



การพัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้

กรสิริ นิลประดับ

Kornsiri Ninpradub

*Corresponding author E-mail yoyokornsiri@gmail.com

(Received: July 24, 2026; Revised: August 30, 2026; Accepted: : August 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว 2) พัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน 2) พัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว ฯ ด้วยการนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว ฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน และสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ จำนวน 27 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการทดสอบของแม็คนิมาร์ ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้รับบริการในศูนย์พึ่งได้ปี 2566–2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า ROSCC Model ประกอบด้วย R: Reassessment (การประเมินซ้ำ) O: Oversee (การติดตามการจัดการตนเอง) S: Sustain (การรักษาความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต) C: Connect (เชื่อมโยงสังคม) และ C: Collaborate (ความร่วมมือต่อเนื่อง)

3. หลังการใช้รูปแบบ สตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวตาม Roy's Adaptation Model สูงขึ้นทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 2.75 เป็น 3.97 ($t = 38.529$) มิติที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ อึดทนทน (2.51 เป็น 3.95) การเกิดความรุนแรงซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (McNemar's $\chi^2 = 23.04$, $p < .001$) จาก 27 คนเหลือ 2 คน คิดเป็นอัตราไม่เกิดซ้ำร้อยละ 92.59 ทีมสหวิชาชีพพึงพอใจต่อรูปแบบระดับมากที่สุด สูงกว่าร้อยละ 90 ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ความรุนแรงในครอบครัว สตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ ทีมสหวิชาชีพ ศูนย์พึ่งได้



Development of a Follow-up Model for Women Experiencing Repeated Domestic Violence through Multidisciplinary Team Participation in One-Stop Crisis Centers

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine the situation, problems, and needs of women experiencing recurrent domestic violence; 2) develop a follow-up model for women experiencing recurrent domestic violence through multidisciplinary team participation in the One Stop Crisis Center (OSCC); and 3) evaluate the effectiveness of the developed follow-up model at Ratchaburi Hospital. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved an assessment of the situation, problems, and needs of 34 women experiencing recurrent domestic violence. Phase 2 involved the development of the follow-up model based on the findings from Phase 1. Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed model among 15 multidisciplinary team members and 27 women experiencing recurrent domestic violence. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and McNemar's test. The findings revealed that:

1. the number of clients receiving services at the One Stop Crisis Center showed a continuous upward trend from 2023 to 2025.

2. The developed follow-up model, termed the ROSCC Model, consisted of five components: R: Reassessment, O: Oversee (monitoring self-management), S: Sustain (maintaining safety and stability in life), C: Connect (strengthening social connections), and C: Collaborate (continuous collaboration).

3. Following implementation of the model, women experiencing recurrent domestic violence demonstrated significantly higher mean adaptation scores based on Roy's Adaptation Model across all dimensions ($p < .001$). The overall mean adaptation score increased from 2.75 to 3.97 ($t = 38.529$), with the self-concept mode showing the greatest improvement, increasing from 2.51 to 3.95. The recurrence of domestic violence decreased significantly (McNemar's $\chi^2 = 23.04$, $p < .001$), from 27 women at baseline to 2 women after implementation, corresponding to a non-recurrence rate of 92.59%. Furthermore, multidisciplinary team members reported satisfaction with the model at the highest level, with satisfaction exceeding 90% across all dimensions, statistically significant at the .001 level.

Keywords: Domestic violence, Women experiencing repeated violence, Multidisciplinary team, One-Stop Crisis Center

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา



ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรีเป็นปัญหาสำคัญที่พบในสังคมไทยและสังคมโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ที่ได้รับความรุนแรงอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ความรุนแรงในครอบครัวไม่เพียงแต่เกิดขึ้นครั้งเดียว แต่มักมีลักษณะเป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้ผู้หญิงที่ตกเป็นเหยื่อมักประสบกับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สภาวะที่เรียกว่า "ความรุนแรงซ้ำ" (Re-victimization) จากงานวิจัยของธีระนิตย์ อุณหล้า (2566) พบว่า ผู้หญิงที่ประสบกับความรุนแรงในครอบครัวต้องผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ซับซ้อน ซึ่งต้องการการสนับสนุนและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีเหล่านี้กลับไปตกอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรงซ้ำ โดยการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ และการมีระบบติดตามที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สตรีสามารถฟื้นตัวและป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงซ้ำได้ (ปพิษฐา สุนทรพิทักษ์, 2562) ซึ่งสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาระหว่าง พ.ศ. 2566-2568 พบว่า สตรีที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัวเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 140, 170, 188 ราย ตามลำดับ โดยเป็นกรณีความรุนแรงซ้ำ 40, 78, 73 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 28.57, 45.88 และ 38.82 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้รับบริการโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัดส่วนของสตรีที่ประสบความรุนแรงซ้ำยังคงอยู่ในระดับสูงตลอด 3 ปี สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกัน การเกิดความรุนแรงซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว (2561) ระบุว่าสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาความรุนแรงซ้ำในครอบครัวต่อสตรีมีความสำคัญในหลายมิติ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยกระบวนการเปลี่ยนผ่านของสตรีที่ประสบความรุนแรงในครอบครัวมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ธีระนิตย์ อุณหล้า, 2566) การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องแก้ไข ผลกระทบจากความรุนแรงซ้ำ ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตัวผู้ได้รับความรุนแรงเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวอื่น ๆ ด้วย การที่เด็กต้องเติบโตในสภาพแวดล้อมที่มีความรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของเด็ก อีกทั้งอาจทำให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมความรุนแรงและนำไปใช้ในความสัมพันธ์ของตนเองในอนาคต ซึ่งจะทำให้วัฏจักรของความรุนแรงดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด สอดคล้องกับบรรคพล ดำเนินผล (2564) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวมีความเชื่อมโยงกันในหลายระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชน การทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาและป้องกันความรุนแรงซ้ำ จากมุมมองทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงในครอบครัวส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูง ทั้งจากการรักษาอาการบาดเจ็บทางร่างกายและปัญหาสุขภาพจิต การขาดงาน การลดลงของประสิทธิภาพในการทำงาน และค่าใช้จ่ายในระบบยุติธรรม จากรายงานขององค์กรช่วยเหลือสตรี (Women's Aid) พบว่า การลงทุนในระบบการป้องกันความรุนแรงและติดตามที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดต้นทุนทางสังคมในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ (Women's Aid, 2014) ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ถือเป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะการขาดรูปแบบการติดตามที่เป็นระบบและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยการติดตามดูแลสตรีที่ได้รับความรุนแรงจะช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุมและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ใช้บริการได้ดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังขาดรูปแบบการติดตามและการประเมินประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ



ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี มีบทบาทสำคัญในการให้บริการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ความท้าทายหลัก คือ การขาดรูปแบบติดตามที่เป็นระบบและการประสานงานที่ระหว่างทีมสหวิชาชีพ การพัฒนารูปแบบติดตามที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการเกิดความรุนแรงซ้ำและช่วยให้ผู้ที่ได้รับความรุนแรงสามารถฟื้นตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดการข้อมูลและการติดตามผู้ป่วย โดยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี พัฒนาระบบเวชระเบียนและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในศูนย์พึ่งได้ OSCC แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานและการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) เน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาศูนย์พึ่งได้ OSCC และระบบข้อมูล เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็ว ทันเวลา และสามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระการทำงานที่ซ้ำซ้อน เพิ่มความแม่นยำของข้อมูล และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิกที่ดีขึ้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลราชบุรี จึงศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบสหวิชาชีพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในศูนย์พึ่งได้ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ และยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงให้สอดคล้องกับยุคดิจิทัล ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในโรงพยาบาลราชบุรี และสามารถนำไปขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ควรมีองค์ประกอบและขั้นตอนอย่างไร
3. รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้สามารถส่งผลต่อการลดการเกิดความรุนแรงซ้ำ การปรับตัวของสตรีที่ได้รับความรุนแรง และประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้



สมมติฐานการวิจัย

สตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวที่เข้าร่วมรูปแบบการติดตามภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ (ROSCC Model)

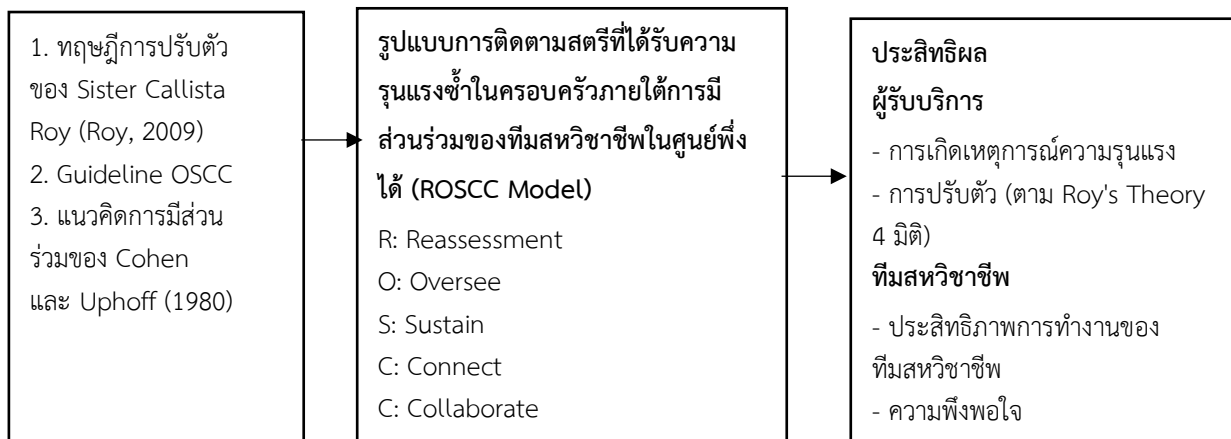
1. คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวตามแนวคิด Roy's Adaptation Model ของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวหลังการใช้รูปแบบการติดตามภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ (ROSCC Model) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

2. อัตราการไม่เกิดความรุนแรงซ้ำของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวหลังการใช้รูปแบบการติดตามภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ (ROSCC Model) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

3. ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ทฤษฎีการปรับตัวของ Sister Callista Roy (Roy, 2009) แบ่งเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติที่ 1 การปรับตัวทางสรีรวิทยา เป็นการดูแลด้านร่างกาย อาการบาดเจ็บ ความเจ็บปวด การพักผ่อน มิติที่ 2 การปรับตัวด้านแนวคิดตนเอง เป็นการฟื้นฟูความรู้สึกมั่นใจในตนเอง การยอมรับตนเองหลังประสบเหตุ มิติที่ 3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการกลับมาทำหน้าที่ในครอบครัว สังคม หรือบทบาทอื่น ๆ และมิติที่ 4 การปรับตัวด้านการพึ่งพิงซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ และระบบสนับสนุนใหม่ ๆ 2) แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในครอบครัวซ้ำ (ตาม Guideline OSCC) และ 3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) แบ่งเป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย



การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในช่วงตุลาคม 2568 – พฤษภาคม 2569 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร และวิธีเชิงคุณภาพ ดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากเวชระเบียนศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี และจากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2566-2568
2. วิเคราะห์ข้อมูลการเกิดความรุนแรงซ้ำ ปัจจัยเสี่ยง และสถานการณ์การให้บริการ
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

1. บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 6 คน นักสังคมสงเคราะห์ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมจังหวัด 1 คน เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็ก 1 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 คน
2. ผู้รับบริการศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 27 คน ที่มีคุณสมบัติ อายุระหว่าง 18-65 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยแนวทางคำถามในการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และ 2) ความต้องการด้านการสนับสนุนสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ (ด้านกฎหมาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ ครอบครัว) สำหรับแนวคำถามผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการ และ 2) ความต้องการด้านการช่วยเหลือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหา ความรุนแรง จำนวน 1 คนจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานศูนย์พึ่งได้ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 โดยมีผู้จัดบันทึก 2 คน (Note-



taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนาใช้เวลาสนทากลุ่มละประมาณ 1.30-2.00 ชั่วโมงเมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และการตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัว
2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 สรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้
3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัว 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาความรุนแรง 1 คน พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100 และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
4. ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยปรับถ้อยคำ และปรับขั้นตอนกิจกรรมการประเมินซ้ำ (Reassessment) ให้ชัดเจนขึ้น ก่อนจัดทำเป็นแบบฉบับสมบูรณ์
5. นำรูปแบบติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ ระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 15 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้อย่างน้อย 3-5 ปีขึ้นไป มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวโดยตรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโครงการ ขอลาออกจากการปฏิบัติงานในศูนย์พึ่งได้ระหว่างดำเนินโครงการ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือโอนไปปฏิบัติงานหน่วยงานอื่นระหว่างดำเนินโครงการ หรือไม่สามารถเข้า

ร่วมกิจกรรมการพัฒนาแบบและการนำรูปแบบไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง 2) ผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 27 คน กำหนดเกณฑ์การ คัดเข้า คือ สตรีอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวและเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลราชบุรี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะวิกฤตทางจิตเวชเฉียบพลันที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือไม่สามารถติดต่อได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 15 คน 2) สตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์ฟุ้งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรีในปี 2568 ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์ฟุ้งได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อบันทึกการเกิด/ไม่เกิด ความรุนแรงซ้ำในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสตรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ROSCC ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ข้อ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 2.2 แบบสอบถามการปรับตัว ตามแนวคิด Roy Adaptation Model โดยไพรตระบุ: ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีรวิทยา (physiologic mode) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และด้านการพึ่งพิง (interdependence mode) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553)

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายถึง	น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
 - 2.3 แบบสอบถามประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานงาน ด้านความครอบคลุมของการดูแล และด้านการปฏิบัติงานร่วมกัน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผล เช่นเดียวกับแบบสอบถามการปรับตัว



2.4 แบบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553)

- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัว 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาความรุนแรง 1 คน ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับแบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ และแบบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน และสตรีที่เคยมีประวัติการถูกทำร้าย 20 คน ความเที่ยง เท่ากับ 0.95, 0.93 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการจัดการตนเอง วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการปรับตัวและประสิทธิภาพการทำงาน (Pretest)

ขั้นทดลอง

ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี (ROSCC Model) ได้แก่ การประเมินซ้ำ การติดตามดูแลการจัดการตนเอง การรักษาสถานะ ความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การเชื่อมโยงสังคม และ ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการปรับตัว ประเมินการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงและความพึงพอใจต่อรูปแบบ (Posttest)



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการปรับตัวของสตรีระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ

Dependent t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ทั้งนี้หากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

3. วิเคราะห์การประเมินการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงโดยใช้ความถี่และร้อยละ
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบ โดยใช้สถิติ One sample t test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ทั้งนี้หากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ One sample Wilcoxon Signed Rank test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เลขที่ RBHEC 046/68 ลงวันที่อนุมัติ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง 9 กุมภาพันธ์ 2570 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้

จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่าจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 90 เมื่อพิจารณาประเภทของความรุนแรง พบว่าความรุนแรงทางร่างกายและทางจิตใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่ความรุนแรงทางเพศมีสัดส่วนค่อนข้างคงที่ การถูกรังแกทางความรุนแรงซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังตาราง 1



ตาราง 1 สถานการณ์เด็กและครอบครัวในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงที่มารับบริการในศูนย์พึ่งได้
โรงพยาบาลราชบุรีย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2566-2568

สถิติผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี	ข้อมูลสถานการณ์ผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ จำนวน (ร้อยละ)		
	ปี 2566 (n=140)	ปี 2567 (n=170)	ปี 2568 (n=188)
ผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ทั้งหมด (n)	140	170	188
เพศชาย Male	2 (1.4)	8 (4.7)	16 (8.5)
LGBTQ	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
เพศหญิง Female	138 (98.6)	162 (95.3)	169 (89.9)
-ความรุนแรงทางร่างกาย Physical violence	61 (44.2)	114 (70.4)	135 (79.9)
-ความรุนแรงทางจิตใจ Psychological violence	5 (3.6)	15 (9.3)	38 (22.5)
-ความรุนแรงทางเพศ Sexual violence	56 (40.6)	56 (34.6)	54 (32.0)
-สตรีที่ได้ความรุนแรงทางกายซ้ำ Recurrent physical violence	40 (29.0)	78 (48.1)	73 (43.2)
การส่งต่อ Referral	2 (1.4)	42 (24.7)	17 (9.0)
เสียชีวิต Death	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
แจ้งความดำเนินคดี Legal action filed	103 (73.6)	124 (72.9)	(76.1)

หมายเหตุ: ร้อยละ (%) คำนวณจากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดในแต่ละปี (n)

* ร้อยละในหมวดประเภทความรุนแรงคำนวณจากจำนวนผู้มารับบริการเพศหญิงในแต่ละปี และอาจรวมเกิน 100% เนื่องจากผู้รับบริการ 1 รายอาจได้รับความรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท

ข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 15 คน พบว่า 1) ปัญหาความเปราะบางทางเศรษฐกิจและการพึ่งพิงทางการเงินของคู่สมรส ทำให้เกิดความเครียดสะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว 2) ปัญหาการใช้สารเสพติด ส่งผลให้ขาดสติ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และนำไปสู่การกระทำความรุนแรงซ้ำ 3) ปัญหาค่านิยมและความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือสตรีโดยความเชื่อที่ว่าผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง และมองครอบครัวเป็นพื้นที่ส่วนตัว ทำให้การใช้ความรุนแรงถูกทำให้เป็นเรื่องปกติ 4) ปัญหาการเข้าถึงและติดตามช่วยเหลือได้ไม่ต่อเนื่อง ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

“เกิดจากปัญหากดดันด้านการเงินทำให้เกิดความเครียดสะสมถูกระบายออกผ่านการใช้ความรุนแรง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“เกิดจากปัญหาการใช้สารเสพติดขาดสติและการควบคุมตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เกิดจากผู้กระทำคิดว่าตนเองมีสิทธิและความเป็นใหญ่มากกว่าผู้ถูกระทำและได้ชื่อว่าเป็นเจ้าของครอบครัวผู้หญิง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“เกิดจากมีความเชื่อว่าครอบครัวเป็นสถานที่ส่วนตัวภายใต้การบัญชาการของผู้ชาย สามเป็นเจ้าชีวิตภรรยาไม่มีสิทธิทำอะไรได้แม้แต่ทุบตี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“ผู้ถูกระทำเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์ที่ไม่สามารถติดตามได้ต่อเนื่อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ผู้รับบริการเกิดความกลัวและอับอายในการเปิดเผยปัญหา กลัวถูกทำร้ายซ้ำ ไม่กล้ากลับบ้าน ต้องการพื้นที่ปลอดภัย 2) เกิดผลกระทบด้านสุขภาพจิตและความเครียดสะสม

3) ผู้รับบริการ ขาดอำนาจต่อรองและไม่มั่นคงในชีวิต ต้องการแนวทางชีวิตใหม่ ไม่ต้องการให้ผู้กระทำถูกละทิ้งรุนแรง แต่ต้องการความปลอดภัย 4) ขาดความรู้เกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและขั้นตอนการเข้าถึงบริการ 5) ด้านการพึ่งพิงทางอารมณ์และความหวังว่าผู้กระทำจะเปลี่ยนแปลง 6) ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและขาดทางเลือกชีวิต 7) ต้องการการดูแลต่อเนื่อง การติดตาม และเครือข่ายสนับสนุน ดังคำพูดสนับสนุนต่อไปนี้

- “กลัวว่าถ้าพูดความจริง เวลากลับไปบ้านจะถูกทำร้ายมากกว่าเดิม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)
- “อยากได้รับการช่วยเหลือทุกด้านเลย นอนไม่หลับมาหลายเดือนแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)
- “อยากกลับไปหาเงินได้เอง อยากมีงานทำ รู้สึกมีความหวังมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)
- “อยากให้ผู้กระทำไม่กล้าทำร้ายอีก แต่ไม่อยากให้เขาติดคุกเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)
- “ไม่ทราบขั้นตอนและหน่วยงานที่จะช่วยเหลือได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

2. รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี (ROSCC Model) ประกอบด้วย R: Reassessment หมายถึง การประเมินซ้ำ O: Oversee หมายถึง การติดตามดูแลการจัดการตนเอง S: Sustain หมายถึง การรักษาสถานะ ความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต C: Connect หมายถึง เชื่อมโยงสังคม และ C: Collaborate หมายถึง ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง



ภาพ 2 รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี (ROSCC Model)

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

R-O-S-C-C	กิจกรรมการพยาบาล
Reassessment (R)	- ประเมินความเสี่ยงการถูกกระทำซ้ำ (DA-5, SARA-V3) ประเมินความรุนแรงในความสัมพันธ์ (CTS-2) และประเมินสุขภาพจิต (ซึมเศร้า/PTSD/ฆ่าตัวตาย) - วิเคราะห์ Timeline ความรุนแรง



ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (ต่อ)

R-O-S-C-C	กิจกรรมการพยาบาล
	-ประชุมทีมวางแผนประเมินซ้ำ -สัมภาษณ์และประเมินผู้รับบริการ -นัดหมายครั้งต่อไปและให้การสนับสนุนเบื้องต้น
Oversee (O)	-ติดตามดูแล โทรติดตาม/เยี่ยมบ้าน การให้บริการครบถ้วน เช่น สุขภาพกาย จิตใจ กฎหมาย -บันทึกการติดตามผลในระบบศูนย์พึ่งได้ -เฝ้าระวังความเสี่ยงในบ้าน -ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทและการสนับสนุน
Sustain (S)	- จัดทำแผนความปลอดภัยรายบุคคล (Safety Plan) - Coaching การดูแลตนเองและการจัดการอารมณ์ - ติดตามผ่านโทรศัพท์/Line/App - เยี่ยมบ้านในรายเสี่ยงสูง -จัดอบรมการฝึกอาชีพ -การสนับสนุนกลุ่มเพื่อลดความโดดเดี่ยวทางสังคม -ประเมินผลการปรับตัวเบื้องต้น
Connect (C)	- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (พม., ตำรวจ, บ้านพักฉุกเฉิน) - จัดประชุม Case conference - สร้างเครือข่ายสนับสนุน (ครอบครัว/อสม.) -กิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธ์ในชุมชนพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้รับบริการ
Collaborate (C)	- ประชุมทีมสหวิชาชีพ (MDT) - วางแผนดูแลรายกรณี (Case management) - ติดตามและประเมินผลร่วมกัน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ก่อนการใช้รูปแบบ ROSCC สตรีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 27 ราย เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงซ้ำในครอบครัวมาก่อนทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ผู้วิจัยใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำ และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า สตรีที่ไม่เกิดความรุนแรงซ้ำในครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 0 ราย (ร้อยละ 0) เป็น 25 ราย (ร้อยละ 92.59) ในขณะที่สตรีที่เกิดความรุนแรงซ้ำลดลงจาก 27 ราย (ร้อยละ 100) เหลือเพียง 2 ราย (ร้อยละ 7.41) เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย McNemar's test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\chi^2 = 23.04, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบการเกิดความรุนแรงในครอบครัวซ้ำก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ROSCC ในกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัว (n = 27)

ผลการติดตาม	เกิดความรุนแรงซ้ำ		ไม่เกิดความรุนแรงซ้ำ		McNemar χ^2	p- value
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ		
ก่อนใช้รูปแบบ	27	100	0	0	23.04	< .001
หลังใช้รูปแบบ	2	7.41	25	92.59		

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของสตรีระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ (ROSCC) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภาพรวมหลังจากใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทุกมิติหลังจากใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของสตรีระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปรับตัว Roy Adaptation Model	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t/Z	P- value (1-tailed)
	Mean	SD	IQR	Mean	SD	IQR		
มิติที่ 1 การปรับตัวด้านสรีรวิทยา	2.81	0.65	-	3.88	0.25	-	14.131	< 0.001
มิติที่ 2 การปรับตัวแนวคิดตนเอง	2.51	0.66	0.40	3.95	0.24	0.40	4.604	< 0.001
มิติที่ 3 การปรับตัวบทบาทหน้าที่	2.77	0.71	-	3.89	0.26	-	15.474	< 0.001
มิติที่ 4 การปรับตัวด้านการพึ่งพิง	2.91	0.74	0.40	4.16	0.24	0.40	4.559	< 0.001
รวม	2.75	0.15	-	3.97	0.10		38.529	< 0.001

หมายเหตุ: ^aสถิติ Dependent t- test ^bสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

หลังการใช้รูปแบบการติดตามสตรีที่ได้รับความรุนแรงซ้ำในครอบครัวภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลราชบุรี (ROSCC) ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตามเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean= 3.15, SD= 0.12) เป็นระดับมากที่สุด (Mean= 4.27, SD= 0.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 3.420, p< .001) ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับคะแนนด้านการประสานงาน ความครอบคลุมของการดูแล และการปฏิบัติงานร่วมกันที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพก่อน-หลังการใช้รูปแบบ ROSCC Model

ประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	P- value (1-tailed)
	Mean	SD	IQR	Mean	SD	IQR		
ด้านการประสานงาน	3.05	0.29	0.40	4.32	0.22	0.40	3.421	< .001
ด้านความครอบคลุม	3.20	0.33	0.6	4.33	0.22	0.40	3.436	< .001
ด้านการดำเนินงานร่วมกัน	3.24	0.29	0.4	4.42	0.31	0.40	3.420	< .001
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตาม	3.15	0.12	0.22	4.27	0.14	0.22	3.420	< .001



หลังการใช้รูปแบบ ROSCC ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตามเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean = 3.15, SD = 0.12) เป็นระดับมากที่สุด (Mean = 4.27, SD = 0.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.420$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับคะแนนด้านการประสานงาน ความครอบคลุมของการดูแล และการปฏิบัติงานร่วมกันที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวสะท้อนว่าปัญหาที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้รับบริการในศูนย์พึ่งได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและการถูกกระทำซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการแจ้งความดำเนินคดีในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงแล้วก็ตาม ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการดำเนินคดีตามกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถยุติวงจรความรุนแรงได้ เนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัว และค่านิยมทางสังคม จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และกฎหมาย ผลเชิงคุณภาพยังสนับสนุนว่าผู้รับบริการต้องการความปลอดภัย การเสริมพลัง และการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Trauma-Informed Care ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความปลอดภัย ความไว้วางใจ และการฟื้นคืนพลังของผู้ได้รับความรุนแรง (SAMHSA, 2014) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ความรุนแรงต่อสตรีระดับสากลที่ชี้ว่า ความรุนแรงจากคู่ครองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลกและต้องอาศัยการดูแลแบบสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Sardinha et al., 2022; World Health Organization, 2021)

2. รูปแบบ ROSCC Model ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น รูปแบบ ROSCC ประกอบด้วย Reassessment, Oversee, Sustain, Connect และ Collaborate ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การประเมินซ้ำ การติดตามต่อเนื่อง การเสริมสร้างศักยภาพผู้รับบริการ การเชื่อมโยงเครือข่าย และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การออกแบบรูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับ Roy Adaptation Model ที่มุ่งส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาท และความสัมพันธ์ทางสังคม อีกทั้งยังบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Dashboard ระบบแจ้งเตือน และฐานข้อมูลร่วมของทีมสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและการประสานงาน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของ Limandri (1986) ที่ชี้ว่า Roy Adaptation Model สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำความเข้าใจและออกแบบการดูแลสตรีที่ประสบความรุนแรงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมุ่งเน้นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลในภาวะวิกฤตทั้งสิ้น และสอดคล้องกับ Chew et al. (2024) พบว่า การมีโครงสร้างการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัว และงานวิจัยของศิริพร วรรณศิริ (2567) พบว่า การดำเนินงานศูนย์พึ่งได้ที่มีระบบและขั้นตอนชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และสอดคล้องกับแนวทางการออกแบบรูปแบบบริการของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (2563) ที่เสนอรูปแบบการบริการเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวในภาวะวิกฤตโดยเน้นการทำงานเป็นทีมและการประสานส่งต่ออย่างเป็นระบบในด้านขั้นตอนการรักษาสถานะและความปลอดภัย (Sustain) การจัดทำแผนความปลอดภัยรายบุคคล

3. รูปแบบ ROSCC สามารถลดการเกิดความรุนแรงซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ หลังการใช้รูปแบบ ROSCC ผู้รับบริการที่ไม่เกิดความรุนแรงซ้ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.59 ขณะที่การเกิดความรุนแรงซ้ำลดลงเหลือร้อยละ 7.41 และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการประเมินซ้ำ การจัดทำแผนความ



ปลอดภัย การติดตามต่อเนื่อง และการประสานเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ช่วยลดโอกาสการกลับเข้าสู่วงจรความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. รูปแบบ ROSCC ส่งเสริมการปรับตัวของผู้รับบริการ คณะกรรมการปรับตัวตาม Roy Adaptation Model เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสรีรวิทยา แนวคิดตนเอง บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพิง สะท้อนว่าการดูแลไม่ได้มุ่งเพียงลดความรุนแรง แต่ยังช่วยฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ความมั่นใจในตนเอง และศักยภาพในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ

5. รูปแบบ ROSCC เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่า คณะณัติยด้านการประสานงาน ความครอบคลุมของบริการ การดำเนินงานร่วมกัน และความพึงพอใจของทีมนสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน การใช้ฐานข้อมูลร่วม และการประชุมทีมน้อยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบ ROSCC ช่วยให้ทีมนสหวิชาชีพมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจนร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนและความสับสนในบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ Notko et al. (2022) พบว่า ความสำเร็จของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัวขึ้นอยู่กับความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของกันและกัน และความยืดหยุ่นในการประสานงาน สอดคล้องกับ Poleshuck et al. (2021) เสนอว่า แนวทางแบบชีวจิตสังคมและสหวิชาชีพ (biopsychosocial and interprofessional approach) มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัวและคู่รักอย่างครอบคลุม นอกจากนี้การใช้ฐานข้อมูลร่วมยังช่วยลดภาระงานด้านเอกสารและเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่ให้บริการผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัวสามารถนำ ROSCC Model ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการติดตามผู้รับบริการหลังพ้นระยะวิกฤต เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดการหลุดจากระบบบริการ และลดโอกาสการเกิดความรุนแรงซ้ำ โดยควรส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมนสหวิชาชีพ การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงเครือข่ายการช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลให้มีความชัดเจน นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบันทึกข้อมูล การสื่อสารระหว่างทีมนสหวิชาชีพ และการติดตามผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานและสนับสนุนการดูแลแบบต่อเนื่องในอนาคต ทั้งนี้การนำระบบไปใช้ควรคำนึงถึงความพร้อมของหน่วยงานและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

1.2 หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เกิดระบบการติดตามผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัวที่มีมาตรฐานและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานด้านสังคม ตำรวจ และองค์กรในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และลดการเกิดความรุนแรงซ้ำในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของ ROSCC Model ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้ในระดับที่กว้างขึ้น รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การติดตามอัตราการเกิดความรุนแรงซ้ำหลัง 12 เดือน คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของทีมนสหวิชาชีพ และ



ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและการกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้ประสบความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การพัฒนาศูนย์พึ่งได้และระบบสารสนเทศ. กระทรวงสาธารณสุข.*
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว. (2561). *รายงานประจำปี สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2561. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.*
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2563). *รูปแบบการให้บริการเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวและการตั้งครมไม่พร้อมในภาวะวิกฤต. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.*
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์.*
- ธีระนิตย์ อุ่นหล้า. (2566). ผู้หญิงกับประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านความรุนแรงในครอบครัว. *วารสาร มจร การพัฒนาลังคม*, 8(3), 183–193.
- ปพิชญา สุนทรพิทักษ์. (2562). *ประสบการณ์ของสตรีที่ผ่านพ้นปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: กรณีศึกษา มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:183570
- อรรคพล ดำเนินผล . (2564). บทบาทของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ตำบลท่าทราย จังหวัดนนทบุรี [สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- Chew, K. S., Wong, S. S. L., Siew, K. L., & Kandasamy, V. (2024). Development and validation of Malaysian One Stop Crisis Center service quality instrument (OSCC-Qual) for domestic violence management. *BMC Public Health*, 24, 1152. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18034-7>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.



- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Limandri, B. J. (1986). Research and practice with abused women: Use of the Roy adaptation model as an explanatory framework. *Advances in Nursing Science*, 8(4), 52–61.
<https://doi.org/10.1097/00012272-198607000-00007>
- Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M., & Houtsonen, J. (2022). Intervening in domestic violence: Interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of Interprofessional Care*, 36(1), 15–23.
- Poleshuck, E., Wittink, M. N., Crean, H., Juskiewicz, I., ReQua, M. A., & Cerulli, C. (2021). A biopsychosocial and interprofessional approach to the treatment of family and intimate partner violence: It takes a village. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 738840.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.738840>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson Prentice Hall.
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Women's Aid. (2014). Finding the costs of freedom: How women and children rebuild their lives after domestic violence.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1876645>