

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของ คู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

สายสุนีย์ ทับทิมเทศ* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), ปร.ด. (ประชากรศึกษา)

สมจิต พุกษะรัตนานนท์** พ.บ., อว. (เวชศาสตร์ครอบครัว), อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)

ธราธิป พุ่มกำพล*** วท.บ. (พยาบาล), ศษ.ม.

บทคัดย่อ: ความขัดแย้งของคู่สมรสเป็นปัญหาที่พบบ่อยในครอบครัวไทยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรส การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดีที่มีความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสจำนวน 272 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ไคสแควร์ Odd Ratio และ Logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 91.91 เคยใช้วิธีจัดการความขัดแย้งแบบมุ่งแก้ปัญหามาก่อนได้แก่ การยอมรับปัญหาร่วมกัน การพูดคุยปรึกษาหาทางแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งผู้ชายใช้วิธีนี้มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 97.70 และ ร้อยละ 89.19) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการจัดการแบบนี้กับการบาดเจ็บ ส่วนการจัดการทางอารมณ์ พบหลากหลายวิธี เช่น เดินหนี หลีกเลี้ยง (ร้อยละ 62.50) ไม่สนใจ ไม่ตอบโต้ (ร้อยละ 43.38) และไหว้พระสวดมนต์ (ร้อยละ 38.24) ผู้ชายและผู้หญิงมีการจัดการทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการร้องไห้ การระบายความทุกข์กับครอบครัวและการปฏิเสธคำกล่าวหา นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมกรรมการเผชิญหน้าและตอบโต้มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการทำร้ายด้วยของมีคม/อาวุธทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็น 23 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้วิธีนี้ การทุบตีด้วยมือ/ไม้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็น 13 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้วิธีนี้ โดยผู้ที่มีความขัดแย้ง 14 ใน 272 ราย เคยได้รับบาดเจ็บในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยสรุปความขัดแย้งในคู่สมรสเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ความรุนแรงในคู่สมรสสามารถป้องกันได้ถ้ามีการจัดการที่เหมาะสม แต่ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมากกว่าครึ่งระบุว่ามีความขัดแย้งและพบว่าการจัดการแบบเผชิญหน้าและตอบโต้ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และพบว่าคู่สมรสจำนวนมากมีความต้องการบริการและต้องการคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง ความขัดแย้งของคู่สมรส การบาดเจ็บของคู่สมรส ผู้ป่วยนอก เวชศาสตร์ครอบครัว

*นักวิจัย ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: rasps@mahidol.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวมีจำนวนและความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ต้องรับการดูแลรักษา บางรายถึงขั้นเสียชีวิต (Coker, Smith, Bethea, King, & McKeown, 2000; Danielson, Moffitt, Caspi, & Silva, 1998; McCauley et al., 1995; Roberts, Williams, Lawrence, & Raphael, 1998; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นผลมาจากความขัดแย้งระหว่างคู่ครองที่มีได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม หรือปล่อยความขัดแย้งทิ้งไว้โดยมิได้รับการแก้ไข กลายเป็น การทะเลาะวิวาท ทำร้ายจิตใจ และร่างกาย บางคู่อาจต้องทนอยู่ด้วยกันแต่บางครั้งต้องแยกทางกัน ความขัดแย้งทำให้เกิดผลทั้งทางบวกและทางลบ ผลทางบวก เกิดจากการจัดการความขัดแย้งที่ดี มีการพูดจาสื่อสารกันอย่างเปิดเผย และประนีประนอมหาทางออกที่เหมาะสมกันทั้งสองฝ่าย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สร้างสรรค์ และเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น การยอมรับความแตกต่างในความต้องการของแต่ละคนจะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แต่การจัดการความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสม นอกจากจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้แล้วยังทำให้เกิดผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง อาจมีการใช้อำนาจข่มขู่หรือหาวิธีการหลอกลวงอีกฝ่ายหนึ่ง อันจะนำไปสู่ความไม่ไว้วางใจกัน ความบาดหมาง ทะเลาะเบาะแว้ง และการกระทำรุนแรงในที่สุด (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545).

มีรายงานการศึกษาระบุว่าความขัดแย้ง ความก้าวร้าวในครอบครัวส่งผลต่อการทำงานในร่างกาย การควบคุมฮอร์โมนในร่างกาย ความสมดุลของต่อมไร้ท่อ (Chesla et al., 2003; Kiecolt-Glaser et al., 1996) และการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Soubhi, Fortin, & Hudon, 2006) และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจที่นำไปสู่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ นอกจากนี้

มีรายงานระบุว่าผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงยังต้องการการเยียวยาที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Simpson, Doss, Wheeler, & Christensen, 2007) ฉะนั้น จึงมีคำถามที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยมีวิธีจัดการความขัดแย้งอย่างไรและการจัดการความขัดแย้งมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บเล็กน้อยเพียงใด ผลการวิจัยนี้ คาดว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาหาแนวทางช่วยเหลือคู่สมรสให้สามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม โดยที่เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่การช่วยให้คู่สมรสสามารถจัดการกับความขัดแย้งและความโกรธได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสนั้นไม่ใช่สิ่งผิดปกติ แต่มันดำรงอยู่มาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีความรุนแรงมากกว่าความขัดแย้งอื่น ๆ และก่อให้เกิดผลร้ายตามมา ถ้าความขัดแย้งยังดำรงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวตามมา (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2548) แนวคิดความขัดแย้งมีวิวัฒนาการที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในระยะแรกช่วง ค.ศ. 1930-1948 แนวคิดตามประเพณีนิยม (traditional view) มองความขัดแย้งเป็นสิ่งเลวร้าย เป็นความรุนแรงและการทำลายล้าง ไม่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล จึงควรหลีกเลี่ยงและกำจัดให้หมดไป ต่อมาในช่วง ค.ศ. 1949-1975 แนวคิดพฤติกรรมนิยม (behavioral view) มอง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

ว่าความขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในทุกกลุ่ม เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความขัดแย้งอาจเป็นพลังทางบวก จึงควรยอมรับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ ในปัจจุบันแนวคิดปฏิสัมพันธ์ (interactions view) มองว่าความขัดแย้งเป็นพลังทางบวก ถ้าเกิดความขัดแย้งที่พอเหมาะจะช่วยให้คนมีความตื่นตัว กระตือรือร้น และมีความคิดสร้างสรรค์ (ชญาณี ปรชญาสูตร, 2553) ฉะนั้นความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสจึงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ครอบครัวที่ดีควรจะมี ความขัดแย้งในระดับที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่คู่สมรสพยายามหาทางแก้ไขและจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ การศึกษานี้แนวคิดการจัดการปัญหาประกอบด้วย การวิเคราะห์ ซึ่งลาซาลัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งวิธีจัดการเป็น 2 วิธี คือ

1. การจัดการทางอารมณ์ (Affective oriented method) ได้แก่การปฏิเสธ การแยกตนเอง การถอย การหลีกเลี่ยง การเลือกที่จะสนใจ การเปรียบเทียบในทางบวก การให้กำลังใจกับคุณค่าในทางบวก การร้องไห้ การกล่าวโทษ การตำหนิตนเอง การลี้ม การระบาย ความโกรธ การระบายความทุกข์กับผู้อื่น คนใกล้ชิด และญาติพี่น้อง การผ่อนคลาย การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก เป็นการช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง การใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์จะใช้เมื่อคิดหรือประเมินแล้วว่าสถานการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ถ้าคู่ครองพยายามมองว่าเป็นเรื่องเล็ก แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเสียใหม่ก็จะทำให้ลดความขัดแย้งลงได้

2. การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem oriented method) ใช้เมื่อประเมินแล้วว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้ วิธีนี้อาจกระทำตามขั้นตอนการแก้ปัญหา ดังนี้

2.1 การยอมรับ เป็นการยอมรับปัญหาความขัดแย้งและพยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหา

2.2 การค้นหาข้อมูลเพื่อการแก้ไขปัญหา อาจกระทำโดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน

2.3 การวิเคราะห์ปัญหา เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นจำเป็นต้องมองปัญหาแบบเป็นกลาง ใช้เวลาในการไตร่ตรองวิเคราะห์ถึงรากเหง้าของปัญหาและค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.4 การตั้งเป้าหมายเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง ทั้งสามีภรรยาควรกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

2.5 การค้นหาวิธีการแก้ไขความขัดแย้ง อาจทดลองใช้วิธีแก้ไขหลายวิธี หรืออาจนำประสบการณ์เก่ามาใช้แก้ไขปัญหาปัจจุบัน

คู่สมรสมีโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งได้สูงกว่ากลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งความขัดแย้งอาจนำไปสู่ความรุนแรงได้ ดังนั้น ความรุนแรงในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ แต่การที่สังคมมองภาพของครอบครัวเป็นที่ปลอดภัยของสมาชิก ความรุนแรงจึงเป็นแง่มุมที่ขัดแย้งกับความคิดอุดมคติของครอบครัวทำให้ความรุนแรงในครอบครัวถูกบิดเบือนให้เป็นเพียงปัญหาเล็กน้อย เป็นเรื่องของคนในครอบครัวเท่านั้น ความรุนแรงในครอบครัวจึงยังคงอยู่อย่างเงียบๆ โดยเฉพาะความรุนแรงที่สามีและภรรยากระทำต่อกัน ความขัดแย้งระหว่างบุคคล และ ก่อให้เกิดผลร้ายตามมาเช่นการทำร้ายร่างกาย จิตใจ และการกระทำรุนแรงในครอบครัว พฤติกรรมจัดการความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการคุกคามสายสัมพันธ์ของครอบครัวและนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว

พฤติกรรมจัดการความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสม (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2548) ได้แก่

1. ความก้าวร้าวทางวาจา/ดูถูกเหยียดหยาม ตะโกนใส่ ตั้งฉายาอันเนื่องมาจากเหตุที่ต้องการควบคุมแสดงพลังความเป็นชาย อัจฉริยชา หรือคู่สมรสไม่ปรองดองกัน

สายสุณีย์ ทัฬหิมเทศ และคณะ

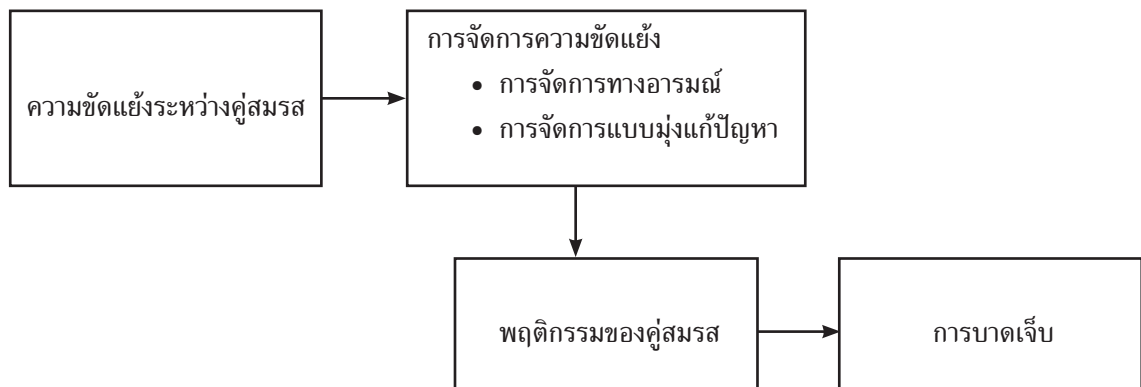
2. ความก้าวร้าวต่อร่างกาย/ผลึก ตบตี กระแทก ยอมรับและนำเอาการควบคุมโดยวิธีการที่รุนแรงมาใช้ เลียนแบบการแสดงถึงความก้าวร้าวรุนแรงต่อร่างกาย ถูกกระทำทารุณกรรมตั้งแต่เด็ก มีบุคลิกภาพที่นิยม ความก้าวร้าว หรือติดสุรา

3. ความก้าวร้าวขั้นรุนแรง/ทุบตี เตะต้อย ทุบตีด้วยวัตถุหรืออาวุธ มีบุคลิกภาพแปรปรวน เก็บอารมณ์ไม่อยู่ มีความยกย่องนับถือตนเองต่ำ ฆาตกรรม/ จะเห็นได้ว่า ระดับความรุนแรงของพฤติกรรม เริ่มจาก พฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าไปสู่ระดับ ความรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งมีระดับความรุนแรงสูง ที่สุด คือ เริ่มจากความก้าวร้าวทางวาจาไปสู่ความ

ก้าวร้าวทางร่างกาย และพัฒนาไปสู่ความก้าวร้าวขั้น รุนแรง ซึ่งบางกรณีระดับความก้าวร้าวที่สั่งสมต่อเนื่อง เป็นเวลานานอาจนำไปสู่การเกิดความก้าวร้าวรุนแรง สูงสุดในระหว่างคู่สมรส คือ การฆาตกรรมคู่สมรส ซึ่ง อาจเป็นไปได้ทั้งสามีฆ่าภรรยา หรือภรรยาฆ่าสามี

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการปัญหาของลาซาลัส และโพล์คแมน ดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางศึกษาความ ชัดแย้งของคู่สมรสและศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บที่ เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางพิจารณาหาแนวทางให้คู่สมรส สามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสมและ ป้องกันการกระทำรุนแรงในคู่สมรส

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งในการสำรวจปัญหาความ ขัดแย้งในครอบครัวของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วย ตรวจโรคผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดีที่กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีคู่ครองและมาใช้บริการที่หน่วย ตรวจโรคผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี

2. มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปี ทั้งเพศหญิง และชาย

3. เป็นผู้ป่วยเก่าหรือใหม่

4. สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ตามปกติ

5. สัมผัสใจและให้ความร่วมมือในการศึกษา พร้อมทั้งลงนามให้ความยินยอมในการศึกษา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก สูตร $n = Z^2 PQ/d^2$ (เมื่อ $Z_{.05} = 1.96$, $P = 41\%$ หรือ 0.41 $Q = 0.59$, $d = 5\%$) (กฤตยา อาชวนิจกุล,

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม, และอุษา เลิศศรีสันต์, 2546) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 371 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 หรือ จำนวน 111 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 482 ราย แล้วสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling จำแนกตามห้องตรวจแต่ละห้อง โดยแบ่งสมาชิกของประชากรเป็นชั้น ๆ ตามห้องตรวจทั้งหมด เริ่มจากห้องตรวจทั้งหมด 12 ห้อง เลือกมาจำนวน 3 ห้อง ตรวจต่อวัน ซึ่งแต่ละห้องตรวจคาดว่าจะมีลักษณะประชากรที่มีความขัดแย้งของคู่สมรสที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันหรือเป็นหน่วยวิเคราะห์เดียวกัน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากผู้ป่วยแต่ละห้องตรวจ โดยเลือกผู้ป่วยมาห้องตรวจละ 4 ราย ได้จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 12 รายต่อวัน รวมจำนวนทั้งหมด 40 วันทำการหรือ 2 เดือน จึงได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 480 ราย แต่มีจำนวนแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 460 ฉบับ ฉะนั้นจึงได้จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 460 ราย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ฉะนั้นในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการฯ ก่อน และถ้าผู้ป่วยรายใดยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาจะให้เซ็นใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ และทุกรายจะได้รับการประเมินปัญหาความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยจำนวน 272 รายจากทั้งหมด 460 รายระบุว่ามีความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง ฉะนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จึงมีจำนวนทั้งหมด 272 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความขัดแย้งที่เป็นมาตราส่วนประเมินความขัดแย้งที่เกิดขึ้นของคู่สมรสโดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ไม่มีความขัดแย้ง นาน ๆ ครั้ง (ปีละ1-2ครั้ง) เป็น

ครั้งคราว (เดือนเว้นเดือน) บ่อย ๆ (เดือนละ1-2 ครั้งขึ้นไป) และเป็นประจำ (ทุกสัปดาห์) ถ้าประเมินว่าความขัดแย้งเกิดขึ้นบ่อย ๆ หรือเป็นประจำ จึงประเมินว่าเป็นคู่สมรสที่มีความขัดแย้งและตอบคำถามถึงวิธีการจัดการความขัดแย้ง และการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เมื่อนำมาทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (alpha-coefficient reliability) เท่ากับ .81 สำหรับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในที่นี้หมายถึงการบาดเจ็บทางร่างกายที่ผู้ป่วยสามารถบอกและสัมผัสได้ แต่การบาดเจ็บทางจิตใจซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้สูงจึงมิได้นำมานับรวมในที่นี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) โดยนำเสนอวิธีจัดการความขัดแย้งและการบาดเจ็บจากความขัดแย้งด้วยค่าร้อยละ และ 95% Confidence Interval วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นด้วยไคสแควร์ (Chi-square), Odd Ratio, และ Logistic Regression โดยกำหนดให้ p -value < .05 เป็นค่านัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวน 272 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 68.01 เป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเฉพาะสามี ภรรยาและบุตรธิดาร้อยละ 74.63 คู่ที่อยู่ด้วยกันมานานตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 64.34 เป็นคู่ที่จดทะเบียนสมรสร้อยละ 78.31 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 76.10 และที่ระบุว่ามีหนี้สินร้อยละ 36.76 อายุเฉลี่ยของสามีและภรรยาใกล้เคียงกันคือ 50.94 และ 47.60 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป พบสามีและภรรยาที่จบชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 19.49 และ 28.68 ตามลำดับ

ความขัดแย้งและพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งของคู่สมรส

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 รายจากทั้งหมด 460 ราย หรือร้อยละ 59.13 ที่ระบุว่ามีความขัดแย้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยจำแนกการจัดการความขัดแย้งเป็น 2 ลักษณะคือ 1) การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา และ 2) การจัดการทางอารมณ์ พบผู้ป่วยร้อยละ 91.91 ระบุว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเคยจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา ด้วยการยอมรับความขัดแย้ง หรือไต่ตรองหาสาเหตุของปัญหา หรือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือ กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยที่ชายใช้วิธีนี้มากกว่าหญิง (ร้อยละ 97.70 และ 89.19) หรือเทียบเป็นโอกาสที่ผู้หญิงจะใช้วิธีนี้เป็น 0.19 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ชาย (OR = 0.19, p < .05) (ตารางที่ 1)

ส่วนการจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่ใช้หลากหลายวิธี ได้แก่ 1) วิธีหลีกเลี่ยง การเดินหนี/หลีกเลี่ยงไปทางอื่น หรือหลีกเลี่ยงปัญหา

ไม่สนใจ ปลอบใจตนเอง ไม่ตอบโต้ 2) วิธีจัดการกับตนเองได้แก่ วิธีการทางธรรมชาติ สวดมนต์ไหว้พระ ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย หรือระบายความทุกข์กับผู้อื่น ญาติ พี่น้อง หรือร้องไห้ หรือสิ่งของที่เกิดขึ้นหรือแกล้งสิ่ง 3) วิธีเผชิญหน้า ได้แก่ แสดงอารมณ์โกรธ พลุ่พลา่ โมโห บ่นด่าโทสะ หรือกล่าวโทษซึ่งกันและกัน หรือระบายความโกรธด้วยการทำลายทรัพย์สิน ซึ่งผู้หญิงจะใช้วิธีทั้ง 3 วิธีเหล่านี้มากกว่าชาย ส่วนวิธีจัดการกับตนเองด้วยการปรับมุมมองทำให้เห็นว่าความขัดแย้งนั้นเป็นเรื่องเล็ก หรือปฏิเสธคำกล่าวหา หรือตำหนิตนเอง ผู้ชายจะใช้วิธีนี้มากกว่าผู้หญิง เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าผู้หญิงหรือผู้ชายใช้วิธีจัดการทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นวิธีระบายความทุกข์กับญาติ พี่น้อง หรือ ร้องไห้ หรือวิธีปฏิเสธคำกล่าวหา เท่านั้นที่พบว่า ผู้หญิงใช้วิธีนี้เป็น 3.47 เท่า, 6.49 เท่า, และ 0.28 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ชาย (OR = 3.47, 6.49, 0.28, p < .05 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างชายกับหญิงที่มีความขัดแย้ง (N = 272)

พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้ง	หญิง	ชาย	รวม	OR	95%CI
	n (%)	n (%)	n (%)	หญิง/ช	
การจัดการทางอารมณ์					
เดินหนี/หลีกเลี่ยงไปทางอื่น	116(62.70)	54(62.07)	170(62.50)	1.03	0.61-1.74
หลีกเลี่ยงปัญหา ไม่สนใจ ปลอบใจตนเอง ไม่ตอบโต้	77(41.62)	41(47.13)	118(43.38)	0.8	0.48-1.34
วิธีการทางธรรมชาติ สวดมนต์ไหว้พระ ผ่อนคลาย ออกกำลังกาย	78(42.16)	26(29.89)	104(38.24)	1.71	0.99-2.95
ทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องเล็ก	50(27.03)	32(36.78)	82(30.15)	0.64*	0.37-1.10
ระบายความทุกข์กับญาติ พี่น้อง	66(35.68)	12(13.79)	78(28.68)	3.47*	1.76-6.84
ร้องไห้	67(36.22)	7(8.05)	74(27.21)	6.49*	2.83-14.86
แสดงอารมณ์โกรธ พลุ่พลา่ โมโห บ่นด่าโทสะ	47(25.41)	15(17.24)	62(22.79)	1.64	0.86-3.12

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์
ครอบครัว

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างชายกับหญิงที่มีความขัดแย้ง
(N = 272)(ต่อ)

พฤติกรรมจัดการความขัดแย้ง	หญิง	ชาย	รวม	OR	95%CI
	n (%)	n (%)	n (%)	หญิง/ช	
ปฏิเสธคำกล่าวหา	18(9.73)	24(27.59)	42(15.44)	0.28*	0.14-0.56
สิ่งของที่เกิดขึ้นหรือแกล้งลืม	30(16.22)	11(12.64)	41(15.07)	1.34	0.64-2.81
ตำหนิตนเอง	23(12.43)	15(17.24)	38(13.97)	0.68	0.34-1.38
กล่าวโทษซึ่งกันและกัน	23(12.43)	7(8.05)	30(11.03)	1.62	0.67-3.94
ระบายความโกรธด้วยการทำลาย ทรัพย์สิน	3(1.62)	1(1.15)	4(1.47)	1.42	0.15-13.83
การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา	165(89.19)	85(97.70)	250(91.91)	0.19*	0.04-0.85

หมายเหตุ * $p < .05$, OR = Odd ratio, CI = Confidence Interval

ในคู่สมรสที่มีความขัดแย้ง จะมีการจัดการทางอารมณ์ที่หลากหลาย และส่วนใหญ่ใช้มากกว่าหนึ่งวิธีเข้ามาจัดการ เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการทางอารมณ์กับการบาดเจ็บด้วยการวิเคราะห์ Odd Ratio และ Logistic Regression พบว่าไม่มีพฤติกรรมจัดการใดที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ

ยกเว้นการร้องไห้เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 5.35, Exp (β) = 1.002, $p < .05$) โดยพบว่าผู้ที่ร้องไห้สัมพันธ์กับการบาดเจ็บเป็น 1.002 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ร้องไห้ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหากับการบาดเจ็บ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์กับการบาดเจ็บของผู้ที่มีความขัดแย้ง
(N = 272)

พฤติกรรมจัดการทางอารมณ์	บาดเจ็บ		ไม่บาดเจ็บ		รวม		OR	95%CI
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
เดินหนี/หลีกเลี่ยงไปทางอื่น								
ทำ	8	4.71	162	95.29	170	62.5	0.79	0.27-2.35
ไม่ทำ	6	5.88	96	94.12	102	37.5	1	
หลีกเลี่ยงปัญหา ไม่สนใจ ปลอบใจตนเอง ไม่ตอบโต้								
ทำ	8	6.78	110	93.22	118	43.38	1.79	0.61-5.32
ไม่ทำ	6	3.9	148	96.1	154	56.62	1	
วิธีการทางธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ ผ่านคลาย ออกกำลังกาย								
ทำ	7	6.73	97	93.27	104	38.24	1.66	0.57-4.88
ไม่ทำ	7	4.17	161	95.83	168	61.76	1	

สายสุญี๋ ทั้บทั้มเทศ และคณะ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์กับการบาดเจ็บของผู้ที่มีความขัดแย้ง (ต่อ) (N = 272)

พฤติกรรมจัดการทางอารมณ์	บาดเจ็บ		ไม่บาดเจ็บ		รวม		OR	95%CI
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
ทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องเล็ก								
ทำ	2	2.44	80	97.56	82	30.15	0.37	0.08-1.70
ไม่ทำ	12	6.32	178	93.68	190	69.85	1	
ระบายความทุกข์กับญาติพี่น้อง								
ทำ	7	8.97	71	91.03	78	28.68	2.63	0.89-7.77
ไม่ทำ	7	3.61	187	96.39	194	71.32	1	
ร้องไห้								
							Exp(β)=1.002*	
ทำ	9	12.16	65	87.84	74	27.21	5.35*	1.73-16.53
ไม่ทำ	5	2.53	193	97.47	198	72.79	1	
แสดงอารมณ์โกรธ พุ่งพลา่่น งอน โมโห บันดาลโทษะ ถดถอย								
ทำ	5	8.06	57	91.94	62	22.79	1.96	0.63-6.08
ไม่ทำ	9	4.29	201	95.71	210	77.21	1	
ปฏิเสธคำกล่าวหา								
ทำ	1	2.38	41	97.62	42	15.44	0.41	0.05-3.20
ไม่ทำ	13	5.65	217	94.35	230	84.56	1	
ทำ	4	9.76	37	90.24	41	15.07	2.39	0.71-8.02
ไม่ทำ	10	4.33	221	95.67	231	84.93	1	
ตำหนิตนเอง								
ทำ	3	7.89	35	92.11	38	13.97	1.74	0.46-6.54
ไม่ทำ	11	4.7	223	95.3	234	86.03	1	
กล่าวโทษซึ่งกันและกัน								
ทำ	2	6.67	28	93.33	30	11.03	1.37	0.29-6.43
ไม่ทำ	12	4.96	230	95.04	242	88.97	1	
ระบายความโกรธด้วยการทำลายทรัพย์สิน								
ทำ	1	25	3	75	4	1.47	6.54	0.64-67.25
ไม่ทำ	13	4.85	255	95.15	268	98.53	1	
การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา								
ทำ	11	4.40	239	95.6	250	91.91	0.29	0.08-1.14
ไม่ทำ	3	13.64	19	86.36	22	8.09	1	

หมายเหตุ * p < .05

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

พฤติกรรมจัดการความขัดแย้ง
 คู่สมรสส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งมากกว่า 1 พฤติกรรม ส่วนใหญ่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือเพิกเฉย เช่นการเฉยเมยไม่พูดคุยด้วย (ร้อยละ 76.47) หุนหันออกจากบ้าน (ร้อยละ 44.12) และใช้วิธีเผชิญหน้าหรือตอบโต้ตั้งแต่เบาไปหาหนัก เช่น การพูดประชดประชัน (ร้อยละ 44.49) ชูตะคอก ดุด่า ตะโกนใส่กัน (ร้อยละ 45.59) จนถึงการทุบตีทั้งที่มีอาวุธและไม่มีอาวุธ (ร้อยละ 1.47 และ 9.19) และพบว่าทุกพฤติกรรมก่อให้เกิดการบาดเจ็บมากน้อยแตกต่างกันเมื่อวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บด้วยการวิเคราะห์ logistic regression พบว่าพฤติกรรมทำร้ายด้วยของมีคม/อาวุธทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็น 23 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้วิธีนี้ ($Exp(\beta) = 23.28, p < .05$) รองลงมา

เป็นการทุบตีด้วยมือ/ไม้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็น 13 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้วิธีนี้ ($Exp(\beta) = 13.69, p < .05$) (ตารางที่ 3)

จากจำนวนผู้ที่ขัดแย้งทั้งหมด 272 ราย ระบุว่าเคยได้รับบาดเจ็บ 14 ราย (ร้อยละ 5.15) มีจำนวน 4 รายระบุว่าบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การบาดเจ็บทางร่างกายที่พบส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแผลถลอก รอยช่วน ฟกช้ำ เคล็ดยอกและอื่น ๆ มีเพียง 2 รายที่มีบาดแผลถูกของมีคม หรือบาดแผลพุพอง มี 2 รายที่เข้าแจ้งความตำรวจ โดยที่ผู้ชายเป็นผู้กระทำต่อหญิงมากกว่าหญิงกระทำต่อชาย (7 และ 3 ราย) ที่เหลือเป็นการกระทำซึ่งกันและกัน หลังจากที่เกิดการบาดเจ็บพบว่ามีจำนวน 4 ราย ระบุว่ายังอยู่ด้วยกันและยังทะเลาะกันอยู่

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสที่มีความขัดแย้ง (N = 272)

พฤติกรรม	บาดเจ็บ		ไม่บาดเจ็บ		รวม		OR	95%CI
	n	%	n	%	n	%		
ชูตะคอก ดุด่า ตะโกนใส่กัน								
ทำ	11	8.87	113	91.13	124	45.59	4.71	1.28-17.27
ไม่ทำ	3	2.03	145	97.97	148	54.41	1	
พูด/ทำประชดประชัน								
ทำ	10	8.26	111	91.74	121	44.49	3.31	1.01-10.83
ไม่ทำ	4	2.65	147	97.35	151	55.51	1	
หุนหันออกจากบ้าน								
ทำ	11	9.17	109	90.83	120	44.12	5.01	1.37-18.40
ไม่ทำ	3	1.97	149	98.03	152	55.88	1	
ทำร้ายขวางปาสิ่งของใส่กัน								
ทำ	7	18.92	30	81.08	37	13.6	7.60	2.49-23.17
ไม่ทำ	7	2.98	228	97.02	235	86.4	1	

สายสุญี๋ ทับทิมเทศ และคณะ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของกลุ่มที่มีความขัดแย้ง (N = 272) (ต่อ)

พฤติกรรม	บาดเจ็บ		ไม่บาดเจ็บ		รวม		OR	95%CI
	n	%	n	%	n	%		
ผลึก กระชาก จิกผม ตบหน้า ถีบ ต่อย								
ทำ	5	14.71	29	85.29	34	12.5	4.39	1.38-13.99
ไม่ทำ	9	3.78	229	96.22	238	87.5	1	
ชู้ว่าจะตี/ขว้างของใส่กัน/ชู้ด้วยของมีคม								
ทำ	6	17.65	28	82.35	34	12.5	6.16*	1.99-19.05
ไม่ทำ	8	3.36	230	96.64	238	87.5	1	
ทุบตีด้วยมือ/ไม้								
							Exp(β)=13.69*	
ทำ	8	32	17	68	25	9.19	18.90*	5.88-60.73
ไม่ทำ	6	2.43	241	97.57	247	90.81	1	
ทำร้ายด้วยของมีคม/อาวุธ								
							Exp(β)=23.28*	
ทำ	3	75	1	25	4	1.47	70.09*	6.74-729.27
ไม่ทำ	11	4.1	257	95.9	268	98.53	1	
เฉยเมยไม่พูดคุยด้วย								
ทำ	14	6.73	194	93.27	208	76.47	**	
ไม่ทำ	0	0	64	100	64	23.53		

หมายเหตุ * p < .05, ** มี cell หนึ่งมีค่าเป็นศูนย์

อภิปรายผล

ความขัดแย้งในกลุ่มสมรสเป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้ มีรายงานการศึกษาาระบุนว่าคู่สมรสในสเปนมีความขัดแย้งจำนวนมาก (ร้อยละ 82.00) (Hurtado, Ciscar, & Rubio, 2004) ในแคนาดาพบผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 20 มีความขัดแย้งในกลุ่มสมรสและมากกว่า

ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความขัดแย้งที่รุนแรงและปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยชายที่บอกว่ามีความขัดแย้งนั้นจะมีความทุกข์ทางจิตใจมากเป็น 2-6 เท่าของผู้ที่บอกว่าไม่มีความขัดแย้ง และมีผลต่อสุขภาพจิตมากเป็น 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่มีความขัดแย้ง ส่วนผู้ป่วยหญิงที่บอกว่ามีความขัดแย้งนั้นจะมีความทุกข์ทางจิตใจมากเป็น 1-5 เท่าของผู้ที่ไม่มีความขัดแย้งและมีผลต่อสุขภาพจิตมากเป็น 2-6 เท่าของผู้ที่ไม่มีความขัดแย้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

(Soubhi, Fortin, & Hudon, 2006) ความขัดแย้งที่ไม่ได้รับการแก้ไขนำไปสู่ความรุนแรง (Xiao, Fengchuan, O'Campo, Koenig, Mock, & Campbell, 2005) ปัจจุบันปัญหาความรุนแรงในครอบครัวนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในสหรัฐอเมริกามีการประมาณการว่าคู่สมรสอย่างน้อย 1 ใน 6 คู่ มีการกระทำความรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และประมาณการค่าใช้จ่ายในผู้ที่ตกเป็นเหยื่อปีละประมาณ 67 ล้านล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (Schaefer, Caetano, & Clark, 1998)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคู่สมรสร้อยละ 59.13 ระบุว่ามีความขัดแย้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Prueksaritanond, Tubtimtes, Pumkopol, Prueksaritanond, & Bhatanaprabhabhan, in press) ถือว่าเป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยในครอบครัว อย่างไรก็ตามความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมิใช่เป็นสิ่งที่เลวร้ายเสมอไป ความขัดแย้งอาจนำไปสู่ความเข้าใจถ้ามีการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งลาซาลัสและโพลด์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งการจัดการปัญหาเป็น 2 ลักษณะคือ การจัดการทางอารมณ์ (Emotional oriented coping) และ การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem oriented coping) สำหรับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.91 เคยใช้วิธีการจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ด้วยของปัญหา หรือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือ กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยที่ชายใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าหญิง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหากับการบาดเจ็บของคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สมรสมีวิธีการจัดการอารมณ์ตนเองที่หลากหลายวิธีและแต่ละคู่ก็ใช้วิธีการมากกว่าหนึ่งวิธี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีเดินหนีหรือหลีกเลี่ยงไปที่อื่น รองลงมาใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่สนใจ ปล่อยใจตนเอง ไม่ตอบโต้และใช้วิธีทางธรรมชาติให้ไว้พระหรือออกกำลังกาย โดยที่ผู้ชายใช้วิธีปฏิเสธคำกล่าวหามากกว่าผู้หญิง ส่วนผู้หญิงใช้วิธีระบายความทุกข์กับญาติพี่น้องและ

ร้องไห้มากกว่าผู้ชาย และพบว่าวิธีการจัดการทางอารมณ์ต่าง ๆ นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของคู่สมรส ยกเว้นการร้องไห้ ที่พบว่าผู้ที่ร้องไห้จะเกิดการบาดเจ็บเป็น 1.002 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้อธิบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้จึงอาจกล่าวได้ว่าคู่สมรสที่มีความขัดแย้งมีความพยายามที่จะจัดการปัญหานี้ด้วยตนเองและส่วนใหญ่เคยใช้วิธีการแบบมุ่งแก้ปัญหามาก่อน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ จึงพบว่ามีคู่สมรสจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้จนทำให้เกิดการบาดเจ็บ

บัทเลอร์และคณะ (Butler, Gardner, & Bird, 1998) ได้กล่าวว่าการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงในครอบครัวได้ เช่น การสวดมนต์นั่งสมาธิ การปรับอารมณ์ก้าวร้าวให้ลดลง และการกระตุ้นให้เกิดการรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ปัญหาจะช่วยทำให้ปัญหาความขัดแย้งในคู่สมรสนั้นคลี่คลายลง นอกจากนั้นการให้อภัยและความเมตตาของภรรยาทำให้เกิดผลสรุปของความขัดแย้งที่ดี แต่การตอบโต้และการหลบเลี่ยงและปกปิดข้อมูลของสามีเป็นตัวทำให้ความขัดแย้งนั้นแย่ลง แต่พฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดความรุนแรง เช่น 1) การตีเตียน/กล่าวร้าย การดูหมิ่น หรือการแสดงออกอื่น ๆ ที่ทำให้รู้สึกถูกรังแกหรือไม่ได้รับความยุติธรรม 2) การบังคับข่มขู่ หรือ การร้องขอที่ไม่ยุติธรรม 3) การทำให้เกิดความรู้สึกถูกกลั่นแกล้งคุณค่าของชีวิต 4) การทำร้ายคุกคาม หรือ หลอกกลวง 5) การปฏิเสธหรือปกปิดข้อมูล และพบว่าพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งในทางลบด้วยการแสดงความก้าวร้าว เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การเรียกชื่อและใช้ถ้อยคำหาญบคาย การกดขี่ และการคุกคามมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว และก่อให้เกิดการบาดเจ็บ (Capaldi, & Crosby, 1997)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวโดยพบว่าพฤติกรรมของคู่สมรสเมื่อเกิดความขัดแย้ง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.47 ใช้วิธีการเฉยเมยไม่พูดคุยด้วยและมีคู่สมรสจำนวนไม่น้อยที่เลือกใช้วิธีการเผชิญหน้าและการตอบโต้ เริ่มตั้งแต่การชู้ตะคอก ดุด่า ตะโกนใส่กัน และเริ่มมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการชู้ว่าจะตี/ขว้างของใส่กัน/ชู้ด้วยของมีคม และที่สุดมีการทำร้ายร่างกายทั้งที่ใช้และไม่ใช้อาวุธ ตามลำดับโดยที่หญิงและชายมีพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า 14 ใน 272 (ร้อยละ 5.15) ของคู่สมรสที่มีความขัดแย้งนั้นมีการทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยที่ชายเป็นผู้กระทำรุนแรงมากกว่าหญิง อุบัติการณ์การกระทำรุนแรงในคู่สมรสไทยพบน้อยกว่าในอเมริกา และจีนที่พบว่าร้อยละ 8-12 ของคู่สมรสอเมริกันมีการกระทำรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Straus & Gelles, 1986; Teske & Parker, 1983) ส่วนในจีน พบคู่สมรสมีการทำร้ายร่างกายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามากกว่าร้อยละ 20 (Xiao et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยหญิงในเวชปฏิบัติปฐมภูมิที่สหรัฐอเมริการ้อยละ 34-46 ตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงของสามี (Elliott & Johnson, 1995; Gin, Rucker, Frayne, Cygan, & Hubbell, 1991; Hamberger, Saunders, & Hovey, 1992; Rath, Jarratt, & Leonardson, 1989)

ผลการศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมการเผชิญหน้าและตอบโต้มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในคู่สมรสที่มีการทำร้ายทั้งที่มีอาวุธและไม่ใช่อาวุธ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บเป็น 23 และ 13 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคู่สมรสที่ไม่ใช้วิธีดังกล่าว และพบว่า 4 ใน 14 รายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บนั้นต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแผลถลอก รอยช้ำ ฟกช้ำ เคล็ดยอก มีเพียง 2 รายที่เป็นบาดเจ็บแผลถูกของมีคม บาดแผลพุพอง และอื่นๆ และมีเพียง 2 รายที่เข้าแจ้งความตำรวจ แต่อย่างไรก็ตาม มีจำนวน 4 รายที่ระบุว่ายังอยู่ด้วยกันและยังทะเลาะกันอยู่แม้ว่าจะเคยได้รับบาดเจ็บ

หากมองปัญหาความขัดแย้งของคู่สมรสในเชิงโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะในสังคมไทยจะพบว่าวัฒนธรรมความเชื่อของครอบครัวไทยส่วนใหญ่มองความขัดแย้งของคู่สมรสว่าเป็นเพียง “เรื่องภายในครอบครัว” ที่ทั้งสองฝ่ายจะต้องจัดการแก้ปัญหาตนเอง ไม่ใช่เรื่องของคนนอกครอบครัวจะเข้าไปเกี่ยวข้อง ดังเช่นคำสุภาษิตของไทยที่ว่า “ไฟในอย่านำออก ไฟนอกอย่านำเข้า” (Proverb, 2003) ความขัดแย้งในครอบครัวเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นและฝังตัวอยู่ในครอบครัวไทยมาช้านาน ส่วนใหญ่ความขัดแย้งไม่ได้รับการเปิดเผยจนกว่าปัญหานั้นจะเกิดความรุนแรงถึงขั้นทำร้ายร่างกายและเป็นคดีความทางกฎหมาย ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้นก็สายเกินไป ฉะนั้นอุบัติการณ์เกิดความขัดแย้งและการทำร้ายร่างกายของคู่สมรสไทยในการศึกษานี้จึงพบได้น้อยกว่าในต่างประเทศ เพราะความขัดแย้งในคู่สมรสบางรายถูกปิดบังและซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังและเก็บสะสมมาโดยตลอด ซึ่งจะพบว่าฝ่ายที่อ่อนแอกว่าจะต้องยอมรับสัมพันธภาพเชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของฝ่ายที่ก้าวร้าวและแข็งแกร่งกว่าเสมอมา ซึ่งส่วนใหญ่ฝ่ายหญิงเป็นฝ่ายที่ต้องยอมรับสภาพการตกเป็นเบี้ยล่างและสั่งสมความรู้สึกหวาดกลัว เจ็บแค้น รวมทั้งเก็บกดความโกรธเคืองดังกล่าวไว้ตลอดเวลา รอการระเบิดทางอารมณ์ตอบโต้ หรือระบายต่อบุตรหลาน หรือสร้างบุคลิกภาพ สร้างตัวตนแห่งตนเองในภาพลักษณ์ใหม่ที่ชินชา หยาบกระด้างที่แตกต่างไปจากเดิม

นอกจากนั้นสังคมไทยยังนิยมยกย่องพ่อเป็นใหญ่ (patriarchal society) คือ สังคมที่กำหนดและควบคุมกฎเกณฑ์ต่างๆ ในครอบครัวโดยชาย จึงทำให้ “ผู้ชาย” แสดงบทบาททางเพศเชิงอำนาจนิยม ขณะที่สังคมสร้าง “ผู้หญิง” ให้แสดงบทบาททางเพศด้วยการเก็บกดและยอมตามมากกว่า ฉะนั้น จึงไม่ต้องสงสัยเลยว่าในสังคมไทยจึงพบว่าหญิงเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำมากกว่าชาย และยิ่งพบอีกว่าผู้ที่ถูกทำร้ายยังคงยอมทนอยู่ในสภาพที่ตนเป็นผู้ถูกทำร้ายต่อไป ด้วยเหตุผล

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่แตกต่างกันเช่น กลัวว่า จะได้รับความรุนแรงกว่าที่ประสบ เมื่อแยกออกไป หรือต้องพึ่งอีกฝ่าย ด้านการเงิน หรือไม่ต้องการแยกจากแม่ หรือพ่อ หรือคิดว่ามีหน้าที่ต้องประคับประคองชีวิตสมรสต่อไป ไม่ให้ล่มสลาย และรู้สึกอับอายคนรอบข้าง เป็นต้น (จตุรรัตน์ เอื้ออำนวย, 2548)

ปัญหาการกระทำรุนแรงในคู่สมรสเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและยังส่งผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ปัญหานี้กลับถูกมองข้ามไป ดังรายงานการศึกษาระบุว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้คัดกรองหรือดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาขัดแย้งในคู่สมรส และมีเพียง 1 ใน 3 ที่แพทย์จำได้ว่าเคยถามผู้ป่วย (Chamberlain & Perham-Hester, 2002; Hamberger, Saunders, & Hovey, 1992) ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.50) เชื่อว่าแพทย์ควรถามเกี่ยวกับความขัดแย้งในคู่สมรส และผู้ป่วยเองก็เชื่อว่าแพทย์สามารถช่วยเหลือได้ แต่ก็มีเพียง 1 ใน 3 ที่รายงานว่าแพทย์เคยถามเรื่องนี้ และพบ 2 ใน 3 เชื่อว่าแพทย์และทีมวิชาชีพจะช่วยได้มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่แพทย์ส่งต่อไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ นอกจากนี้ ยังระบุว่าประเด็นหลักที่ผู้ป่วยควรได้รับคือ 1) การติดต่อสื่อสารในลักษณะของการถามและการฟังอย่างตั้งใจซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย 2) การช่วยเหลือด้วยการส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้อง คำแนะนำ การประคับประคอง การสั่งยา และ 3) ข้อควรระวัง การกระตุ้น และให้กำลังใจ โดยหญิงที่ถูกทำร้ายทุกรายเชื่อว่าทีมวิชาชีพควรถามถึงปัญหาความขัดแย้งนี้ และต้องการให้ส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล ให้ข้อมูลคำแนะนำและมีการติดตามดูแล (Burge, Schneider, Ivy, & Catala, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในรายที่มีการกระทำรุนแรงหรือบาดเจ็บพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายต้องการบริการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ แม้ว่าผู้ป่วยทุกรายพยายามที่จะจัดการความขัดแย้งด้วยหลากหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่

ยังขาดความร่วมมือจากคู่สมรสในการเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา จึงพบว่าหลายคู่จัดการความขัดแย้งด้วยอารมณ์และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความขัดแย้งในคู่สมรสเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ความรุนแรงในคู่สมรสสามารถป้องกันได้ถ้ามีการจัดการที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าคู่สมรสมากกว่าครึ่งระบุว่ามีความขัดแย้ง ฉะนั้นผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการดูแลป้องกัน ปกป้องและแนะนำให้สามารถจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสมก่อนที่ความขัดแย้งนี้จะกลายเป็นความรุนแรงในคู่สมรส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการปฐมภูมิ ที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้จากการดูแลอย่างเข้าอกเข้าใจ จนทำให้ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยเรื่องในครอบครัวก่อนที่ความขัดแย้งนั้นจะนำไปสู่ความรุนแรง และพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งที่นำไปสู่การเผชิญหน้าและมีการตอบโต้ซึ่งกันและกันทำให้เกิดการบาดเจ็บ นั้นย่อมแสดงถึงการจัดการความขัดแย้งนี้ยังไม่เหมาะสมและผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการบริการและต้องการคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากผู้ป่วย ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากหน่วยจัดการความรู้เรื่องความรุนแรงในครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วาสนา อิ่มเอม, และ อูษา เลิศศรีสันต์. (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับ สุขภาพผู้หญิง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิผู้หญิง.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2548). *กระบวนการยุติธรรมเชิง สมานฉันท์ การเยียวยาความรุนแรงในครอบครัว*. Retrieved 25 พฤษภาคม 2553, from มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน Website: <http://www.midnightuniv.org/midnight2545/document9686.html>
- ชฎานิน ปรัชญาสุรณ. (2553). *ปัจจัยการจัดการบริหารความ ชัดแย้ง*. Retrieved 25 พฤษภาคม 2553, from Website: http://www.icundv.com/vesak2010/sites/default/files/ThaiDesk/documents/rev2/3_7.pdf
- อุมาพร ตรีคสมบัติ. (2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่ สมรส*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาคอรัว.
- Burge, S. D., Schneider, F. D., Ivy, L., & Catala, S. (2005). Patient's advice to physicians about intervening in family conflict. *Annals of Family Medicine, 3*, 248-254.
- Butler, M. H., Gardner B. C., & Bird M. H. (1998). Not just a time-out: Change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations. *Family Process, 37*, 451-78.
- Capaldi, D. M., & Crosby, L. (1997). Observed and reported psychological and physical aggression in young at risk couples. *Social Development, 6*, 184-206.
- Chamberlain, L., & Perham-Hester K. A. (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health, 35*, 55-69.
- Chesla, C. A., Fisher, L., Skaff, M. A., Mullan, J. T., Gillis, C. L., & Kanter, R. (2003). Family predictors of disease management over one year in Latino and European American patients with type 2 diabetes. *Family Process, 42*, 375-390.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine, 9*, 451-457.
- Danielson, K. K., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 131-133.
- Elliott, B. A., & Johnson, M. M. (1995). Domestic violence in a primary care setting: Patterns and prevalence. *Archives of Family Medicine, 4*, 113-119.
- Gin, N. E., Rucker, L., Frayne, S., Cygan, R., & Hubbell, F. A. (1991). Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *Journal of General Internal Medicine, 6*, 317-322.
- Hamberger, L. K., Saunders, D. G., & Hovey, M. (1992). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine, 24*, 283-287.
- Hurtado, F., Ciscar, C., & Rubio, M. (2004). Conflict in couples as a variable associated with gender violence against women: Consequences on sexual and mental health. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*, 49-64. (English abstract)
- Kiecolt-Glaser, J. K., Newton, T., Cacioppo, J. T., Mac Callum, R. C., Glaser, R., & Malarkey, B. (1996). Marital conflict and endocrine function: Are men really more physiologically affected than women? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 324-332.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., & DeChant, H. K., et al. (1995). The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine, 123*, 737-746.
- Proverb. (2003) Retrieved October 19, 2009, from Web site: <http://www.thailandcentral.se/Elangpro.html>.
- Prueksaritanond, S., Tubtimtes, S., Pumphopol, T., Prueksaritanond, S., & Bhatanaprabhabhan D. (in press). Prevalence and consequences of spouse conflict in primary care. Manuscript, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการความขัดแย้งกับการบาดเจ็บของคู่สมรสในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว

- Rath, G. D., Jarratt, L. G., & Leonardson, G. (1989). Rates of domestic violence against adult women by men partners. *Journal of the American Board Family Practice*, 2, 227-233.
- Roberts, G. L., Williams, G. M., Lawrence, J. M., & Raphael, B. (1998). How does domestic violence affect women's mental health? *Women & Health*, 28, 117-129.
- Schaefer, J., Caetano, R., & Clark, C. L. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 88, 1702-1704.
- Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? *Journal of Marital & Family Therapy*, 33, 270-283.
- Soubhi, H., Fortin, M., & Hudon, C. (2006). Perceived conflict in the couple and chronic illness management: Preliminary analyses from the Quebec health survey. *BMC Family Practice*, 7, 59.
- Straus, M. A. & Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and Family*, 48, 465-479.
- Teske, R. & Parker, M. (1983). *Spouse abuse in Texas: A study of women's attitudes and experiences*. Houston, Tx: Criminal Justice Center, Sam Houston State University.
- Xiao, X., Fengchuan, Z., O'Campo, P., Koenig, M. A., Mock, V. & Campbell, J. (2005). Prevalence and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health*, 95, 78-85.

The Association between Conflict Management Behaviors and Injuries of the Couples in Outpatients of the Family Medicine Clinic

Saisunee Tubtimtes* M.S. (Public Health), Ph.D. (Population Education)

Somjit Prueksaritanond** M.D., M.Sc., Diploma (Family Medicine)

Taratip Pumkompol*** B.Sc. (Nursing), M.Ed.

Abstract: Couple conflict is a common problem in Thai families and it has impact on quality of life. The purpose of this study was to examine the relationship between conflict management behavior and injury of the couples in outpatients of a Family Medicine Clinic. This survey was conducted in 272 outpatients of the Family Medicine Clinic, Ramathibodi Hospital who had couple conflict. The data were analyzed using percentage, Chi-square, and Odds Ratio and Logistic Regression. Findings revealed that 91.91% of the sample used problem-oriented coping such as accepting each other's ideas, and problem-solving discussion. Men used this coping behavior more than did women (97.70% and 89.10%, respectively). There was no association between injury and problem-oriented coping. Emotional-oriented coping was also used such as avoiding (62.50%), ignoring (43.38%) and praying (38.24%). Men and women had no significant difference in emotional-oriented coping behaviors, except crying, family consultation, and denying the allegation. Both coping behaviors of attacking and beating with or without weapons were significantly associated with injuries. There were 14 of 272 subjects injured during the previous year. In brief, although the couple conflict could not be avoided, the violence should be prevented if they use effective coping methods. More than half of the sample had couple conflicts. It would be contributed to violence if they cope by confrontation and attacking methods. Findings indicate that most of the couples in conflict need counseling services and assistance from a conflict consultant.

Keywords: Conflict Management Behaviors, Couple conflict, Injuries of couples, Outpatients, Family Medicine Clinic

*Researcher, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rasps@mahidol.ac.th

***Professional Nurse, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University