they receive only treatments for physical wounds, receiving no assistance with psychological problems and no counseling about dealing with the problem of violence. Thus, they may continue to be abused by their husbands and the violence may become worse to the point that these women develop psychological problems or become disabled wherein some may even commit suicide or kill their husbands (Achawanijkul and colleague, 2003; Sripichayakarn, 2003).

Family violence is a delicate matter. In providing help to victims, health care providers should acquire specific knowledge and skills for the evaluation and provision of help and understanding of family issues. They should not lead the women to put up with the husbands or toward divorce or filing charges. Instead, they should provide advice and respect for the women's decisions after the women have received information. Providing help in terms of security so the abuse is not repeated is an important issue. Taking care of the women's mental condition is another matter not to be neglected because the abuse will affect their emotions and mental conditions. In order for the nurses to provide quality nursing care to these women, there must be a clear operational guideline and the nurses must be prepared (Sripichayakarn, Sansiriphant, Phianmonkol, Kittirachada, and Jirapornswas, 2003). For this reason, the researcher wishes to develop a nursing practice guideline for the screening and provision of tangible help to women who are abused by their spouses and assistance

that is suitable with the work units' environment in order for the quality of nursing care to be improved and the patients to receive thorough and efficient support.

1.3 Purpose of the Study

This thematic paper was aimed to develop a nursing practice guideline for screening physically, emotionally and socially abused women and continually help women who are abused by their intimate partners.

1.4 Expected Benefits/Outcomes

1. It is expected that nurses will have a guideline for screening and helping women abused by their intimate partners.
2. It is expected that women abused by their intimate partners will be screened and receive both physical and psychological help.
3. Work units will have standards for quality assurance in the screening process and in providing help to women abused by their intimate partners.

CHAPTER II

METHOD

Nursing practice corresponding with evidence-based practice includes several formats which have similar procedures and processes. In developing the nursing practice guideline, the researcher chose to utilize the evidence-based practice of Soukup model (Soukup, 2000) because it was a clear and thorough process with easy implementation and focus on creating changes at the organizational level. The model was comprised the following 4 steps: (1) Evidence-triggered phase (2) Evidence-supported phase (3) Evidence-observed phase, and (4) Evidence-based phase.

2.1 Searching Strategy

1. Evidence-triggered phase - this step is the initial implementation of the research findings in nursing practice. The triggers that the researcher wished to develop into practice for the screening and management of women who were abused by their spouses came from 2 sources. There were practice triggers and the review relevant to spousal violence, consisting of screening guidelines and knowledge triggers.

1.1 Practice triggers - the researcher has had experience working in the Accident and Emergency Units of Bhumiphol Adulayadej Hospital, and found that the Accident and Emergency units, as well as other units at Bhumiphol Adulayadej Hospital, have no nursing guidelines for screening and assisting women who are victims of intimate partner violence. Most women who come for treatment of bodily injury due to the abuse won't reveal the real cause of their injuries. Therefore, they only received treatment for their physical injuries and not for other hidden injuries they had incurred. According to the interviews with some patients, it was found that the reasons that these women wouldn't reveal the details of the abuse included lack of confidence that the health care providers would not be able to assist them. They thoughts that 1) the health care providers might not believe them; 2) feelings that their

stories would not be kept secret in a place where privacy was not available or where there were no relatives to accompany them; 3) uncertainty of their safety if their spouses learned that they had told the stories of the abuse; 4) fear for their children's safety because their intimate partners might hurt their children or separate the children from them; 5) lack of income and dependence on the intimate partner's earnings to live by; and 6) no desire to be involved in legal matters.

In addition, medical personnel or nurses do not evaluate the problem of violence because they don't dare to interview the patients regarding the matter of fear that patients will be uncomfortable and embarrassed to answer. Staff also lacks skills and knowledge for providing advice or help while being afraid to become involved in legal matters. Other staff members feel they have no time to assess the violence or give advice to patients. Because the service has no guidelines for helping women of violence, most abused women receive only treatment for their bodily injuries according to their symptoms and receive no mental help because the service has no tangible format for realistically helping these women.

1.2 Knowledge triggers - our modern world plays more attention to the importance of women and women's capabilities have been improved. However, violence towards women, especially abuse at the hands of intimate partner, continues to be a serious problem in many countries and becomes an obstacle for the improvement of women's capabilities. Health facilities in foreign countries provide services to abused women (WHO, 2001). These services consist of identifying and screening the women when they come to the emergency department, providing both physical examination and special examinations such as bone x-rays, as the women receive advice and personal assessment to help them through the crisis. In the event that women return to living with their intimate partner, potentially dangerous situations are evaluated as the women are helped to set up plans for the repetition of the abuse and records are kept for legal procedures and the women are provided with legal information and information regarding sources of assistance such as shelters or emergency homes in the community including referrals to other agencies. (Dienemann et al., 2003)

In Thailand, the situation of violence against Thai women has received realistic attention. The governmental cabinet has issued measures to solve the problem of violence towards children and women, designating November to be the month to rally against and stop violence directed at women and children. Later, in 2002, the Health Service Network Development Office launched a project to improve the quality and standards of service of the system for abused women and children in pilot hospitals, according to the readiness of each hospital in the following areas (Kongsakon, 2005): (1) Medical and public health—to treat the victim's injuries; (2) Legal Justice facilitation—to facilitate document collection and the provision of information to accompany legal procedures; (3) Social welfare—to provide social assistance and protection to the women and children so they are permanently protected from abuse; (4) Conscientiousness—to stop violence towards women and children by emphasizing the provision of integrated services and improving them into a network of national help services with the role of screening and help people who are abused by adhering to the operational guidelines of multi-disciplinary teams, establishing a hotline with direct lines and service as an information center to coordinate with agencies inside and outside the hospital (Bureau of Health Service System Development, 2006).

2. Evidence-support phase - this phase of the model is concerned with finding evidence-based practice relevant to the issue in order to support and propose guidelines for problem-solving. In this phase, the main's task is to search for literature from various sources to be used in the formation of the guidelines for screening and managing women abused by their spouses. The evidence-support phase is as follows:

2.2 Inclusion Criteria

Research in the form of both published and unpublished thesis dissertations at the masters and doctorate levels which had been and not published, and research journals during 1998-2007, both in Thai and in English.

The "PICO" Framework was used as the criteria for the search for evidence-based practice with Population, Intervention, Comparison intervention, and Outcome (Craig, 2002) as follows:

Population: women abused by their intimate partner who received treatment in various hospitals and health facilities.

Intervention: screening of women abused by their spouses; assessment of physical, mental and social issues and provision of assistance in various areas.

Comparison intervention: no intervention comparison.

Outcome: there is an evaluation of the outcome relevant to screening and providing assistance such as the women's following suggestions, use of sources for help in the community, the rate of reduction of violence, and prevalence rate.

Keywords used for searches

From the conceptual framework of PICO, the following keywords were established:

1. Domestic violence and screening
2. Domestic violence and intervention
3. Domestic violence and management
4. Family violence and screening
5. Family violence and intervention
6. Family violence and management
7. Battered woman and screening
8. Battered woman and intervention
9. Battered woman and management
10. Woman abuse and screening
11. Woman abuse and intervention
12. Woman abuse and management
13. Woman assault and screening
14. Woman assault and intervention
15. Woman assault and management
16. Wife abuse and screening
17. Wife abuse and intervention
18. Wife abuse and management
19. Intimate partner violence and screening
20. Intimate partner violence and intervention

21. Intimate partner violence and management

The search of relevant literature using the aforementioned keywords was conducted by using such electronic databases as Blackwell Synergy, Pub Med, Medscape, MEDLINE, CINAHL, Cochran, Mulinet, and hand searching.

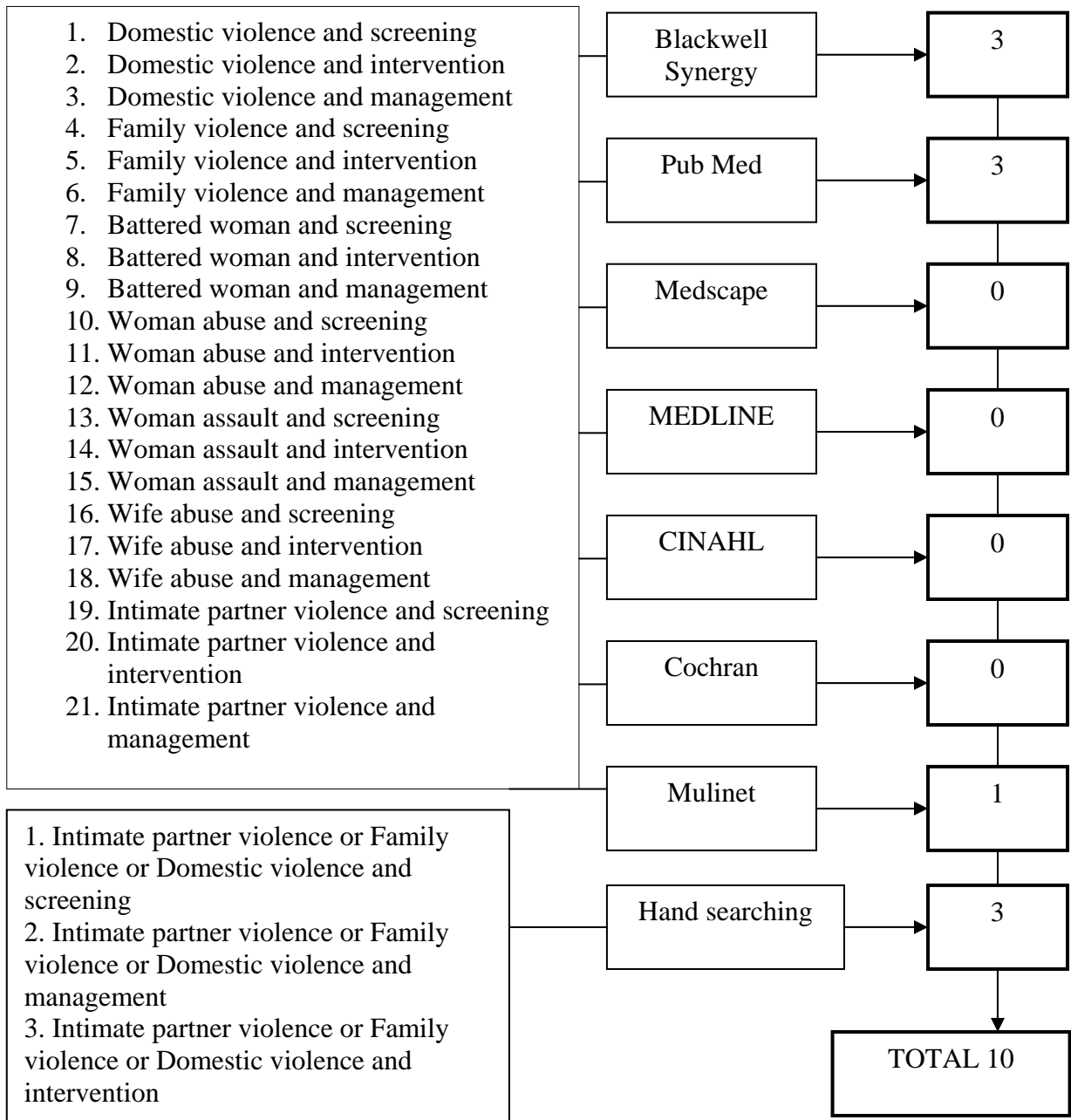


Figure 1 Searching Results

2.3 Assessment of Included Studies

Evidence quality levels are evaluated according to the method of Melnyk & Fineout-Overholt (2005) by the following criteria.

Table 1 Evaluation Criteria for the quality of the evidence-based practice

Levels of Quality	Sources of Evidence
Level 1	Evidence from systematic review and randomized controlled trials
Level 2	Evidence from randomized controlled trials
Level 3	Evidence from nonrandomized controlled trials
Level 4	Evidence from cohort study or case-control analytical studies from more than 1 source.
Level 5	Evidence from qualitative or descriptive research review
Level 6	1 piece of evidence obtained from qualitative or descriptive research
Level 7	Opinions from respected authorities, descriptive studies or reports of expert committees

Summary of the research obtained

The literature review yielded 10 articles and this literature was evaluated for quality in order to be synthesized. Table 2 present to the list of research obtained and level of quality.

Table 2 Levels of Evidence-based Practice

Title	Research Design	Research Level
1. An Evaluations of Intervention to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women. (MacFarlane, Soeken & Wiist, 2000)	Quasi-experimental with Random Sampling	2
2. Secondary Prevention of Intimate Partner Violence. A Randomized Controlled Trial. (MacFarlane, Groff, O'Brien, & Watson, 2006)	Quasi-experimental with Random Sampling	2
3. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Setting A Randomized Trial. (MacMillan, Wathen, Jamieson, Boylc, McNutt, Worster, Webb, 2006)	Quasi-experimental with Random Sampling	2
4. An Intervention to Increase Safety Behaviors of Abused Women Result of a Randomized Clinical Trial. (McFarlane, Malecha, Gist, Watson, Batten, Hall, & Smith, 2002)	Quasi-experimental with Random Sampling	2
5. A Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence in the Emergency Department. (Halpern, Perciaccante, Hayes, Susarla, & Dodson, 2006)	Quasi-experimental with Random Sampling	2

Table 2 Levels of Evidence-based Practice (Continued)

Title	Research Design	Research Level
6. Guidelines for assisting abused women and children in a provincial assistance network (Bureau of Health Service System Development, 2006)	Clinical Expert Opinion	7
7. A Critical Pathway for Intimate Partner Violence Across the Continuum of Care. (Dienemann, Campbell, Wiederhorn, Laughon, & Jordan, 2002)	Clinical Expert Opinion	7
8. Screening for family and intimate partner violence. (Nelson, Nygren, & McInerney, 2004)	Systematic evidence reviews	1
9. SOGC Clinical Practice Guideline. Intimate Partner Violence Consensus Statement. (Cherniak, Grant, Mason, Moore, & Pellizzari, 2005)	Clinical Expert Opinion	7
10. Nursing Practice Guideline for Emergency Rooms in Screening for Physically Abused Women. (Sripichayakarn, 2003)	Clinical Expert Opinion	7

The selected research was analyzed and synthesized in order to be used to decide whether the research in the articles were sufficiently qualified to have their respective findings used in the development of the nursing practice guideline for the screening and assistance of women who have been abused by their intimate partner (See Appendix D). In the analysis and synthesis of the research selected the critical tool of the Evidence-based model (Soukup, 2000) and guidelines for evaluating the feasibility of implementing the research findings (Polit, et al., 2004) which consists of the following 3 factors:

1. Clinical relevance
2. Scientific merit

3. Implementation potential –consisting of 3 factors

3.1 Transferability of the finding

3.2 Feasibility of implementation

3.3 Cost-benefit ratio

From the Critique tool of the Evidence-based practice model and evaluation guidelines for applying research findings, the researcher designated boundaries for the evaluation of the research to extract the content to be used for the development of the nursing practice guideline for the screening and assistance of women who have been abused by their spouses.

2.4 Summary of Relevant Concepts/Theories

From the literature review in textbooks, academic dissertations, research and the researcher's experience in performing her duties in the Accident & Emergency Department at Bhumiphol Adulayadej Hospital, the author gained views that reflected consideration of the problem of domestic violence in women who are abused by their intimate partner as a public health problem all over the world, both in developed and developing countries, at increasing levels of severity and prevalence. The abuse women had physical, psychological, social and economical impacts. Therefore, related organizations or agencies, especially hospitals and various nursing facilities providing direct care for patients, play a significant role in the protection and relief of the severity of health problems occurring as a result of violence directed at women and covering physical, psychological and social aspects.

However, it was found that the abused women did not usually receive help for the violence. This was because the women would not reveal the real problems regarding to domestic violence. In addition, some agencies had no policy regarding the provision of assistance to this group of women. The results, therefore, were continued and repeated violence in which some women were even murdered or committed suicide. Thus, prompting research on methods, guidelines and recommendations for effectively offering assistance to women who have been abused by their intimate partner have been explored. In summary, hospitals and health centers should have guidelines for assisting abused women, consisting of the following: (1) Screening - screening questions should be suitably and appropriately used in order to

build trust with the women so they will be willing to receive help. Previous studies showed that various agencies have improved screening questions to be more appropriate. When, health care providers pay more attention to the women and sympathize with them, the women reveal more about their abuse; (2) Physical, psychological and social assessment; (3) Providing assistance according to the conditions of problems. They consist of physical treatment, mental support, provision of information and coordination, or referring the women to other relevant agencies; and (4) Continual follow up on the results. This will allow the women to be able to receive timely assistance to manage themselves in order to avoid or relieve the violence. Figure 2 shows a diagram of the major conceptual framework for developing the nursing practice guideline.

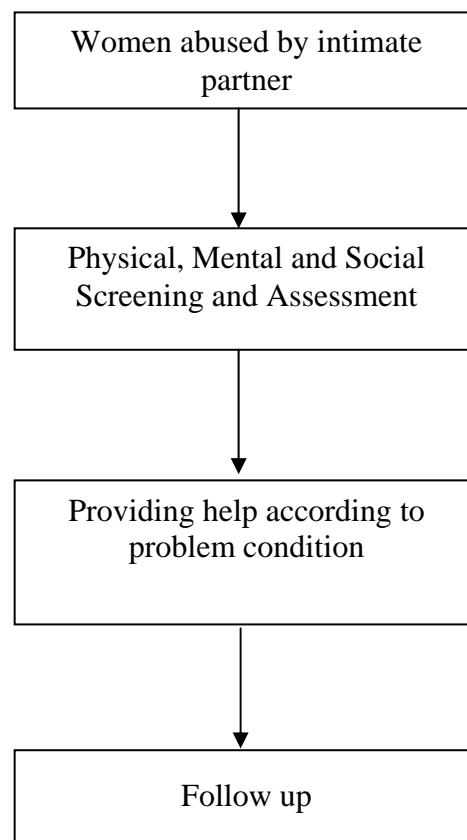


Figure 2 Diagram of conceptual framework

2.5 Expert Reviews

This section involved the expert evaluation of the quality of the guideline that was formed to examine for content validity, language usage and feasibility of implementation in clinical practice. After expert reviews, the guideline and the instruments were revised according to the recommendations of the panel of experts. The experts were selected based on their experiences and specialties in this area, with the total of five experts. They were (1) Dr. Wanida Srisumpuwong, psychiatrist, Pathumthani Hospital, (2) Mrs. Woraphat Sangkaew, Head of Social Welfare Department, One Stop Crisis Center, Pathumthani Hospital, (3) Dr. Bunga Tanopas, Head of Adult and Aging Nursing Department, Thai Red Cross College of Nursing, (4) Wg.Cdr. Jiraporn Thanessongthum, Supervisor, Accident & Emergency Department, Bhumiphol Adulayadej Hospital, and (5) Dr. Nantana Thananowan, Nurse instructor, Obstetrics-Gynecology, Mahidol University.

CHAPTER III

CRITICAL ANALYSIS AND SYNTHESIS

Evaluation of the Effectiveness of the Guideline/Solution to the Problem by Evidence-based Practice

The search for data based on the evidence-based practice in Chapter 2 consisted of research conducted both domestically and abroad for a total of 10 articles which were the studies about choosing instruments for the screening and assistance for women who had been abused by their spouses. The research designs included systematic literature reviews, quasi-experimental research and random selection clinical expert opinions as well as nursing practice guidelines wherein the author analyzed as follows:

1. Qualification and standardization of the instrument

Regarding to the screening tool in general women, it was found that Partner Violence Screen (PVS), consisted of 3 questions on physical violence and the women's safety with high sensitivity and specificity when compared with the Index of Spouse Abuse (ISA) which consisted of 30 questions (64.5% V.S. 80.3%), or the Conflict Tactics Screen (CTS) (71.1% V.S. 84.4%), and WAST (8 items) for the screening of physical, sexual, and psychological abuse. The instrument has high reliability (Cronbach α coefficient 0.75). The research findings asserted over 90% of the women said that the PVS was very convenient.

One study conducted in pregnant women receiving prenatal care at the prenatal care clinic and screened by the Abuse Assessment Screen (AAS) consisting of 3 questions. When compared with the Index of Spouse Abuse (ISA), it was found that the AAS could identify more women than the ISA with statistical significance. Furthermore, a study conducted in women seeking emergency services with the use of AAS, Ongoing Abuse Screen (OAS) and single question "Are you a victim of spousal violence?", it was found that the AAS screening results were 59% positive while the OAS results were 16% positive and the single question results were 3% positive.

From a study conducted in 4,614 women who came to receive services at 11 emergency departments in the community, it was found that the frequency of violence during the previous year and during the life times of these women had increased with significance when the Abuse Assessment Screen (AAS) was used. The women answered the questionnaires by themselves by comparing with the questions asked by nurses. Another study conducted in the emergency department found that letting the women answer interviewing questions had higher identifying value than using recorded tapes and letting the women answer (16% and 11%, respectively). A study conducted in a family planning clinic found that the Abuse Assessment Screen (AAS) interviewed by nurses had higher identifying value than the questionnaire that had the women ask and answer on their own (29% and 7%, respectively).

A study conducted in abused women who came to receive services at a healthcare facility by comparing questions asked by computer, questions asked by paper questionnaires and questions asked by health care providers wherein all 3 methods randomly sampled the questions from either one of the two screening instruments i.e. the Partner Violence Screen (PVS) and the Woman Abuse Screening Tool (WAST). It was found that the 3 screening methods had prevalence rates within a range of 4.1%-17.7%. It was also found that using the WAST in conjunction with writing methods had less information error than the use of PVS and other methods. In addition, it was found that the sample group preferred to selected to use computers and writing methods more than the interview because these two methods were easy and privacy to answer (Harriet, et al., 2006).

A study conducted to test the validity of external factors for identifying abused women who came to receive services at the emergency departments of 2 hospitals (H1, H2) by using the Partner Violence Screen (PVS) due to its reliability and speed (less than 1 minute) and the Short Women Abuse Screening Tool (short-WAST), it was found that the instruments were easy and quickly completed. The instruments were tested in women with different social and economic condition (Halpern et al., 2006).

In summary, it was found that the screening instrument most widely used among women in general, the Partner Violence Screen (PVS) had high sensitivity and specificity. Furthermore, this instrument didn't have too many questions, and was both easy and time-efficient in terms of completion. The instrument widely used in

pregnant women was the Abuse Assessment Screen (AAS), in which in various studies found to have higher identifying value than other instruments. As for screening methods, the research findings provided inconclusive results as to which method should be used. However, the interview method was used more popularly.

In Thailand, a study by Sripichayakarn (2003) suggested that screening by asking questions or interviewing was a widely used method that could be used with people who could not read or write. Furthermore, the women's reactions could be observed during interviews in combination with the information given by the women. Additional questions could be asked in two-way communication. As for letting the women complete their forms, some women who wouldn't say anything were more willing to write. However, some women might not dare to write because they feared that whatever they said could be used as evidence. Also, women with high stress levels might read various statements with less comprehension than listening.

Sripichayakarn (2003) suggested that the screening should clearly specify women of target groups, or the women or characteristics to be screened. Although the American College of Nurse Midwives (1997) suggests that all women who come to receive the services in the nursing facility should be screened, considering the information obtained as part of the backgrounds of interviews was similar to asking about for age or occupation, while remaining a controversial function. The emergency rooms in Thailand have small numbers of nurses as compared to the number of patients. Therefore, the screening should be performed on women who are suspected of being abused. The screening may be divided into 4 groups which are: 1) women who had physical injury; 2) women who hurt themselves or committed suicide; 3) women who showed signs of stress such as headaches, fast and shallow breathing, etc.; 4) women who hallucinated from use of alcohol or narcotic drugs. The group with injury tended to be identified the most, especially when the women were abused. Women of the other groups were less identified and were more complicated to screen because the women were usually not ready to provide information, especially in the cases of those with high levels of stress.

2. Guidelines supporting the women's openness in revealing the details of their abuse

Most women believe that revealing family matters, especially when hit by husbands, is shameful. Therefore, prior to interviewing, the patients should be assured that the health care providers will be ready to help them when they reveal their stories. The health care providers should build relationships with the patients by getting to know them and paying attention to their problems, not judging their stories during the conversation with them, but praising and encouraging the patients for being able to pass the crisis. Nurses also need to be careful about religious beliefs and respect for the women's decision about whether she speaks or not. The study of Sripichayakarn (2003) found that interviewing abused women consisted of 3 steps: introduction, asking questions, and closing interview.

1. Introduction – the introduction is the key to screening because it is the point where the women reveal their stories. Before introduction, the interviewer should seek an opportunity to create bonding and trust. This can begin by self introduction followed by informing the women about the information of the emergency room regarding the desire to question all women in order to provide further help. In addition, the women must be told that the story that they tell will be kept confidential and not revealed to their husbands or relatives.

2. Questioning – the controversy of whether the questions should be direct or indirect questions remains a problem, in addition to single or multiple questions, direct or open-ended. For example, the question “Was the injury caused by your husband?” will reflect the nurses' sincerity to provide help, which can lead to trust and make the women in need for help more willing to tell their stories. However, women who are not ready to reveal their stories or do not yet need help may feel offended or uncomfortable to answer because the question is too direct. In addition, questions showing that the interviewer knows that the women are not telling the truth should not be asked because the women may feel that the nurses do not respect their decision and distrust will arise instead of trust.

3. Closing – If the women answer that the perpetrator was not their husbands, even when there is other suspicious information, the interviewer should not show signs

of distrust. The interview should be closed with acceptance of the women's decision, leaving an opportunity for the women to speak in the future.

In addition to examples of suitable environmental management are the interview's facility of being private and safe, posters and documents regarding violence towards women in terms of the impacts and sources for help, temporary shelters, career training facilities, counseling units and legal assistance should be kept in easily accessible locations such as examination rooms, or bathrooms. The screening should then be performed when the women are ready and nurses should not rush through the screening process. Women with physical injuries should be treated for their injuries first. The group of women with high stress should be settled down first (Sripichayakarn, 2003; Bureau of Health Service System Development Office, 2006; Society of Obstetrician and Gynaecologist of Canada, 2005).

3. Types and processes for providing assistance to women abused by their spouses

The study of Dienemann and colleagues (2003) suggested the procedures for evaluation and assistance as follows: 1) Physical help - provide help according to the condition of the problem (treat according to the symptom and refer to other help sources or report to the police when the injury is severe); 2) Mental help - provide mental help by referring the patient to psychologists or arrange so the patient receive appropriate counseling; 3) Social help - help the patients in terms of sources for help in various areas and plan for the women's safety.

MacFarlane and colleagues (2000) studied and compared the assistance after learning that the patients had been abused with the following interventions: 1) Brief information - consisted of providing a wallet-sized resource card that included phone numbers of local agencies to assist with domestic violence including the police, legal aid, and the local women's center.; 2) Counseling - consists of encouragement, education, suggestions and support; 3) Outreach - this is similar to giving advice, but there would have to be an advisor in the community available for giving advice at all times. This study was conducted in a group of 329 pregnant women who came for services at the prenatal clinic in which it was found that the 3 groups which received brief intervention, counseling intervention and outreach intervention had lower levels

of violence severity with statistical significance ($p < 0.001$), thus arranging this research quality at a moderate level.

This is in agreement with the study of Parker (1999) which studied the assistance after learning that patients were abused. The study was conducted in a group of 199 pregnant women who received prenatal care at prenatal clinics in Texas and Virginia. The intervention they received includes 1) wallet-sized cards-containing sources for help in the community and 2) counseling. According to the study, it was found that in the 6th and 12th month after the delivery, the group that received both interventions reported less violence. However, this study was not randomized, it is less quality level for evidence based practice.

MacFarlane (2002) conducted a study on planning advice for the women's safety over the telephone for a total of 6 phone call-visits wherein the first call was placed within the first 48-72 hours following hospital discharge. Afterwards the phone calls were made at weeks 1, 2, 3, 5, and 8. Each call began with the evaluation of safety followed by a discussion of techniques for creating safety. The women would receive various suggestions on many topics such as hiding important documents, writing down the number or work unit that provided emergency help when in need, and preparing to deal with the situation with neighbors or close friends in sending signals for help, etc. The call duration ranged from 3 to 25 minutes, with the average being 9 minutes. The calls would be discontinued after 6 calls and the evaluation was conducted at the 3rd and 6th months without giving any additional information. It was found that the group that received the phone call intervention had more safety behaviors than the group without the phone call consultation with statistical significance ($p < .01$).

MacFarlane, Groff, O'Brien & Watson (2006) conduct the study to compare 2 types of interventions which were: 1) Nurse case management wherein the sample group would receive March of Dimes protocol consisting of information sheets for personal safety plans in 15 areas by allowing 10 minutes review for understanding and receiving nursing care in 3 aspects: (1) Supportive care - listening to the problems with attention, interviewing the history of abuse, living conditions, and the situation of violence; (2) Anticipatory guidance - the nurses helped evaluate the problems and the need for help; and (3) Guidance referral - suggestions for sources of assistance in

various areas. The whole process took approximately 20 minutes. 2) Intervention Card - the sample group would receive the service facility's wallet-sized card, identifying plan and resources. This group would be contacted every 6 months by the health care providers and interview appointment would be made. The sample group comprised 360 women at 18-64 years of age who came to the primary care unit. The findings revealed that the two groups were no different when compared in terms of the level of severity, nature and frequency of violence. The occurrences of level of severity, nature, and frequency of violence were reduced and safety behaviors increased with statistical significance ($p < 0.001$). The research quality, therefore, was evaluated to be at a good level and an experimental trial was randomized

The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) (2005) conducted a systematic review from unpublished and published research (Meta analysis) wherein the knowledge obtained was summarized as follows:

1. Following health evaluations, the women should be considered in terms of referring them to other sources of assistance (Women's rights protection center, career training facilities and financial sources, etc.)

2. The work unit should have operational guidelines and a handbook of current sources for help.

3. The health care providers should pay attention to, not judge and respect the patients when interviewing them about the matter of violence.

4. Staff should respect the patient decisions.

5. The nursing facility should record information concerning risk assessment and safety to children at home while facilitating planning and effective referral to other agencies.

6. The officials should assess depression and risk of suicide for the women who reveal the details of their abuse.

7. The women who revealed the details of their abuse who had children should consult relevant units in the hospital in order for the children to receive protection and assistance as necessary.

The Bureau of Health Service Office, Ministry of Public Health (2006) constructed an operational guideline for assisting women and children who are victims

of abuse at the provincial level by gathering opinions from experts. The issues were as follows:

1. Screening women and children who are physically/mentally/ sexually/and socially abused who come to receive services at OPD/ER/IPD exhibited the following symptoms:

- 1.1 Unconsciousness for no apparent reason or an illogical reason.
- 1.2 Burn wounds/ cigarette marks that were not appropriate.
- 1.3 External bleeding for no known reason.
- 1.4 New and old bruise marks on the body that had no resemblance to falling, accidents or other bruises.
- 1.5 New and old bone breaks without apparent reason.
- 1.6 Internal bleeding for no apparent reason.
- 1.7 Symptoms stemming from an illegal abortion.
- 1.8 Infections or the reproductive organs and the anus.
- 1.9 Genital and anal wound (bruises/tearing/bleeding).
- 1.10 Abnormal paranoia, especially in the presence of the person who brought the woman to the hospital.
- 1.11 Depress, disorientation, lack of enthusiasm
- 1.13 Abuse of self or attempted suicide.
- 1.14 The person who brought the woman to the hospital has to been a hurry to go home, fear that wrongdoing will be detected.
- 1.15 The person who brought the woman to the hospital provides confusing background that does not match with the injuries, or provides varying histories at any given time.

2. Evaluation issues and the need for assistance

- 2.1 In terms of physical aspects, evaluate the need for general treatment or meet with specialists or doctors as appropriate.
- 2.2 In terms of thoughts, behaviors, and feelings, offer advice or refer to psychiatrists/psychologists/social workers as appropriate.
- 2.3 In terms sexual aspects, provide assistance according to the guidelines for the occurrence of sexual violence. Examine and record evidence regarding physical and mental conditions. If the women have been raped within 72

hours, perform a blood test to screen for infection. Then provide anti-pregnancy and anti-infection medicines and offer consultation.

2.4 In terms of social aspects, evaluate conditions regarding family, economy, society, recurrence, and safety while providing assistance e.g. career training, and refer to a multidisciplinary team for continued assistance.

3. Organize a multidisciplinary meeting to work as a team for evaluating the readiness of the women who have complicated problems, provide help according to appropriate guidelines with internal and external coordination in referring the women

4. Evaluate reoccurrence of violence and proceed to protect the women.

5. Assess the women' readiness prior to releasing them to the society.

6. Discharge.

According to the study of Sripichayakarn (2003), the guidelines for assisting the women after the screening process were extracted from research on the following issues:

1. The main objective of providing assistance to the women after screening was for the women to gain access to help. Therefore, this assistance must at least include information regarding sources for help which the women can seek when in trouble e.g., mental therapy or consultation, stress hotlines, agencies providing legal advice, shelters, etc. Documents with relevant information in a compact size that is easy to carry should be made. In addition, the women's mental condition should be nurtured, mental crisis corrected, dangerous conditions assessed, safety planned, evidence recorded for use in legal cases, and referral to other agencies or work units, which may be work units within the hospital such as the Psychology Department, Counseling, Social Welfare, or agencies outside the hospital.

2. The nurses' safety - emergency room nurse performing tasks related to domestic violence may not be safe for several reasons. When women who are almost fatally harmed are delivered to the hospital, their husbands may follow them to the hospital and do further harm. In this case, the nurse may also be in danger. Therefore, safety measures and observations of the gestures of the relative or friend delivering the women to the hospital must be practiced. The emergency room should have lockable doors to prevent outsiders from going in. And, there should be security units at the front of the room at all times.

3. Recording - the recording of screening results should be done every time and include signatures, dates and times as these records will be beneficial in taking care of the women continually and can be used as legal evidence. When the screening detects an abused woman, the next step is to gather additional information such as the manner of the violence in addition to the dates, times and locations of the violence. There should be a recording system that is not repetitive in order to reduce recording time. And hi-speed recording methods such as use check marks instead of descriptions, etc. should be used. However, the messages from the woman's remarks regarding the history of her abuse can be used as evidence by putting them in quotation marks.

4. The evaluation of screening results for women abused by their spouses is considered new. It is necessary, therefore, for the evaluation to be systematic in order to make improvement possible. Thus, the system is divided into 2 types which are process evaluation and outcome evaluation. Process evaluation consists of the evaluation of nurses' readiness in terms of knowledge, beliefs, attitudes and skills in screening as well as the evaluation of procedures whether the nurses follow the set procedures and whether the women are screened according to the amount set in the objectives, with or without problems or obstacles. While the outcome evaluation is done by considering whether there is an increase in screening from when there was no screening guidelines or not.

Weak Points and Limitations

The work unit's implementation of research findings obtained from evidence-based practice on women abused by their spouses may encounter limitations in the following areas:

1. The health care provider involved in providing services to the women should be trained so they acquire knowledge and understanding of the women's problems, conditions, and need for help.
2. Computerized screening may encounter problems because some women may not know how to use computers.

3. Referring the patients to work units that provide help, both within the work unit and in the community may require time for coordination in the beginning because the work unit has had no protocol in this area.

4. In providing facilities for screening and providing advice, areas divided into rooms are quite difficult because of the limited space. Part of the work unit may have to be modified which may not be suitable as suggested by the research recommendation.

The guidelines for solving the problems of women abused by their intimate partners

Health care services at the Accident & Emergency Department of Bhumiphol Adulyadej Hospital consisted of the following:

1. Screening for women abused by their spouses - the research found that screening increases the identification rate of women abused by spouse, consisting of:

- **Interviews regarding the violence** help to increase the identification of the abuse. Therefore, questions should specify the violent behaviors. The interview should not contain too many questions but questions should have high specification and sensitivity in addition to being fast and easy to use (Cherniak, et.al, 2005). Such instruments include the Partner Violence Screen (PVS) and the Abuse Assessment Screen (AAS). For the most part, the methods for asking questions include interviews in combination with introductions to explain the necessity and advantages of the screening, which will support the women's willingness to reveal the details of their abuse. After that, the questions should be asked and the final step is to close the interview. Interviewers should accept the decisions of the women as to whether or not to reveal their stories so as to leave an opportunity open for them to reveal their stories at a later date.

- **Relationships between the health care providers and the patients**
 - the health care providers should create a bonding with the women, and not judge their stories as they encourage the patients their strength in passing through the crisis, and take care with regard to religious matters and respect for the women's decision to reveal or not reveal her stories (Hamberger, Lohr, & Gottlieb, 1998, cite in Cherniak, et al, 2005 and Bureau of Health Service System Development Office, 2006).

- **Suitable environmental management** helps to encourage the women to reveal their stories and can be done by making the interview area private and safe for both the women and the nurses and health care providers, providing such items as posters and documents regarding violence towards women, sources for assistance, career training, counseling units, and legal assistance in places where they can easily be found by the women, for example, the examination room or the restrooms (Cherniak, et.al, 2005 and Society of Obstetrician and Gynaecologist of Canada, 2005).

2. Evaluation of physical, mental and social problems (Dienemann, et al., 2003 and Bureau of Health Service System Development Office, 2006)

- **Physical evaluation** is the evaluation of bodily injury, sexual abuse and other conditions which may be relevant to the abuse.

- **Emotional evaluation** is the evaluation of the symptoms of depression and anxiety, considering the symptoms exhibited in terms of level of severity, duration and the women's ability to rest in addition to suicidal thoughts when depression is exhibited.

- **Social evaluation** is the evaluation of the whole family's living conditions and the safety of the women and the children as a guideline for assistance.

3. Providing information regarding the work unit which provides assistance in areas and sources for help such as legal assistance, shelter home, career training, women and children help center and other relevant work unit and information regarding safety behaviors. All these information, if made into wallet-size-referral card, would be easy to keep in the wallet and can be used when needed (Parker, 1999 and MacFarlane, et al., 2000).

4. Providing Consultation - The consultation consists of providing education regarding the women's general situation, the impact and the behavior to prevent danger from violence, and providing the assistance according to the patients' needs and desires by coordinating or referring the patients to work units which provide assistance (Parker, 1999 and MacFarlane, et al., 2000).

5. Recording data and legal issues - in the event that patients are severely injured from the violence or when the patients wish to press charges, the information on the treatment and the history obtained from the patient will be used for legal

consideration, especially in patients with injury related to the violence. Therefore, there should be record of detailed screening with signature, date and time of the screening clearly provided (Cherniak, Grant, Mason, Moore, & Pellizzari., 2005; Bureau of Health Service System Development Office, 2006 and Dienemann, Campbell, Wiederhorn, Laughon, & Jordan, 2003).

CHAPTER IV

PLAN OF IMPLEMENTATION

Analysis of the possibility of the work unit

The researcher analyzed the possibility of the guidelines for the screening and assistance of women who were abused by their spouses to be adopted for use in work units as follows:

1. SWOT analysis

Strengths

- 1) The work unit originally had registered nurses responsible for screening patients who came to the Accident & Emergency Unit for treatment.
- 2) The work unit had a Social Welfare Department to provide advice and assistance for patients with economic and social problems.
- 3) The work unit provided services to the patients as a multi-disciplinary team, with the patient-centered care in order for the patients to receive standardized, integrated and continual treatment.
- 4) The work unit had a trauma center with a designated team responsible for taking care of injured emergency patients with a multi-disciplinary team operated by specialists.
- 5) The work unit improved the quality of the operation by emphasizing the patients' safety and health resource management in order for the activities of the work unit to be clear and consistent with the organization's objectives.
- 6) Bhumiphol Adulayadej Hospital's vision is to be a tertiary hospital of quality at the national level. The objectives are:
 - To help people receive standardized, suitable, safe and continual healthcare.
 - To help protect human rights and dignity.

Opportunities

1) The Family Violence Act of 2007 is currently available and focuses on assisting people who are abused in terms of receiving of medical care and advice as well as legal assistance. The ministry of Social and Human Security Development has been assigned the task of issuing Ministerial laws and regulations in order to enforce the Act.

2) The Ministry of Public Health has already established guidelines for assisting abused women and children for provincial networks. Therefore, it is convenient to adjust the guidelines to be suitable with the work unit's environment.

3) The work unit and the private organization which provide help to the women are located in the same vicinity as the hospital.

Weaknesses

1) The Accident & Emergency Department had neither the personnel responsible for the service nor guidelines for screening and providing assistance for the abused women.

2) The health care team do not aware of the fact that violence towards women was a public health problem.

Threat

1) Society continues to adhere to old beliefs and values where men are the leaders of the household and can do anything to any one in the family as a lesson. Furthermore, it is the society's belief that violence between husband and wife are matters within the family with which no one should interfere.

2) Today, most people live their lives with materialism and failing economic conditions result in stress. Many men release their stress by being violent toward family members.

Following SWOT analysis of the organization, the guideline will be presented to the hospital's executives so they are aware of its background and the significance of the problem. The author felt that the guideline was likely to be feasible for actual implementation.

2. Evaluate implementation potential

2.1 Clinical relevance: the situation and statistics of spousal violence are on the rise in Thai society in a situation with both social and national repercussions that have both physical and psychological impacts on the abused women. The guidelines for screening and assisting these women consist of screening for violence with physical, mental, social and security evaluations as well as providing help in various areas, which will help identify the women and more effectively address the problems they face.

2.2 Scientific Merit: the research used as reference was credible because articles were assessed as being at levels 1, 2 and 7. Furthermore, the methodology was credible and the objectives corresponded with the research and presented phases for data collection. The use of statistical analysis was suitable with the variables and the level of measurement. The citations were published in credible sources and the research issue was relevant to nursing practice. The literature was up-to-date and the research findings were credible within the scope of the study. The findings and recommendations are feasible for implementation.

2.3 Transferability of the finding: Spousal violence is a matter that most women aren't likely to reveal to other people. When they need to be treated at the hospital, some of the women hide the real reasons for their injuries, making them unable to receive suitable care. The nurses are the personnel in the health team who have the greatest chance of meeting with the patients and they are mostly closely involved in the care of the patients. Therefore, nurses play an important role in screening abused women in order to assess the problems and the patients' needs. This is an essential practice for the hospital and should be followed.

2.4 Feasibility of the implementation: nurses are able to screen and help the women by providing information, suggestions and coordination with other relevant work units in addition to referring the patients in order for the women to receive thorough and continual care in what is the nurses' privilege which can be done with the cooperation from multi-disciplinary teams both inside and outside the work unit, in both governmental and private sectors responsible for providing help to abused women.

2.5 Cost-benefit ratio: the fact that the women are abused by their spouses has personal impacts on the abused women. Furthermore, this type of treatment costs a large amount of money each year in terms of hospital expenses. In addition, abuse has been found to be an obstacle to career and work. If the guidelines for helping the women are implemented, it is expected that more of the abused women will be identified and helped in order to prevent or reduce family violence and in order to promote the improvement of women's capabilities. Thus, the implementation of the guidelines is worthwhile.

Implementation Planning

1. Present the guidelines to the executives for awareness and acknowledgement.
 - 1.1 Present objectives, details and benefits of the guidelines.
 - 1.2 Present the guideline to the Accident & Emergency Department supervisor and ask for suggestions for the implementation of the guidelines.
 - 1.3 Conduct a pilot study of this guideline for evaluating the feasibility of implementation.
2. Distribute the guidelines to nurses and personnel in the work units
 - 2.1 Present objectives, details and benefits of the guidelines.
 - 2.2 Present the guideline to the nurses and ask for suggestions for the implementation of the guidelines.
3. Inform and train nurses in emergency department regarding the use of the guideline in terms of both screening and assistance for clear understanding so the guideline will be operated in the same direction.
4. Implement according to the established guidelines.
5. Analyze and assess the results in implementing this guideline finding in order to improve it more effective.
6. Summarize and make the guidelines into a standard for screening and assisting women who are victims of intimate partner.

CHAPTER V

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Conclusion

The objective of this study was to develop a nursing practice guideline for the screening and assistance of women who were abused by their intimate partner according to the concept of evidence-based practice (Soukup Model, 2000). The procedures begin by identifying problems, establishing objectives, specifying the research scope for the search of data, reviewing, analyzing and synthesizing literature, text books and relevant evidence-based practice. The literature review for the present study yielded a total of 10 articles used in this research wherein 1 article was a systematic review, 5 were randomized controlled trials and 4 were clinical expert opinions. Then, the data obtained from the analysis of evidence-based documents was developed into a nursing practice guideline for screening and assisting abused women. The guideline passed a validity test from 5 experts who specialized in testing content validity. Then, the researcher applied the experts' suggestions to the revision of the guideline to improve the instrument in terms of suitability, effectiveness and feasibility for implementation in actual nursing practice. Finally, the guideline for the screening and assistance of abused women was acquired as follows:

1. The screening of violence should be done by building relationships and confidence with the abused women prior to interviewing them regarding their abuse. Then the problems are assessed along with the women and children's physical, psychological, social, and safety needs.

2. The provision of physical, psychological, social and safety assistance to the women and the children should be offered in the form of multi-disciplinary treatment, information regarding sources for legal, shelter, career and economic assistance, planning for the women's self-protection and following up to evaluate the results.

Finally, the results of self-protection from violence were evaluated for a period of 3 months by means of telephone visits.

Recommendations

The development of an effective nursing practice guideline for screening and assisting women who are victims of intimate partner violence perform as follows:

1. A team should be designated to take responsibility for providing services to women who are victims of intimate partner violence.
2. A team of nurses should be established to serve as consultants for abused women so that women will be able to have access.
3. Team of nurses who are responsible for providing services to abused women should have meetings/training at least twice a year per person.
4. The guidelines should be integrated into regular nursing practice.
5. The plan to provide services for abused women should be arranged annually and the services should be continually improved, both in the terms of facility and in the community.
6. A network should be set up among responsible agencies for referring the women to primary service units, hospitals and private agencies which provide social assistance for abused women.
7. The guideline for screening and assistance for the women should be reviewed annually in order to be updated and most effective.

BIBLIOGRAPHY

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. & Lowenstein, S.R. (1995). Domestic violence against women: Incidence and prevalence in emergency department population. *JAMA*, 273(22), 1763-1767.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Systematic Evidence Review No.28: Screening for family and intimate partner violence*. Retrieved November 10, 2006, from <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/famviolser.pdf>
- American College of Nurse Midwives. (1997, August). *Violence against woman* (Position statement). Retrieved July 25, 2006, from http://www.midwife.org/siteFiles/position/Violence_Against_Women_05.pdf?CFID=695335&CFTOKEN=88836756
- Amy, A. E. (2006). IPV: Step for Future Generations. *Annals of Emergency Medicine*, 47(2), 200-202.
- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 9-16.
- Bonomi, A. E., Thomson, R.S., Anderson, M., Rivara, F. P., Holt, V. L., Carrel, D., & Martin, D. P. (2006). Ascertainment of Intimate Partner Violence Using Two Abuse Measurements Frameworks. Retrieved March 8, 2007, from <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/content/full/12/2/121>
- Brown, J.B., Lent, B., Schmidt. & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool and WAST-Short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49(10), 869-903.
- Campbell, J. C. (1995). *Assessing Dangerousness: Violence by sexual offender, child abusers and batterers*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Campbell, J. C. (1998). *Making the health care system an empowerment zone for batter women*. In J. C. Campbell (Ed.), *Empowering survivor of abuse* (pp. 1-22). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

- Craig, J. V. (2002). How to ask the right question. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds), *The Evidence-Based Practice Manual for Nurse*. (pp. 23-42), Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *Intimate partner violence: Overview*. Retrieved November 10, 2006, from <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools* Retrieved November 10, 2006, from http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Compendium/Measuring_IPV_Victimization_and_Perpetration.htm
- Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., Moore, B. & Pellizzari, Rosana. (2005). SOGC Clinical Practice Guideline. Intimate Partner Violence Consensus Statement. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 157, 365-388.
- Dienemann, J., Campbell, J., Wiederhorn, N., Laughon, K. & Jordan, E. (2003). A Critical Pathway for Intimate Partner Violence Across the Continuum of Care [Electronic vision]. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(5), 594 -603.
- Fishwick, N. J. (1998). Assessment of Women for Partner Abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*.27(6), 661-70.
- Gail, B. W. & Christina C. L. (2003). Pregnant Women These Two Screening Tools May Prove Valuable in Identifying Women at Risk. *AWHONN Lifelines*, 7(4), 351-354.
- Gregory, L.L., Susan, R., Kelly, B. H., Bruce, A. M. & Rose, S. (2000). Effect of Administrative Intervention on Rate of Screening for Domestic Violence in Urban Emergency Department. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1444-1448.
- Griffin, M., P. & Koss, M. P. (2002). Clinical Screening and Intervention in Case of Partner Margo Krasnoff & Ronald Moscati. Violence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 31(1).
- Halpern, L. R., Perciaccante, V. J., Hayes, C., Susarla, S., & Dodson, T. B. (2006). A Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence in the Emergency

- Department. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 60(5), 1001-5.
- Johnston, B. J. (2006). Intimate Partner Violence Screening and Treatment: Importance of Nursing Caring Behaviors. *Winter*, 2(4), 184-188.
- Karin, T. R., & Windy, L. (2003). Intervention for Intimate Partner Violence Against Women. *Journal of American Medical Association*, 5(289), 601-605.
- Kothari, C. L. & Rhode, K. V. (2006). Missed Opportunities: Emergency Department Visit by Police- Identified Victim of Intimate Partner Violence. *Annals of Emergency Medicine*, 47(2), 190-199.
- Krasnoff, M. & Moscati, R. (2002). Domestic Violence Screening and Referral Can Be Effective. *Annals of Emergency Medicine*, 40(5), 485-492.
- Ma-a-lee, A., Tongkumchum, P., Choonpradub, C., & Kuning, M., (2007). Factor Related to Partner Abuse among Pregnant Women in Pattani Province. *Journal of Public Health*, 37(1), 46-54.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L., Worster, A., Lent, B. & Webb, M. (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Setting. A Randomized Trial. *American Medical Association*, 296(5), 530-536.
- Marshall L L. (1992). Development of the Severity of Violence Against Women Scale. *Journal of Family Violence*, 7, 103-121.
- McFarlane, J. & Gondolf, E. (1998). Preventive abuse during Pregnancy: A clinical protocol. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 23, 22-27.
- MacFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A. & Watson, K. (2006). Secondary Prevention of Intimate Partner Violence A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research*, 55(1), 52-61.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, W., Batten, E., Hall, I. & Smith, S. (2002). An Intervention to Increase Safety Behavior of Abused Women Results of a Randomized Clinical Trial. *Nursing Research*, 51(6), 347-354.

- McFarlane, J., Parker, B. & Cross, B. (2001). *Abuse during pregnancy: A protocol for prevention and intervention* (2nd ed.). Wilkes-Barre, PA: March of Dimes Fulfillment Center.
- McFarlane, J., Soeken, K. & Wiist, W. (2000). An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Woman. *Public Health Nursing, 17*(6), 443-451.
- McLeer, S. V. & Anwar, R. (1989). A study of women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health, 76*, 65-67.
- National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements*. Retrieved November 10, 2006, from <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipvsurveillance/Intimate%20Partner%20Violence.pdf>
- National Guideline Clearing house. (2005). Women abuse: screening, identification & initial response. Retrieved November 10, 2006, from http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=7009&stat=1&string=intimate+AND+partner+AND+violence.
- Renison, C. (2001). *Violence victimization and race, 1993-98*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics US Department of Justice.
- Robert, R.A., & Petretic-Jackson, P. (1998). Assessment measures for battered woman. In A. W Burgess (Ed), *Advanced practice psychiatric nursing*. Stamford Connecticut: Appleton & Lange.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J.L., McMahon, P.M., & Shelley, G.A. (1999). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data element, version 1.0*. Atlanta, GA: National Center for Disease Prevention.
- Shattuck, S. R. (2002). A Domestic Violence Screening Program in a Public Health Department. *Journal of Community Health Nursing, 19*(3), 121-132.
- Soukup, M. (2000). The Center for Advance Nursing Practice Evidence-Based Practice Model. *Nursing Clinics North America, 35*(2), 301-308.
- Thananowan, N. (2006). When love goes wrong – Why doesn't she leave?: A question beyond the fact in dealing with the problem of intimate partner violence. *Journal of Nursing Science, 24*(1), 25-31.

- The Family Violence Prevention Fund. (2002). *National Consensus Guideline on Identifying and Responding Domestic Violence Victimization in Health Care Setting*, Retrieved November 10, 2006 form <http://www.endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>
- The Family Violence Prevention Fund. (2003). *Intimate Partner Violence and Healthy People 2010 Fact Sheet*. Retrieved November 10, 2006, form <http://www.endabuse.org/hcadvd/2003/tier4.pdf>
- The Orthodox Metropolitane of Hong Kong and Southeast Asia (OMHKSEA), International Orthodox Christian Charities Inc. (IOCC), & Goodwill Group Foundation. (2005). *Emergency Assistance Directory for Women*.
- The U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF). (2004). *Annals of International Medicine*, 140(5), 382-386.
- Tiwari, A., Fong, D.Y.T., Chan, K.L., Leung, W.C., Parker, B., & Ho, P.C. (2007, July 6). *Identifying intimate partner violence: comparing the Chinese abuse assessment screen with the Chinese revised conflict tactics scales*. Retrieved August 8, 2007, form <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.147-0528.2007.01441.x>
- Tjaden, P., Thoennes, N., & Allison, C. J. (1999). Comparing violence over the life span in sample of samesex and opposite-sex cohabitants. *Violence & Victims*,14(4), 413-426.
- Valente, S. M. (2002). Evaluating Intimate Partner Violence. *Journal of the American Academy Nursing Practitioners*, 14(11), 505-513.
- WHO. (2001). *Violence against woman*. Retrieved November 10, 2006, form <http://www.paho.org/English/AD/GE/VAW-HealthSectorResponds.pdf>
- WHO. (2002). *World Report on Violence and Health*, Retrieved November 10, 2006, form <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>.
- WHO. (2007). *Third Milestones of a Global Campaign Violence Preventive Report 2007: Scaling up*. Retrieved November 10, 2007, form http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595476_eng.pdf
- Willson, P., Cesario, S., Fredland, N., Walsh, T., McFarlane, J., Gist, J., Malecha et al. (2001). Primary Healthcare Provider's Lost Opportunity to Help Abuse

Women. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 13(12), 565-560.

- กนกพร บุญญาพิพรรธน์. (2549). (Boonyaphipun, K., 2006). *ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีภรรยาที่ถูกกระทำรุนแรงโดยสามีซึ่งมีการแจ้งความที่สถานีตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลพร แพทย์ชีพ. (2542). (Patcheev, K., 1999). *ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความก้าวร้าว: กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2539). (Achwanijkul, K., 1996). *ความรุนแรงต่อผู้หญิง ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่างบนเส้นทางของชีวิตผู้หญิง*. *วารสารสาธารณสุขภาคกลาง*, 11(6), 21-39.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิมเอม, และอุษา เลิศศรีสันทัต. (2546). (Achwanijkul, K., Khanchanajittra, C., Im-em, W., Lertsrisantad, U., 2003). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพของผู้หญิง*. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิเพื่อนหญิง.
- เกสรฯ ศรีพิชญาการ. (2546). (Sripichayakarn, K., 2003). *แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของห้องฉุกเฉินในการคัดกรองภาวะสตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย*. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*, 9(2), 41-51.
- เกสรฯ ศรีพิชญาการ, ยุพิน เพ็ชรมงคล, นงนุช ไชยยศ, และแสงเดือน กฤษณรักษ์. (2546). (Sripichayakarn, K., Phianmongkol, Y., Chaiyos, N., Krisnooruk, S., 2003). *ความชุกปัจจัยและผลกระทบของความรุนแรงในคู่สมรส*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกสรฯ ศรีพิชญาการ และ สุกัญญา ปริสัญญกุล. (2548). (Sripichayakarn, K., & Prisunkul, S., 2005). *มุมมองของสตรีและบุรุษเรื่องความรุนแรงต่อภรรยาและบริการทางสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี. *นโยบายและแผนขจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี*. เอกสารอัดโรเนียว, 2543.

- ชื่นชม เจริญยุทธ์, ประยุกต์ เสรีเสถียร, ปนัดดา ปรียทฤณ, จิรากร ชีรพัฒนะ และไข่มุก มลิตทอง (2543). (Chareonyut, C., Sareesatein, P., Priyatuk, P., Teeraputtana, J. & Malithong, K., 2000). *การทำร้ายทารุณในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีที่ถูกทำร้ายโดยคู่สมรสที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร. ทูลสนับสนุนรายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- คนยา ชนะอุดม. (2539). (Thanaudom, D., 1996). *ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ดลนภา หงส์ทอง. (2542). (Hongthong, D., 1999). *ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ: กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ทิชา ณ นคร. (2548). (Na Nakorn, T., 2006). *ความรุนแรงต่อผู้หญิงปัญหาส่วนตัวหรือปัญหาโครงสร้าง?. วารสารคลินิก, 21(12), 1013-1018.*
- นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม. (2540). (Veeravathnodom, V., 1997). *ความรุนแรงต่อสตรี: ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- นิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์, วันสสนันท์ รุจิวิพัฒน์, พิภพ ไคว้ถาวร, และวณิ ทองห่อ. (2548). (Saritaphirak, N., Rujiwhipat, W., Khowthawon, P., & Thongho, W., 2005). *ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายในกลุ่มสตรีและเด็ก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(1), 92-99.*
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2547). (Thananowan, N., 2004). *ความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรส: การวิเคราะห์และเปรียบเทียบแนวคิดสตรีนิยมและทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 23(2), 4-14.*
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2548). (Thananowan, N., 2005). *ผลของการใช้ระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรมที่แตกต่างกันในการทำ วิจัยเรื่องความรุนแรงต่อสตรี. วารสารพยาบาล, 54(2), 73-82.*
- นันทนา ธนาโนวรรณ, ภัศรา หากุลลาบ, พรทิพย์ รongเลื่อน. (2549). (Thananowan, N., Hakularb, P., & Rongleon, P., 2006). *ความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม. วารสารสภาการพยาบาล, 24(2), 31-46.*

- นันทนา ธนาโนวรรณ, ภัสรา หากุลลาบ. (2549). (Thananowan, N. & Hakularb, P., 2006).
ลักษณะทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และความรุนแรงจากการถูกทำร้ายในขณะตั้งครรภ์. *วารสาร
พยาบาล*, 55 (1-4), 13-29.
- นันทนา ธนาโนวรรณ, ภัสรา หากุลลาบ. (2550). (Thananowan, N. & Hakularb, P., 2007). ผลของ
ความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคม
และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 47-61.
- บุญเสริม หุตะแพทย. (2545). (Hutapat, B., 2002). *ลักษณะการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐและ
เอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว*. รายงานการวิจัยทุนสนับสนุนจาก
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บุศรินทร์ คล่องพยาบาล. (2542). (Klongpayaban, B., 1999). *ความรุนแรงในครอบครัว: ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว*.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจพร ปัญญาขง. (บรรณาธิการ). (2543). (Panyayong, B., 2000). (Ed.). *ทารุณกรรมทางเพศใน
เด็ก: การตรวจประเมินและการบำบัดรักษา: คู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ:
ศูนย์สุขภาพจิต.
- ฟองคำ ทิลกสกุลชัย. (บรรณาธิการ). (2549). (Tilokskulchai, F., 2006). (Ed.). *การปฏิบัติการ
พยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- มูลนิธิเพื่อนหญิง. (2549). (Friends of Women Foundation., 2006). โครงการสัมมนา “ความรุนแรงที่
ทิวความรุนแรง”. Retrieved October 2, 2007 form [http://www.friendsofwomen.net
/articles/info-article/detail.htm](http://www.friendsofwomen.net/articles/info-article/detail.htm)
- มูลนิธิเพื่อนหญิง. (2550). (Friends of Women Foundation., 2007).หน่วยงานให้ความช่วยเหลือ
ผู้หญิง. Retrieved October 2, 2007 form [http://www.friendsofwomen.net
/contact_org/contact.htm](http://www.friendsofwomen.net/contact_org/contact.htm)
- รัชชัย คงสกันธ์. (2548). (Kongsakon, R., 2005).กระบวนการครอบครัวสมานฉันท์: ทางเลือกใหม่
ในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเชิงบูรณาการ. *วารสารคลินิก*, 21(12), 1001-5.
- รายงานสรุปการทำงานของมูลนิธิเพื่อนหญิง ปี 2546. (เอกสารอัดสำเนา)
- รายงานสรุปการทำงานของมูลนิธิเพื่อนหญิง ปี 2548. (เอกสารอัดสำเนา)

- วริศนันท์ ภูน้ำทรัพย์. (2548). (Phunumsup, W., 2005). *ปัญหาและแนวทางแก้ไขความรุนแรงในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารยุติธรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก.
- ศิโรรัตน์ โชติกสถิต. (2542). (Chothikhastit, S., 1999). *การศึกษาเปรียบเทียบ ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติตามบทบาทที่ศาสนากำหนด และความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี: กรณีศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธ์ที่สมรสแล้วที่นับถือศาสนาพุทธ กับศาสนาอิสลามในจังหวัดระนอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2550). (The National Legislative Assembly, 2007). พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. Retrieved October 2, 2007 form http://www.women-family.go.th/scan/laws_violence.pdf
- สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2550). (The National Legislative Assembly, 2007). พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2550. Retrieved October 2, 2007 form <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/A/056/1.PDF>
- สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2550). (The National Legislative Assembly, 2007). พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 20 พ.ศ. 2550. Retrieved October 2, 2007 form <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/A/056/5.PDF>
- สมพร เตรียมชัยศรี. (2544). (Triamchaisri, S., 2001) ความรุนแรงต่อสตรี มุมมองในผลของความรุนแรง และด้านการป้องกัน ความจริงที่ไม่อาจปฏิเสธ. *วารสารพยาบาล*, 5(1), 8-14.
- สายพิน หัตถิรัตน์, ศรีสุภา แก้วประการ, และอรุณี ชื่นชม. (2548). (Hattirat, S., Khawprapan, S., Cheunchom, A., 2006). *คู่มือหมอครอบครัว: ฤาความรุนแรงระหว่างคู่ครองต้องถูกสมานฉันท์*. *วารสารคลินิก*, 21(12), 1006-1012.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). (Office of Women's Affairs and Family Development, 2005). *สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว*. Retrieved October 2, 2007 form <http://www.women-family.go.th/scan/plan1.pdf>
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2550). (Office of Women's Affairs and Family Development, 2007). *แผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 10 (2550-2554)*. Retrieved October 2, 2007 form <http://www.women-family.go.th/scan/plan1.pdf>

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546).

(Bureau of Health Service System Development, 2003). *แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง.*

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549).

(Bureau of Health Service System Development, 2006). *รูปแบบการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน.*

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549).

(Bureau of Health Service System Development, 2006). *แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด.*

APPENDIX

APPENDIX A

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรสที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร.พ.ภูมิพลอดุลยเดช
2. เอกสารหมายเลข1 แนวทางการกรณีนำก่อนการซักถามการถูกกระทำรุนแรง
3. เอกสารหมายเลข2 ข้อบ่งชี้ทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ และสังคม ในสตรีที่สงสัยถูกกระทำรุนแรง
4. เอกสารหมายเลข3 เครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรส
5. เอกสารหมายเลข4 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
6. เอกสารหมายเลข5 การ์ดแสดงข้อมูลหน่วยงานให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉิน
7. เอกสารหมายเลข6 แผ่นพับเรื่อง “ภรรยา/สตรีถูกกระทำรุนแรงเป็นปัญหาสังคมไม่ใช่เรื่องส่วนตัว” สำหรับแจกผู้ป่วยสตรี
8. เอกสารหมายเลข7 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
9. เอกสารหมายเลข8 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
10. เอกสารหมายเลข9 แบบประเมินเรื่องความปลอดภัยจากการถูกกระทำรุนแรง
11. เอกสารหมายเลข10 ข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
12. เอกสารหมายเลข11 แนวทางการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกกระทำรุนแรง
13. เอกสารหมายเลข12 แบบรายการแสดงพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัย

**แนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักร
หรือคู่สมรสที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร.พ. ภูมิพลอดุลยเดช**

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประกอบไปด้วย การคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส การประเมินปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านความปลอดภัย และการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา สนับสนุนในการวางแผนความปลอดภัยจากการถูกกระทำรุนแรงแก่สตรีและเด็กในครอบครัว การบันทึกข้อมูล ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการส่งต่อ และการติดตามประเมินผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส
2. เพื่อช่วยให้สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสได้รับการคัดกรอง และได้รับความช่วยเหลือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีแนวทางการพยาบาลในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรสซึ่งสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. หน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรสซึ่งสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการปรับให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สตรีได้รับการคัดกรองการถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส ได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
4. สตรีมีการป้องกัน และรู้เท่าทันในการหลีกเลี่ยงการถูกกระทำรุนแรงโดยคูรักรหรือคู่สมรส

คำจำกัดความ

1. **สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรส** หมายถึง ผู้ป่วยหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ถูกสามี อดีตสามี คู่รักหรืออดีตคู่รัก ทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส กระทำการอันได้แก่ ทำร้าย ทบตี บังคับขู่ข่มขู่ คุกคาม หรือกีดกันสิทธิเสรีภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หรือ สังคม

2. **การคัดกรอง** เป็นการประเมินความเสี่ยงในการถูกกระทำรุนแรง ของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการซักถามและสังเกตลักษณะอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรสที่รับมาจาก เครื่องมือ Partner violence screen และ Abuse assessment screen ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นการถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของสตรีจากการถูกกระทำรุนแรง การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย การถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจ และการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เพื่อวางแผนในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

3. ประเภทของการถูกกระทำรุนแรง แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

3.1 การถูกกระทำรุนแรงทางกาย (physical violence) หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดจากการทำร้ายร่างกายโดยจงใจให้เกิดขึ้น และมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทบพลภาพ หรือมีอันตรายถึงแก่ชีวิต อาจมีได้ตั้งแต่ การตบ การตี การใช้อาวุธ การใช้ความร้อนหรือสารเคมี

3.2 การถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจ (psychological violence) เป็นการกระทำหรือการละเว้นใดๆก็ตามที่มีผลทำให้ภรรยาผู้ถูกกระทำได้รับความเสียหาย ทำให้ภรรยามีอาการเครียด ซึมเศร้า เหม่อลอย ขาดความกระตือรือร้น และทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

3.3 การถูกกระทำรุนแรงทางเพศ (sexual violence) เป็นการใช้กำลังบังคับภรรยา ให้มีเพศสัมพันธ์ในลักษณะที่ภรรยาไม่ต้องการ หรือใช้วัตถุสอดใส่ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก

4. ประเภทของการให้ความช่วยเหลือ ประกอบไปด้วย

4.1 การให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลแก่สตรีเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เมื่อถูกกระทำรุนแรง ทั้งด้านการตรวจรักษา สถานที่พักชั่วคราว สถานที่ฝึกอาชีพ หน่วยงานให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย และสถานีตำรวจ

4.2 การช่วยเหลือสตรีวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกกระทำรุนแรง

4.3 การติดต่อประสานและการส่งต่อ เป็นการติดต่อประสานไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือสตรี ได้แก่ แผนกสังคมสงเคราะห์ แผนกสุขภาพเพื่อให้คำปรึกษา แผนกจิตเวช กรณีที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแพทย์แผนกอื่น ๆ กรณีที่สตรีจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่เฉพาะทาง และติดต่อประสานในการแจ้งความไปยังสถานีตำรวจที่อยู่ในเขตรับผิดชอบกรณีที่สตรีได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือในกรณีที่สตรีต้องการ

ผู้ใช้แนวทางในการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยสตรีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรส มีอาการคงที่ พุดคุยได้รู้เรื่อง และมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติ

- สตรีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรส
- พยาบาลและบุคคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ

สถานที่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำเสนอผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก ให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล ประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในหน่วยงานและแผนการในการดำเนินงาน

1.2 ประชุมทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล แพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์แผนกจิตเวช สูตินรีแพทย์ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

1.3 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสตรีถูกกระทำรุนแรงและการให้ความช่วยเหลือแก่ พยาบาล และแพทย์ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้เชี่ยวชาญ

1.4 จัดเตรียมเอกสารคู่มือและสถานที่

- สถานที่สำหรับการคัดกรองมีความเป็นส่วนตัวและมิดชิด

- มีมาตรการในการรักษาความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โดยมี
สารวัตรทหาร ประจำหน้าห้องหรือบริเวณใกล้เคียง
- มีบอร์ดหรือโปสเตอร์แสดงถึงปัญหาและผลกระทบของสตรีที่ถูกกระทำ
รุนแรง รวมทั้งองค์กรหรือหน่วยงานให้ความช่วยเหลือ
- มีการ์ดและแผ่นพับแสดงแนวทางการป้องกันการถูกคู่รักหรือคู่สมรสทำ
ร้ายซ้ำ และข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ สำหรับแจกสตรี
- มีคู่มือสำหรับการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกกระทำ
รุนแรงโดยคู่รักหรือคู่สมรส

2. ขั้นตอนในการปฏิบัติ

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p><u>การคัดกรอง</u></p>	<p>- สร้างสัมพันธภาพโดยสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ให้ความสนใจในการพูดคุย มองหน้าและสบตากับคู่สนทนา กล่าวแนะนำตนเอง และบอกถึงบทบาทในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ</p> <p>- เกริ่นนำถึงความจำเป็นในการซักถามเกี่ยวกับการดูแลรักษา</p> <p>การดูแลรักษา</p> <p>“เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาผู้สูงอายุ กระทำรุนแรงมีมากขึ้น โดยเฉพาะการถูกร้ายจากสามีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ขณะนี้ที่โรงพยาบาลมีหน่วยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกร้าย โดยการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ หายใจออกได้ และให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ โดยผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาในการแจ้งความหรือการแยกทางกับสามี ผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะอดใจที่จะพูดเรื่องนี้ ดังนั้น</p>	<p>-แนวทางในการกรีนนำก่อนการซักถามการดูแลรักษา (เอกสารหมายเลข)</p>	<p>-พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การคัดกรอง(ต่อ)</p>	<p>ดิฉันจะถามผู้หญิงทุกคนที่มาที่นี่ โดยสิ่งที่สนทนาทุกเรื่อง ถือเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นความลับอย่างยิ่งคุณจะยินดีให้ข้อมูลหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษา”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินข้อบ่งชี้ของการคัดกรองทำรุนแรง ในผู้ป่วยสตรีที่มารับบริการ - ซักถามเกี่ยวกับอาการคัดกรอง - บันทึกผลการคัดกรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อบ่งชี้ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ในสตรีที่สงสัยคัดกรองทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข 2) - เครื่องมือในการคัดกรอง(เอกสารหมายเลข 3) - แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข4) 	<ul style="list-style-type: none"> -พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การให้ความช่วยเหลือสตรีที่ประสบการถูกระทำรุนแรง</p>	<p>- แสดงการยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง</p> <p>- ให้การคัด และแผนพับ แสดงข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือและแนวทางการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกราย</p> <p>- บันทึกผลการคัดกรอง</p>	<p>- การ์ดแสดงข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือและแนวทางการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกราย(เอกสารหมายเลข5), แผนพับเรื่อง “กรรยา/สตรีถูกระทำรุนแรงเป็นปัญหาสังคม ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว” (เอกสารหมายเลข 6)</p> <p>- แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข4)</p>	<p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p><u>การประเมินปัญหาและ</u> <u>การให้ความช่วยเหลือ</u> สตรียอมรับว่าถูกระทำรุนแรง -ด้านร่างกาย</p>	<p>ประเมินจาก: อการสำคัญที่มา -ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรง ของ การบาดเจ็บ -บันทึกข้อมูลการประเมิน -รายงานแพทย์แผนกฉุกเฉิน เพื่อให้การตรวจ รักษาหรือพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง -ขออนุญาตถ่ายภาพกรณีมีบาดแผลฉกรรจ์หรือ กระดูกหักผิดปกติ (เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมให้ ถ่ายรูปได้) -แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล ถ้ามีการกระทำรุนแรงด้วยการใช้อาวุธ มีด ปืน หรือผู้ป่วยได้รับความรุนแรงจนอาจมีอันตรายถึง ชีวิต ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยรุนแรง ในครอบครัว พ.ศ. 2550</p>	<p>-แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำ รุนแรง (เอกสารหมายเลข4) -แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำ รุนแรง (เอกสารหมายเลข4)</p>	<p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาล แพทย์ แผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน -พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การประเมินปัญหาและ การให้ความช่วยเหลือ สตรียอมรับว่าถูกระทำรุนแรง -ด้านร่างกาย (ต่อ)</p>	<p>อาการปวด -ชักถามอาการและประเมินตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรง และช่วงระยะเวลาที่มีอาการปวด -ถ้ามีอาการปวดให้บันทึกผล -ถ้ามีอาการปวดประเมินความสัมพันธ์ของอาการ ปวดกับประวัติของการ ได้รับความรุนแรง รวมทั้งอาการ/ อาการแสดง/ อาการเจ็บป่วย เรื่องอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องกัน เช่น อาการทาง ระบบประสาท และอาการผิดปกติทางระบบ ทางเดินอาหาร -บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล -รายงานแพทย์แผนกฉุกเฉินเพื่อให้การตรวจ รักษาหรือพิจารณาส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง</p>	<p>-แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำ รุนแรง (เอกสารหมายเลข4)</p> <p>-แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำ รุนแรง (เอกสารหมายเลข4)</p>	<p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การประเมินปัญหาและ การให้คำแนะนำช่วยเหลือ สตรียอมรับว่าถูกกระทำรุนแรง -ด้านทางเพศ (เมื่อมีข้อ บังชี้)</p>	<p>ถามเกี่ยวกับการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ -ถ้าไม่ใช้ให้บันทึกผล - ถ้าใช้และไม่ได้อยู่กับข่มขืน แพทย์แผนกฉุกเฉิน พิจารณาให้การตรวจรักษาหรือส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะ ทาง - ให้คำปรึกษา - ถ้าใช้และถูกข่มขืน (ภายใน 72 ชั่วโมง) และต้องการ ฟ้องร้อง เสนอแนวทางในการแจ้งความและให้การ ดูแลตามแนวทางการสตรีที่ถูกข่มขืนของหน่วยงาน(โดย การส่งปรึกษาแพทย์สูตินรีเวชในการตรวจร่างกายและ เก็บไว้ดูพยาน และเสนอแนวทางในการตรวจการ ตั้งครรภ์, การให้ยาคุมกำเนิด, เจาะเลือดตรวจพิสูจน์ การติดเชื้อ VDR, HIVAb) กรณีเกิดเหตุการณ์หลัง 72 ชั่วโมง พิจารณาตรวจการตั้งครรภ์และให้การดูแล รักษาตามความเหมาะสม -บันทึกผลการตรวจร่างกายและการรักษา</p>	<p>-ข้อป่งชี้ทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ และ สังคม ในสตรีที่สงสัยถูกกระทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข 1)</p>	<p>-พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน -แพทย์แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน -พยาบาลแผนกให้ คำปรึกษา -พยาบาลแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, สูตินรีแพทย์</p>
		<p>-OPD card และแบบบันทึกสิ่งส่งตรวจ วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล</p>	<p>-สูตินรีแพทย์</p>

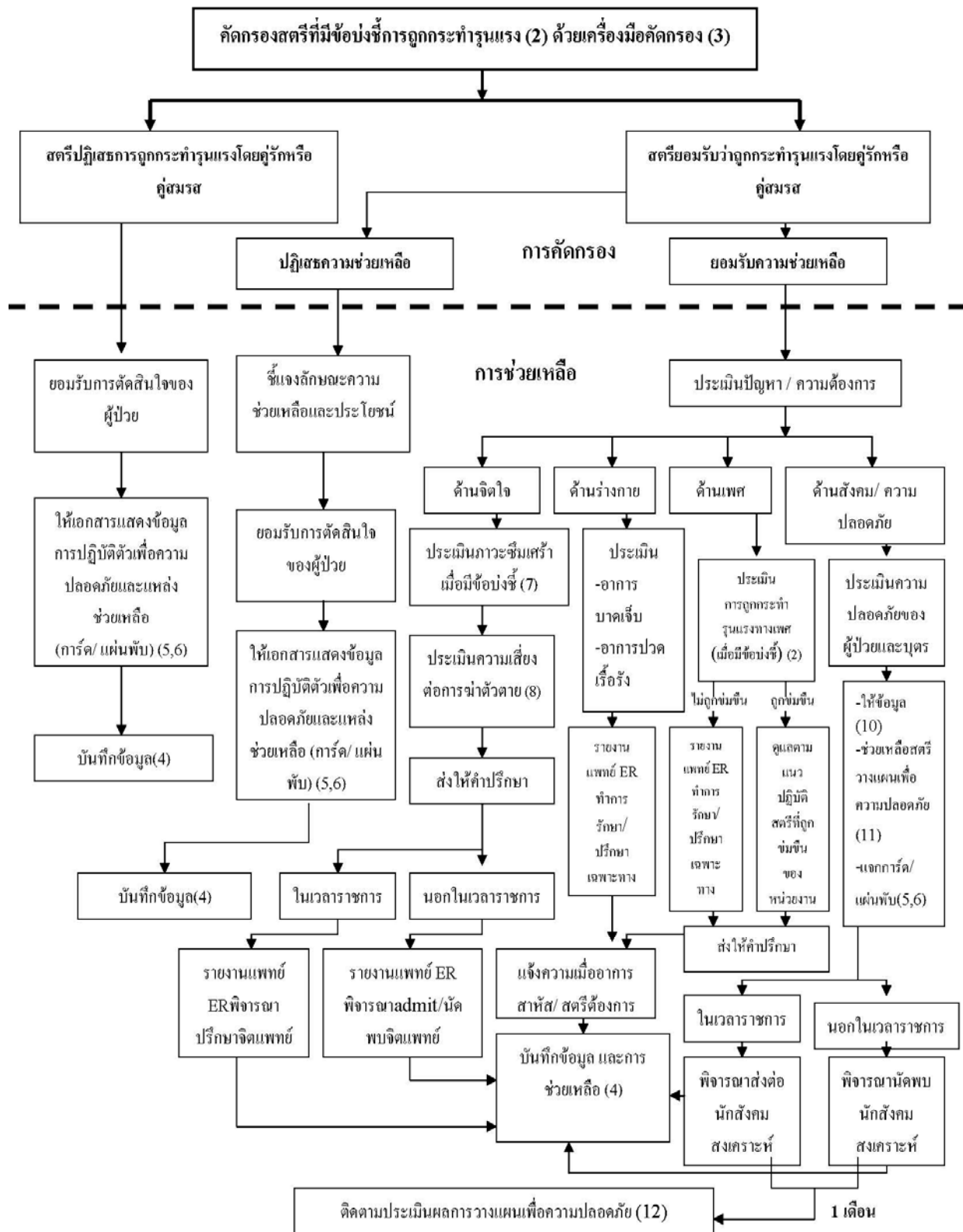
หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การประเมินปัญหาและการให้ ความช่วยเหลือ สตรียอมรับว่าถูกระทำรุนแรง -ด้านสังคม</p>	<p>ประเมินจาก: ข้อมูลทั่วไป -ซักถามถึง อาชีพ รายได้ ของผู้ป่วย จำนวน และ อายุของบุตรที่อาศัยอยู่ด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร -ประเมินความปลอดภัยของบุตรขณะที่สตรีต้อง ได้รับความรุนแรงในโรงพยาบาล บุตรอยู่ที่ ไหน? และได้รับการดูแลจากใคร? -แนะนำหน่วยงานที่รับแจ้งและประสานในการให้ ความคุ้มครองและช่วยเหลือแก่บุตรที่ถูกระทำ รุนแรง หรือบุตรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกระทำ รุนแรง ได้แก่ สถานีตำรวจในท้องที่ที่อาศัยอยู่ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง และพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด และ หน่วยงานในสังกัด/ และหรือส่งต่อแผนกสังคม สงเคราะห์เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือ</p>		<p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน, เจ้าหน้าที่ สังคมสงเคราะห์</p>

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การประเมินปัญหาและการให้ความช่วยเหลือ</p> <p>สตรียอมรับว่าถูกระทำรุนแรง</p> <p>-ด้านความปลอดภัย (ต่อ)</p>	<p>-แจกการ์ดแสดงข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆและการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกรายช้ำ และแผนหนีปลอดภัย</p> <p>-เมื่อผู้ป่วยมีความต้องการหรือมีความจำเป็นต้องการช่วยเหลือด้านที่พักชั่วคราวหรือในเรื่องค่าใช้จ่ายในครั้งนี้ ส่งปรึกษาหน่วยงานช่วยเหลือสงเคราะห์เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือหรือติดต่อประสานขอความช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานภายนอก กรณีนอกเวลาราชการทำการนัดพบในเวลาราชการ</p> <p>-ให้ข้อมูลแก่สตรีในการโทรศัพท์ปรึกษาหรือสอบถามข้อสงสัยได้</p> <p>-ขอข้อมูลในการติดต่อจากสตรีเพื่อติดตามประเมินผลเรื่องความปลอดภัยจากการถูกระทำรุนแรง โดยการใช้โทรศัพท์ในเดือนแรก</p>	<p>-การ์ดแสดงข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉินและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากการถูกระทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข5), แผ่นพับเรื่อง “กรรยา/สตรีถูกระทำรุนแรงเป็นปัญหาสังคม ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว” (เอกสารหมายเลข 6)</p>	<p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์,พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>
<p>การติดตามประเมินผล</p>		<p>-แบบรายการแสดงพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยจากการถูกระทำรุนแรง(เอกสารหมายเลข 12)</p>	<p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์</p>

หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
<p>การให้ความช่วยเหลือ</p> <p>สตรีปฏิบัติการช่วยเหลือถึงพบว่าถูกระงับการกระทำรุนแรง</p>	<p>-ชี้แจงลักษณะความช่วยเหลือที่จะได้รับ และประโยชน์</p> <p>-ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิหรือบีบบังคับ และใช้เวลาในการตัดสินใจ</p> <p>-ให้การแสดงข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือและแนวทางการวางแผนเพื่อความปลอดภัยและแผนฟื้นฟู</p>	<p>-การคัดแสดงข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉินและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากการถูกระงับการกระทำรุนแรง (เอกสารหมายเลข 5)</p> <p>-แผนฟื้นฟูเรื่อง “ภรรยา/สตรีถูกระงับการกระทำรุนแรงเป็นปัญหาสังคม ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว” (เอกสารหมายเลข 6)</p>	<p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>-พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่หรือคู่สมรสไปในแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 80
2. สตรีที่สงสัยว่าถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
3. สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมีการวางแผนปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกกระทำรุนแรงซ้ำไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50



แผนภูมิแสดง แนวทางการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่รักหรือ คู่สมรสที่มีมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

เอกสารหมายเลข 1**แนวทางในการเกริ่นนำก่อนการซักถามการถูกระทำรุนแรง**

“เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาผู้หญิงถูกระทำรุนแรงมีมากขึ้น โดยเฉพาะการถูกทำร้ายจากสามีทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ขณะนี้ที่โรงพยาบาลมีหน่วยให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกทำร้ายโดยการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้หญิงหาทางออกได้ และให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์โดยผู้หญิงจะได้รับคำชี้แนะในการแก้ปัญหาในการแจ้งความหรือการแยกทางกับสามี ผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวลที่จะพูดเรื่องนี้ดังนั้นดิฉันจะถามผู้หญิงทุกคนที่มาที่นี่ โดยสิ่งที่สนทนาทุกเรื่อง ถือเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นความลับอย่างยิ่ง คุณจะยินดีให้ข้อมูลหรือไม่ก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการรักษา”

ปรับมาจากเกสรา ศรีพิชญากา, 2546

เอกสารหมายเลข 2

ข้อบ่งชี้ทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ และสังคม ในสตรีที่สงสัยถูกกระทำรุนแรง

การประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
การประเมินสภาพร่างกาย(Physical assessment)		
หมดสติโดยไม่ทราบสาเหตุ/ สาเหตุไม่เหมาะสม		
มีลักษณะอาการที่สงสัยว่าน่าจะมีเลือดออกที่อวัยวะภายในโดยไม่ทราบสาเหตุ		
มีเลือดออกผิดปกติตามร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน		
รอยแผลไฟไหม้/ น้ำร้อนลวก/ รอยบุหรื้ที่ไม่สมเหตุผล		
มีรอยแผลใหม่แผลเก่าปนกันตามร่างกายลักษณะไม่เหมือนการหกล้ม หรือ อุบัติเหตุ และรอยฟกช้ำ		
กระดูกหักทั้งเก่าและใหม่โดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน		
มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ใบหน้า คอ หน้าอก เต้านม ท้องหรืออวัยวะเพศ/ สาเหตุไม่เหมาะสม		
ได้รับบาดเจ็บระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะบริเวณ เต้านม และท้อง		
มีอาการจากผลของการทำแท้งผิดปกติ		
มีอาการปวดเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ		
การประเมินทางเพศ(Sexual assessment)		
ติดเชื้อที่บริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก		
มีบาดแผล(รอยฟกช้ำ/ฉีกขาด/เลือดออก)บริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก		
มีบาดแผล(รอยฟกช้ำ/ฉีกขาด/เลือดออก)บริเวณเต้านม		
มีประวัติการถูกใช้วัตถุสอดใส่ทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก		
การประเมินสภาพจิตใจ(Psychological assessment)		
มีอาการหวาดระแวงผิดปกติโดยเฉพาะกับผู้นำส่ง		
ซึมเศร้า เหงื่อออก ขาดความกระตือรือร้น		
ทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		
การประเมินสภาพสังคม(Social assessment)		
รับการรักษาล่าช้าไม่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่ได้รับ		
คำบอกเล่าของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่ได้รับ		

การประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
อาการสำคัญที่มาไม่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค		
จากประวัติมักมารับการรักษาด้วยอาการได้รับบาดเจ็บบ่อยๆ		
ผู้ป่วยแสดงอาการกระสับกระส่ายหรือแสดงท่าทางอึดอัดเมื่อถามเรื่องสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส		
สามีหรือคู่รักมีท่าทางรีบร้อน อยากกลับบ้านกลัวความผิด		
สามีหรือคู่รักทำให้ประวัติสับสนไม่สมเหตุสมผล ไม่สอดคล้องกับความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือให้ประวัติไม่เหมือนกันในแต่ละครั้ง		
สามีหรือคู่รักมักตอบคำถามแทนผู้ป่วยหรือดูแลเอาใจใส่มากผิดปกติ หรือไม่ยอมอยู่ห่างจากผู้ป่วย		

การแปลผล ถ้ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเข้าข่ายสงสัยถูกกระทำรุนแรง

ที่มา: สำนักบริการสุขภาพ, 2549; Family Violence Preventive Fund, 2004; Dienemann, Campbell, Wiederhorn, Laughon, & Jordan, 2003.

เอกสารหมายเลข 3

เครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส

1. คุณรู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิตของคุณกับสามีหรือคู่รักในปัจจุบันนี้หรือไม่?
2. คุณเคยถูกทำร้ายจิตใจ จากคู่รักหรือคู่สมรสของคุณหรือไม่?
3. ในช่วง1ปีที่ผ่านมา คุณเคยถูกคู่รักหรือคู่สมรสของคุณทำร้ายร่างกายให้มีอาการบาดเจ็บ เช่น ถูกตี ถูกตบหน้า หรือถูกเตะ หรือไม่?
4. ในช่วง1ปีที่ผ่านมา คุณเคยถูกบังคับให้ร่วมเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่สมัครใจโดยคู่รักหรือคู่สมรสของคุณหรือไม่?

การแปลผล: หากสตรีตอบ 1 \geq ข้อ หมายความว่ามีความเสี่ยงที่จะถูกกระทำรุนแรงจากคู่รักหรือคู่สมรส

ปรับมาจาก Halpern, Perciaccante, Hayes, Susarla, & Dodson, 2006 and Thananowan, 2005

เอกสารหมายเลข 4
แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสตรีที่ถูกระทำรุนแรง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

การศึกษา () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. อาชีวศึกษา () 5.ปริญญาตรี () 6. อื่นระบุ...

อาชีพ () 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย

() 4. รับราชการ () 5.ว่างงาน () 6. อื่นๆระบุ.....

รายได้บาท/เดือน

สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วยกัน () 3. คู่แยกกันอยู่ () 4. หม้าย

() 5. หย่าร้าง

การจดทะเบียนสมรส () 1.จดทะเบียนสมรส () 2. ไม่จดทะเบียนสมรส

2.การคัดกรองการถูกระทำรุนแรงโดยผู้รักหรือคู่สมรส () ยอมรับ () ปฏิเสธ

3. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ด้านร่างกาย ลักษณะการบาดเจ็บ.....

.....

.....

อาการปวดเรื้อรัง.....

.....

บันทึกตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บลงบนแผนที่ร่างกายด้านล่าง

เอกสารหมายเลข 5
การ์ดแสดงข้อมูลหน่วยงานให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉิน
สำหรับแจกผู้ป่วย

หน่วยงานให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ด้านหน้า)
รับแจ้งเหตุและประสานความช่วยเหลือ
ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลทุกแห่ง หรือแจ้ง 1669 (ศูนย์เรนทรฟังได้)
สถานีตำรวจ หรือแจ้ง 191 หรือศูนย์ปฏิบัติงานสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 0-22555310
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือแจ้ง 1330 (ศูนย์ปราบติ)

หน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่สตรี
มูลนิธิผู้หญิง 0-2433-5149, 0-2435-1246
มูลนิธิเพื่อนหญิง 0-2513-2780, 0-2513-2708
มูลนิธิปวีณาเพื่อเด็กและสตรี 1134, 0-2521-9231-2
มูลนิธิศูนย์ฮอตไลน์ 0-2276-2950, 0-2277-8811
บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ(มีบ้านพัก) 0-2929-2301-10

ที่มา: ปรับมาจาก MacFarlane, Groff, O'Brien, & Watson (2006)

เอกสารหมายเลข 6

แผ่นพับเรื่อง “ภรรยา/สตรีถูกกระทำรุนแรงเป็นปัญหาสังคม ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว”

เอกสารหมายเลข 7
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้
โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ

รายการ	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)		
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้		
3. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก		
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ		
5. รู้สึกผิดหวังกับตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น		
6. รู้สึกเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว		
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า		
9. คิดอะไรไม่ออก		
10. หลงลืมง่าย		
12. ทำอะไรก็อดใจ		
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง		
14. รู้สึกเบื่ออาหารกินได้น้อยกว่าเดิม		
15. นอนหลับๆตื่นๆ หลับไม่สนิท		

การแปลผล ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการบริการการปรึกษาหรือส่ง
พบจิตแพทย์และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ที่มา สำนักบริการสุขภาพ (2549)

เอกสารหมายเลข 8

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ () เคย () ไม่เคย
2. เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต.....ครั้ง
3. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
 ครั้งที่ 1 วิธีการ.....สาเหตุ.....
 เวลา.....สถานที่.....
 ครั้งที่ 2 วิธีการ.....สาเหตุ.....
 เวลา.....สถานที่.....

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์อาการหรือความคิด ความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการ	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (สังเกตขณะสัมภาษณ์)		
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก		
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน		
4. สูญเสียอวัยวะสำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบอวัยวะที่สูญเสีย.....)		
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)		
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา		
7. มีเรื่องกดดันหรือคับข้องใจ		
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป		
9. เป็นทุกข์ไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป		
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย		

การแปลผล ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์

ที่มา: สำนักบริการสุขภาพ (2549)

เอกสารหมายเลข 9

แบบประเมินผู้ป่วยเรื่องความปลอดภัยจากการถูกระทำรุนแรง
 (“เขา” ในที่นี้หมายถึง สามี อดีตสามี คู่รักหรืออดีตคู่รัก)

การประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1. มีการทำร้ายร่างกายรุนแรงมากขึ้น หรือบ่อยมากขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา		
2. เขาเคยใช้อาวุธหรือสิ่งที่เป็นอันตรายอื่นๆ เช่น น้ำกรด ข่มขู่คุณหรือไม่		
3. เขาเคยพยายามที่จะกักขังคุณหรือไม่		
4. เขาพกปืน หรือเก็บไว้บ้านหรือไม่		
5. เขาเคยใช้กำลังบังคับที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคุณในขณะที่คุณไม่ต้องการหรือไม่		
6. เขาคิดสุราหรือยาเสพติดหรือไม่		
7. เขาเคยขู่ที่จะฆ่าคุณ หรือคุณเชื่อว่าเขากล้าที่จะฆ่าคุณจริงๆ		
8. เขาเคยทำรุนแรงเมื่อหึงหวงคุณ		
9. เขาเคยขู่ที่จะทำร้ายบุตร/ บุคคลใกล้ชิดของคุณ		
10. เขาสะกดรอยตามคุณหรือ ส่งข้อความข่มขู่ ทำลายทรัพย์สินของคุณ หรือคอยโทรตามคุณ เมื่อคุณต้องการแยกทางกับเขา		

การแปลผล: หากตอบข้อหนึ่งข้อใดถือว่าเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย

ที่มา: ปรับมาจากสำนักบริการสุขภาพ, 2549; Campbell, 1986, 1995, 2003.

เอกสารหมายเลข 10

แสดงหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

หน่วยงานรับแจ้งเหตุ ประสานให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน	เบอร์โทรศัพท์
แจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย	191 0-2246-1338-42
กองปราบปราม	195, 0-2513-1725 0-2513-844 0-2282-1815
จส.100	0-2350-3100-9
สวพ.91	1644
ศูนย์กู้ชีพเรนทร	1669
ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง	
ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร	
โรงพยาบาลตำรวจ	0-2252-8114-25 ต่อ 4314
โรงพยาบาลกลาง	0-2221-6141-60
โรงพยาบาลตากสิน	0-2437-0116-30
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	0-2289-1153-8 0-2292-1848-52
โรงพยาบาลหนองจอก	0-2543-1150 0-2543-1307 0-2543-2089
โรงพยาบาลลาดกระบัง	0-2326-7232
โรงพยาบาลวชิระ	0-2241-4517 0-2243-0151 0-2243-0220-39
ศูนย์นรีรักษ์โรงพยาบาลรามธิบดี	0-2201-1667
หน่วยงานของรัฐอื่นๆ	
กรมประชาสัมพันธ์	0-2281-3199 0-2281-3231
กองแรงงานหญิงและเด็ก กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	0-2246-8006
ศูนย์ช่วยเหลือเร่งด่วน 24 ชั่วโมง กรมประชาสัมพันธ์	1507 1578

แสดงหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ต่อ)

หน่วยงานของรัฐอื่นๆ (ต่อ)	เบอร์โทรศัพท์
สอทไลน์คล้ายเครือข่ายกรมสุขภาพจิต	1667
ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กเยาวชนและสตรี สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1192
หน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่สตรี	
มูลนิธิผู้หญิง	0-2433-5149 0-2435-1246
มูลนิธิเพื่อนหญิง	0-2513-2780 0-2513-2708 0-2513-1001
มูลนิธิปวีณาเพื่อเด็กและสตรี	1134 0-2521-9231-2
มูลนิธิศูนย์สอทไลน์	0-2276-2950 0-2277-8811
บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ (มีบ้านพัก)	0-2929-2301-10 0-2929-2222 0-2566-2707
ศูนย์พิทักษ์สิทธิหญิงบริการ (เอ็มพาวเวอร์)	0-2236-9272 0-2266-8019
สมาคมบัณฑิตสตรีทางกฎหมาย	0-2241-0737 0-2243-9050
มูลนิธิทอไบทองเปาด์	0-2541-6416 0-2541-6468
สมาคมสมาธิตันส์ (ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย)	0-2249-9977 0-2249-7531
เครือข่ายผู้หญิงเพื่อสันติภาพ มูลนิธิผู้หญิง (ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ประสานงานให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนและสังคมสงเคราะห์)	0-2433-5149 0-2435-1246

แสดงหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ต่อ)

หน่วยงานของรัฐอื่นๆ (ต่อ)	เบอร์โทรศัพท์
องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้านผู้หญิง	
บ้านสายสัมพันธ์ เสถียรธรรมสถาน	0-2509-0085 0-2509-2237 0-2510-6697
ศูนย์บริการข้อมูลและฝึกอบรมแรงงาน	0-2972-7035 0-2972-6385
เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ	0-2218-8166-7
ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน	0-2629-2531 0-2275-7783

ที่มา: มูลนิธิเพื่อนหญิง (2549)

เอกสารหมายเลข 11

แนวทางในการวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากการถูกรังแก

เพื่อเป็นการเตรียมการล่วงหน้าสำหรับสตรีและบุตรในการป้องกัน หรือลดอันตรายจากความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ประกอบไปด้วยการเตรียมสิ่งของที่จำเป็นสำหรับสตรีและบุตร รวมถึงบุคคลหรือสถานที่ในการให้ความช่วยเหลือ โดยเสนอแนะประเด็นและขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะเกิดความรุนแรง (เจ้าหน้าที่เสนอแนวทาง และช่วยเหลือในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย อาจใช้วิธีการบางส่วนหรือทั้งหมดพิจารณาตามเหมาะสม)

- ถ้าคุณตัดสินใจออกจากบ้าน, คุณจะไปที่.....
- คุณสามารถบอกกับ..... (เพื่อนบ้านที่ไว้ใจได้) เกี่ยวกับการถูกทำร้ายและขอร้องให้เขาแจ้งตำรวจเมื่อได้ยินเสียงที่สงสัยว่าคุณอาจถูกทำร้าย
- คุณใช้คำพูด..... เป็นรหัสในการโทรศัพท์ติดต่อกับใครบางคนที่สามารถให้ความช่วยเหลือคุณได้
- สอนบุตรให้รู้จักวิธีการโทรศัพท์เพื่อแจ้งตำรวจ
- เตรียมกระเป๋าเสื้อผ้า เอกสารสำคัญต่างๆ เงิน กุญแจรถหรือสิ่งของจำเป็นไว้ที่..... ซึ่งง่ายในการหยิบเมื่อต้องออกจากบ้าน
- เมื่อพิจารณาแล้วว่าจะต้องเกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น ควรยอมทำในสิ่งที่สามีต้องการ เพื่อให้สามีสงบลงจนกว่าคุณจะพ้นอันตราย

ขั้นตอนที่ 2. การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะที่เตรียมตัวออกจากบ้าน (พิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้ประกอบการวางแผนเพื่อความปลอดภัยอาจใช้วิธีการบางส่วนหรือทั้งหมดพิจารณาตามเหมาะสม)

- คุณเตรียมเอกสารสำคัญ เงิน และกระเป๋าเสื้อผ้าไว้ที่.....
- คุณเปิดบัญชีธนาคาร..... เพื่อที่คุณสามารถจะเบิกถอนได้ด้วยตัวเอง
- การกระทำอื่นๆ ที่ทำให้คุณเป็นอิสระและพึ่งตนเองมากขึ้นได้แก่.....
- เตรียมพร้อมในการติดต่อไปยังบุคคลหรือหน่วยงานในการให้ความช่วยเหลือด้านที่พักชั่วคราวได้

- คุณไม่ควรบอกให้สามีทราบ ถ้ามีความจำเป็นต้องบอก คุณควรอยู่ในที่ที่ปลอดภัยเสียก่อน

ขั้นตอนที่ 3. การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะที่อยู่ที่พัก (พิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้ ประกอบการวางแผนเพื่อความปลอดภัย อาจใช้วิธีการบางส่วนหรือทั้งหมดพิจารณาตามเหมาะสม)

- ควรเปลี่ยนกุญแจประตูบ้านใหม่
- ถ้าเป็นไปได้ควรเพิ่มความแน่นหนาของประตู เช่น เปลี่ยน จากประตูไม้เป็นประตูเหล็ก
- ควรเปิดไฟหน้าบ้านไว้ตอนกลางคืน
- คุณสามารถโทรศัพท์หาบุคคลที่สามารถให้การดูแลบุตรคุณได้เมื่อสามีไม่ยอมนำบุตรมาส่งคืน
- คุณสอนให้บุตรโทรไปหาคุณเมื่อสามีคุณนำตัวบุตรไป
- คุณขอร้องให้เพื่อนบ้านแจ้งตำรวจให้เมื่อพบว่าสามีคุณมารบกวนอีก

ขั้นตอนที่ 4. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองอยู่เสมอเมื่อพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะถูกกระทำรุนแรงจากสามี

- เก็บเอกสารที่สำคัญหรือสำเนาไว้กับตนเองเสมอ
- แข็งความหรือลงบันทึกประจำวันไว้ยังสถานีตำรวจในเขตรับผิดชอบที่ตนเองอาศัยหรือทำงานอยู่
- เก็บอาวุธ สิ่งของมีคมหรือวัตถุที่คาดว่าสามีจะใช้ทำร้ายคุณ
- จดจำลักษณะและบันทึกข้อมูลอาวุธปืนของสามีที่มีอยู่ในความครอบครอง

ที่มา: Family Violence Preventive Fund (2002)

เอกสารหมายเลข 12

แบบรายการแสดงพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยจากการถูกรังแก

เริ่มถามด้วยประโยคว่า “คุณได้ทำ..... (พฤติกรรมดังตาราง) หรือไม่ คำตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

พฤติกรรม	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
เก็บเงินไว้ยังที่ที่มิดชิด			
เก็บกุญแจบ้านและกุญแจรถยนต์ (ถ้ามี) ไว้ยังที่ที่มิดชิด			
มีการให้สัญญาณหรือรหัสกับญาติหรือเพื่อนบ้านในการขอความช่วยเหลือ			
บอกเพื่อนบ้านให้โทรแจ้งตำรวจเมื่อคุณถูกทำร้าย			
ย้ายอาวุธหรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้ทำร้ายคุณได้ไปยังที่ที่มิดชิด			
คุณสามารถโทรศัพท์ติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคม			
คุณสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้			
คุณเก็บบัตรประกันสุขภาพของคุณและของบุตรไว้อย่างดี			
คุณเก็บใบสูติบัตรของบุตรไว้อย่างดี			
คุณเก็บใบอนุญาตขับขี่ไว้อย่างดี			
คุณเก็บสมุดธนาคาร, บัตรATM หรือบัตรเครดิตไว้อย่างดี			
คุณเก็บเอกสารการทำประกันต่างๆ ไว้อย่างดี			
คุณเก็บใบทะเบียนสมรสไว้อย่างดี			
คุณเก็บเครื่องประดับหรือของมีค่าไว้อย่างดี			
คุณเก็บเบอร์โทรศัพท์ที่สำคัญไว้			
คุณเก็บกระเป๋าเสื้อผ้าไว้อย่างดี			

การแปลผล ควรปฏิบัติให้ครบทุกข้อ หากข้อใดปฏิบัติไม่ได้บันทึกเหตุผลลงในช่องหมายเหตุ

ที่มา: ปรับมาจาก March of Dime National Office (1994)

**คู่มือในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูก
กระทำรุนแรงโดยคู่สมรส
สำหรับพยาบาล**

APPENDIX B

1. คำนิยามศัพท์ เป็นการใช้อำัพท์ และถ้อยคำเกี่ยวกับบาดแผลเพื่อการบันทึกข้อมูลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจ และสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงได้
3. การประสานงานระหว่างตำรวจกับหน่วยงานอื่นในการดำเนินการเกี่ยวกับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้คำแนะนำแก่สตรีที่ต้องการดำเนินการในการแจ้งความ
4. การให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่สตรี
5. การบันทึกข้อมูลและประเด็นทางกฎหมาย เพื่อประกอบการพิจารณาในการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

คำนิยามศัพท์

1. การใช้คำศัพท์และถ้อยคำเกี่ยวกับบาดแผล

1.1 แผลถลอก (Abrasion) หมายถึง อันตรายที่เกิดต่อผิวหนังชั้น epidermis และ dermis ในกรณีที่บาดแผลถลอก เป็นรอยขีดเล็กๆ ที่ไม่อาจบอกความกว้างได้ให้เขียนว่า บาดแผลถลอกเป็นขีด ถ้าเป็นจุดให้บอกว่าเป็นจุด

1.2 แผลฟกช้ำ (Contusion หรือ Bruise) หมายถึง อันตรายที่เกิดต่อผิวหนังโดยที่ผิวหนังไม่ขาดแต่มีเลือดออกใต้หรือในผิวหนัง ถ้ามีบาดแผลถลอกและฟกช้ำร่วมกัน ให้อธิบายบาดแผลทั้งสองรวมกัน

1.3 แผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration) หมายถึง แผลฉีกขาดลึกกว่าชั้นผิวหนังและขอบแผลไม่เรียบ ถ้าขอบแผลกระรุ่งกระริ่งให้เติมคำว่ากระรุ่งกระริ่งลงไปด้วย และอธิบายรูปลักษณะของแผลฉีกขาดต่อท้าย เช่น แผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ เป็นรูปดาว จนหนังหายไป หรือ เปิดออก (Avulsion) ก็ให้ต่อท้ายลักษณะฉีกขาดนั้นเช่นเดียวกัน

1.4 แผลฉีกขาดขอบเรียบ (Cut wound) หมายถึง บาดแผลถูกของมีคม

1.5 แผลถูกแทง (Stab หรือ Puncture wound) หมายถึง แผลที่มีความลึกมากกว่าความยาวและความกว้าง ขอบแผลเรียบหรือไม่เรียบให้เขียนต่อท้ายไปด้วย

1.6 บาดแผลกระสุนปืน ถ้าสามารถบอกได้แน่นอนให้บอกว่าเป็นบาดแผลกระสุนปืนเข้าหรือออก รวมทั้งลักษณะของบาดแผล ให้อธิบายด้วย แม้กระสุนฝังในก็ให้บอกทางเข้าของกระสุน (การนับแผลไม่เรียกเป็นนัดหรือเป็นลูก ให้นับจำนวนแผลที่ปรากฏ)

1.7 บาดแผลถูกความร้อน ให้รวมถึงบาดแผลไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก

1.8 บาดแผลอื่นใดนอกเหนือจากนี้ ให้อธิบายตามลักษณะของบาดแผลและให้ความเห็นไว้ได้โดยไม่ใส่ชื่อเฉพาะของบาดแผล

2. การให้ความเห็นลักษณะวัตถุที่สัมพันธ์กับบาดแผล

2.1 กรณีที่บอกได้ว่าบาดแผลนั้นเกิดจากวัตถุใดให้บอกลักษณะหรือชนิดของวัตถุนั้นต่อท้ายลักษณะบาดแผล เช่น บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ ไม่เรียบจากของแข็งไม่มีคม

2.2 กรณีที่มีบาดแผลหลายแห่ง ซึ่งมีความเห็นว่าเกิดจากวัตถุประเภทเดียวกัน ให้ใส่ความเห็นเป็นข้อเดียวกัน

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2549)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวพ.ศ. 2550

การประสานงานระหว่างตำรวจกับหน่วยงานอื่นในการดำเนินการเกี่ยวกับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

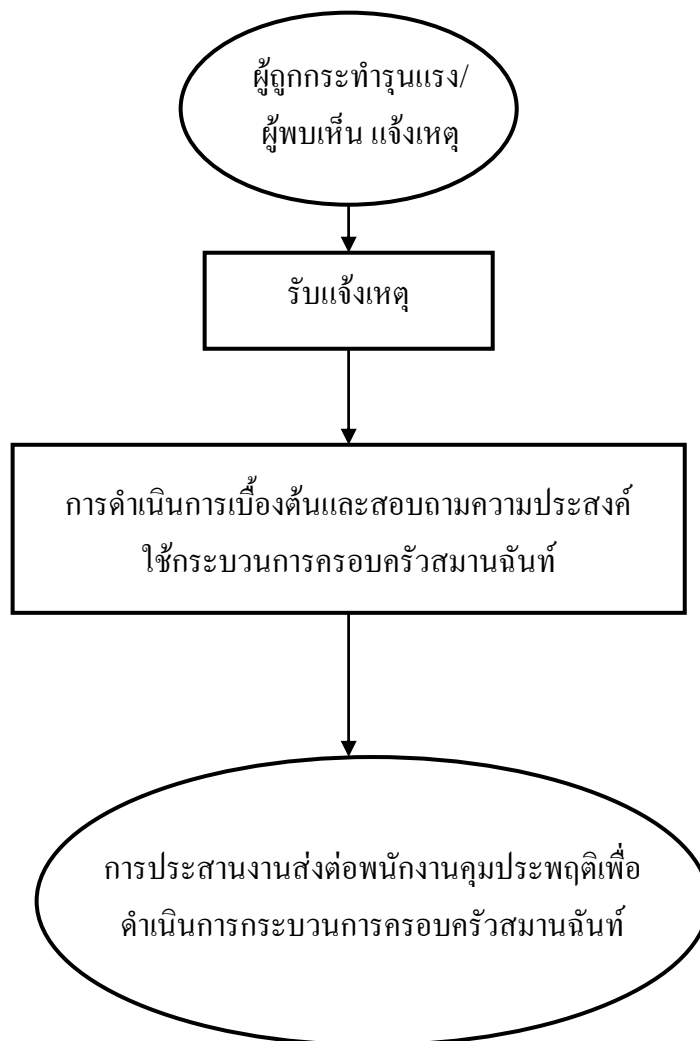
1. บทบาทของตำรวจกรณีความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ตำรวจเข้าไปเกี่ยวข้อง

1.1 ในฐานะเจ้าพนักงานในการระงับเหตุเมื่อมีเหตุเกิดขึ้นซึ่งหน้า และจับกุมผู้กระทำความผิดส่งพนักงานสอบสวน

1.2 ในฐานะพนักงานสอบสวนมีหน้าที่เข้าไปสอบสวนดำเนินคดีเมื่อได้รับคำร้องทุกข์

2. กรณีคู่กรณีประสงคจะเข้าโครงการครอบครัวสามานฉันท์โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขกรณีที่ไม่อยากดำเนินคดีต่อกัน และหากจะจากกันก็จากกันด้วยดีโดยคณะกรรมการจะเน้นการแก้ไขให้ผู้กระทำผิดได้สำนึกผิดและแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นและในขณะที่เดียวกันผู้เสียหายก็จะได้รับการเยียวยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังแสดงในแผนภูมิ

แผนผังแสดงกระบวนการประสานงานแรกรับและดำเนินการเบื้องต้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ



ในปัจจุบันมีสถานีตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครเข้าร่วมโครงการนี้จำนวน 30 สถานี โดยเป็นสถานีในเขตพื้นที่ของนครบาล 2, 4, และ 7 ซึ่งตามสถิติมีเหตุความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง สำหรับรายชื่อสถานีตำรวจที่เข้าร่วมโครงการสามารถสอบถามได้จากพนักงานสอบสวนที่ท่านติดต่อได้โดยตรง

3. กรณีที่ผู้เสียหายยืนยันให้มีการดำเนินคดีตามกฎหมาย หากมาพบพนักงานสอบสวนก่อนพนักงานสอบสวนต้องส่งตัวสตรีไปให้แพทย์ตรวจแล้วรวบรวมพยานหลักฐานหากพบว่ามีความผิดจริงก็เสนอต่อศาลเพื่อออกหมายจับ จับกุมตัวผู้กระทำผิดมาดำเนินคดีต่อไป

ประสานงานกับใคร

- ถ้าเป็นกรณีทั่วไป เบื้องต้นควรประสานหน่วยรับผิดชอบพื้นที่ที่เกิดเหตุ นั่น หรือ โทรแจ้ง 191
- หากมีเหตุขัดข้อง ไม่ได้ได้รับความสะดวก สามารถประสานหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ด้านเด็กและสตรีโดยตรงได้แก่

หน่วยส่วนกลาง

ผู้อำนวยการพิทักษ์เด็ก เยาวชน และสตรี

รองผู้อำนวยการพิทักษ์เด็ก เยาวชน และสตรี

ศูนย์ปฏิบัติการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โทร 02-2555310

หน่วยรับผิดชอบหน้าที่

1. กองบัญชาการตำรวจนครบาล

1.1 งานพิทักษ์เด็ก เยาวชน และสตรี กองบัญชาการตำรวจนครบาล รองผู้บัญชาการตำรวจนครบาล โทร/โทรสาร 02-0805835-6

1.2 สถานีตำรวจนครบาล จำนวน 88 แห่งทั่วกรุงเทพมหานคร

2. กองบัญชาการภาค 1-9

2.1 กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

2.2 สถานีตำรวจภูธรทุกจังหวัด

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549

การให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่อริหรือคู่สมรส

ควรพิจารณาประเด็นดังนี้

1. ให้ความปลอดภัย

- ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในเรื่องความปลอดภัย ผู้ให้การปรึกษาควรเป็นเพศเดียวกัน
- ให้คำปรึกษาในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว

2. สร้างสัมพันธภาพ

- สร้างความคุ้นเคย
- กล่าวชื่นชมที่สามารถผ่านพ้นวิกฤตมาได้
- อย่าตำหนิหรือตัดสินเรื่องราวที่ได้ฟัง
- ระมัดระวังเรื่องความเชื่อและศาสนา

3. ตรวจสอบความคิดฆ่าตัวตายและการเผชิญปัญหา

- ตรวจสอบความคิดฆ่าตัวตายและแผนการฆ่าตัวตาย
- ตรวจสอบความคิดต่อเหตุการณ์และกลไกการเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนทางสังคม
- ให้การปรึกษาทางเลือกในการดำเนินชีวิต และการตัดสินใจ

4. ตอบสนองทางอารมณ์

- ฟังอย่างตั้งใจ
- ช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนและพูดถึงเหตุการณ์ที่ถูกทำร้าย
- ให้ความเวลาในการเล่าเรื่อง
- ปลอบให้ผู้รับบริการแยกแยะความรู้สึก และระบายออกมา
- สนับสนุนให้เขียนรายละเอียดความต้องการฟ้องร้อง

5. ให้ข้อมูล

- แจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิของผู้ป่วย
- แจ้งให้ผู้รับบริการทราบถึงหน่วยที่ให้ความช่วยเหลือ
- ช่วยให้เข้าใจปฏิกิริยาทางสังคมต่อการถูกทำร้ายทางเพศ

6. ช่วยเหลือที่เหมาะสม

- ช่วยประเมินแหล่งช่วยเหลือ
- ติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549

การบันทึกข้อมูล และประเด็นทางกฎหมาย

เนื่องจากในกรณีที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้าย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการแจ้งความดำเนินคดี ข้อมูลในการตรวจรักษา และประวัติที่ได้จากผู้ป่วยจึงเป็นส่วนสำคัญในการที่นำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการพิจารณาคดีความ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บสัมพันธ์กับกรณุกกระทำรุนแรง เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติดังนี้

1.2.1 บันทึกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับอาการบาดเจ็บ และสภาพจิตใจของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการบาดเจ็บ, พฤติกรรมการแสดงออกของสตรี, หรือสภาวะทางอารมณ์ในขณะนั้น

1.2.2 ใช้คำพูดของผู้ป่วยในการอธิบายเหตุการณ์ หลีกเลี่ยงการใช้สำนวน เช่น “ผู้ป่วยกล่าวหาว่า”, “ผู้ป่วยโทษว่า” ควรใช้คำพูดที่เป็นกลาง เช่น “ผู้ป่วยพูดว่า”

1.2.3 บันทึกข้อมูลไว้ เมื่อการอธิบายสาเหตุไม่สอดคล้องกับอาการที่พบ เช่น ผู้ป่วยพูดว่า เธอชนประตูรถยนต์อย่างแรงขณะเปิดประตู แต่ลักษณะของการบาดเจ็บมีอาการเขียวช้ำที่ท้องทั้ง 2 ข้างและมีแผลถลอกเล็กๆที่บริเวณมุดาขวา ควรมีการเพิ่มแผนภาพเพื่อระบุตำแหน่งและลักษณะที่บาดเจ็บ หรือรูปถ่าย ตามความเหมาะสม โดยได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย

ที่มา: Cherniak, Grant, Mason, Moore, & Pellizzari., 2005; Dienemann, Campbell, Wiederhorn, Laughon, & Jordan, 2003; สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549

APPENDIX C

ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (Experts' opinions)

ตารางที่ 4 สรุปความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (Experts' opinions)

เมื่อนำแนวทางในการพยาบาลเพื่อการคัดกรองและช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยคู่สมรส ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร.พ.ภูมิพลอดุลยเดชไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแนวทางในการพยาบาลตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

แนวทางในการพยาบาล	แผนพับและเอกสาร สำหรับแจกผู้ป่วย	คู่มือสำหรับพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> -แบบบันทึกข้อมูลควรมีแผนที่ร่างกาย เพื่อระบุตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ -ควรเพิ่มข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย -หัวข้อในการประเมินและช่วยเหลือด้านสังคมควรเปลี่ยนเป็นด้านความปลอดภัยเพื่อความชัดเจนและตรงตามเนื้อหา -ข้อความเกริ่นนำควรปรับให้ง่ายต่อความเข้าใจ และครอบคลุม -ข้อคำถาม AAS ยังไม่ชัดเจน เข้าใจยาก -เอกสารหมายเลข 1 (ข้อบ่งชี้การถูกกระทำรุนแรง) ควรเพิ่มกรณีที่มีสามีหรือคู่อุปการะของผู้ป่วยไม่มาดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล -เอกสารหมายเลข 4 ด้านสังคมควรเพิ่มข้อมูลด้านอาชีพและรายได้ของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อจะได้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิง -ควรระบุระยะเวลาในการประเมินผล 	<ul style="list-style-type: none"> -ข้อมูลหน่วยงานให้ความช่วยเหลือควรจัดทำให้ดูได้ง่าย -ควรเพิ่มเนื้อหาในการป้องกันการถูกกระทำรุนแรงเบื้องต้น -ควรลงชื่อผู้จัดทำและที่อยู่ 	<ul style="list-style-type: none"> -ควรเพิ่มนิยามประเภทของการทำร้ายภรรยา -ควรเพิ่มนิยามประเภทของการทำร้ายภรรยา -เนื้อหาในเรื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยงานกับตำรวจควรปรับตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550

APPENDIX D

The detail of research analysis and synthesis

1. An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Woman.
2. Secondary Prevention of Intimate Partner Violence.
3. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Setting.
4. An Intervention to Increase Safety Behavior of Abused Women Results of a Randomized Clinical Trial.
5. A Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence in the Emergency Department.
6. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด
7. A Critical Pathway for Intimate Partner Violence Across the Continuum of Care.
8. Screening for family and intimate partner violence.
9. SOGC Clinical Practice Guideline. Intimate Partner Violence Consensus Statement.
10. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของห้องฉุกเฉินในการคัดกรองภาวะสตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Judith MacFarlane, Karen Soeken & William Wiist./ 2000
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Woman. Public Health Nursing, 17(6), 443-451
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการให้ Intervention 3 รูปแบบในการลดการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส ในสตรีที่มารับบริการที่แผนก prenatal care ของคลินิกบริการสาธารณสุข
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	หญิงตั้งครรภ์ 342 คนซึ่งได้รับการประเมินในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกจากพยาบาลว่ามีประวัติการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกถูกทาบทามให้เข้าร่วมการวิจัย มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 329 คนยินดีเข้าร่วมการวิจัย
Setting	คลินิกฝากครรภ์ 2 แห่งจาก 7 แห่งของสถานบริการสุขภาพ ของรัฐในเขตเมืองใหญ่แถบตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา
Intervention	สตรีที่ยินยอมเข้าร่วมจะถูกสุ่มให้ได้รับ 1 ใน 3 ของการศึกษาโดยมีลักษณะ intervention คือ กลุ่มที่1 Brief intervention ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นการ์ดที่แสดงข้อมูลเบอร์โทรศัพท์สถานที่ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง คือ ตำรวจ หน่วยงานช่วยเหลือด้านกฎหมาย ศูนย์ช่วยเหลือสตรี และข้อมูลในการวางแผนเพื่อความปลอดภัย โดยสตรีจะได้รับการ์ด และได้รับการสอบถามว่าการได้รับเอกสารเหล่านี้จะมีความปลอดภัยหรือไม่ หลังจากนั้นอีก 2 เดือนจึงได้นัดมาเพื่อสัมภาษณ์ กลุ่มที่2 Counseling intervention เป็นการให้คำปรึกษาโดยไม่จำกัดโดยผู้ชำนาญด้านการใช้ความรุนแรงในครอบครัวและสามารถพูดภาษา Spanish ได้โดยผู้ให้คำปรึกษาจะประจำอยู่ที่คลินิกหรือสตรีสามารถนัดวันที่จะขอรับคำปรึกษาได้ตามสะดวก หรือสามารถเลือกวิธีการขอรับคำปรึกษาได้ทั้ง ทางโทรศัพท์และวิทยุติดตามตัว โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความช่วยเหลือด้านคำปรึกษา และให้ความรู้ ส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อหยุดการใช้ความรุนแรง หรือให้ความช่วยเหลือเพื่อเข้าถึงการบริการต่างๆที่สตรีต้องการ หลังจากนั้นอีก 2 เดือนจึงได้นัดมาเพื่อสัมภาษณ์ กลุ่มที่3 Outreach intervention จะคล้ายกับการให้คำปรึกษาแต่จะมีผู้ให้

<p>Intervention (ต่อ)</p>	<p>ความช่วยเหลือประจำตัวสตรีโดยผู้นี้จะได้รับการฝึกในการให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์โดยการเยี่ยมบ้านและให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์เพื่อให้ความช่วยเหลือในเรื่องการหยุดการใช้ความรุนแรงและการวางแผนเพื่อความปลอดภัย และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงที่คลินิกก่อน หลังจากนั้นอีก 2 เดือนจึงนัดมาเพื่อสัมภาษณ์ จากนั้นนัดสัมภาษณ์ทุกเดือนที่ 2 6 12 และเดือนที่18 ทุกกลุ่มเพื่อประเมินผล</p>
<p>ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย</p>	<p>วิจัยเชิงทดลองโดยการสุ่ม(randomized controlled study) / ระดับ2</p>
<p>เครื่องมือที่ใช้วัด</p>	<p>1. The SVAWS (คำถาม46ข้อ) ประเมินการถูกคุกคามจากการทำร้ายร่างกาย ลักษณะของการทำร้ายร่างกาย และการทำร้ายทางเพศ การประเมินคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ 1=never, 2=once, 3=a few, 4= many times 2. Community Resource Assessment เป็นการประเมินการใช้แหล่งความช่วยเหลือในชุมชนเพื่อหยุดการใช้ความรุนแรง โดยคำถามจะถามเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากนักบวช ไปที่โบสถ์ หรือเคยไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ สถานที่ให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมาย ตำรวจ ที่พักพิงชั่วคราว หรือแหล่งให้ความช่วยเหลือทางสังคมอื่น</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>2 เดือนหลังจากได้รับIntervention กลุ่มที่ศึกษามีการถูกระทำรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p <0.001) กลุ่มที่ได้รับ Outreach intervention มีระดับความรุนแรงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ Counseling intervention เพียงอย่างเดียว (p <0.05) อย่างไรก็ตามพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีการใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนลดลงเมื่อระยะเวลาเพิ่มขึ้น</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การประเมินความ</p>	<p>1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) เนื่องจากเป็นประเด็นปัญหาที่เพิ่มความชุกและมีรายงานcase ใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี และหน่วยงานยังไม่แนวทางในการช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส การศึกษานี้เป็นแนวทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงาน 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) มีการสุ่มตัวอย่างขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential) 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมี</p>

<p>เป็นไปได้ในการนำไปใช้(ต่อ)</p>	<p>ความคล้ายคลึงกัน คือกลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสแต่การนำไปปฏิบัติต้องจัดหาเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอเพื่อดูแลเรื่องนี้โดยตรง</p> <p>3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย</p> <p>3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>การให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการได้รับความรุนแรง และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายจากการถูกทำรุนแรง รวมถึงการให้ความช่วยเหลือโดยการส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังสถานที่ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และมีการติดตามผลและให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยการโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยเพิ่มขึ้น และระดับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายลดลง</p>

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Judith M. MacFarlane, Janet Y. Groff, Jennifer A. O'Brien, & Kathy Watson. /2006
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Secondary Prevention of Intimate Partner Violence. A Randomized Controlled Trial. Nursing Research, 55(1), 52-61
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อประเมินผลการเปรียบเทียบเรื่องพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัย การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน และขอบเขตของการใช้ความรุนแรง จากการให้ Intervention 2 รูปแบบ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีที่ได้รับการประเมินว่าถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาที่มาใช้บริการที่ primary care clinic และคลินิกแม่และเด็กในแถบชุมชนเมือง ทำการสุ่มได้จำนวน 360 คนอายุ 18-44 ปี โดยคัดเลือกจากสตรีที่มาใช้บริการจำนวน 7,577 คน โดยผู้ช่วยวิจัยจะสุ่มคัดเลือกจาก computer และ random assigned เข้าสู่ intervention ในแต่ละกลุ่มทุกสัปดาห์จนครบ สตรีที่ตอบ "Yes" ในข้อ 1 หรือ 2 ของเครื่องมือ Abuse Assessment Screen พยายามจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัย และระยะเวลาการติดตาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงจะได้รับการสัมภาษณ์ กลุ่มที่ได้รับ standard care จำนวน 180 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ nurse case management มีจำนวน 180 คน
Setting	สถานที่ศึกษาวิจัยเป็นคลินิกปฐมภูมิของรัฐ 2 แห่ง และคลินิกสตรีและเด็กอีก 2 แห่งในแถบชานเมืองของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา คลินิกที่คัดเลือกมีสตรีอายุ 18-45 ปีมาใช้บริการจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือประมาณ 4,000-5,000 คนต่อปี และมากกว่า 50% เป็นสตรีเชื้อชาติ Hispanic ที่อพยพมาจากประเทศ Mexico
Intervention	สตรีทุกคนที่มาใช้บริการจะได้รับการคัดกรองการถูกทำร้ายจากคู่นอนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สตรีที่ระบุการถูกทำร้ายจะถูกสุ่มคัดเลือกเข้ารับ Intervention 2 แบบ คือ 1. Nurse case management กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ March of Dimes protocol ประกอบไปด้วยแผ่นข้อมูลแผนการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย 15 ด้าน โดยให้เวลาอ่านทบทวนความเข้าใจนาน 10 นาที และได้รับการดูแลจัดการจากพยาบาลใน 3 ด้าน คือ - Supportive care กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชวนคุยเชิงสร้างสรรค์กับพยาบาลในเรื่องประสบการณ์การถูกทำร้าย สถานการณ์การถูกทำร้าย

Intervention (ต่อ)	<p>สถานการณ์ในการดำรงชีวิต และเรื่องที่กำลังเผชิญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticipatory guidance กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงถึงสิ่งที่จะตามมาถ้าตัดสินใจให้จัดการทางกฎหมาย การอยู่บ้านพักฉุกเฉิน การรับบริการให้คำปรึกษา และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากทิ้งคู่นอน หรือคู่นอนถูกจับ หรือการให้กฎหมายคุ้มครอง - Guidance referral พยายามเสนอทางเลือกในการส่งต่อตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง คือ การฝึกงาน การอพยพกลับสู่ถิ่นฐานเดิม และการมีบ้านพักพิงชั่วคราว รวมระยะเวลา ของ Nurse case management ทั้งหมด 20 นาที <p>2. Intervention Card กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการัดข้อมูลขนาดพกพาของสถานบริการที่ระบุแผนการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้ายโดยคู่นอน กลุ่มนี้ได้รับการติดต่อทุก 6 เดือนโดยเจ้าหน้าที่ของโครงการวิจัย และนัดสัมภาษณ์ที่คลินิกเป็นเวลา 1 ชั่วโมง</p> <p>ระยะเวลาที่จะติดตามในการสัมภาษณ์คือ 6 12 18 และ 24 เดือน โดยช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยเริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2544-สิงหาคม 2547</p>
ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม (RCT)/ ระดับงานวิจัย 2
เครื่องมือที่ใช้วัด	<p>1. Abuse assessment: ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ใช้ประเมินการถูกทำร้ายร่างกาย และการถูกทำร้ายทางเพศของสตรีในช่วงใน 1 ปีที่ผ่านมา</p> <p>2. Safety Behavior Checklist: ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ checklist 15 ข้อ ใช้เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายของสตรี ได้แก่ การเตรียมสิ่งของหรือเอกสารที่จำเป็นไว้ยังที่ที่ปลอดภัยและสะดวกในการใช้เมื่อจำเป็น การเก็บอาวุธหรือสิ่งของมีคมไว้ยังในที่ที่มิติดชิด การเตรียมพร้อมในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานเมื่อถึงคราวฉุกเฉิน</p> <p>3. Community Resources Checklist: ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ checklist 8 ข้อ ใช้เพื่อประเมินการใช้แหล่งสนับสนุนในชุมชนหรือการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ได้แก่ การดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติด การเข้ากลุ่มสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเพื่อการบำบัด การไปวัดหรือไปโบสถ์ การใช้บริการที่</p>

<p>เครื่องมือที่ใช้วัด (ต่อ)</p>	<p>สถานพยาบาล การใช้บริการความช่วยเหลือด้านกฎหมาย การไปแจ้งความที่ สถานีตำรวจ การใช้บริการที่พักพิงชั่วคราว และการใช้แหล่งบริการทางสังคม อื่นๆ</p> <p>4. Severity of Violence Against Women Scale: ประกอบด้วยข้อคำถาม 46 ข้อเพื่อประเมินความรุนแรงและความถี่จากการถูกทำร้ายทางร่างกายของ สตรี</p> <p>5. The Danger Assessment Scale: ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อเพื่อ ประเมินความเสี่ยงของสตรีในการที่จะถูกทำร้ายอย่างรุนแรงหรืออาจถูก ฆาตกรรม</p> <p>6. Employment Harassment Questionnaire: ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อเพื่อประเมินการถูกคุกคามจากคู่รักในที่ทำงาน</p>
<p>ผลการวิจัย</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างที่คงอยู่ตลอดการวิจัยในการติดตามประเมินผล 24 เดือนมีจำนวน 319 คน (89%) โดยที่กลุ่มที่ได้รับ Information card หายไป 22 คนและ กลุ่ม Case management หายไป 19 คน ผลการวิจัยเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการให้ intervention 2 แบบพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ baseline และการติดตามหลัง 24 เดือน พบว่าคะแนน แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการคุกคาม การจู่โจม ทำร้าย การใช้ถ้อยคำที่ล่วงละเมิดในที่ทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัย การใช้ Community Resources ลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วง baseline และการติดตามหลัง 24 เดือน เมื่อเปรียบเทียบในเรื่องการรายงาน ระดับความรุนแรงที่ถูกทำร้ายพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน</p>
<p>การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้</p> <p>การประเมินความ</p>	<p>1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) จาก ประเด็นปัญหาของสตรีที่ถูกกระทำร้ายร่างกายที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ควรได้รับการคัดกรองเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ และให้ คำแนะนำเพื่อป้องกันได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาทำให้ได้รูปแบบและ วิธีการช่วยเหลือที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้</p> <p>2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) มีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ computer สุ่มในแต่ละกลุ่ม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสม เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้</p> <p>3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential)</p>

<p>เป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานในบางส่วนเนื่องจากเป็นการศึกษากับผู้ป่วยนอกเหมือนกันแต่ลักษณะงานของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเป็นภาวะเร่งด่วนมากกว่าดังนั้นในการนำการศึกษาไปปรับใช้ควรมีการจัดสรรทั้งสถานที่ในการให้บริการและบุคคลที่รับผิดชอบให้เหมาะสม</p> <p>3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย</p> <p>3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและมีค่าใช้จ่ายไม่มาก</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>การใช้การ์ดซึ่งมีข้อมูลที่ติดต่อได้ของหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับ ความรุนแรง และข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยจากการถูกทำร้าย (wallet-sized referral card) หรือการใช้ nurse care management protocol ในการให้ความช่วยเหลือ ในสถานบริการสุขภาพแก่สตรีที่ถูกทำร้าย โดยกลุ่มสมรสนั้นเป็นการลดการใช้ความรุนแรง และเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการได้รับความรุนแรง</p>

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Harriet L. MacMillan, C. Nadine Wathen, Ellen Jamieson, Michael ylc, Louisc-Anne McNutt, Andrew Worster, Barbara Lent and chelle Webb./2006
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Setting. Journal of the American Medical Association A Randomize Trial, 2(296), 530-536
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อหาข้อสรุปของวิธีการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสที่ดีที่สุดสำหรับhealth care setting
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เกณฑ์ในการคัดเลือก สตรีที่มารับบริการตามสถานบริการสุขภาพที่กำหนด อายุระหว่าง 18-64 ปี สุขภาพดีพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีเวลาเป็นส่วนตัวจากผู้ที่ติดตาม ได้จำนวน 2,602 คน คัดออก 141 คนเนื่องจากมีอาการสับสนเหลือ 2,461 คน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มตามวันและช่วงเวลาที่มารับบริการจากวิธีคัดกรองทั้ง 3 วิธี กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยคอมพิวเตอร์ 769 คน กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโดยตัวต่อตัวกับเจ้าหน้าที่ 853 คน โดย และกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการเขียน 839 คน
Setting	Emergency department, family practices และwomen's health clinic ใน Ontarioประเทศแคนาดา
Intervention	ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เม.ย. 2547-ม.ค.2548, จากที่ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดกรองแล้วกระบวนการแต่ละวิธีคัดกรองมีดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. Computer-Base Self-Completed Method กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำถาม (PVS, WASTตามการสุ่ม) จากคอมพิวเตอร์ซึ่งอยู่ในที่เป็นส่วนตัว ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ตอบคำถามจะมีข้อความเตือนปรากฏขึ้น เขาสามารถตอบคำถามหรือไม่ก็ได้จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะกลับมายังโต๊ะลงทะเบียนและตอบคำถามComposite Abuse Scale (CAS)ในกระดาษอีกครั้ง 2. Written Self-Completed Method กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อความคำถามจากเครื่องมือคัดกรอง (PVS, WASTตามการสุ่ม) ทำการตอบคำถามและปิดท้ายด้วยการตอบคำถามCAS ในกระดาษและปิดซองส่งให้เจ้าหน้าที่ 3. Face-to- Face Method With Verbal Questioning by the

Intervention (ต่อ)	<p>Health Care Provider กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการถามคำถามจากเจ้าหน้าที่ตามเครื่องมือแล้วแต่จะสุ่มได้ กลุ่มตัวอย่างที่เปิดเผยว่าถูกทำร้ายจะได้รับการดูแลตามปกติจากสถานบริการนั้นๆ สุดท้ายเป็นการตอบคำถามCAS</p> <p>หมายเหตุ Partner Violence Screen (PVS) และ Woman Abuse Screening Tool(WAST) เป็นเครื่องมือที่คัดเลือกมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง อ้างตามคุณสมบัติการวัดประสิทธิภาพขบวนการและลักษณะของจิต และจากการศึกษาพบว่ามีความเหมาะสมที่จะใช้ได้ในพื้นที่ทั่วไป</p> <p>PVS (3 items)เป็นการคัดกรองเกี่ยวกับการถูกทำร้ายทางร่างกาย และความรู้สึกลดคึกข์ของสตรี เครื่องมือชนิดนี้เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบกับ Conflict Tactics Scale (CTS) มีค่า ความไว71.4% ค่าความจำเพาะ 84.4%</p> <p>WAST(8 items) เกี่ยวกับรูปแบบการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกาย ทางเพศ และทางอารมณ์, เครื่องมือมีความแน่นอนมาก(Cronbachα coefficient 0.75) และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีมากกว่าร้อยละ 90 รายงานว่าเครื่องมือนี้มีความสะดวกมาก</p> <p>The Composite Abuse Scale(CAS)(30items) ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการวิจัยนี้ ซึ่งได้มาตรฐานโดยมีความครอบคลุมและมีความเข้มแข็งในเรื่องคุณสมบัติการวัดประสิทธิภาพขบวนการและลักษณะของจิต(Cronbachα coefficient >0.85)</p>
ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	วิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม/งานวิจัยระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้วัด	Partner Violence Screen (PVS) Women Abuse Screening Tool (WAST) Composite Abuse Scale(CAS)
ผลการวิจัย	<p>ค่าความชุก</p> <p>ในช่วง 12 เดือนพบว่ามีค่าความชุกในการคัดกรองเพิ่ม 4.1%-17.7% ตามวิธีเครื่องมือ และสถานที่ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างวิธีการและเครื่องมือที่มีนัยสำคัญพบว่าการใช้วิธีการเขียนร่วมกับการใช้เครื่องมือ WAST มีค่าความ</p>

<p>ผลการวิจัย (ต่อ)</p>	<p>ชุกต่ำ เมื่อเทียบกับการใช้เครื่องมือ WASTร่วมกับวิธีการอื่น</p> <p>ค่าความผิดพลาดข้อมูล</p> <p>สัดส่วนความผิดพลาดของข้อมูลแตกต่างกันไปตามการใช้เครื่องมือและวิธีการพบว่าระดับความผิดพลาดของข้อมูลมีต่ำจากการที่ใช้เครื่องมือ WAST และPVS และใช้วิธีการ Computer-Base Self-Completed Method Written Self-Completed Method และFace-to- Face Method ร่วมกัน ส่วนการใช้เครื่องมือ WAST ร่วมกับวิธีการเขียนมีข้อผิดพลาดของข้อมูลน้อยกว่าการใช้เครื่องมือ PVS ร่วมกับการใช้วิธีอื่นๆ</p> <p>การประเมินของกลุ่มตัวอย่าง; ความง่าย, ความพึงพอใจ, และความเป็นส่วนตัวของวิธีการ</p> <p>จากทั้ง 3 วิธีพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการตอบคำถามโดยการใช้คอมพิวเตอร์และการเขียนมากกว่าการเผชิญหน้า(ความง่าย:การใช้คอมพิวเตอร์ (x²₁=21.5; P<.001), ความง่าย:การเขียน (x²₁=92.1; P<.001); ความพึงพอใจ: การใช้คอมพิวเตอร์ (x²₁=121.1; P<.001), ความพึงพอใจ: การเขียน (x²₁=107.0; P<.001) ความเป็นส่วนตัว: การใช้คอมพิวเตอร์ (x²₁=36.7; P<.001) ความเป็นส่วนตัว: การเขียน(x²₁=46.4; P<.001))</p> <p>การทดสอบลักษณะของเครื่องมือในการคัดกรอง</p> <p>จากการประเมินการทดสอบลักษณะเครื่องมือ WAST และPVSเปรียบเทียบกับ CAS พบว่าค่าความไว (PVS=49.2%; WAST= 47%) ค่าความจำเพาะ (PVS= 93.7%; WAST= 95.6%)</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<p>1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (Clinical relevance) ในการคัดกรองสตรีที่ถูกรายโดยคู่สมรสนั้น การถามคำถามที่มีความเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาวิจัยนี้เป็นทางเลือกหนึ่งในการที่จะนำวิธีการคัดกรองและเครื่องมือในการคัดกรองที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน</p> <p>2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ การวิจัยได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยหลายสถาบันที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ</p> <p>3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential)</p> <p>3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานในบางส่วน เช่น การคัดกรองโดยการ</p>

<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>ตอบคำถามจากกระดาษคำถาม และการเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่ แต่สำหรับการตอบคำถามโดยการใช้คอมพิวเตอร์นั้นอาจจะไม่เหมาะสมกับหน่วยงาน เนื่องจากขาดอุปกรณ์ และที่สำคัญด้านผู้รับบริการซึ่งมีหลายระดับการศึกษา ในการใช้คอมพิวเตอร์ต้องได้รับการแนะนำหรือการฝึกอบรมก่อนซึ่งเป็นการไม่สะดวกและยุ่งยาก</p> <p>3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการคัดกรอง</p> <p>3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ต่อผู้ป่วย</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>เครื่องมือในการคัดกรอง WAST และPVS เป็นเครื่องมือที่มีค่าความไวและค่าความจำเพาะอยู่ในระดับสูงมีความเหมาะสมในการที่จะนำไปใช้คัดกรองสตรีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Judith MacFarlane, Ann Malecha, Julia Gist, Kathy Watson, Elizabeth Batten, Iva Hall, & Sheila Smith./ 2002
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	An Intervention to Increase Safety Behavior of Abused Women Results of a Randomized Clinical Trial. Nursing Research, 51(6), 347-354
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อประสิทธิภาพการให้ Intervention แก่สตรีที่ถูกทำร้ายโดยคู่สมรสเพื่อเพิ่มพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่ family violence unit ในแต่ละวันทำการสุ่มอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 28 วันจนกระทั่งได้สตรีจำนวน 75 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมโดยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเดิมและจำนวน 75 คนต่อมาเป็นกลุ่มทดลองโดยจัดให้ได้รับโทรศัพท์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยจำนวน 8 ครั้ง
Setting	Family Violence Unit ใน District Attorney's Office
Intervention	<p>เริ่มจากชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้วัดต่างๆ ระยะเวลาที่ใช้ และตารางเวลาในการการนัดพบหลังจากนั้นสตรีที่เห็นด้วยและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทำการเซ็นยินยอม กลุ่มควบคุมจะได้นัดวันเวลาในการสัมภาษณ์ใน 3 เดือนต่อมา กลุ่มที่ได้รับ Intervention จะได้รับการนัดวันเวลาเพื่อโทรศัพท์ตามเพื่อให้ Intervention ครั้งแรก</p> <p>Safety Intervention Protocol สตรีจะได้รับ Safety Intervention โดยการโทรศัพท์ 6 ครั้ง ครั้งแรกภายใน 48-72 ชม.หลังได้พบครั้งแรกหลังจากนั้นจะโทรทุกสัปดาห์ที่ 1,2,3,4,5 และสัปดาห์ที่ 8 ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งจะเริ่มต้นโดยการประเมินความปลอดภัยก่อน จากนั้นพูดคุยถึงกลวิธีในการสร้างความปลอดภัยสตรีจะได้รับการแนะนำข้อมูลรายละเอียดเหล่านั้น เช่น การเก็บซ่อนเอกสารต่างๆที่สำคัญและที่จำเป็น ต้องมีการบันทึกเบอร์โทรศัพท์หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนเพื่อติดต่อเมื่อจำเป็น และมีการเตรียมกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนสนิทในการส่งสัญญาณในการขอความช่วยเหลือ เป็นต้นระยะเวลาในการโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 3-25 นาที การให้ Intervention จะสิ้นสุดลงหลังจากโทรศัพท์ครบ 6 ครั้งจากนั้นทำการประเมินในเดือนที่ 3, และ 6 โดยไม่มีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ</p>

ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	วิจัยเชิงทดลองโดยการสุ่ม (randomized controlled study) / ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้วัด	<p>-แบบบันทึกข้อมูลประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนตัวได้แก่ ชื่อ, อายุ, การศึกษา, สัมพันธภาพกับผู้ทำร้าย และภาษาที่ใช้</p> <p>-แบบสำรวจพฤติกรรมความปลอดภัย (Safety Behavior Checklist) เป็นการประเมินพฤติกรรมในปัจจุบันและในอนาคต</p>
ผลการวิจัย	ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโทรศัพท์เกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในส่วนของ การประเมินพฤติกรรมและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวจำนวน 8 ครั้ง พบว่ามีพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)
การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) การให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกทำร้ายโดยคู่สมรสโดยการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะทางโทรศัพท์ที่เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้สตรีสามารถจัดการตนเองให้พ้นจากสถานการณ์การถูกทำร้ายได้ ดังนั้นวิธีการนี้จึงเป็นทางเลือกในการที่นำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) มีการสุ่มตัวอย่างขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน แต่การนำไปปฏิบัติต้องจัดหาเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอในการรับผิดชอบ ซึ่งต้องให้คำปรึกษา และมีการติดตามผลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย 3.3 การนำไปใช้ควรมีการโทรนัดกับสตรีก่อนและมั่นใจว่าสตรีสามารถคุยได้อย่างปลอดภัยโดยที่สามีหรือคู่รัก ไม่ได้อยู่ด้วย
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การนำวิธีการโทรศัพท์เพื่อประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยและการแนะนำการปฏิบัติตัวเป็นระยะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Leslie R.Halpern, Vincent J. Perciaccante, Catherine Hayes, Seenu Susarla, and Thomas B. Dodson./ (2006)
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	A Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence in the Emergency Department. The Journal of TRAUMA, Injury, Infection, and Critical Care, 26(5), 1101-1105
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของปัจจัยภายนอกของ Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในสองหน่วยงานที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านภูมิศาสตร์ สังคมและเศรษฐกิจ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มารับการประเมินและจัดการอาการบาดเจ็บที่ยังพิสูจน์ไม่ได้ที่แผนกอุบัติเหตุจำนวน 400 คน exclusion ผู้ป่วยที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นอะไรมาเช่นอุบัติเหตุทางรถมอเตอร์ไซค์, ผู้ป่วยที่ติดต่อสื่อสารไม่ได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้เสร็จสิ้นขณะอยู่ใน ED ได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 200 คน, ทำการสุ่มวันและเวลาในการที่จะสัมภาษณ์
Setting	ED in the southeastern United States และ ED in the northeastern United States
Intervention	งานวิจัยเริ่มทำตั้งแต่ พ.ย.44-มิ.ย.46 แต่ละ ร.พ.(H1,H2)มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอหรือบริเวณอื่นร่วมด้วย, กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณอื่นที่ไม่ใช่บริเวณศีรษะ ใบหน้าและลำคอ จากนั้นทำการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ Partner Violence Screen (PVS)และ Short Women Abuse Screening Tool (short-WAST) ว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการบาดเจ็บสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสหรือไม่ หมายเหตุ การที่งานวิจัยนี้เลือกใช้เครื่องมือ Partner Violence Screen (PVS)เนื่องมาจากมีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ และมีความรวดเร็วมาก(น้อยกว่า1นาที) ส่วนเครื่องมือ Short Women Abuse Screening Tool (short-WAST) นั้นก็เช่นกันจากการศึกษาพบว่าใช้ง่ายและมีความรวดเร็ว ซึ่งเคยมีการทดสอบเครื่องมือนี้มาแล้วในกลุ่มสตรีที่อยู่ในสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกัน

ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงทดลองและมีการสุ่ม (RCT) /ระดับงานวิจัย 2
เครื่องมือที่ใช้วัด	<p>-คำถามสามข้อจาก Partner Violence Screen (PVS) และสองข้อจาก short Woman Abuse Screening Tool (short WAST)</p> <p>-Self-report injury เพื่อบ่งชี้ว่าสาเหตุสัมพันธ์กับการเกิดจากถูกทำร้ายหรือจากสาเหตุอื่น</p> <p>-Standard measurement for diagnostic test</p>
ผลการวิจัย	<p>จากการใช้Protocolพบว่าโรงพยาบาลที่1(H1)พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงว่าอาการบาดเจ็บสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงจากคู่สมรส (33%)</p> <p>โรงพยาบาลที่2(H2)พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงว่าอาการบาดเจ็บสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงจากคู่สมรส (18%)($p<0.01$), และผลจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเองในการที่ถูกทำร้ายพบว่าโรงพยาบาลที่1(H1)มีจำนวน34% และ9.5% ในโรงพยาบาลที่2(H2) Protocol มีระดับความน่าเชื่อถือในเรื่องของ sensitivities และspecificitiesของทั้ง 2โรงพยาบาล (90%, 96% ของH1), (74%, 88%ของH2)</p> <p>หมายเหตุ การที่ค่าความถี่ในการเปิดเผยเรื่องราวการถูกระทำรุนแรงของผู้ป่วยในโรงพยาบาล(H2) 9.5%มีความแตกต่างกับความถี่ในการระบุนความเสียหายจากการถูกทำร้ายโดยใช้ Protocol มากกว่าครั้งนั้น(18%) ผู้เขียนยังไม่มีคำอธิบายที่ดีในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่2 นี้มีความอดทนหรือด้วยเหตุผลทางสังคมหรือวัฒนธรรมที่ไม่อาจเปิดเผยเรื่องราวการถูกทำร้ายให้ผู้อื่นรู้ได้</p>
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance)</p> <p>เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีสตรีที่ได้รับอุบัติเหตุลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาซึ่งทางหน่วยงานได้ลงทะเบียนสตรีกลุ่มนี้ไปไม่ได้ตระหนักว่าสตรีกลุ่มนี้อาจจะถูกทำร้ายโดยคู่สมรส การศึกษานี้จึงเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญในการคัดกรองสตรีที่ถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมากขึ้น</p> <p>2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (scientific merit) มีการสุ่มตัวอย่าง, ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ และมีการตั้งสมมติฐานที่ชัดเจนและการวิจัยเป็นการทดสอบสมมติฐาน</p>

<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential)</p> <p>3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีลักษณะของกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน ช่วยให้การวินิจฉัยและการให้ความช่วยเหลือมีความรวดเร็วขึ้น</p> <p>3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติในการคัดกรอง</p> <p>3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเมื่อทำร่วมกับแพทย์</p>
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>สตรีที่ประสบอุบัติเหตุที่ระบุนสาเหตุได้ไม่ชัดเจนและมีบาดแผลที่หน้า ลำคอ และศีรษะ มีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดจากการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส ดังนั้นเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยลักษณะนี้ไม่ควรเพิกเฉย ควรมีการคัดกรองโดยเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมคำถามมีความชัดเจน และสั้นกระชับ</p>

เรื่องที่ 6

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข./ 2549.
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด
ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	แนวปฏิบัติ/ ระดับ7
ขั้นตอนการปฏิบัติ	<p>1.เมื่อพบเห็นเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย/จิตใจ/เพศและสังคม ที่OPD/ER/IPD แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่สงสัยถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย/จิตใจ/เพศและสังคม</p> <p>2.ประเมินปัญหาและความต้องการในการให้ความช่วยเหลือ</p> <p>2.1ด้านร่างกายประเมินความต้องการการรักษาทั่วไปหรือส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม</p> <p>2.2 ด้านจิตใจประเมินด้านความคิด พฤติกรรมและความรู้สึก ให้การปรึกษา หรือส่งปรึกษาจิตแพทย์/นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์ ตามความเหมาะสม</p> <p>2.3 ด้านทางเพศให้ความช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติกรณีถูกกระทำรุนแรงทางเพศ โดยตรวจและบันทึกหลักฐานเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจถ้าถูกข่มขืนภายใน72ชั่วโมงดำเนินการเจาะเลือดตรวจพิสูจน์การติดเชื้อ จากนั้นให้ยาป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดเชื้อ และให้การปรึกษา</p> <p>2.4 ด้านสังคมประเมินสภาพปัญหาเกี่ยวกับสภาพครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม การถูกกระทำซ้ำและความปลอดภัยพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น การฝึกอาชีพ หรือแล้วแต่กรณีรวมทั้งประสานส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้รับผิดชอบบันทึกในส่วนที่เกี่ยวข้องในแบบบันทึกดังนี้</p>

<p>ขั้นตอนการปฏิบัติ (ต่อ)</p>	<p>พยาบาลบันทึกในส่วนที่1 Initial Assessment เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย, ประเภทของการกระทำรุนแรง,สถานที่เกิดเหตุ, สาเหตุของการทำรุนแรง, ลักษณะการกระทำรุนแรง และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และแผนที่เยี่ยมบ้าน</p> <p>แพทย์บันทึกในส่วนที่2 Medical Record เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกาย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>จิตแพทย์/ผู้ให้คำปรึกษา บันทึกในส่วนที่3 Psychological Record เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและการรักษาที่ได้รับ</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินสภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม</p> <p>4.ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นคณะทำงานเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมโดยการประสานงานภายในและภายนอกเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>5.ประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายซ้ำและดำเนินการป้องกัน</p> <p>6.ประเมินความพร้อมก่อนกับคู่สังคม</p> <p>7.จำหน่าย</p>
<p>การประเมิน คุณภาพหลักฐาน เชิงประจักษ์</p>	<p>-เป็นการสร้างจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่ายทั่วประเทศ ประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข จากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการในการให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงนำร่องไปก่อน เจ้าหน้าที่จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานอัยการจังหวัดปทุมธานี และเจ้าหน้าที่ตำรวจจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ</p> <p>-แนวปฏิบัตินี้มีความครอบคลุมในการให้การดูแลรักษา และให้ความช่วยเหลือ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ขั้นตอนในการปฏิบัติในหน่วยงานนั้นยังไม่มีความชัดเจน</p> <p>-แนวปฏิบัตินี้ไม่ได้ระบุว่าจะใช้ข้อมูลอะไรเป็นฐานคิด มีความชัดเจนในการนำเสนอทางเลือกในการจัดการกับปัญหาของสตรีที่ถูกทำร้าย</p>

<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) เนื่องจากปัญหาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นประเด็นปัญหาในระดับประเทศที่ปัจจุบัน ได้มีกฎหมายรองรับในการแก้ปัญหา ดังนั้นแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นจากหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงจึงสมควรที่หน่วยงานจะนำแนวทางนี้มาปรับใช้ให้มีความเหมาะสมต่อไป 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือปานกลาง (scientific merit) ไม่ได้บอกลถึงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานในบางส่วนเพราะเนื่องจากแนวปฏิบัตินี้เป็นการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดนำไปปฏิบัติดังนั้นจึงมีคณะกรรมการในการดำเนินงานและรับผิดชอบที่ชัดเจนอีกทั้งยังมีเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลืออย่างกว้างขวางทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยทั้งองค์กรเอกชนและรัฐบาล <ol style="list-style-type: none"> 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิมแต่ต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกอย่างดี 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้านและต่อเนื่อง
<p>การสรุปเพื่อนำไปใช้</p>	<p>หน่วยบริการสุขภาพควรทำการคัดกรองสตรีทุกคนที่มีข้อสงสัยว่าจะถูกทำร้ายมา และในการให้ความช่วยเหลือควรมีความครอบคลุมทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม โคนมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในหน่วยงาน และนอกหน่วย นอกจากนั้นควรมีการติดตามประเมินผลในการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้เคียง</p>

เรื่องที่ 7

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	Jacqueline Dienemann, Jacquelyn Campbell, Nancy Wiederhorn, Kathryn Laughon, & Elizabeth Jordan. /2003
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	A Critical Pathway for Intimate Partner Violence Across the Continuum of Care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 32(5), 594 -603
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติแบบสหสาขาวิชาชีพสำหรับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง โดยกลุ่มสมรส สำหรับhealth care settingในการประเมินปัญหาด้านร่างกาย และ/หรือ ทางเพศ ทางอารมณ์และทางสังคมพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ
ระเบียบวิธีการวิจัย/ระดับงานวิจัย	การพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยวิธี Delphi technique โดยมีนักวิจัย 4 ท่าน clinician 13 ท่านในการ validation และผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์อย่างน้อย1ท่าน, พยาบาล1ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ของแต่ละโรงพยาบาลอีก1ท่าน/ ระดับ 7
	<p>แนวปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือเมื่อทราบว่าสตรีถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส</p> <p>Initial Visit แพทย์ พยาบาล</p> <p>ประเมินด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินอาการบาดเจ็บ 2.บันทึกตำแหน่งบาดเจ็บด้วยแผนที่ร่างกาย, ถ่ายรูป และอธิบายรายละเอียด 3.ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม 4.รายงานตำรวจถ้าถูกกระทำรุนแรงด้วยอาวุธและอันตรายถึงขั้นที่ต้องแจ้งความ <p>หากสงสัยว่าถูกกระทำรุนแรงทางเพศ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ถามเกี่ยวกับการถูกบังคับในการร่วมเพศ 2.ถ้าตอบปฏิเสธ ให้บันทึกตามนั้น <p>ถ้าตอบใช่ และไม่ได้ถูกข่มขืน ให้ตรวจร่างกาย, ส่งต่อ, จัดบันทึกผลที่ได้, ปรึกษาเพื่อให้ยาป้องกันการตั้งครรภ์และติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>ถ้าตอบว่าถูกข่มขืนมา (ภายใน 72 ชั่วโมง ให้ตรวจภายใน และเก็บสิ่งส่งตรวจ) ให้ตรวจร่างกาย, ส่งต่อ, จัดบันทึกผลที่ได้, ปรึกษาเพื่อให้ยาป้องกัน</p>

	<p>การตั้งครรภ์และติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และเสนอการตรวจการตั้งครรภ์ และตรวจเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อHIV</p> <p>มีอาการเจ็บปวด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินตำแหน่งที่ปวด, ชนิดการปวด, ความรุนแรงและระยะเวลาที่ปวด 2.ถ้าตอบปฏิเสธ การถูกทำร้ายให้บันทึกตามนั้น 3.ถ้าตอบใช่ ให้ประเมินอาการปวดที่สัมพันธ์กับประวัติในการถูกระทำรุนแรงหรืออาการเจ็บป่วยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกัน เช่น มีอาการทางระบบประสาท, ทางระบบทางเดินอาหาร, อาการเครียดเรื้อรัง หรืออื่นๆจากนั้นจดบันทึกและทำการรักษาหรือส่งต่อตามความเหมาะสม <p><u>ประเมินด้านจิตใจและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>มาด้วยการถูกทำร้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คัดกรองการถูกทำร้ายในปัจจุบันปัญหาของผู้ป่วยและผู้ทำร้าย 2. ถ้าปฏิเสธ ให้บันทึกตามนั้น <p>ถ้าตอบใช่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการส่งต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือถ้าสนใจเวลานี้, บันทึก</p> <p>มาด้วยอาการซึมเศร้า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินอาการซึมเศร้า, ความรุนแรง และระยะเวลา และความสัมพันธ์กับประวัติการถูกระทำรุนแรง 2.ประเมินความจำเป็นในการได้รับยาเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย, ส่งต่อหรือส่งปรึกษาแพทย์จิตเวชหรือส่งเพื่อให้คำปรึกษา 3.ใช้แนวทางการประเมินอันตรายต่อผู้ป่วย เพื่อ ประเมินการคิดฆ่าตัวตาย การถูกฆาตกรรมและคิดทำร้ายตนเอง ถ้าใช่ ส่งปรึกษาจิตแพทย์ บันทึกและแจ้งความไว้ <p>มาด้วยอาการวิตกกังวล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินการนอนหลับ, สิ่งรบกวน, ความกังวล, ประสบการณ์การถูกทำร้ายซ้ำ 2.ถ้าใช่ส่งปรึกษาจิตแพทย์
--	---

	<p><u>ประเมินด้านสังคมและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>หน่วยบริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส 2. ประเมินประวัติการได้รับบาดเจ็บ <p>เพิ่มข้อมูลทางสถิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานภาพ 2. อาศัยอยู่กับผู้ที่ทำร้าย; ใช่, ไม่ใช่, บางครั้ง 3. การถูกข่มขู่ รุกรานจากผู้ทำร้าย 4. บุตร; จำนวน, อายุ และการดูแล 5. การประกันสุขภาพ <p>ข้อมูลของบุตร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัว บุตรอยู่ที่ไหน มีความปลอดภัยหรือไม่ จะดูแลอย่างไร 2. การบาดเจ็บของบุตร: ถามถ้าเด็กมีอาการของการถูกทำร้าย ทำการส่งต่อถ้ามีข้อบ่งชี้ <p>อันตราย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้แนวปฏิบัติการประเมินอันตราย เพื่อประเมินความรุนแรงของการถูกกระทำรุนแรง ขอบเขตของอันตราย รีบให้ความปลอดภัย 2. อธิบายการบริการของตำรวจถ้าต้องการขอความช่วยเหลือ 3. อธิบายการบริการช่วยเหลือด้านกฎหมาย ให้เอกสารแสดงข้อมูลสถานที่ให้ความช่วยเหลือ 4. อธิบายการบริการช่วยเหลือด้านกฎหมายของเด็กที่ถูกทำร้ายและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ <p>วางแผนเพื่อความปลอดภัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความปลอดภัยและการวางแผนการปฏิบัติตัว (A protocol for Prevention and Intervention, McFarlane J, Parker, B & Cross, B., 2001)
--	---

	<p><u>Follow up Visit</u></p> <p>พยาบาล / นักสังคมสงเคราะห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์ช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง</p> <p><u>ประเมินด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาและประเมินอาการบาดเจ็บเดิม ทบพทวนผลเอกซเรย์เดิมและบันทึกไว้ 2. ประเมินการบาดเจ็บใหม่ ถ้าใช่บันทึกโดยใช้แผนที่ร่างกาย จดบันทึกและแจ้งความเมื่อมีความรุนแรง 3. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ <p>หากสงสัยว่าถูกกระทำรุนแรงทางเพศ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยังคงถามเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงอีกครั้ง 2. ถ้าใช่ ทำเหมือนที่มาก่อนครั้งแรก ถามข้อมูลการถูกกระทำรุนแรงและการถูกข่มขืนของบุตรเพิ่ม 3. ถ้าผลการตรวจเลือดครั้งแรกเป็นบวกให้ข้อมูลในการรักษาและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในอนาคต 4. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ <p>มีอาการเจ็บปวด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลการรักษาและปรับตามความเหมาะสม 2. ทบพทวนการเกิดอาการที่สัมพันธ์กับการถูกกระทำรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงอาการที่ปวด 3. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ <p><u>ประเมินด้านจิตใจและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>มาด้วยการถูกทำร้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถ้าปฏิเสธการถูกกระทำรุนแรงในครั้งแรกให้ทำการคัดกรองอีกครั้ง ปฏิบัติเหมือนในการมาครั้งแรก 2. ถ้าใช่ และครั้งแรกปฏิเสธการส่งต่อให้ถามความพร้อมในการรักษาครั้งนี้
--	--

	<p>ถ้าใช่ และครั้งแรกไม่ปฏิเสธการส่งต่อถามความก้าวหน้าในการมาพบครั้งนี้</p> <p>3. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ</p> <p>มาด้วยอาการซึมเศร้า</p> <p>1. ประเมินผลการใช้ยาและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการคิดฆ่าตัวตาย การที่ที่จะถูกฆาตกรรม หรือการพยายามทำร้ายตัวเอง</p> <p>2. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ</p> <p>มาด้วยอาการวิตกกังวล</p> <p>1. ประเมินผลการใช้ยาและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการคิดฆ่าตัวตาย การที่ที่จะถูกฆาตกรรม หรือการพยายามทำร้ายตัวเอง</p> <p>2. ประเมินการถูกทำร้ายในปัจจุบันแนะนำการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ</p> <p><u>ประเมินด้านสังคมและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>หน่วยบริการสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส</p> <p>ถามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>เพิ่มข้อมูลทางสถิติ</p> <p>ถามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ข้อมูลของบุตร</p> <p>ถามเกี่ยวกับบุตร, อาการบาดเจ็บและการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ</p> <p>อันตราย</p> <p>1. ทบทวนสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลง และให้ความช่วยเหลือด้านความปลอดภัย</p> <p>2. ถ้ามีการส่งต่อถามความคืบหน้า</p> <p>วางแผนเพื่อความปลอดภัย</p> <p>ประเมินการปฏิบัติตัวและปรับตามความต้องการ</p>
--	--

	<p><u>Multiple Visit</u></p> <p>พยาบาล / นักสังคมสงเคราะห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์ช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรง</p> <p><u>ประเมินด้านร่างกายและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาและประเมินอาการบาดเจ็บใหม่และบันทึกไว้ 2. ชักถามผลของการรักษาระยะยาวและการมาพบแพทย์ <p>สงสัยว่าถูกระทำรุนแรงทางเพศ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยังคงถามเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงอีกครั้งพูดคุยถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น 2. ถ้าใช่ ทำเหมือนที่มาก่อนแรก เพิ่มข้อมูลบุตรการถูกระทำรุนแรงทางเพศ <p>มีอาการเจ็บปวด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การรักษาและปรับตามความเหมาะสม <p><u>ประเมินด้านจิตใจและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>มาด้วยการถูกทำร้าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถามการถูกทำร้ายถ้ายังเกิดขึ้นอีกทบทวนใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 2. นัดพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง <p>มาด้วยอาการซึมเศร้า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินการนัดพบอย่างต่อเนื่อง 2. ถามความสนใจในการรับคำปรึกษาหรือใช้บริการแหล่งให้ความช่วยเหลือ <p>มาด้วยอาการวิตกกังวล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถามความสนใจในการรับคำปรึกษาวันนี้ <p><u>ประเมินด้านสังคมและการให้ความช่วยเหลือ</u></p> <p>หน่วยบริการสตรีที่ถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส</p> <p>ถามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>เพิ่มข้อมูลทางสถิติ</p> <p>ถามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p>
--	---

	<p>ข้อมูลของบุตร</p> <p>ถามเกี่ยวกับบุตร, อาการบาดเจ็บและการใช้แหล่งให้ความช่วยเหลือ</p> <p>อันตราย</p> <p>ดำเนินการนัดพบอย่างต่อเนื่อง</p> <p>วางแผนเพื่อความปลอดภัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการปฏิบัติตัวและปรับตามความต้องการ 2. กำหนดเป้าหมายระยะยาว
<p>การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์</p>	<p>แนวปฏิบัตินี้เริ่มดำเนินการจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากนั้นผู้วิจัย นำแนวปฏิบัตินี้มาให้ผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพตรวจสอบและเสนอข้อคิดเห็นจากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงโดยวิธีการ Delphi technique ถึง 3 รอบจนเชื่อว่าจะมีความถูกต้องสมบูรณ์โดยพิจารณาจากความหมายในเชิงศาสตร์ และมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติจริง และแนวปฏิบัตินี้ได้ทุนสนับสนุนจาก Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Service.</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<p>แนวปฏิบัตินี้เป็นการดำเนินงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ให้คำปรึกษามีการดำเนินงานนี้ครอบคลุมในเรื่องของการประเมินและการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงมีการติดตามอาการและการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง</p> <p>แนวปฏิบัตินี้ใน Initial Visit ไม่ได้ระบุหน่วยงานในการให้บริการจึงขาดความชัดเจน และขาดรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการ Follow up Visit จึงควรมีการศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>ในการที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริงจะต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและควรได้รับความร่วมมืออย่างดีจึงจะดำเนินการได้สำเร็จ และควรมีหน่วยงานหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบโดยตรง</p>

การสรุปเพื่อนำไปใช้(ต่อ)	งานวิจัยนี้เป็นบอกลึงแนวทางในการคัดกรองและการประเมินสภาพปัญหาทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมของสตรีอย่างละเอียดและเป็นขั้นตอน รวมถึงแนวทางการให้ความช่วยเหลือ สามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างดี
--------------------------	--

เรื่องที่ 8

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	Agency for Healthcare Research and Quality. (2004).
ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Screening for family and intimate partner violence.No.28 March 2004 http://www.ahrq.gov
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อตรวจสอบหลักฐานอ้างอิงเกี่ยวกับกระบวนการในการคัดกรองและ Intervention ในการลดอันตรายจากการใช้ความรุนแรงในครอบครัว สืบค้นจากฐานข้อมูล MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Health & Psychosocial Instrument, ERICE, AARPAgeline, and Cochrane Controlled Trials Register, reference lists of systematic reviews, and experts. โดยคัดเลือกงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรอง และการให้ intervention แก่ เด็ก สตรี และผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย, การถูกทอดทิ้ง, การทำร้ายจิตใจ และ/หรือการทำร้ายทางเพศ ที่มีการดำเนินการหรือประสานกับ primary care (family practice, pediatrics and general internal medicine), แผนกสูตินารีเวช หรือแผนกฉุกเฉินในประเทศอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	Systematic evidence reviews/ งานวิจัยระดับ1
content	<p>การคัดกรอง</p> <p>จากการศึกษาพบว่าม้งานวิจัย 14 เรื่องที่เข้า criteria, -6 เรื่องเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือในการคัดกรองจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือพบว่าอยู่ในระดับดีหรือปานกลาง</p> <p>-3 เรื่องเป็นการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือในการคัดกรองกับการสัมภาษณ์โดยตรงจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือพบว่าอยู่ในระดับต่ำ</p> <p>- 2 เรื่องเป็นการประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ</p>

content (ต่อ)	<p>โดยพิจารณาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง - และ 3 เรื่องสุดท้ายเป็นการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการในการคัดกรองจากการจัดระดับความน่าเชื่อถือพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง</p> <p>สรุป เครื่องมือสำหรับการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส หลายๆเครื่องมือได้มีการพัฒนาขึ้นโดยพบว่าบางเครื่องมือมีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี แต่อย่างไรก็ตามบางงานยังขาดการประเมินผล และบางงานยังไม่มีข้อสรุปของการเลือกใช้วิธีการในการคัดกรอง ซึ่งคงต้องมีการพิจารณาจากหลายปัจจัยประกอบกัน</p> <p>Intervention</p> <p>จากการศึกษาพบว่ามีงานวิจัย 2 เรื่องที่เข้า criteria มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับพอใช้</p> <p>งานวิจัยที่ 1 เป็นการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ชาวละตินอเมริกา ที่มา คลินิกฝากครรภ์ ซึ่งจากการคัดกรอง (Abuse Assessment Screen) พบว่าถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มเพื่อให้ intervention กลุ่มแรก “Brief” (โดยการที่สตรีได้รับการคัดซึ่งมีข้อมูลแหล่งของให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งอยู่ในชุมชน) “Counseling” (การให้คำปรึกษาแบบไม่จำกัดในคลินิก) “Outreach” (การให้คำปรึกษาแบบไม่จำกัดในคลินิก แต่เพิ่มผู้ให้คำปรึกษาเป็นแบบประจำตัวในชุมชน สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา) จากการศึกษาพบว่า 2 เดือนหลังจากให้ intervention สตรีมีระดับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายลดลง โดยใช้ Severity of Violence Against women Scale ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบ “Outreach” กับ “Counseling” แต่ไม่ได้เปรียบเทียบกับ “Brief” แต่อย่างไรก็ตามในช่วงเดือนที่ 6-, 12-, และ 18- ทุกกลุ่ม</p>
---------------	--

<p>content (ต่อ)</p>	<p>มีระดับความรุนแรงลดลง โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม</p> <p>งานวิจัยที่ 2 เป็นการศึกษาในสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และได้รับการคัดกรองด้วย Abuse Assessment Screen พบว่าถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส 132 ราย ให้ได้รับintervention โดยการ counseling 3 session, 67 ราย ได้รับการคัดซึ่งมีข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งอยู่ในชุมชน(wallet-side cards listing community resource) จากการศึกษาพบว่า ในเดือนที่ 6 และเดือนที่12 หลังคลอดกลุ่มที่ได้รับ intervention ถูกกระทำรุนแรงลดลง โดยวัดจาก Index of spouse abuse และ SVAWS</p> <p>สรุป จากการศึกษาพบว่างานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ intervention มีน้อย และมักศึกษาในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์มากกว่า ผลลัพธ์มีการประเมินจากข้อคำถามและข้อเสนอแนะ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของงานวิจัยนั้นคือ มีการจำกัดในการตีความหมายมากไป</p>
<p>การสรุปและการนำไปใช้</p>	<p>การคัดกรองที่สามารถบ่งชี้การถูกกระทำรุนแรงในสตรีได้สูงนั้นส่วนใหญ่คัดกรองโดยการใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม ข้อคำถามสั้น กระชับ และมีความชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่จะถามคำถามนั้นควรมีการสร้างสัมพันธภาพให้สตรีมีความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวเจ้าหน้าที่ก่อน</p> <p>Intervention หลังจากคัดกรองและบ่งชี้ได้ว่าสตรีถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสแล้ว การให้ความช่วยเหลือต่อไป ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ความรุนแรง การให้ข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆที่จำเป็นต่อสตรี และมีการติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการ</p>

การสรุปและการนำไปใช้ (ต่อ)	ใช้ความรุนแรงต่อสตรี
การประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferability of the finding สามารถนำบางส่วนของการศึกษาไปใช้ในกลุ่มประชากรได้เนื่องจากลักษณะประชากรคล้ายกัน แต่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมดังนั้นควรพิจารณาในส่วนนี้ด้วย 2. Feasibility of implementation มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ 3. Cost - benefit ratio การปฏิบัติไม่มีความเสี่ยง ค่าใช้จ่ายมีในเรื่องอุปกรณ์ที่จะให้ผู้ป่วยซึ่งราคาไม่แพง แต่คงต้องเตรียมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการไว้ให้เหมาะสม

ตาราง แสดงการศึกษาเครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/Limitation
<u>Comparison of Screening Instruments</u> Coker, 2001	1,152	-อายุ 18-65 ปี(เฉลี่ย 38.1) ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน62%, ชาวผิวขาว38% ทั้งหมดมีประกันสุขภาพของรัฐบาล -2 มหาวิทยาลัยที่มี family practice clinic อยู่ในเครือเดียวกัน	1) Women's Experience with Battering Scale(WEB) 10 items 2) Index of Spouse Abuse-Physical Scale (ISA-P),15 items ทั้งหมดคัดกรองด้วย เครื่องมือทั้งสองนี้	การใช้เครื่องมือ WEB scale มีระดับการค้นพบที่สูง (16%) มากกว่า ISA-P (10%)	FAIR; 1) ค่าถามถามโดยนักศึกษาไม่ใช่เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 2) มีการใช้รูปแบบการอ้างอิงที่ได้มาตรฐาน 3) มีการจัดการที่ดีโดยมีการพูดคุยถึงแม้ว่าวิธีการคัดกรองจะเป็นวิธีการเขียน
Brown, 2000	307	-อายุ 18-86 ปี(เฉลี่ย 46.2) ชาวผิวขาว97.6%, 44.7%จบการศึกษาในระดับsecondary, 58.9%เป็นลูกจ้าง, 58.7%ทำงานที่บ้านมีรายได้>\$30,000 20 family practice offices	1) Women Abuse Screening Tool(WAST), 8 items 2) Abuse Risk Inventory(ARI), self report, 25 items	1) WASTและ ARI มีความสัมพันธ์กัน (r=0.69, p=0.01) 2) WAST showed good internal consistency (Cronbach's alpha=0.75)	FAIR; มีการเพิ่มข้อคำถามจากเดิมมี 7 ข้อ

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/Limitation
<u>Comparison of Screening Instruments (continue)</u> Sherin, 1998	259	ไม่มีข้อมูล	1) HITS, written, 4 items 2) Conflict Tactics Scales (CTS), verbal, 19 items	1) HITS internal consistency (Cronbach's alpha=0.80) 2) HITS and CTS correlated (r=0.85)	GOOD
Feldhaus, 1997	322	-อายุเฉลี่ย 36 ปี 45% White 19% African-American 30% Hispanic 49% employed 65% income <\$15,000 67% HS or education -2 urban, hospital-based emergency departments	1) Partner Violence Screen (PVS), verbal, 3 items 2) Index of Spouse Abuse Scale (ISA), 30 items 3) Conflict Tactics Scales (CTS), verbal, 19 items	PVS had higher sensitivity & specificity when compared to the ISA (64.5% & 80.3%) or CTS (71.4% & 84.4%)	GOOD; การคัดกรองทำโดยผู้ช่วยการวิจัยไม่ใช่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ
McFarlane, 1992	691	31% เป็นวัยรุ่น; 39% African-American, 34% Hispanic, 27% เป็นหญิงผิวดำตั้งครรถ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์,	Abuse Assessment Screen (AAS), 3 items เปรียบเทียบกับ Index of Spouse Abuse Scale (ISA), Conflict Tactics Scales (CTS) และ Danger Assessment Screen(DAS)	การบ่งชี้ว่าสตรีถูกกระทำรุนแรง โดยใช้เครื่องมือ AAS มีค่าคะแนนสูงกว่า ISA และ DAS อย่างมีนัยสำคัญ	GOOD

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/ Limitation
<u>Comparison of Screening Instruments (continue)</u> Ernst	488	-อายุเฉลี่ย 36 ปี, 47% เป็นคนขาว, 26% เป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน, 11% เป็นละตินอเมริกา -ศูนย์ฉุกเฉินในเมืองใหญ่	Abuse Assessment Screen (AAS), Ongoing Abuse Screen (OAS), single question “Are you presently a victim of IPV?”	OAS มี sensitivity 30%, specificity 100% และ positive predictive value 100%	GOOD
<u>Comparison of Screening Instruments to Interview</u> Morrison, 2000	302	-ไม่กำหนดอายุ ศึกษาจากประวัติ 1,000 ราย -แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ	1) Emergency Dept Violence Screening Questions ,5 items 2) Standard interview chart review	1) จากการศึกษาประวัติ การรักษาย้อนหลัง จำนวน 1,000 ราย พบว่า มี 4 รายที่ถูกกรำรุนแรง จากครอบครัว 2) จำนวนในการค้นพบ สูงกว่าเมื่อใช้ แบบสอบถาม (3.6% acute, 6.6% probable, 4% past abuse)	POOR; การใช้หลักฐานอ้างอิงไม่ได้ มาตรฐาน (การ สัมภาษณ์ไม่มีคาม ชัดเจน)

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/Limitation
<u>Comparison of Screening Instruments to Interview (continue)</u> Canterino, 1999	244	-อายุเฉลี่ย 24.4 ปี, 30.1% เป็นคน ขาว, 53.8% เป็นชาวแอฟริกัน- อเมริกัน, 11.4% เป็นละตินอเมริกา, 36% มีอาชีพรับจ้าง -Prenatal clinic, community- base tertiary care center	1) Domestic Abuse Questionnaire, self report 5 items 2) Direct interview	การใช้ self report questionnaire มีอัตรา การค้นพบที่สูงกว่า (85% และ 59%, p=0.03)	POOR; การใช้หลักอ้างอิงไม่ได้ มาตรฐาน (การ สัมภาษณ์ไม่มีความ ชัดเจน)
Norton, 1995	143	-อายุเฉลี่ย 23 ปี, 50% เป็นคนขาว, 63% โสด, 42% ไม่มีประกัน สุขภาพ -Prenatal visit สัมภาษณ์โดยนัก สังคมสงเคราะห์	1) Abuse Assessment Screen (AAS), 5 items 2) Standard interview chart review	การใช้ AAS มีการ ค้นพบมากกว่า (41%) เมื่อเปรียบเทียบกับ การสัมภาษณ์	POOR; การใช้หลักอ้างอิงไม่ได้ มาตรฐาน (การ สัมภาษณ์ไม่มีความ ชัดเจน) ศึกษาในกลุ่มที่แคบ เกินไป (เฉพาะสตรีที่ ตั้งครรภ์)

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/Limitation
<p><u>Internal Consistency of Screening Instruments</u></p> <p>Pan, 1997</p>	<p>90</p>	<p>- อายุเฉลี่ย 37.8 ปี, จบการศึกษาเฉลี่ย 13.7 ปี, รายได้เฉลี่ยของครอบครัว\$32,000 82% White, 6% African-American, 7%Hispanic, 3% Asian -Suburban family practice</p>	<p>Partner Abuse Interview, 11 items, (ปรับมาจาก CTS)</p>	<p>Internally consistent (Cronbach's alpha=0.82)</p>	<p>FAIR; 1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก 2) การใช้หลักอ้างอิงไม่ได้มาตรฐาน (ไม่มี การเปรียบเทียบกับวิธีอื่น)</p>
<p>Smith, 1995</p>	<p>389</p>	<p>85% เป็นสีขาว, 61% จบ การศึกษาสูงกว่าระดับHigh School, 68% เป็นลูกจ้าง - Various primary care clinic and community groups</p>	<p>WEB Scale, 10 items</p>	<p>High internally consistent (Cronbach's alpha for full, sample=0.99; batter=0.93; non</p>	<p>FAIR; การใช้หลักอ้างอิงไม่ได้ มาตรฐาน (ไม่มี การเปรียบเทียบกับวิธีอื่น)</p>

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/ Limitation
<u>Comparison of Methods of Administration of Screening Instruments</u> Glass, 2001	4641	- สตรีอายุมากกว่า 18 ปี มาที่แผนก ฉุกเฉิน ร.พ. ชุมชน 11 แห่ง	Abuse Assessment Screen (AAS), สตรี เลือกวิธีได้ด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์โดย พยาบาล	ความถูกต้องของการถูก กระทำรุนแรงในช่วง ชีวิตที่ผ่านมาและในช่วง ปีที่ผ่านมา มีสูงขึ้นโดยที่ ใช้วิธีการให้สตรีตอบ คำถามด้วยตัวเอง	FAIR; สตรีสามารถเลือกวิธี ด้วยตัวเอง
Furbee, 1998	175	- อายุเฉลี่ย 34 ปี - แผนกฉุกเฉินซึ่งอยู่ใน ร.พ. สังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย	1) Face-to-face interview 2) เป็นคำถามจากเทป บันทึกเสียง ให้สตรี ตอบด้วยตนเองลงใน กระดาษคำตอบ มี จำนวน 83 รายที่ตอบ คำถามจากเทป บันทึกเสียง 92 รายได้ รับการสัมภาษณ์จาก เจ้าหน้าที่	จากการเปรียบเทียบการ ค้นพบ IPV, Face-to- face interview (16%) และการถามคำถามจาก เทปบันทึกเสียง (15%)	FAIR; ทำการศึกษาในกลุ่ม แคบๆ

Author Year	N	Population/Setting	Instruments	Results	Quality Rating/ Limitation
<p><u>Comparison of Methods of Administration of Screening Instruments</u> (continue) McFarlane, 1991</p>	<p>777</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 59% มีอายุระหว่าง 20-29 ปี - 47% เป็นคนผิวดำ - 34% เป็นผิวกาว - 17% เป็นชาวละตินอเมริกา - คลินิกวางแผนครอบครัว หนึ่งแห่ง 	<p>1) Self-Report, 4 items, มี 477 ราย</p> <p>2) Interview, 4items, มี 300 ราย</p>	<p>ความถูกต้องของการค้นพบสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงสูงขึ้นเมื่อใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยพยาบาล (29.3%) มากกว่าการรายงานด้วยตัวของสตรีเอง (7.3%)</p>	<p>FAIR; ทำการศึกษาในกลุ่มแคบๆ</p>

Author Year	Design	N	Population/Setting	Duration	Intervention	Assessment	Result	Quality Rating
McFarlane, 2000	Randomized trial comparing 3 intervention	329	สตรีชาวละติอเมริกา ตั้งครรภ์ที่มากลินิกฝากครรภ์ในแถบตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา	Monitor at 2-,6-,12- month post-delivery	1) "Brief"(โดย การที่สตรีได้รับการที่สตรีซึ่งมีข้อมูลแหล่งของให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกรกระทำรุนแรง ซึ่งอยู่ในชุมชน) 2) "Counseling"(การให้คำปรึกษาแบบไม่จำกัดในคลินิก) 3) "Outreach"(การให้คำปรึกษาแบบไม่จำกัดในคลินิก แต่เพิ่มผู้ให้คำปรึกษา	สตรีทุกคนที่มา คลินิกฝากครรภ์ จะได้รับการคัดกรอง(Abuse Assessment Screen)ถ้าพบว่าถูกรกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส จะทำการสุ่มเข้ากลุ่มเพื่อให้ intervention ประเมินผล โดยการวัดระดับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายด้วย	2 เดือนหลังจากให้intervention สตรีมีระดับความรุนแรงจากการถูกทำร้ายลดลง ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบ "Outreach" กับ "Counseling" แต่ไม่ได้เปรียบเทียบ กับ "Brief" อย่างไรก็ตาม ในช่วงเดือนที่ 6-, 12-, และ 18- ทุกกลุ่มมีระดับความรุนแรงลดลง โดย	FAIR; 1) ศึกษา กลุ่มแบบ 2) ผลลัพธ์ วัดจาก self report

Author Year	Design	N	Population/Setting	Duration	Intervention	Assessment	Result	Quality Rating
Parker, 1999	Non-randomized trial comparing 2 intervention	199	สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลินิกฝากครรภ์ใน Texas and Virginia; 35% Black, 33% Hispanic, 32% White	Monitor at 6 & 12 month post-delivery	ประจำตัวในชุมชน สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา) 1) counseling 3 session, 67 ราย 2) ได้รับการจัดซึ่งมีข้อมูลแหล่งให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งอยู่ในชุมชน(wallet-side cards listing community resource)	เครื่องมือ Severity of Violence Against women Scale ทุกครั้งที่นัดมา สตรีทุกคนที่มาได้รับการคัดกรอง (Abuse Assessment Screen) หากพบถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส จะได้ intervention ประเมินโดยใช้ Index of spouse abuse และ SVAWS	ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	FAIR; การศึกษาไม่มีการสุ่ม ผิดพิพัวด์ จาก self report POOR; Attendance at support group

Source: Screening for family and intimate partner violence. No.28 March 2004 [http:// www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

เรื่องที่ 9

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	Donna Cherniak, Lorna Grant, Robin Mason, Britt Moore, & Rosana Pellizzari./ 2005
ชื่อเรื่อง/ แหล่งตีพิมพ์	SOGC Clinical Practice Guideline. Intimate Partner Violence Consensus Statement. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, No 157, April 2005.
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อศึกษาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสและการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และเสนอแนะข้อคิดเห็นในการปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและดีขึ้น โดยกลุ่มผู้ศึกษาทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์และตีพิมพ์ (meta analysis) ระหว่างเดือนDec 2002 ถึง Aug 2004 ดำเนินการบันทึกข้อมูลและจัดทำเอกสาร โดยรัฐบาลประเทศแคนาดา สุดท้ายหลังจากการทบทวนงานวิจัยและร่างเนื้อหาแล้วทำการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และนำกลับมาแก้ไขปรับปรุง
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	แนวปฏิบัติทางคลินิก/ งานวิจัยระดับ7
content	SOGC Clinical Practice Guideline. Intimate Partner Violence Consensus Statement <u>Summary Statements Recommendations</u> <u>การถามเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงสรุป</u> 1.การฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่อาจลดอุปสรรคในการถามเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงในสตรีได้(III) 2.สตรีส่วนมากมักจะไม่นับบอกเรื่องราว

<p>content (ต่อ)</p>	<p>การถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ซึ่งอาจจะมาจากหลายปัจจัย แต่อย่างไรก็พวกเขามักเลือกที่จะเปิดเผยถ้าถูกถาม(III)</p> <p>3. มีการศึกษาและรับรองในการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการถูกทำร้าย กันมาก แต่อย่างไรก็ตามสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย และวิธีการที่จะถามอย่างไรต่างหากที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้สตรีเปิดเผยการถูกกระทำรุนแรง (III)</p> <p><u>Approach to Asking</u></p> <p>1. เจ้าหน้าที่ควรมีความใส่ใจ, ไม่ตัดสิน, และให้เกียรติผู้ป่วยในการซักถามเรื่องราวการถูกกระทำรุนแรง(B)</p> <p>2. คำถามเกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงควรถามเจาะจงถึงพฤติกรรมในการทำร้าย(B)</p> <p><u>Responding to Disclosure and Nondisclosure</u></p> <p><u>สรุป</u></p> <p>1. สตรีควรได้รับการพิจารณาในการเตรียมการเพื่อส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลือทางสังคม(ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี, สถานฝึกอาชีพ, แหล่งช่วยเหลือทางการเงิน) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (III)</p> <p><u>เอกสารและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</u></p> <p>1. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะข้อมูลเหล่านี้อาจจะนำไปใช้ในประกอบในกระบวนการทางกฎหมาย (III)</p> <p>2. นอกจากกฎหมายศาลแล้ว การบันทึก</p>
----------------------	--

content (ต่อ)	<p>ข้อมูลต่างๆควรทำเมื่อได้รับการเชต้อนุญาตจากผู้ป่วย และข้อมูลควรมีความเฉพาะและเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น (III)</p> <p><u>Role and Responsibilities</u></p> <p><u>A. Professional Support and Coordination</u></p> <p><u>สรุป</u></p> <p>1.กลวิธีในการพัฒนาการให้บริการและการป้องกัน การใช้ความรุนแรงในคู่สมรส นั้นจำเป็นต้องให้การดูแลภาวะสุขภาพ และความร่วมมือของกลุ่มชุมชน(III)</p> <p>2.การสนับสนุนและช่วยเหลือให้มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการบ่งชี้และช่วยเหลือสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (III)</p> <p><u>B.Strategies for Supporting Women Experiencing IPV</u></p> <p><u>Creating the Environment</u></p> <p>ควรมีอุปกรณ์สิ่งพิมพ์ ประกอบไปด้วยแผ่นภาพหรือข้อมูลเกี่ยวกับสถิติของการใช้ความรุนแรงต่อสตรี ผลกระทบ และแหล่งให้ความช่วยเหลือ ควรอยู่ในตำแหน่งและสถานที่ที่มองเห็นชัดเจน (เช่น ห้องน้ำ และห้องตรวจ) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบทุกคนควรปฏิบัติตามนโยบายและกระบวนการในการที่จะปกป้องความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (มีคู่มือ)</p> <p>ความปลอดภัย และความมั่นใจ ในสิ่งแวดล้อมควรเหมาะสมแก่การซักประวัติผู้ป่วย เครื่องมือ และข้อมูลในการส่งต่อควรมีการทบทวนเป็นระยะเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็น</p>
---------------	--

<p>content (ต่อ)</p>	<p>ปัจจุบันและทันสมัยอยู่เสมอ (มีคู่มือ)</p> <p><u>Responding to Nondisclosure</u></p> <p>สตรีบางส่วนมักจะตอบปฏิเสธการถูกระทำรุนแรงจากการถามคำถามตรงๆ ซึ่งอาจจะมีเหตุผลส่วนตัวหรือเหตุผลอื่นๆ ถึงแม้ว่าจากการประเมินจะมีสิ่งบ่งชี้ว่าสตรีอาจถูกระทำรุนแรงมา เจ้าหน้าที่ควรจะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เคารพในการตัดสินใจ และบอกให้เธอได้ทราบว่าเจ้าหน้าที่สามารถให้การช่วยเหลือเธอได้ 2. บอกถึงแหล่งข้อมูลหรือแผนพับที่เธอสามารถหาอ่านได้ 3. ส่งเสริมให้สตรีได้รับการตรวจเพื่อประเมินในการป้องกัน(Pap test, etc) และนัดมาพบแพทย์ 4. ถ้าหากสตรียังปฏิเสธการถูกระทำรุนแรงอยู่ อาจจะต้องมีการใช้คำถามที่แตกต่างออกไป และควรพยายามทำให้สตรีรู้สึกสบายใจมาพอที่จะเปิดเผยเรื่องราวได้(มีตัวอย่าง) <p><u>Responding to Disclosure</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การให้ intervention มีความหลากหลายขึ้นกับการถูกระทำรุนแรงและสัมพันธภาพระหว่างจนท.กับผู้ป่วย 2.เมื่อสตรียืนยันถูกระทำรุนแรงแล้ว จนท.ควรจำไว้เพราะสตรีอาจจะเลือกที่จะคุยกับจนท.คนเดิม 3.ประเมินความรู้สึกรู้สึกของสตรี และบอกว่าไม่ใช่ความผิดของเธอที่ต้องเจอสถานการณ์เช่นนี้ ถามเธอเกี่ยวกับผลกระทบจากการถูกระทำรุนแรงที่มีต่อตัวเธอและบุตร
----------------------	--

content (ต่อ)	ทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ
การสรุปและการนำไปใช้	<p>ในส่วนของสถานพยาบาลบทบาทและหน้าที่และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต่อสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ประกอบไปด้วย</p> <p>1. ทำการคัดกรองสตรีทุกรายที่มีมารับบริการ สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสตรีให้มีการเปิดเผยการถูกกระทำรุนแรงได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ให้การใส่ใจ ไม่ตัดสินผู้ป่วยลักษณะของคำถามการถูกทำร้าย ควรเป็นการถามเจาะจงถึงพฤติกรรมที่ถูกทำร้าย จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับได้มากกว่าลักษณะคำถามอื่น</p> <p>2. การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น โดย ควรมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่บริเวณหน่วยบริการสุขภาพ และควรมีเอกสารหรือสื่อสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับสถิติ ผลกระทบ และแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง</p> <p>3. เมื่อสตรียืนยันในการถูกกระทำรุนแรง เจ้าหน้าที่จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย (เอกสารภาคผนวก), I ให้การสนับสนุนในด้านความปลอดภัยของเด็กที่อยู่กับผู้ป่วย สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการวางแผนในความปลอดภัย(เอกสารภาคผนวก), และมีการดำเนินการส่งต่อ และF/U ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. สตรีที่มีประวัติถูกกระทำรุนแรง</p>

<p>การสรุปและการนำไปใช้ (ต่อ)</p>	<p>ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย</p> <p>5.หลังจากนั้นควรมีการบันทึกข้อมูลในการดูแลรักษา และการให้ความช่วยเหลืออย่างชัดเจน อ่านง่าย โดยใช้คำพูดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงเป็นหลักและเพิ่มแผนภาพ และรูปถ่ายตามความเหมาะสม</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้</p>	<p>1. Transferability of the finding สามารถนำบางส่วนของการศึกษาไปปรับใช้ได้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมและเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่ถูกระทำรุนแรง</p> <p>2. Feasibility of implementation มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ</p> <p>3. Cost - benefit ratio การปฏิบัติไม่มีความเสี่ยง ค่าใช้จ่ายมีในเรื่องอุปกรณ์ที่จะให้ผู้ป่วยซึ่งราคาไม่แพง แต่คงต้องเตรียมสถานที่ และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการไว้ให้เหมาะสม</p>

เรื่องที่ 10

ชื่อผู้วิจัย / ปีที่พิมพ์	เกสรดา ศรีพิชญาการ/2546
เรื่อง / แหล่งที่พิมพ์	แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของห้องฉุกเฉินในการคัดกรองภาวะสตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย
ระเบียบวิธีการวิจัย/ ระดับงานวิจัย	แนวปฏิบัติ/ ระดับ7
วิธีการ	<p>ผู้เขียนได้นำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับทั่วไป ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรม จากประสบการณ์สตรีที่ถูกสามีทำร้าย และจากงานวิจัยของผู้เขียนเอง โดยครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้</p> <p>ประเด็นที่1 ภาวะที่คัดกรอง แนวปฏิบัติต้องระบุภาวะที่คัดกรองเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นการคัดกรองภาวะ “สตรีถูกสามีทำร้ายร่างกาย” คำที่ต้องระบุให้ชัดเจนได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกาย สตรี และสามี คำว่า “การถูกทำร้ายร่างกาย” ให้ระบุเป็นพฤติกรรมหรือลักษณะของการกระทำ เช่น การถูกสามีใช้กำลังตบ ทูบ ตี ต่อย เป็นต้น นอกจากนั้น ควรระบุว่าเป็นการถูกทำร้ายในระยะเท่านี้หรือย้อนหลังไปกี่เดือน หรือนับตั้งแต่แต่งงานหรือตลอดชีวิตของสตรี คำว่า “สตรี” ต้องระบุอายุไว้ในที่นี้กำหนดไว้ว่าต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไปเพราะต่ำกว่านี้ถือเป็นกรณีเด็กถูกกระทำรุนแรง ส่วน “สามี” ซึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรงนั้นสำหรับในคนไทยแล้วไม่จำเป็นต้องจดทะเบียนสมรส แต่หมายถึงกรณีที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันท์สามีภรรยา ส่วนผู้กระทำความรุนแรงที่เป็นอดีตสามี คนรัก หรืออดีตคนรัก อาจรวมไว้ด้วยกันได้เช่นกัน เพราะการให้ความช่วยเหลือคล้ายคลึงกัน</p> <p>ประเด็นที่ 2 วัตถุประสงค์ กำหนดจำนวนสตรีที่ต้องได้รับการคัดกรอง ตามทฤษฎีแล้วสตรีแล้วสตรีกลุ่มเป้าหมายควรได้รับการคัดกรองทุกรายหรือหรือคิดเป็นร้อยละ100 แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมหรือศักยภาพของสถานพยาบาลนั้นๆ ในระยะเริ่มแรกอาจจะกำหนดไว้ไม่มากนัก เช่น ร้อยละ 80 เมื่อทำได้ตามวัตถุประสงค์แล้วแล้วจึงปรับเปลี่ยน นอกจากนั้นแล้วควรกำหนดความถูกต้องในการคัดกรองด้วย เช่น ค่าร้อยละของสตรีที่ถูกสามีทำร้ายคัดกรองไม่พบว่าไม่เกินเท่าใด แต่ข้อมูลเหล่านี้รวบรวมได้</p>

วิธีการ (ต่อ)	<p>ก่อนข้างยาก</p> <p>ประเด็นที่ 3 ผู้ถูกคัดกรอง ในการคัดกรองนั้นต้องกำหนดสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรองไว้ให้ชัดเจน ว่าสตรีที่มาห้องฉุกเฉินรายใดที่หรือลักษณะใดที่ต้องได้รับการคัดกรอง ถึงแม้ว่าสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้มีการคัดกรองสตรีทุกรายที่มารับบริการในสถานพยาบาลโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติเหมือนการซักถามเรื่องอายุ อาชีพ เป็นต้น แต่สำหรับห้องฉุกเฉินนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ จากสภาพห้องฉุกเฉินในเมืองไทยซึ่งค่อนข้างมีพยาบาลน้อยเมื่อเทียบกับผู้รับบริการ น่าจะเลือกทำเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสคัดกรองพบได้มากและสามารถทำการคัดกรองได้ง่าย สตรีที่มาห้องฉุกเฉินที่อาจจะเป็นสตรีที่ถูกสามีทำร้ายร่างกาย มี 4 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ สตรีที่มาด้วยเรื่องบาดเจ็บร่างกาย ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย อาการของความเครียด เช่น ปวดศีรษะ หายใจเร็วตื่น นอนไม่หลับเป็นลม เป็นต้น และอาการคลุ้มคลั่งจากการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆ กลุ่มบาดเจ็บถือว่ามีความเสี่ยงที่จะคัดกรองพบได้มาก โดยเฉพาะกรณีที่ถูกทำร้ายในระยะที่คัดกรองพบซึ่งสตรีมีความต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน จึงถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรมีการคัดกรอง ส่วนกลุ่มอื่นๆนั้นพบได้น้อยกว่าและมีความยุ่งยากในการคัดกรองเพราะสตรีมักอยู่ในสภาพที่ไม่อาจให้ข้อมูลได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเครียดสูงมักไม่พร้อมที่จะพูดคุยด้วย</p> <p>ประเด็นที่ 4 ผู้คัดกรอง ผู้คัดกรองควรเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิคที่ผ่านการอบรมเรื่องการคัดกรองแล้วและปฏิบัติงานอยู่ที่ในจุดที่จะได้พบสตรีที่มีลักษณะตามที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง การอบรมเรื่องการคัดกรองนั้นควรรวมเรื่องการสร้างความตระหนักหรือเห็นความสำคัญของปัญหาการถูกสามีทำร้ายร่างกายยอมรับว่าการคัดกรองเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งที่ต้องทำเป็นประจำและฝึกทักษะในการคัดกรอง พื้นฐานของผู้คัดกรองที่เคยเป็นผู้กระทำหรือผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงอาจเป็นอุปสรรคได้เช่นกัน กรณีนี้ต้องให้พยาบาลแยกเรื่องส่วนตัวกับหน้าที่และให้นำประสบการณ์ที่เกิดกับตนเองมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน</p> <p>ประเด็นที่ 5 เวลาที่คัดกรอง สตรีในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าต้อง</p>
---------------	---

<p>วิธีการ (ต่อ)</p>	<p>ได้รับการคัดกรองอาจอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ข้อมูลได้ จำเป็นต้องรอให้สตรีอยู่ในภาวะที่พร้อมก่อน พยายามไม่ควรเร่งรีบที่จะคัดกรองเร็วเกินไปในกลุ่มที่มาด้วยเรื่องบาดเจ็บตามร่างกายควรได้รับการบำบัดเรื่องการบาดเจ็บก่อน หรือไม่อยู่ในภาวะที่เจ็บปวด กลุ่มที่มีความเครียดสูงควรมีสภาพอารมณ์ที่คลายลงแล้ว กรณีที่สตรีอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ข้อมูลในห้องฉุกเฉินได้ เช่น หมดสติ และถูกส่งไปยังหน่วยอื่น กรณีนี้ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าต้องติดตามไปคัดกรองเมื่อสตรีสามารถให้ข้อมูลได้ หรือจะยุติการให้ข้อมูลแล้วส่งไปยังหน่วยงานอื่นทำการคัดกรอง ผู้เขียนมีความเห็นว่าควรเลือกกรณีแรก เพราะถ้าเป็นกรณีที่ใช่สตรีกลุ่มนี้จะตกอยู่ในภาวะอันตรายมากและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยส่วนใหญ่แล้วการเร่งรีบคัดกรองไม่ใช่ปัญหาในทางปฏิบัติ แต่เป็นเรื่องการรื้อหรือไม่ได้คัดกรองมากกว่า ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการคัดกรองต้องสั้นเพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วยและไม่สิ้นเปลืองเวลาในการปฏิบัติงาน</p> <p>ประเด็นที่ 6 สถานที่ในการคัดกรอง สถานที่ในการคัดกรองควรเป็นห้องที่มีมิดชิด เงียบสงบและไม่มีผู้อื่นได้ยินหรือมองเห็น ในห้องที่คัดกรองไม่ควรมีผู้อื่นอยู่ด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีเด็กอายุตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป ไม่ควรให้สามี ญาติหรือเพื่อนอยู่ด้วยในขณะที่ทำการคัดกรอง เพราะสตรีอาจกลัวและไม่กล้าเปิดเผยหรือรู้สึกอับอาย ห้องที่ใช้ในการคัดกรองควรเป็นห้องเดียวกับที่ให้คำปรึกษา ทั้งนี้ต้องบอกเหตุผลให้สตรีทราบและแนะนำตนเองว่าเป็นใคร ซึ่งจะไม่นำเรื่องที่ได้พูดคุยไปเปิดเผย ปัญหาที่ประสบส่วนใหญ่คือเร่งรีบทำให้ไม่ค่อยได้พาสตรีไปยังห้องที่มีมิดชิดแต่ใช้วิธีกันม่าน กรณีนี้พยายามควรแน่ใจว่าขณะที่ซักถามไม่มีคนเดินไปมาอยู่นอกม่านและไม่ควรพูดคุยเสียงดัง ถ้าสตรีแสดงความหวาดกลัวหรือไม่กล้าพูดหรือเกรงว่าผู้อื่นจะได้ยิน กรณีนี้ควรพาสตรีไปยังห้องที่มีมิดชิด</p> <p>ประเด็นที่ 7 วิธีการคัดกรอง การคัดกรองโดยการซักถามหรือสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้ได้กับผู้ที่ไม่สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ ขณะซักถามสามารถสังเกตปฏิกิริยาของสตรีเพื่อใช้ประกอบกับข้อมูลที่สตรีให้ได้สามารถถามตอบเพิ่มเติมได้ เป็นการสื่อสารสองทางแต่ผู้ซักถามต้องเสียเวลาและต้องมีทักษะในการสัมภาษณ์ ส่วนการให้สตรีเขียนในแบบฟอร์มนั้นไม่เสียเวลาของพยาบาลอาจดีในแง่ที่</p>
----------------------	--

<p>วิธีการ (ต่อ)</p>	<p>สตรีบางคน ไม่กล้าพูดแต่สะดวกใจที่จะเขียน อย่างไรก็ตามอาจมีสตรีบางคนที่ไม่กล้าเขียนไว้เพราะเกรงว่าจะเป็นหลักฐาน นอกจากนั้นแล้วสตรีที่มีความเครียดสูงอาจจะอ่านข้อความต่างๆ ไม่เข้าใจเท่ากับการฟัง การคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์นั้นประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเกริ่นนำ การซักถาม และปิดการสัมภาษณ์</p> <p>1.การเกริ่นนำถือเป็นหัวใจสำคัญของวิธีการคัดกรอง เพราะเป็นจุดที่ทำให้สตรีอยากเปิดเผยก่อนเกริ่นนำควรรหาโอกาสสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจก่อน ซึ่งการดูแลสตรีเรื่องบาดเจ็บต่างๆ เป็นวิธีที่คืออย่างหนึ่ง การเกริ่นนำเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวหากยังไม่ได้แนะนำตัวตั้งแต่แรก จากนั้นบอกข้อมูลของห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการที่ต้องทำการซักถามสตรีทุกคนเพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้ต้องบอกถึงลักษณะของการให้ความช่วยเหลือด้วยว่าไม่ได้บังคับให้สตรีแจ้งความหรือแยกทางกับสามี แต่ให้สตรีเลือกตัดสินใจเองเพราะมีสตรีบางรายเข้าใจผิดเกี่ยวกับคำว่า ให้ความช่วยเหลือ จึงไม่กล้าเปิดเผย การใช้คำว่า ให้ความช่วยเหลือ โดยการให้คำปรึกษานั้นสตรีมักไม่เข้าใจ ถ้าใช้คำนี้ต้องอธิบายขยายความว่าคืออะไรนอกจากนั้นจะต้องบอกให้สตรีทราบว่าเรื่องที่จะพูดคุยจะปกปิดเป็นความลับไม่บอกให้สามีหรือญาติรู้ปัญหา ในทางปฏิบัติในการเกริ่นนำมักไม่ได้ทำหรือทำไม่ครบเนื่องจากเสียเวลาหรือจำข้อความไม่ได้ แนวทางแก้ไขคือเขียนแนวทางการเกริ่นนำไว้ให้ทบทวนก่อนที่จะเริ่มสัมภาษณ์หรืออาจจะใช้ในขณะสัมภาษณ์ แต่การถือเอกสารต่างๆ โดยเฉพาะถ้ามีการจดบันทึกด้วยในขณะสัมภาษณ์อาจทำให้สตรีเกิดความไม่ไว้วางใจ ควรบอกให้สตรีทราบว่าเอกสารที่จดไว้จะใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่นำไปเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต</p> <p>2.การซักถามยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าควรใช้คำถามตรงไปตรงมาหรือคำถามอ้อม ควรใช้คำถามปลายเปิดหรือคำถามปลายปิด และควรใช้คำถามเดียวหรือใช้หลายๆคำถามแบบตรงไปตรงมาและแบบปลายปิด เช่น การบาดเจ็บเกิดจากสามีทำไ้ไหมจะสะท้อนให้เห็นถึงความจริงใจตรงไปตรงมาของพยาบาลที่จะให้ความช่วยเหลือซึ่งนำมาซึ่งความไว้วางใจและกระตุ้นให้สตรีที่อยู่ในระยะต้องการความช่วยเหลืออยู่กล้าที่จะเปิดเผยมากขึ้น แต่สำหรับสตรีที่ยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยหรือยังไม่</p>
----------------------	---

<p>วิธีการ (ต่อ)</p>	<p>ต้องการความช่วยเหลือรู้สึกว่าคุณถูกคามหรืออึดอัดใจในการให้คำตอบ เพราะตรงเกินไป อย่างไรก็ตามการเกริ่นนำดังกล่าวข้างต้นจะช่วยลดปัญหานี้ได้ ส่วนคำถามอ้อม เช่น คุณรู้สึกปลอดภัยไหมเมื่ออยู่บ้านสะท้อนถึงการไม่ถูกคามหรือไม่ไปตัดสินสตรีอาจทำให้สตรีระแวงใจที่จะตอบแต่อาจทำให้สตรีเกิดความสงสัยในความจริงจังและความจริงใจของพยาบาล ที่จะให้ความช่วยเหลือนอกจากนั้นเวลาที่ใช้อาจมากกว่าคำถามที่ตรงไปตรงมามีผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่าข้อมูลที่ได้จากคำถามอ้อมอาจมีความคลาดเคลื่อน ไม่ตรงกับเรื่องที่ถูกสามีทำร้าย นอกจากนี้ไม่ควรใช้คำถามที่แสดงว่ารู้ทันสตรีว่าไม่บอกความจริงเพราะอาจทำให้สตรีรู้สึกว่าพยาบาลไม่เคารพการตัดสินใจของสตรีทำให้สตรีเกิดความไม่ไว้วางใจพยาบาล การใช้คำถามปลายเปิดให้สตรีบอกว่าใครเป็นผู้ทำร้าย อาจทำให้สตรีไม่กล้าพูดคำว่าสามี การใช้คำถามปลายปิดว่าใช่สามีหรือไม่ที่ทำร้ายอาจทำให้สตรีกล้าที่จะตอบมากกว่า เทคนิคที่สำคัญอีกประการหนึ่งในขณะที่ซักถามคือการสบตาสตรีและหยุดทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อแสดงความตั้งใจและจริงจังที่ต้องการทราบข้อมูล มิใช่เป็นการอยากรู้ อยากเห็น</p> <p>3. การปิดการสัมภาษณ์ ถ้าสตรีตอบว่าผู้ทำร้ายไม่ใช่สามีแม้จะมีข้อมูลอื่นๆ ที่ชวนให้สงสัยว่าเป็นสามีก็ตามไม่ควรแสดงท่าทางว่าเราไม่เชื่อที่สตรีพูดให้ปิดการสัมภาษณ์ด้วยการยอมรับในการตัดสินใจของสตรีไม่คาดคั้นแต่เปิดโอกาสให้สตรีเปิดเผยข้อมูลในวันข้างหน้าได้ เพราะสตรีบางคนต้องการเวลาที่จะไตร่ตรองว่าจะเปิดเผยข้อมูลเมื่อใดหรือต้องการความช่วยเหลือเมื่อใด นอกจากนี้ให้มอบเอกสารที่บอกถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ซึ่งควรจัดทำให้มีขนาดเล็กสามารถพกพาได้สะดวก ถ้าสตรีกล่าวว่าสามีเป็นผู้กระทำร้ายแล้วแสดงความเห็นใจและเข้าใจสตรีว่าสตรีไม่ได้เป็นผู้ที่ต้องถูกใครๆ หรือแม้แต่คนที่เรารักทำร้ายร่างกาย และกล่าวให้กำลังใจว่ามีทางแก้ไขได้</p> <p>ประเด็นที่ 8 การบันทึก ควรมีการบันทึกผลในการคัดกรองทุกครั้ง พร้อมลงนาม วันที่และเวลาในการคัดกรอง จะเป็นประโยชน์ในการดูแลสตรีอย่างต่อเนื่องรวมทั้งใช้เป็นหลักฐานทางคดีได้ กรณีที่มีการคัดกรองพบขึ้นตอนต่อไปเป็นการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ลักษณะการถูกทำร้าย</p>
----------------------	---

<p>วิธีการ (ต่อ)</p>	<p>ร่างกาย วัน เวลา และสถานที่ในการถูกทำร้าย ควรมีการจัดระบบการบันทึกไม่ให้ซ้ำซ้อนกันเพื่อลดเวลาในการบันทึก ใช้วิธีการบันทึกที่รวดเร็ว เช่น ใช้วิธีการจัดถูกแทนการเขียนบรรยาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อความที่เป็นคำพูดบอกเล่าของสตรีเกี่ยวกับประวัติการถูกทำร้ายซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางคดีนั้นจำเป็นต้องเขียนบรรยายโดยใส่ไว้ในเครื่องหมายคำพูด</p> <p>ประเด็นที่ 9 การช่วยเหลือหลังการคัดกรอง วัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือแก่สตรี อย่างน้อยที่สุดต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ ที่สตรีสามารถไปติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เช่น หน่วยบำบัดทางจิตหรือให้คำปรึกษา สายด่วน คลายเครียด หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมาย บ้านพักฉุกเฉิน เป็นต้น ทั้งนี้ควรจัดทำเอกสารที่มีข้อมูลต่างๆ โดยจัดทำเป็นรูปเล่มให้มีขนาดกะทัดรัด พกพาสะดวกและไม่มีคำว่าความรุนแรงในครอบครัวหรือการถูกสามีทำร้ายอยู่ด้านหน้าของเอกสาร นอกจากนั้นแล้วห้องฉุกเฉินควรมีการประทับประครองจิตใจหรือการแก้ไขภาวะวิกฤติทางจิตใจ การประเมินภาวะอันตรายและการวางแผนความปลอดภัย การบันทึกหลักฐานเพื่อใช้ประกอบการดำเนินคดี และการส่งต่อสตรีไปยังหน่วยงานอื่น ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล เช่น แผนกจิตเวช หรือให้คำปรึกษา แผนกสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>ประเด็นที่ 10 ความปลอดภัยของพยาบาล พยาบาลห้องฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเรื่องความรุนแรงอาจไม่ปลอดภัยด้วยหลายสาเหตุ สตรีที่ถูกสามีประสังค์ร้ายถึงขั้นให้เสียชีวิตนั้นเมื่อถูกนำส่งโรงพยาบาล สามีอาจตามมาทำร้ายที่ห้องฉุกเฉิน ได้กรณีนี้พยาบาลอาจจะถูกลูกหลงได้ ควรมีมาตรการในการรักษาความปลอดภัยโดยการสังเกตท่าทีของผู้นำมาส่ง ห้องฉุกเฉินควรมีประตูมิดชิดที่สามารถปิดใส่กุญแจกันบุคคลภายนอกเข้าไปได้ ควรมีหน่วยรักษาความปลอดภัยอยู่หน้าห้องตลอดเวลา</p> <p>ประเด็นที่ 11 การประเมินผล การคัดกรองภาวะสตรีถูกสามีทำร้าย ร่างกายถือว่าเป็นเรื่องใหม่ การประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก การประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การประเมินผลเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์</p>
----------------------	--

วิธีการ (ต่อ)	การประเมินผลเชิงกระบวนการประกอบไปด้วยการประเมินความพร้อมของพยาบาลในด้านความรู้ ความเชื่อ หรือทัศนคติ และทักษะในการคัดกรองตลอดจนการประเมินในขั้นตอนการปฏิบัติ ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้หรือไม่ และได้คัดกรองสตรีตามจำนวนที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์หรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร ส่วนการประเมินเชิงผลลัพธ์นั้น ทำได้โดยการพิจารณาอัตราการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นจากแต่เดิมที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติหรือไม่
การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	เป็นการสร้างจากการสืบค้นการทบทวนวรรณกรรม มีความชัดเจนในการนำเสนอทางเลือกในการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกทำร้าย
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) เนื่องจากปัจจุบันปัญหาสตรีถูกระทำรุนแรงมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นสถานบริการสุขภาพ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ถูกระทำรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การศึกษานี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการที่จะนำมาปรับใช้ในหน่วยงาน 2. รูปแบบการวิจัย มีความน่าเชื่อถือปานกลาง (scientific merit) ไม่ได้บอกถึงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation potential) <ol style="list-style-type: none"> 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเนื่องจากแนวปฏิบัตินี้เป็นเป็นการศึกษาในประเทศไทยซึ่งมีวัฒนธรรม และชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ต่างกัน 3.2 พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำไปปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งแบบการปฏิบัติเดิม แต่ต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกอย่างดี 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้าน
การสรุปเพื่อนำไปใช้ การสรุปเพื่อ	วิธีการคัดกรอง โดยการซักถามหรือการสัมภาษณ์เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้ได้กับผู้ที่ไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ และขณะซักถามสามารถสังเกตปฏิกิริยาของสตรีเพื่อประกอบกับข้อมูลในการประเมินสภาพปัญหาของสตรีได้ และเป็นการสื่อสารสองทาง

นำไปใช้ (ต่อ)	<p>โดยที่การคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์นั้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ</p> <ol style="list-style-type: none">1. การเกริ่นนำ เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และบอกข้อมูลและความสำคัญในการที่สตรีจะต้องได้รับการซักถามเกี่ยวกับการถูกรังแก โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย และควรเน้นว่าเรื่องราวที่ได้สนทนากัน จะเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ใครได้รู้2. ลักษณะของคำถาม พบว่าการใช้คำถามอย่างตรงไปตรงมาถึงพฤติกรรมที่ถูกทำร้าย ทำให้สตรีมีความเข้าใจตรงกับวัตถุประสงค์ในการถามได้ดีกว่าคำถามลักษณะอื่น3. การปิดการสัมภาษณ์ เมื่อเสร็จสิ้นการซักถามแล้วไม่ว่าจะได้รับการคำตอบอย่างไร เจ้าหน้าที่ควรเคารพการตัดสินใจของสตรี ไม่ควรแสดงอาการสงสัย ควรเปิดโอกาสให้สตรีเปิดเผยข้อมูลได้ในวันข้างหน้า เมื่อสตรีเปิดเผยเรื่องราวการถูกทำร้ายควรแสดงความเห็นใจและกล่าวให้กำลังใจ
---------------	--

APPENDIX E

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พญ. วนิดา ศรีสัมภูวงศ์
แพทย์แผนกจิตเวชโรงพยาบาลปทุมธานี
2. คุณ วรภัทร แสงแก้ว
หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี
3. อาจารย์ ดร. บุษงา ตโนภาส
อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. นาวาอากาศโทหญิง จิราภรณ์ ธเนศพงศ์ธรรม
พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
5. อาจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

BIOGRAPHY

NAME	Flt.Lt. Siriwan kawkong
NAME OF BIRTH	15 January 1975
PLACE OF BIRTH	Petchabun Province, Thailand
INSTITUTIONS ATTENDED	Air force Nursing College, 1998
POSITION & OFFICE	Bhumiphol Adulyadej Hospital, Bangkok, Thailand 10220 Position: Nurse TEL: 0-2534-7141 Email: skoonbob@hotmail.com
HOME ADDRESS	166/268 Moo 5 Tambon Klongtanon Amphur Saimai, Bangkok Province, Thailand 10220 Tel. 0-2972-7491