

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวม ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์ สมมติฐาน และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. การกระทำรุนแรงในครอบครัว
2. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว
3. บทบาทของแพทย์และพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว
5. แนวความคิดเกี่ยวกับเพศ

การกระทำรุนแรงในครอบครัว

ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัว

การกระทำรุนแรงในครอบครัว นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาครอบครัวแตกแยก และนำมาซึ่งปัญหาสังคมอีกมากมายแล้ว ยังเป็นมรดกถ่ายทอดไปยังลูกหลานต่อไปในอนาคตอย่างไม่รู้จบอีกด้วย และปัจจุบันแนวโน้มของปัญหายังคงเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก และลักษณะการทำร้ายรุนแรงและหลากหลายมากขึ้น มีผู้ให้ความหมายที่สอดคล้องกันดังนี้

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่ง, คณะอนุกรรมการการศึกษา อาชีพ และวัฒนธรรม (2539) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง การทำร้ายกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้บาดเจ็บทางร่างกาย และข่มขืนใจให้อีกฝ่ายหนึ่งกระทำในสิ่งที่เขาไม่ปรารถนา ระดับการกระทำรุนแรงนั้นแตกต่างกันตั้งแต่การทะเลาะโต้เถียงกัน การทำร้ายร่างกายด้วยอวัยวะหรืออาวุธไปจนถึงการทำลายชีวิตหรือทำลายพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคล อาทิการกระทำหรือละเลยที่เป็นข้อบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของสามี ภรรยา และ/หรือ บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม

ปรีชา อุบโยคิน (2538) กล่าวว่า การกระทำรุนแรงในครอบครัว (Family Violence) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสมาชิกในครอบครัวโดยความจงใจ เป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลในทางลบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลต่อการรับรู้ความเป็นมนุษย์ และต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

The American Association of Colleges of Nursing (2000) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง การกระทำรุนแรงโดยตรงทั้งทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางด้านอารมณ์และจิตใจ ต่อผู้ชาย ผู้หญิง เด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดขึ้นในครอบครัวโดยบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะกินอยู่ร่วมกันหรือไม่ก็ตาม

แคมป์เบล และฮัมเพรย์ (Campbell & Humphreys, 1989) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง การกระทำรุนแรงต่อร่างกาย อารมณ์จิตใจ เพศ เศรษฐกิจการเงิน และการทอดทิ้ง โดยผู้ถูกกระทำคือ เด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ

คลาร์ก (Clark, 1992) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง สมาชิกคนใด คนหนึ่งในครอบครัวตั้งใจทำร้ายร่างกาย และจิตใจสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

ฟอร์แมน และดัลลอส (Foreman & Dallos, 1993) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยผู้ชายเป็นผู้กระทำต่อผู้หญิงในครอบครัว หรือผู้หญิงเป็นผู้กระทำต่อผู้ชายในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเพศ ทำให้ขาดประสิทธิภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997b) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่า หมายถึง การกระทำรุนแรงทั้งทางร่างกาย อารมณ์หรือจิตใจ เพศ และการทอดทิ้ง ต่อเด็ก ผู้ชาย ผู้หญิง หรือผู้สูงอายุในครอบครัวโดยบุคคลในครอบครัว

สรุปการกระทำรุนแรงในครอบครัวหมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามที่สมาชิกในครอบครัวกระทำต่อกันและมีผลทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ และทางเพศทั้งโดยใช้อาวุธหรือไม่ใช้อาวุธ ซึ่งการกระทำเหล่านี้มีสาเหตุปัจจัยมาจากหลาย ๆ ปัจจัย

ประเภทของการกระทำรุนแรงในครอบครัว

คลาร์ก (Clark, 1992) ได้แบ่งการกระทำรุนแรงในครอบครัวตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. การกระทำรุนแรงต่อเด็ก
2. การกระทำรุนแรงต่อคู่สมรส
3. การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

1. การกระทำรุนแรงต่อเด็ก

ความหมาย

การกระทำรุนแรงต่อเด็ก หมายถึง การทำอันตรายใด ๆ ต่อร่างกาย และจิตใจของเด็ก การทำร้ายทางเพศหรือทอดทิ้งเด็ก อันก่อให้เกิดอันตราย หรือคุกคามต่อสุขภาพ หรือสวัสดิภาพของเด็ก ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการทอดทิ้ง การกระทำรุนแรงทางกาย การกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ และการกระทำรุนแรงทางเพศ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทอดทิ้งเด็ก หมายถึง การที่เด็กไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นต่อภาวะสุขภาพ และพัฒนาการเด็ก เป็นการไม่เอาใจใส่ทางด้านร่างกาย และจิตใจ จากการกระทำของบิดา-มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก การทอดทิ้งเด็ก มีเกิดขึ้นบ่อย ๆ มีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมแบบอื่น ๆ ลักษณะเด็กที่ถูกทอดทิ้งทางกาย เช่น เด็กถูกปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานาน หรือทอดทิ้งไปเลย ไม่มีใครดูแล หรืออยู่ในความดูแลของบุคคลที่มีอายุน้อย หรือสุขภาพเกินกว่าที่จะให้การดูแลป้องกันเด็กได้

การกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือพัฒนาการของเด็ก (Warner, 1990)

การกระทำรุนแรงด้านจิตใจ หมายถึง การค่อย ๆ ทำลายความมั่นใจและความเคารพในตนเองของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง (Clark, 1992) แต่จะตรวจพบได้ยากกว่าการถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย

การกระทำรุนแรงทางเพศ หมายถึง การกระทำใด ๆ ของผู้ใหญ่ต่อเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งได้แก่ การเปลือย การใช้มือสัมผัส การกระดุนหรือการมีเพศสัมพันธ์ (Blumberg, 1984 cited in Warner, 1990) ส่วนคลาร์ก (Clark, 1992) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ทั้งด้านกิจกรรมทางเพศ การแสวงหาผลประโยชน์จากเด็ก รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก นอกจากนั้นบลัมเบิร์ก (Blumberg, 1984 cited in Warner, 1990) ยังได้ระบุถึงรูปแบบของการกระทำรุนแรงต่อเด็กทางเพศในเด็กวัยต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในเด็กวัยทารกเตาะแตะมักเป็นการกระดุนอวัยวะเพศ ในเด็กวัยเรียนมักถูกใช้นิ้วมือสัมผัสหรือกระดุนอวัยวะเพศ ในเด็กสาวหรือวัยรุ่นมักถูกมีเพศสัมพันธ์ และในเด็กชายมักถูกทำร้ายโดยเพศเดียวกัน และพบว่าเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศจะมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ คือ มีความสัมพันธ์กับเพื่อนน้อย ถดถอย ก้าวร้าวติดยา ดินหรือนั่งลำบาก หรือมีการให้บริการทางเพศ (Warner, 1990)

สาเหตุของการกระทำรุนแรงต่อเด็ก

เชื่อว่า เป็นเพราะความผูกพันระหว่างเด็กและพ่อแม่ที่ไม่ดี เลี้ยงดูลูกไม่ดี ไม่มีความผูกพันและมักจะเฉยเมยต่อเด็ก แต่ถ้าพ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กค่อนข้างดี มีความผูกพันต่อกันอย่างมั่นคงและตอบสนองต่อลูกอย่างเหมาะสม จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงจะเกิดการทารุณเด็ก ผลการศึกษาชี้ว่าความสัมพันธ์ที่เหมาะสมในครอบครัวเปรียบเสมือนเบาะกันกระแทกคือ เป็น ตัวลดผลกระทบอันรุนแรงของความเครียด และทำให้อโอกาสเกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัวลดลง ดังนั้นสิ่งสำคัญในการบำบัดและป้องกันการกระทำรุนแรงในครอบครัว คือ การช่วยให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Browne, 1995 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคมบัติ, 2543) ความยากจนก็เป็นเงื่อนไขให้เกิดการกดขี่ข่มเหง การบังคับ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งของการกระทำรุนแรง จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีแนวโน้มต่อการถูกกระทำรุนแรงสูง คือ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือยากจนนั่นเอง (เบญจพร ปัญญา, อินทิรา พัวสกุล, และรสสุคนธ์ สุปัญญา, 2542 ; พรฤดี นิธิรัตน์, 2540) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบว่าทุกปีจะมีเด็ก 1 ใน 5,000 - 10,000 ราย ที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากการกระทำรุนแรงทางร่างกาย และ 1 ใน 180 - 1,000 ราย ที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย แล้วถูกนำมาส่งที่สถานสงเคราะห์

ผลกระทบต่อเด็ก

เด็กซึ่งเป็นความหวังและเป็นอนาคตของการพัฒนาประเทศได้ถูกทำร้ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลจากพ่อแม่ ผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่เด่นชัด คือ มีความวิตกกังวล เศร้า รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า คิดฆ่าตัวตายหรือต้องการฆ่าตัวตาย และยังแสดงปัญหาด้านพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม ขาดสมาธิ พฤติกรรมถดถอย พัฒนาการทางเพศผิดปกติ ปัญหาด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและด้านการเรียน (สุพัตร์ เวศมวิบูลย์, 2539) สิ่งเหล่านี้ได้ฝากรอยมลทินไว้ให้แก่เด็ก ซึ่งไม่สามารถลบเลือนไปจากความทรงจำของเด็กได้ มีผลต่อการพัฒนาทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อาจเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่จดจำการกระทำรุนแรงและใช้ความรุนแรงกับครอบครัวของตนเองต่อไป โดยมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ความคิดนี้สนับสนุนโดยแบนดูรา (Bandura, 1973 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคมบัติ, 2543) เชื่อว่าผลของการกระทำรุนแรงมาจากการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เด็กสามารถเรียนรู้รูปแบบของการกระทำรุนแรงและความก้าวร้าวได้จากสมาชิกในครอบครัว โทรศัพท์ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนผลกระทบทางอ้อมคือ เด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศมักจะมีปัญหาสุขภาพจิต มีอาการกลัวหวาดผวา ไม่ไว้วางใจคน ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมล่าช้า บางคนเกิดความป่วนแปรกลายเป็นเด็กก้าวร้าว และพฤติกรรมทางเพศ

ไม่เหมาะสม (เบญจพร ปัญญาฯ และคณะ, 2542) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี เมื่อโตขึ้นอาจกลายเป็นอาชญากรและเป็นผู้ใช้ความรุนแรงต่อไป จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 17 ของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายเคยถูกพ่อแม่ลงโทษอย่างรุนแรง เช่น ตะบอง หรือตีจนมีบาดแผลตามร่างกาย และพ่อแม่ของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายนั้นมีการทุบตีกันเป็นประจำถึงร้อยละ 21 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ วชิระ ลาภบุญทรัพย์, 2536) และจากการศึกษาในเด็กที่ถูกส่งเกินทางเพศพบว่าร้อยละ 50 ถูกคนในครอบครัวล่วงเกิน โดยเฉพาะพ่อและพ่อเลี้ยง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ วชิระ ลาภบุญทรัพย์, 2536) บางรายจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ และพยายามที่จะทำกับคนอื่นอย่างที่ไม่ถูกกระทำ

2. การกระทำรุนแรงต่อคู่สมรส

ความหมาย

การกระทำรุนแรงต่อคู่สมรส หมายถึง การใช้ความก้าวร้าวที่รุนแรง หรือไม่รุนแรง ระหว่างคู่สมรสที่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม (Clark, 1992) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการกระทำรุนแรงทางกาย การกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ และการกระทำรุนแรงทางเพศ โดยผู้ถูกกระทำส่วนมากเป็นผู้หญิง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การกระทำรุนแรงด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การตี ตบ ตะบอง เป็นต้น หรือการถือวิสาสะจับมือถือแขน การกอดรัด จับก้น จับหน้าอก จากการสำรวจในสังคมไทยพบว่า ผู้หญิงรู้สึกว่าการถือวิสาสะจับมือถือแขนเป็นการกระทำรุนแรงด้านร่างกายมากกว่าผู้ชายเกือบถึง 2 เท่า ในขณะที่ทั้งชายและหญิงเห็นว่าการถูกจับก้น จับหน้าอกเป็นการกระทำรุนแรงด้านร่างกายในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (ปวีณา หงสกุล, 2542)

การกระทำรุนแรงด้านจิตใจหรืออารมณ์ หมายถึง การวิจารณ์รูปร่าง ถูกด่าว่า ไม่ได้รับความนับถือ ภาพโป๊ การมองด้วยสายตาหยาบคาย เป่าปาก ถ่มมูม ไขว่ของลับ พุดลวนลาม ไทรศัพทลามก จากการสำรวจในสังคมไทยพบว่า ผู้หญิงมีความรู้สึกที่ไม่ดีมาก ในเรื่องของการถูกวิจารณ์รูปร่างหน้าตา การถูกด่าว่า ไม่ได้รับความนับถือ และการถูกมองด้วยสายตาหยาบคาย ส่วนผู้ชายมองว่าไม่ได้เป็นการกระทำรุนแรงด้านอารมณ์ (ปวีณา หงสกุล, 2542 ; พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2542)

การกระทำรุนแรงทางเพศ หมายถึง การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยคู่สมรสไม่เต็มใจ หรือการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ขณะนัดพบกับชาย (date rape) การถูกบังคับขายตัว ข่มขืนและฆ่า และการข่มขืน จากการสำรวจในสังคมไทยพบว่า ผู้หญิงมีความรู้สึกว่าการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ขณะนัดพบกับชาย (date rape) การถูกบังคับข่มขืนและฆ่า เป็นการกระทำรุนแรงทางเพศ ในขณะที่ผู้ชายไม่รู้สึกว่าการกระทำดังกล่าวข้างต้นเป็นการกระทำรุนแรงทางเพศ แต่

ผู้ชายให้ความสำคัญกับการชมเชยว่าเป็นการกระทำรุนแรงทางเพศเพียงกรณีเดียว (ปวีณา หงสกุล, 2542)

สาเหตุของการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิง

เนื่องจากผู้ชายเชื่อว่า ตนมีอำนาจที่จะกระทำรุนแรงกับผู้หญิง ซึ่งอยู่ในฐานะภรรยาที่ต้องยอมจำนนได้ และจากงานวิจัยของดนยา ณะอุดม (2539) และ ศิริเพชร ศิริวัฒนา (2538) พบว่า Alcohol มีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ชาย เพราะเป็นผลด้านลบกับกระบวนการรับรู้ แต่การกระทำรุนแรงที่ปรากฏบ่อยครั้งไม่ได้เกิดจากผลของ Alcohol แต่ผู้ชายมักใช้เป็นข้อแก้ตัวในสิ่งที่ทำไปโดยไม่มีเหตุผลอันควร จากการศึกษาของโชติมา กาญจนกุล (2539) พบว่าผู้หญิงที่มีคู่ประมาณครึ่งหนึ่งถูกทำร้ายร่างกายจากคู่ของตน ซึ่งมีปัจจัยมาจากรายได้ไม่เพียงพอ สามีดื่ม - ดิดสุรา ดิดยาเสพติด ดิดการพนัน ขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีอารมณ์โกรธไม่ให้อภัย และมีประวัติอาการทางจิต (ศิริเพชร ศิริวัฒนา, 2538) นอกจากนี้ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมไทยที่ยังให้อำนาจและสิทธิผู้ชายเหนือผู้หญิง หรือความเป็นใหญ่ของผู้ชายในสังคมที่จะทำร้ายทุบตี บังคับขู่เข็ญ หรือทำอะไรต่อผู้ที่อยู่ใต้อำนาจก็ได้ จากทฤษฎีจิตวิทยาส่วนบุคคลเชื่อว่า การกระทำของผู้ชายที่กระทำต่อบุตรและภรรยาของเขา นั้นมาจากความโกรธ เจตนาทำร้าย ซึ่งมีอยู่ในนิสัยเดิมของผู้ชาย (Campbell, & Humphreys, 1993) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้หญิงถูกทำร้ายร่างกายในบ้านทุก 9 วินาที และมีถึง 4000 คน/ปี ที่เสียชีวิตจากการถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งถือว่าการฆาตกรรมที่ปกติธรรมดาตามาก การกระทำรุนแรงในครอบครัวค่อย ๆ เกิดและเพิ่มจำนวนมากขึ้น จึงควรมีการลดความขัดแย้งหรือความแตกแยกในครอบครัว เพิ่มความปลอดภัย รวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ และการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Wyzynski, 2000) จากสถิติปี 2542 มีเด็กผู้หญิงและผู้หญิงถูกนำมาขายเป็นหญิงบริการที่ทางมูลนิธิปวีณาได้ช่วยเหลือไว้ได้มีจำนวนทั้งหมด 103 ราย และในปี 2543 ที่ผ่านมาเพียงครึ่งปีมีจำนวนถึง 30 รายแล้ว ส่วนมากจะเป็นเด็กและผู้หญิงต่างจังหวัดที่เข้ามาเผชิญโชคเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว แล้วถูกล่อลวงให้ขายบริการบางคนก็ถูกส่งไปขายถึงต่างประเทศ และนับวันสถิตินี้จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วง (ปวีณา หงสกุล, สัมภาษณ์, 20 พฤศจิกายน 2543) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบว่าร้อยละ 10 – 50 ของ ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายผู้กระทำส่วนใหญ่อคือ สามีหรือคู่วัยของเธอ และจากการศึกษาประชากรทั่วไปพบว่าร้อยละ 12 – 25 ของผู้หญิงเคยมีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงทางเพศมาก่อน

ผลกระทบต่อผู้หญิง

ผู้หญิงเป็นที่คาดหวังของสังคมให้มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูสั่งสอนบุตร - ธิดา แต่เมื่อผู้ให้กลายเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงในครอบครัว การดำเนินบทบาทของแม่ย่อมบกพร่องที่จะ

อบรมดูแลสมาชิกในครอบครัวให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง เกิดความกดดันในชีวิตครอบครัวและการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น ท้อแท้ต่อชีวิต ทำให้คุณภาพการดำเนินชีวิตในครอบครัวเสื่อมลง ผลกระทบทางอ้อม คือ ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายและเพศ จะได้รับบาดเจ็บ บางรายพิการหรือถึงแก่ชีวิต อาจเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ไม่ต้องการตั้งครรภ์นำไปสู่ปัญหาการทำแท้งหรือมีบุตรโดยไม่พร้อม กลายเป็นปัญหาสังคม อาจมีการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคทางนรีเวช ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในขณะนี้ และมีผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ สูญเสียความมั่นใจ อับอาย ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวสังคมไม่ยอมรับ มีความกดดัน เครียด หวาดผวา คิดว่าตัวเองเป็นผู้ผิด ลงโทษตัวเองว่ามีบาปเคราะห์กรรม มีพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ และพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ เช่น การดื่มสุรา เสพยาเสพติด สูบบุหรี่ เชื้อยชา อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคความเจ็บปวดเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับลำไส้และกระเพาะ และที่สำคัญคือ คิดว่าตัวเองเสียคุณค่าความเป็นมนุษย์ บางรายพบอาการผิดปกติทางจิตเสียดสี ถ้าถูกกระทำซ้ำ ๆ หรือถูกกระทำอย่างรุนแรง

3. การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ความหมาย

การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ หมายถึง การทอดทิ้ง การทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ การละเมิดทางเพศ การเพิกเฉยต่อผู้สูงอายุ ที่ก่อให้เกิดหรือมีแนวโน้มก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุได้ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในครอบครัวหรือสถานต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากการกระทำของสมาชิกภายในครอบครัว (Foreman & Dallos, 1993 ; WHO, 2001) มีดังนี้

1. การกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย (physical abuse) เป็นการทำร้ายผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้ได้รับบาดเจ็บ (injuries) เจ็บปวด (physical pain) ที่พบบ่อยคือ การตบหน้าทุบตี การผูกมัด การใช้ยาจำนวนมากเกินไป
2. การกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจ (psychological abuse) เป็นการใช้พฤติกรรมต่าง ๆ แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เช่น คำพูดที่ก้าวร้าว ดำรงไม่ให้เกียรติ แสดงท่าทางดูถูก ละเลย ไม่สนใจ ซึ่งมักเกิดร่วมกับการกระทำทารุณกรรมประเภทอื่น
3. การกระทำรุนแรงทางเพศ (sexual abuse) คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการยินยอมจากอีกฝ่ายหนึ่ง
4. การกระทำรุนแรงทางทรัพย์สินและวัตถุ (material abuse) เป็นการแสดงเจตนาต้องการประโยชน์จากทรัพย์สินเงินทอง หรือใช้ทรัพย์สินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง การนำเงินไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือการเข้าครอบครองสมบัติ รวมถึงการปลอมแปลงเอกสารต่าง ๆ

5. การถูกล้ำสิทธิของผู้สูงอายุ (violation abuse) เป็นการทำร้ายผู้สูงอายุอีกประเภทหนึ่ง เช่น การบังคับให้ผู้สูงอายุกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ การส่งผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น เกิดการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความอิสระทางด้านร่างกายและจิตใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย ขาดโอกาสในการตัดสินใจเลือกและวางแผนการรักษา

6. การทำร้ายตนเอง (self – abuse) เช่น การปฏิเสธการดูแล การช่วยเหลือใด ๆ การไม่รับประทานอาหารเช้า สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มในการคิดฆ่าตัวตาย

7. การเพิกเฉย (abandonment) การที่ผู้ให้การดูแลเพิกเฉยต่อการดูแลที่จำเป็น

8. การทอดทิ้งผู้สูงอายุ มีดังนี้

8.1 ทางด้านร่างกาย (physical neglect) การปล่อยปละละเลยในเรื่องเครื่องนุ่งห่ม การเคลื่อนไหว ความสะอาด ความปลอดภัยซึ่งอาจจะไม่ได้ดูแลเอาใจใส่หรือปฏิเสธไม่ให้การดูแล (Delayed or Denied)

8.2 ด้านการแพทย์ (medical neglect) ไม่พาไปตรวจรักษาโดยอ้างว่าเป็นอาการปกติ อันเนื่องมาจากวัยของผู้สูงอายุเอง มักพบร่วมกับการละเมิดสิทธิด้านร่างกาย

8.3 ด้านอารมณ์ และจิตใจ (emotional neglect) เช่น การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ตะโกน หรือพูดเสียงดังมากเกินไป การปล่อยให้ได้รับกลิ่นและเสียงที่ผู้สูงอายุไม่ชอบใจ

การทอดทิ้งผู้สูงอายุมี 2 ประเภท คือ

1. การทอดทิ้งที่ตั้งใจปฏิเสธ ไม่ให้การดูแล หรือดูแลไม่ดี เช่น ไม่จัดหา น้ำ อาหาร ยา ให้รับประทาน ให้สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

2. การทอดทิ้งที่ไม่ได้ตั้งใจ แต่พฤติกรรมของผู้ดูแลมีผลต่อร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก เช่น การลืมในสิ่งที่ผู้สูงอายุขอร้องให้ทำ ให้ การจัดเตรียมอาหารที่ไม่ถูกโรค หรือไม่ถูกส่วน เป็นต้น

สาเหตุของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศไทยจำนวนไม่น้อยที่ไม่รวย มีสุขภาพอ่อนแอ ต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานทั้งทางเศรษฐกิจ ทางกาย และทางจิตใจ เช่นเดียวกับเด็ก และผู้หญิง จึงมีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเกิดขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 2 จะถูกทำร้ายร่างกายแบบใดแบบหนึ่ง เช่น ถูกฉก ตบตี และเตะต่อย (Pillemer & Finkelhor, 1988 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2543) แต่สถิติการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุนี้น้อย เนื่องจากผู้สูงอายุรักสมาชิกในครอบครัว ลำบากใจในการยอมรับว่าบุตรเป็นผู้ทำร้าย หรือต้องพึ่งพา

ผู้ที่กระทำรุนแรงอยู่ ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว (อัจนรา สกุลตนิยม, 2543 ; Clark, 1992) กลัวถูกกระทำรุนแรงมากขึ้น กลัวถูกทอดทิ้ง รู้สึกละอาย รู้สึกว่าคล้ายกับที่เคยปฏิบัติกับลูกหลานของตน กลัวการสูญเสียหรือกลัวถูกกล่าวหาว่าเป็นคนโกหกถ้ามีการเปิดเผย (วัลภา วงศ์สารศรี, 2543) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุที่มีการเปิดเผยประมาณร้อยละ 5 ของทั้งหมดเท่านั้น (WHO, 2001) ยังมีผู้สูงอายุในสังคมไทยไม่น้อยเป็นเหยื่อที่ซ่อนเร้นอยู่ จากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40.9) มีสภาวะสุขภาพไม่ดี และมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 8 ที่มีเหตุจำเป็นเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ได้รับการรักษาจากที่ใดเลย

ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

ภาพของผู้สูงอายุไทยที่เคยเป็นที่นับถือ และเชื่อถือของบุคคลในสังคม เป็นผู้ให้เกื้อหนุนอย่างแก่ลูกหลาน เช่น ให้ชีวิต ให้ความรู้ในการเลี้ยงชีพ ให้ทรัพย์สิน ซึ่งแนววิถีชีวิตครอบครัวตัดสินใจซื้อพิพาทต่างๆ และบทบาทของผู้ถ่ายทอดวัฒนธรรมจากสมาชิก รุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง มีสถานภาพในสังคมค่อนข้างสูง เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่สร้างความภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ แต่บทบาทเหล่านี้จะหมดไป เมื่อผู้สูงอายุตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากลูกกระทำต่อพ่อแม่ผู้ชรา และมักปกปิดเป็นความลับ คลาร์ก Clark (1992) ได้กล่าวว่า การทอดทิ้งหรือการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจะมีผลกระทบ โดยทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและการเคลื่อนไหวที่จำกัด ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ข่าวในปัจจุบันพบว่ามีการกระทำรุนแรงทางเพศด้วย แสดงถึงความเสื่อมลงของจิตใจคนมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อจะมีผลกระทบทางจิตใจคือ อับอายหรือเสียชีวิตได้ เป็นต้น

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในระดับประเทศ มาตรการในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว โดยพยายามที่จะไม่ให้กระบวนการทางอาญา เว้นแต่เป็นกรณีที่ร้ายแรง โดยมีมาตรการคุ้มครองในลักษณะต่าง ๆ เช่น การขับไล่ผู้ทำร้าย การกำจัดการติดต่อกับเด็ก ตลอดจนการสั่งให้ผู้ทำร้ายเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้สามารถกลับมาอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข แต่มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นทางแพ่ง หรือทางอาญา เป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นในเรื่องการลงโทษผู้กระทำผิด เท่านั้น แต่ยังไม่มียกกฎหมายใดที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคอรัปชั่นอย่างแท้จริง (ต่อพงษ์ พงษ์เสรี, 2540)

ปัจจุบันรัฐบาลไทยมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ในการปรับปรุงกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง กฎหมายและ พ.ร.บ.สำคัญที่ควรนำมากล่าวถึงในที่นี้คือ

1. ประมวลกฎหมายอาญาในเรื่องการทำร้ายร่างกาย มาตรา 295 กำหนดว่า การทำร้ายร่างกายผู้อื่นอันเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายแก่กายถึงบาดเจ็บ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกิน สี่พันบาท และหากผู้ถูกกระทำได้รับอันตรายถึงสาหัส โทษจะสูงขึ้นอีกเป็นจำคุกไม่เกินเจ็ดปี (มาตรา 297) และหากถึงแก่ความตาย ก็จะมีโทษสูงขึ้นอีกตามลักษณะการกระทำว่าเป็นการฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อนโดยเจตนาหรือไม่เจตนา

2. พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์และเด็ก พ.ศ. 2539 ได้ปรับปรุงข้อกำหนดกฎหมายโดยการลงโทษแก่ผู้ค้าประเวณี ลงโทษชายผู้เกี่ยวข้องกับผู้ค้าประเวณีอายุต่ำกว่า 18 ปี และ ลงโทษเจ้าของกิจการ และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งลงโทษและถอนอำนาจผู้ปกครองที่ขายลูกและให้สิทธิแก่ผู้ค้าประเวณีที่อายุเกิน 18 ปี ในการตัดสินใจเข้าอบรมในสถานสงเคราะห์และมีกรอบอาชีพของรัฐหรือไม่ก็ได้ ฯลฯ

3. พ.ร.บ.มาตรการป้องกันและปราบปรามการค้าเด็กและผู้หญิง พ.ศ. 2540 ขยายความคุ้มครองเด็กชาย - เด็กหญิงที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี กำหนดลักษณะความผิดที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ไม่ว่าผู้หญิงและเด็กจะยินยอมหรือไม่ คุ้มครองสิทธิผู้เสียหายในการถูกกักตัว และการดำเนินการตามกฎหมาย ฯลฯ

4. พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 คุ้มครองแรงงานหญิงจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศในที่ทำงาน ฯลฯ

และที่สำคัญที่สุดคือ กฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ในประเด็นเรื่องการทำรุนแรง มาตราที่ 53 มีข้อความว่า “เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐบาลจากการกระทำรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม”

กฎหมายที่กล่าวมานี้มีผลบังคับใช้แล้ว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนในการผลักดันให้เกิดกฎหมายเกี่ยวกับภัยและการกระทำรุนแรงในครอบครัว ครอบคลุมลักษณะความผิดต่าง ๆ แผนงานด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม ควรมุ่งเน้นการออกกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้หญิงและเด็กที่อยู่ในภาวะเผชิญกับอันตรายจากการกระทำรุนแรง และหาหนทางที่จะหยุดยั้งการกระทำรุนแรงนั้น สำหรับกระบวนการยุติธรรมต้องใส่ใจต่อความต้องการของผู้เดือดร้อน เช่น การรับบันทึกแจ้งความประจำวันในกรณีการกระทำรุนแรงในครอบครัว การจัดห้องสอบสวนเฉพาะกรณีการล่วงละเมิดทางเพศ

สำหรับประมวลกฎหมายอาญาหลายมาตราที่มีการนำเสนอและยังไม่มีผลบังคับใช้ ควรได้รับการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อผู้ได้รับความเสียหาย และจากการทำงานอย่างต่อเนื่องขององค์กรเอกชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการประสานงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) สามารถผลักดันให้รัฐบาลเห็นด้วยกับการรณรงค์เพื่อยุติการกระทำรุนแรงในครอบครัวขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2541 โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ให้ความเห็นชอบมาตรการแก้ไขปัญหการกระทำรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง และเห็นชอบให้กำหนดเดือนพฤศจิกายนของทุกปีเป็นเดือนรณรงค์ยุติการกระทำรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง โดยมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรณรงค์เรื่องนี้ตามมาตราการตามที่ กสส. เสนอ และให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤติ

จากแนวนโยบายนี้ ในปี พ.ศ. 2542 กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประสานงานและสนับสนุนกระบวนการของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รวมตัวกันภายใต้ชื่อ “คณะทำงานพัฒนางานสังคมสงเคราะห์” ให้ระดมสมองเพื่อจัดให้เกิดบริการแก่กลุ่มเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาการกระทำรุนแรง สานต่อเจตนารมณ์การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤติทั่วประเทศ ขณะนี้โครงการกำลังดำเนินอยู่ในขั้นตอนเริ่มต้นการดำเนินการ มีตัวแทนอยู่ 92 โรงพยาบาลทั่วประเทศ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร ณ จุดเดียวแก่ผู้ประสบปัญหา (one stop service) (กฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธีรารัตน, 2543)

ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2543 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัตินโยบายและแผนบริหารจัดการรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงตามที่ กสส. เสนอมา ในแผนนี้ได้กล่าวถึงลักษณะการกระทำรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง ใน 3 พื้นที่ คือ การกระทำรุนแรงในครอบครัว การกระทำรุนแรงในโรงเรียนและสถาบันการศึกษา และการกระทำรุนแรงในสังคม ผลจากการมีนโยบายที่ชัดเจนดังกล่าว และแม้ว่าโครงการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤติได้รับการประกาศเป็นนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ โดยให้มีการปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งแล้ว แต่ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังมิได้มีการจัดตั้งศูนย์ดังกล่าว แต่ก็ส่งผลให้เกิดความคืบหน้าในการให้บริการจริงในพื้นที่บางแห่ง เช่น ในจังหวัดระยองพบว่าได้รับข้อมูลที่ยั้ถึงปัญหาการกระทำรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง ทำให้มองเห็นว่าควรวางแผนการทำงานเพื่อรับมือกับปัญหาอย่างไร ควรสร้างเครือข่ายการทำงานกับองค์กรอื่นอย่างไร (กฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธีรารัตน, 2543)

และในปัจจุบันรัฐบาลก็ยังคงสนับสนุนการรณรงค์เพื่อยุติการกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยมียุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อปกป้อง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2543)

1. รัฐต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมการคุ้มครองป้องกันเด็กและสตรีจากความรุนแรงทุกรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งในครอบครัวและสังคมโดยเน้นการพัฒนาคน ครอบครัว และสังคมให้มีสันติสุขและเสมอภาคระหว่างชายหญิง รวมทั้งแก้ไขกฎหมายต่างๆ ที่ส่งเสริมการคุ้มครองในเรื่องดังกล่าว

2. รัฐต้องช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง รวมทั้งสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการดูแลรักษา พื้นฟูร่างกายและจิตใจ การจัดที่พักชั่วคราว ด้านวิชาการ ด้านงบประมาณ รวมทั้งการดำเนินการทางกฎหมาย หากหน่วยงานดังกล่าวเพิกเฉย ควรมีมาตรการดำเนินการลงโทษ

3. รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกทุกคนในสังคม โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้สตรีมีบทบาทร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความรุนแรง ทั้งในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ

4. รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ บุคลากร และระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสวัสดิ์ครอบครัวอบอุ่น มั่นคง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาคความรุนแรง

5. รัฐต้องส่งเสริมให้มีการบูรณาการด้านการประสานงาน แผนงานและงบประมาณให้สอดคล้องกันในการป้องกัน และแก้ไขความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

6. รัฐต้องสนับสนุนให้ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

7. รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจ และจิตสำนึกในเรื่องสิทธิเด็ก สิทธิสตรี และสิทธิมนุษยชน และร่วมกันขจัดปัญหาคความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

จะเห็นว่าขบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวนั้นยังดำเนินต่อไป และยังได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ ของรัฐ ถึงแม้ว่าในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่สามารถทำได้อย่างจริงจัง เนื่องจากโรงพยาบาลขาดการเตรียมพร้อมและบุคลากรหรือผู้ที่ปฏิบัติไม่เข้าใจปัญหา ขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการกระทำรุนแรงในครอบครัว อีกทั้งยังมีอุปสรรคในการดำเนินงาน เนื่องจากขาดการประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การปฏิบัติทำได้เพียงบางส่วนเท่านั้น (กฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธีรารัตน, 2543)

บทบาทของแพทย์และพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997b) กล่าวว่า การกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ด้วยเหตุผล 3 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดทรมาน และความเจ็บป่วยที่ไม่ควรเกิดกับเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 20 ในหลาย ๆ ประเทศ)

ประการที่ 2 การกระทำรุนแรงในครอบครัวมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น ความปลอดภัยของเด็กและผู้หญิง การวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อ HIV

ประการที่ 3 บุคลากรสาธารณสุข คือ บุคคลที่สำคัญ สำหรับเหยื่อของการกระทำรุนแรงจำนวนมากที่พวกเขาจะต้องติดต่อขอรับบริการหรือขอความช่วยเหลือ

ดังนั้นแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่จะต้องให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรง เนื่องจากเหยื่อที่ถูกกระทำรุนแรงจนเกิดการบาดเจ็บ จะไปรับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานทางสุขภาพหลายแห่ง เช่น คลินิก ศูนย์สาธารณสุข แผนกสูติ-นรีเวช หน่วยงานที่ผู้ถูกกระทำไปรักษามากที่สุดคือ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญโดยตรงของแพทย์ และพยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องประเมินปัญหาผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ของบุคคลที่ถูกกระทำ แล้วมาโรงพยาบาล จะมีอาการบาดเจ็บทางกายในระดับต่าง ๆ กัน ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงบาดเจ็บรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต บางรายอาจจะได้รับบาดเจ็บจนหมดสติ ในรายที่ยังรู้สึกตัวดีอาจมีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ร่วมด้วย โดยเฉพาะเหยื่อจากการข่มขืน ดังนั้นเป้าหมายของการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับบุคคลเหล่านี้คือ

1. แก้ปัญหาการบาดเจ็บทางการที่คุกคามชีวิตขณะนั้น
2. ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ของผู้ป่วย

สำหรับบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาบุคคลที่เป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงนอกเหนือจากการช่วยชีวิต จะต้องคำนึงไว้เสมอว่า บุคคลทุกคนมีโอกาสถูกทำร้ายได้เสมอ (Smeltzer & Bare, 1992 ; WHO, 1997b ; Heise et al., 1999) แพทย์และพยาบาลสามารถช่วยลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้โดย

1. การบ่งชี้ (Identify) ผู้ป่วยที่ประสบกับปัญหาการกระทำรุนแรง โดย

1.1 การประเมินสภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลของการกระทำรุนแรงโดยตั้งคำถามเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในผู้ป่วยทุกคนพร้อมทั้งสำรวจร่องรอยของการถูกทำร้าย (Smeltzer & Bare, 1992) ความยากลำบากของการประเมินผู้ป่วยจะอยู่ที่ผู้ให้การรักษายาบาลมักจะไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริงของสาเหตุที่เกิดการบาดเจ็บเพราะผู้ถูกทำร้ายมักจะปิดบัง ดังนั้นการตั้งคำถามอย่างมีทักษะของผู้ให้บริการจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่สงสัยว่าถูกทำร้าย เช่น ผู้หญิงที่ถูกสามีหรือคู่อักทำร้ายร่างกาย สังเกตได้จากการให้ประวัติสาเหตุของการบาดเจ็บไม่ตรงกับบาดแผลที่ได้รับ ไม่ยอมสมมติให้ผู้ให้บริการ ทั้งช่วงเวลาหลังเกิดเหตุหลายวัน จึงมาขอรับการรักษาเมื่อมีประวัติมาขอรับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินบ่อย ๆ มีอาการทางจิตหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือสังเกตรูปแบบ (Pattern of injury) ของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น การกระทำรุนแรงจากครอบครัว อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมักจะเป็นส่วนกลางลำตัว เช่น หน้า คอ ออก เต้านม ท้อง และอวัยวะเพศ (McCoy, 1996 ; Chescheir, 1996) การซักประวัติอย่างระมัดระวังจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สามารถคัดกรองผู้ป่วย และการเข้าไปช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นในเบื้องต้นได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการแสดงพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่เต็มไปด้วยการช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจและเข้าใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยและเป็นผลดีต่อการส่งต่อไปยังหน่วยบริการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมได้ (ปิยะวาท เกสมาส, 2539)

1.2 บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติต่าง ๆ ผลการตรวจร่างกาย ตำแหน่งของการบาดเจ็บและร่องรอยต่าง ๆ อย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะผู้ที่ทำร้ายทางเพศ เพราะการบันทึกเหล่านี้จะเป็นเอกสารสำคัญทางกฎหมายที่ใช้ประกอบรูปคดี ผลการตรวจของแพทย์ถือว่าเป็นหลักฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง สิ่งที่ต้องสอบถามจากผู้ป่วยเพื่อบันทึกไว้เป็นหลักฐานควรประกอบด้วย

1.2.1 ระยะเวลาและความถี่ของการถูกทำร้าย

1.2.2 ชนิดของการกระทำรุนแรง หรือการกระทำทารุณที่เกิดขึ้นว่าเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ ทรัพย์สิน หรือการใช้อาวุธทำร้าย

1.2.3 ลักษณะ และตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ อาจใช้เป็นการอธิบายใช้รูปภาพ หรือเป็นแผนภูมิภาพประกอบ

1.2.4 ช่วงเวลาที่ถูกทำร้าย

1.2.5 มีการใช้สารเสพติด หรือยาระหว่างผู้กระทำหรือเหยื่อหรือไม่

169970

906.87
00610
0

1.2.6 สถานที่ที่มักพบผู้กระทำเป็นประจำ

1.2.7 สถานที่และความปลอดภัยของเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ (ในกรณีที่มีเด็กอยู่ด้วย)

1.2.8 ชนิดของบริการที่ต้องการ เช่น ที่พักพิง ตำรวจ กฎหมาย

1.2.9 กระบวนการส่งต่อที่ผ่านมา

2. การให้คำแนะนำ (Educate) และให้การช่วยเหลือ (Support)

แพทย์และพยาบาล อาจมีเวลาพบเจอผู้ถูกทำร้ายในระยะเวลานั้น ๆ แต่สิ่งสำคัญคือ จะต้องช่วยให้คนเหล่านั้นได้รับรู้ว่าเธอหรือเขาไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหา หรือสถานการณ์นั้นคนเดียว ซึ่งเป็นการแสดงความพยายามที่จะช่วยเหลือเมื่อผู้ถูกทำร้ายพร้อมที่จะรับการช่วยเหลือ ผู้ให้บริการมีหน้าที่ที่จะทำให้คนเหล่านี้รู้สึกได้ว่า เธอหรือเขามีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และได้รับการยอมรับ พร้อมทั้งสามารถให้ข้อมูลข่าวสารที่ต้องการ เช่น องค์การที่ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านสังคม และด้านกฎหมาย และในกรณีที่ถูกทำร้ายทางเพศ บุคลากรจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย ตำรวจ และพร้อมที่จะปกป้องสิทธิของผู้ถูกกระทำได้ (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2537 ; Heise et al., 1999)

3. การส่งต่อ (Refer)

นอกจากจะแก้ปัญหาทางกายแล้ว ปัญหาทางจิตใจหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเป็นสิ่งที่แพทย์และพยาบาลต้องสนใจ และส่งต่อบุคคลเหล่านี้ไปยังเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งในและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ถ้าเป็นการกระทำรุนแรงในครอบครัว ก็ส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัว ฉะนั้นแพทย์และพยาบาลต้องเรียนรู้ความเป็นไปของเรื่องการกระทำรุนแรงในครอบครัว รูปแบบการบาดเจ็บ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และกฎหมาย เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย

สิ่งสำคัญที่แพทย์ และพยาบาลควรปฏิบัติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว คือ การยอมรับและตระหนักว่าการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพทางสาธารณสุขที่สำคัญ เรียนรู้ปัญหาด้วยตนเอง บ่งชี้และขจัดความอคติ และเริ่มค้นหาการกระทำรุนแรงในชีวิต สิ่งที่ค้นพบจะช่วยให้มีโอกาสได้สร้างสิ่งที่สำคัญ และเป็นผลดีต่อชีวิตผู้ป่วย (Chescheir, 1996)

ในประเทศไทยมีมาตรการช่วยเหลือเมื่อเกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัวในลักษณะของการให้ความคุ้มครองแก่ไข่มากกว่าการป้องกัน ซึ่งยังไม่สมบูรณ์และไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ถูกกระทำรุนแรง เพราะส่วนใหญ่ยังเป็นงานบริการสังคมสงเคราะห์ด้านการให้ความคุ้มครอง ช่วยเหลือในระยะวิกฤติ ซึ่งเป็นความต้องการฉุกเฉินของผู้ถูกกระทำรุนแรงอันได้แก่ การให้ที่พักอาศัย อาหารและสิ่งจำเป็นส่วนตัวอื่น ๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษาและปลอบใจ การช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น บริการทางการแพทย์ บริการทางกฎหมาย การจัดหางาน และรายได้

ฯลฯ นักสังคมสงเคราะห์จะช่วยเหลือ แนะนำ และประสานงานให้ ส่วนงานบริการทางการแพทย์
ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน แน่นนอนเพราะไม่มีนโยบายและกฎหมายรองรับ เช่น ถ้ามีผู้ถูก
กระทำรุนแรงมาโรงพยาบาล แพทย์จะตรวจและให้การรักษาอาการบาดเจ็บเหมือนผู้ป่วยทั่วไป
ไม่มีการสืบข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงว่าอาการบาดเจ็บนั้นเกิดจากการกระทำรุนแรง
หรือไม่ และไม่มีการรายงานต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมถึงการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บและรายงาน
ต่าง ๆ ก็ไม่มีระเบียบปฏิบัติ และแบบบันทึกที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นสถิติข้อมูลและหลักฐานทาง
กฎหมายที่สมบูรณ์ (คณะกรรมการสิทธิการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา, ม.ป.ป.)

**อุปสรรคที่แพทย์และพยาบาลพบในการดูแลรักษาบุคคลที่ประสบปัญหาถูก
กระทำรุนแรง เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล** (ลัดดาวัลย์ สุขุม, 2542 ; Cann et al,
2001 ; Sugg et al., 1999)

1. แพทย์และพยาบาลไม่สามารถให้คำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสมเนื่องจากไม่มีความรู้
และไม่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และเป็นปัญหา
ทางด้านจิตใจร่วมด้วย
2. ผู้ถูกกระทำไม่ยอมเปิดเผยเรื่องราวของการถูกกระทำรุนแรง
3. แพทย์และพยาบาลลำบากใจที่จะให้การช่วยเหลือ เพราะผลสุดท้ายผู้ที่ถูกกระทำ
รุนแรงมักจะยอมความกับผู้กระทำรุนแรง
4. ผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง ไม่ให้ความร่วมมือและปฏิเสธการช่วยเหลือ
5. แพทย์และพยาบาลไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับองค์การที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่ถูก
กระทำรุนแรงในส่วนภูมิภาค
6. ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
7. ต้องใช้เวลามากในการค้นหาสาเหตุของทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ รวมทั้งไม่ไว้วางใจ
แพทย์และพยาบาล
8. สถานที่ในการซักประวัติ หรือให้คำแนะนำ ไม่เหมาะสม ไม่เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน
9. ไม่มีใครรับรองความปลอดภัยให้กับแพทย์และพยาบาลจากคู่กรณีของผู้ที่ถูก
กระทำรุนแรง
10. ผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงมาตรวจรักษาหลังจากเกิดเหตุการณ์หลายวันทำให้ไม่สามารถ
เก็บตัวอย่างพิสูจน์ได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

ความรู้ (Knowledge/Cognitive)

ความหมาย

กิริติ บุญเจือ (2518) กล่าวถึงความรู้ในทางปรัชญาว่า หมายถึง ประสบการณ์ที่จัดเป็นระบบระเบียบซึ่งในกระบวนการมีทั้งความจำ ความคิด และการใช้เหตุผลรวมอยู่ด้วย

เอนกกุล กริแสง (2520) กล่าวถึงความรู้ในความหมายทางภาษาศาสตร์ว่าหมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นระลึกถึง จำได้ ในลักษณะจำเพาะหรือลักษณะทั่วไป

กู๊ด (Good, 1973) กล่าวว่า ความรู้ (Knowledge) คือ ข้อเท็จจริง ความจริง หลักการ และข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาที่มนุษย์สะสมไว้ โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือการค้นคว้า และบางส่วนได้มาจากผลการประมวลข้อมูลของสมอง

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้จากการเรียนรู้โดยการประมวลของสมองอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ ซึ่งมีทั้งความจำ ความคิด และการใช้เหตุผล

ความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว

ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวของแพทย์และพยาบาล คือ สิ่งที่เราระลึกได้ จำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในเรื่องของความหมาย สาเหตุ ประเภท ผลกระทบของการกระทำรุนแรงในครอบครัว กฎหมายเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว บทบาทของแพทย์และพยาบาลที่ส่งผลให้แพทย์และพยาบาล มีความรู้เรื่องนี้มากขึ้น จากการศึกษาของโบกุนวิคซ์ และ โคเปิล (Bokunewicz & Copel, 1992) เป็นการศึกษาวิจัยถึงการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ได้มีการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่าร้อยละ 70 ของพยาบาลไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมาก่อน และหลังจากให้โปรแกรมความรู้พบว่า ทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับมัวร์ (Moore, et al., 1998) ได้ศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้หญิงที่เคยประสบปัญหาการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พบว่าพยาบาลสาธารณสุขชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส / การกระทำรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 66 รองลงมาเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 53 และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 42 ตามลำดับ โดยพยาบาลที่มีความรู้แต่ไม่ได้รับการฝึกอบรมร้อยละ

38 และมีบางกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยที่ถูกทำร้ายในบ้านพักสำหรับผู้หญิงหรือเคยทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องร้อยละ 5 และการศึกษาของสมลักษณ์ ตันพิสุทธ์ (2538) พบว่าครูผู้สอนในระดับก่อนประถมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีทัศนคติดีต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในเด็กมากกว่าครูที่มีระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรีและครูที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) พบว่า แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคมีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยแพทย์มีความรู้มากกว่าพยาบาลเทคนิคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยพบว่าแนวโน้มระดับการศึกษาของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคที่ต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

ทัศนคติ (Attitude)

ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องกัน ในลักษณะที่ว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และทัศนคติเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

อุทุมพร จามรมาน (2532) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะทางจิตและสมองที่พร้อมจะแสดงพฤติกรรมต่อวัตถุหรือเหตุการณ์ ซึ่งสภาวะทางจิตและสมองนี้จะได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ที่ผ่านมาให้แสดงอาการมากหรือน้อย บวกหรือลบต่อวัตถุ เหตุการณ์ คำพูด สัญลักษณ์ บุคคล และอื่น ๆ

เอนกกุล กรี่แสง (2520) กล่าวว่า ทัศนคติ หรือเจตคติ เป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติทางด้านจิตใจ เป็นตัวกำหนดการแสดงออกและบุคลิกภาพบางประการของบุคคลที่บ่งถึงลักษณะอารมณ์ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละบุคคล นั่นคือบุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดในลักษณะใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับสิ่งเรานั้น

ชวาร์ท (Schartz) ได้แนวคิดมาจากโรเซนเบิร์ก และ ไฮปแลนด์ (Rosenberg & Hoveland, 1960 cited in Fishbein & Ajzen, 1980) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง การตอบสนองที่คงที่ อันแสดงความสัมพันธ์ด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยทัศนคติจะสร้างความเชื่อร่วมกับโครงสร้างทางด้านความจำ ความเข้าใจ (cognitive structure)

โรคิช (Rokeach, 1970) กล่าวว่า ทศนคติเป็นการผสมผสาน หรือการจัดระเบียบของ ความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็น ตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

อัลพอร์ท (Allport, 1935) กล่าวว่า ทศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิต และทางประสาท ซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์เป็นตัวนำ หรือมีอิทธิพลเหนือการตอบสนอง ของแต่ละบุคคล สภาวะความพร้อมนี้จะเป็แรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่มี ต่อวัตถุ และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ออสแคมป์ (Oskamp, 1991) กล่าวว่า ทศนคติ (attitude) เป็นภาวะทางด้านจิตใจหรือ ประสาทของการเตรียมพร้อม เป็นการเตรียมการสำหรับพฤติกรรม ในด้านจิตวิทยา ทศนคติ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (Morris, 1988) ความเชื่อ (beliefs) ความรู้สึก (feelings) และแนวโน้ม ที่ จะกระทำพฤติกรรม (behavior tendencies)

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก และการตอบสนองของบุคคลจากความคิด ความเข้าใจอันเป็นผลมาจากกรเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งที่เป็นบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ มีทั้งทางบวกและทางลบ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายใต้สภาวะใดสภาวะหนึ่ง หรือภายใต้อิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ และส่งผลต่อพฤติกรรม ของบุคคลได้

องค์ประกอบ

การที่บุคคลใดจะเกิดทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบได้นั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดทศนคติ มี 3 องค์ประกอบ คือ (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Rosenberg & Hovland, 1960)

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ความรู้ ความ เข้าใจ บุคคลจะมีทศนคติต่อสิ่งใด ๆ ได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ก่อน เช่น ในเรื่องของการกระทำรุนแรงในครอบครัว บุคคลจะมีทศนคติต่อปัญหานี้ก็ต่อเมื่อบุคคลรู้ สิ่งที่ดีและไม่ดีของการกระทำรุนแรงในครอบครัว ถ้าบุคคลรู้ว่าการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็น สิ่งที่ดี บุคคลนั้นก็จะมืทศนคติที่ดีต่อเรื่องนี้ แต่ถ้าบุคคลรู้ว่าการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็น สิ่งที่ไม่ดี บุคคลนั้นก็จะมืทศนคติที่ไม่ดีต่อเรื่องนี้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดทศนคติของบุคคล บุคคลอาจจะรู้อย่างถูกหรือผิดก็ได้

2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) เป็นองค์ประกอบ ทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด ๆ หลังจากที่มีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นแล้ว

เกิดเป็นค่านิยม เช่น เรื่องการกระทำความรุนแรงในครอบครัว เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แล้ว และความรู้ที่นั่นมากพอที่จะรู้ว่า การกระทำความรุนแรงในครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ดี มีผลต่อสุขภาพกาย และใจของผู้ถูกระทำ ก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่ชอบ และไม่เป็นผู้กระทำ แต่ถ้าบุคคล รู้มาว่าการกระทำความรุนแรงในครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกชอบ และอาจเป็นผู้กระทำได้

3. องค์ประกอบทางด้านการปฏิบัติ หรือพฤติกรรม (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มาจากความรู้ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใด ๆ จนทำให้เกิดแนวโน้มในทางปฏิบัติหรือตอบสนองต่อสิ่งนั้น ทั้งในทางสนับสนุนและขัดแย้ง เช่น เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัวแล้ว และมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบเกิดตามมา บุคคลก็พร้อมที่จะกระทำ อย่างใดอย่างหนึ่งลงไป เช่น บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำ หรือไม่กระทำการกระทำความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

จากองค์ประกอบทั้ง 3 ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทักษะคิดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพร้อม นั่นคือ มีการเรียนรู้เรียบร้อยแล้ว โดยทักษะคิดจะเริ่มเกิดขึ้นในขั้นการตอบสนอง หรือ เกิดเป็น ความรู้สึก และค่านิยม และสิ้นสุดเมื่อบุคคลสร้างมโนคติของค่านิยม แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ

ทักษะคิดเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

ดังนั้นทักษะคิดเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัวของแพทย์และพยาบาล จึงเป็น ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว โดยอาจเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยจากการศึกษาของซัคค์ และคณะ (Sugg et al., 1999) เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว : การดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับทัศนคติ, การปฏิบัติ และความเชื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพเบื้องต้นพบว่า ทัศนคติและความเชื่อของบุคลากรทางสาธารณสุข มีผลต่อการวินิจฉัยและการให้การดูแลรักษา แก่ผู้ป่วย และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ความรู้ หรือประสบการณ์เดิมของบุคคล ช่วยในการเกิดทัศนคติ และเป็นตัวกำหนดทัศนคติของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ โบกุนวิคซ์ และ โคเปิล (Bokunewicz & Copel, 1992) ศึกษาถึงทัศนคติของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินทั้งก่อนและหลัง : 60 นาที กับการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการถูกทำร้ายโดยคู่สมรส ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องโดยมีการทดสอบก่อนและหลังได้รับความรู้พบว่าร้อยละ 70 ของพยาบาลไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับการถูกทำร้ายโดยคู่สมรสมาก่อน และหลังจากให้โปรแกรมความรู้ ทัศนคติมีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของลัดดาวัลย์ สุขุม (2542) พบว่า แพทย์และพยาบาลที่มีความรู้แตกต่างกันมีทัศนคติต่อปัญหาการกระทำความรุนแรงต่อผู้หญิงต่างกัน

โดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้มากจะมีทัศนคติในทางบวกมากกว่าแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้น้อยและปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยพบว่า แนวโน้มทัศนคติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวจะต่างกัน

การปฏิบัติ / พฤติกรรม (Practice / behavior)

ความหมาย

จากแนวคิดทางสังคมวิทยา พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำที่สามารถสังเกต อธิบายและบันทึกได้ หรือหมายถึงสิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือตอบโต้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกต ได้ยิน นับได้ วัดได้ตรงกัน ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าการแสดงออกนั้นจะเกิดขึ้นภายนอกหรือภายในร่างกายก็ตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526 ; Wilson & Kneisl, 1996)

เอนกกุล กริแสง (2520) กล่าวว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นผลที่ได้จากการเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดออกมาตอบสนองต่อสิ่งเร้าและสิ่งมีชีวิตจะปรับปรุงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมก็จะเปลี่ยนไปด้วย

มอริส (Morris, 1988) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นผลจากการทำงานซับซ้อนของระบบหลัก 2 ระบบในร่างกายเพื่อประสานงานและประมวลออกมาเป็นพฤติกรรม ได้แก่ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท ซึ่งเป็นกระบวนการของร่างกายในการรับรู้ความรู้สึก แล้วประมวลออกมาเป็นการรับรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการสั่งการให้มีการตอบสนอง ซึ่งมีความจำและประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจ การให้คุณค่า ความคาดหวัง รูปแบบทางสติปัญญา และปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม การเลี้ยงดูที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองด้วย

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การปฏิบัติ / พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ตอบสนอง หรือตอบโต้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความจำ ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ

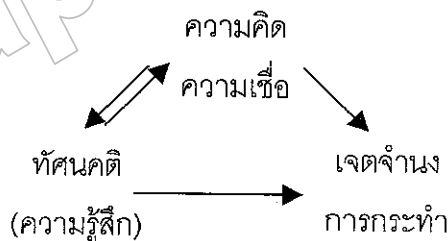
ปฏิบัติต่อบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

ดังนั้นการปฏิบัติต่อบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวของแพทย์และพยาบาลจึงมาจากความจำ ประสบการณ์ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวโดยมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งจากการศึกษาของซัคค์ และคณะ (Sugg et al., 1999) เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว : การดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับทัศนคติ, การปฏิบัติ และความเชื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพเบื้องต้นพบว่า ในการปฏิบัติงาน

มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 จะไม่ค่อยได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 25 เชื่อว่าการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว ต้องมีร่องรอยหรือลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นชัดเจนจึงจะทำการซักประวัติร้อยละ 28 เชื่อว่าพวกเขาไม่มีวิธีที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เชื่อว่าพวกเขาสามารถจัดการกับเรื่องนี้ได้ และในปีที่ผ่านมาร้อยละ 77 ไม่สนใจในความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้เลย เช่นเดียวกับมัวร์ (Moore, et al., 1998) ได้ศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้หญิงที่เคยประสบปัญหาการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวพบว่า ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาล มีพยาบาลที่มีความรู้และเห็นด้วยร้อยละ 44 กับคำถามที่ว่า “ฉันรู้สึกคับข้องใจ เพราะว่าฉันไม่สามารถทำอะไรได้” มากกว่าพยาบาลที่ไม่มีความรู้ ดังนั้นความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน พยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางจะสามารถประเมินเกี่ยวกับการถูกทำร้ายในผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 34 เทียบกับร้อยละ 49 และสามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 50 เทียบกับร้อยละ 78 จากงานวิจัยพบว่า แนวโน้มการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

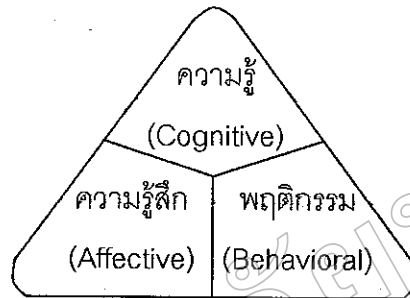
จากแนวคิดทฤษฎีของฟิชบายน์ และ ไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975) กล่าวว่า พฤติกรรมที่จะกระทำ เป็นผลที่เกิดจากแรงกระตุ้นของทัศนคติ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของทัศนคติ แต่เป็นแนวโน้มที่จะกระทำในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังทัศนคติ ดังโครงสร้างในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ (ความรู้) และ เจตจำนงที่จะกระทำ ตามแนวคิดของฟิชบายน์ และ ไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975)

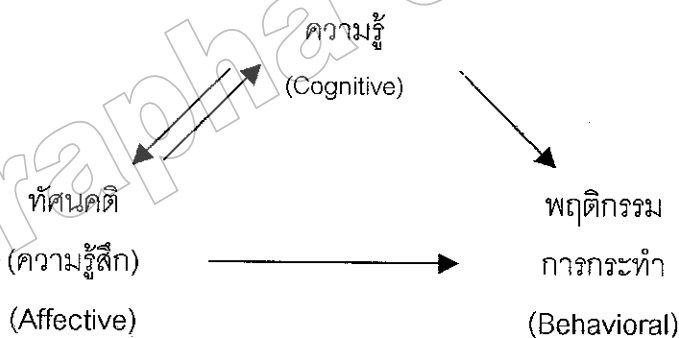
ส่วนแนวคิดทฤษฎีของโรเซนเบิร์ก และ ฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) กล่าวว่า ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของทัศนคติ ทัศนคติเป็นความคิดที่มีความรู้สึกแฝงอยู่ ซึ่งจะ

กระตุ้นให้เกิดการกระทำต่อสิ่งหนึ่งในสถานการณ์นั้น ๆ มี 3 องค์ประกอบคือ ความรู้หรือความคิด (cognitive) ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งความรู้ และความรู้สึกเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม ดังโครงสร้างในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ (ความรู้สึก) และพฤติกรรมตามแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก และ ฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960)

จากแนวคิดทฤษฎีทั้ง 2 ผู้วิจัยจึงนำมาผสมผสานประยุกต์เป็นโครงสร้างดังภาพที่ 4 โดยแสดงให้เห็นว่าความรู้ และทัศนคติ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามทิศทางที่สอดคล้องกับความรู้และทัศนคติ



ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ (ความรู้สึก) และการปฏิบัติที่ประยุกต์ตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก และ ฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) และ ฟิชบายนน์ และ ไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975)

ซิมบาโด, เอ็บบีเซน และ มาสลาซ (Zimbardo, Ebbeson, Maslach, 1977 อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ สุขุม, 2542) ได้อธิบายว่า ทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดของคนเราจะเป็นแนวโน้มที่ขึ้นอยู่กับความรู้ ถ้าความรู้ดี ทัศนคติในสิ่งนั้นจะดีตามไปด้วย และเมื่อทัศนคติดีแล้ว แนวโน้มก็จะส่งผล

ให้แสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดีด้วยเช่นกัน ทั้งความรู้ ทักษะ และ การแสดงออกซึ่งพฤติกรรม จึงมีความเชื่อมโยงกัน

ลอเออร์ และ แฮนเดล (Lauer & Handel, 1983) กล่าวว่า ทักษะมีผลต่อพฤติกรรม ได้หลายทางและบางครั้งเป็นผลทางอ้อม คือ

1. ทักษะมีอิทธิพลต่อขบวนการทางจิตวิทยา จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีผลต่อการรับรู้และการเรียนรู้ (Newcomb, Turner, & Converse, 1965 cited in Lauer & Handel, 1983)
2. ทักษะทำหน้าที่เป็นตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมตัวหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล
3. ทักษะเป็นกลไกการเลือกของแบบแผนปฏิสัมพันธ์ โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ทักษะคล้ายคลึงกัน (Precker, 1952 ; Newcomb, 1965 cited in Lauer & Handel, 1983)
4. ทักษะเป็นปัจจัยที่ยับยั้งพฤติกรรมบางอย่าง
5. ทักษะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้กระทำ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนอัตราในทัศน
6. ทักษะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

จากทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าความรู้ และทักษะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน และเนื่องจากการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุข บุคลากรทีมสุขภาพ แพทย์และพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งคุณลักษณะทั้ง 3 ประการนี้จะต้องมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง เช่น ในเรื่องของการกระทำรุนแรงในครอบครัว เมื่อแพทย์และพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้มากพอแล้ว ก็จะเกิดเป็นความรู้สึก ค่านิยมต่อเรื่องนี้ในทางที่ดีและไม่ดี และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติต่อเรื่องนี้ไปตามทิศทางของความรู้สึก และค่านิยมที่มีต่อเรื่องนี้ด้วย จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) พบว่า ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการกำหนดทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโบกุนวิคซ์ และ โคเปิล (Bokunewicz & Copel, 1992) เป็นการศึกษาสำรวจถึงการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ได้มีการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่า ร้อยละ 70 ของพยาบาลไม่เคยมีความรู้

เกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมาก่อน และหลังจากให้โปรแกรมความรู้พบว่าทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับมัวร์ (Moore, et al., 1998) ได้ศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้หญิงที่เคยประสบปัญหาการถูกระทำรุนแรงในครอบครัวพบว่าในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาล มีพยาบาลที่มีความรู้และเห็นด้วยร้อยละ 44 กับคำถามที่ว่า “ฉันรู้สึกคับข้องใจ เพราะว่าฉันไม่สามารถทำอะไรได้” มากกว่าพยาบาลที่ไม่มีความรู้ ดังนั้นความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน พยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางจะสามารถประเมินเกี่ยวกับการถูกทำร้ายในผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 34 เทียบกับร้อยละ 49 และสามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 50 เทียบกับร้อยละ 78 จากทฤษฎีและงานวิจัยพบว่าแนวโน้มการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวมีความแตกต่างกัน ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงในครอบครัวของแพทย์และพยาบาลมีแนวโน้มในการร่วมทำนายนการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

แนวความคิดเกี่ยวกับเพศ

สังคมไทยเป็นสังคมแบบชายเป็นใหญ่ (patriarchal society) ฉะนั้นกลุ่มคนที่ขึ้นนำสังคมจึงเป็นผู้ชาย หรือถ้ามีผู้หญิงปะปนอยู่ด้วยก็เป็นผู้หญิงที่ถูกสอนมาให้คิดและให้มีมุมมองแบบผู้ชาย คนไทยมักไม่แยกความเป็นหญิงและความเป็นชายที่ถูกกำหนดโดยลักษณะสรีระทางธรรมชาติ (biological sex) หรือ “sex” ออกจากความเป็นหญิง - ชายที่ถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม (gender) เนื่องจากข้อจำกัดทางภาษาส่วนหนึ่ง สังเกตได้ว่าในภาษาไทยนั้นใช้คำว่า “เพศ” เพียงคำเดียวในการจำแนก (categorize) มนุษย์ผู้หญิงและมนุษย์ผู้ชาย เช่น เรียกมนุษย์ผู้หญิงว่า “เพศหญิง” และเรียกมนุษย์ผู้ชายว่า “เพศชาย” โดยดูจากอวัยวะที่แตกต่างกัน ดังนั้น “เพศ” จึงสื่อความหมายถึงลักษณะทางชีวภาพมากกว่าลักษณะทางวัฒนธรรมของมนุษย์ ถึงแม้มีคำอื่น ๆ เช่น ผู้หญิง / ผู้ชาย สตรี / บุรุษ สตรีเพศ / บุรุษเพศ ใช้เรียกมนุษย์สองประเภทนี้ แต่คำเหล่านั้นมักสื่อความเข้าใจในทำนองเดียวกัน คือ เน้นย้ำความแตกต่างทางสรีระ จึงเชื่อว่าการอบความคิดเกี่ยวกับเพศของคนไทยถูกจำกัดโดยภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์และความเข้าใจในเรื่องหญิง - ชายของคนไทยทำได้ยาก และส่งผลให้การเคลื่อนไหวของ ผู้หญิงเพื่อขจัดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชายไม่ได้รับความสนใจหรือถูกต่อต้านจากสังคมไทย เพราะการเคลื่อนไหวนี้ไปขัดแย้งหรือสั่นคลอนกรอบความเข้าใจหรือความรู้เดิมในเรื่องเพศของคนไทยนั่นเอง (บุปผา ศิริวิทย์, และคณะ, ม.ป.ป. ; สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2544)

นอกจากคนไทยไม่แยกความเป็นเพศทางวัฒนธรรมออกจากความเป็นเพศทางสรีระแล้ว ยังใช้ความแตกต่างทางสรีระร่างกายระหว่างเพศหญิงและเพศชายมาเป็นพื้นฐานในการสร้างความ เป็นเพศทางวัฒนธรรม นำไปสู่ความคิดที่ว่าหญิงและชายมีความแตกต่างกันในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ด้านความคิด ความฉลาด อารมณ์ ความรู้สึก ความสามารถ ความถนัดด้านต่าง ๆ เป็นต้น ความรู้และทัศนคติเหล่านี้กลายเป็นความเชื่อที่แพร่หลายอยู่ในสังคม เช่น ความเชื่อที่ว่าผู้ชายมีความคิดที่ชาญฉลาดและใช้หลักการคิดแบบมีเหตุผล ในขณะที่ผู้หญิงถูกมองว่ามีสติปัญญาด้อยกว่าชาย และมักใช้อารมณ์ในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ความเชื่อที่ว่าเด็กผู้หญิงไม่มีความสามารถทางงานช่างยนต์ โยธา ฯลฯ ผลที่ตามมาคือ ผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริมให้เป็นวิศวกร ช่างเครื่องยนต์ ตรงกันข้าม สังคมกลับเชื่อว่าผู้หญิงมีความถนัดด้านเย็บปักถักร้อย ทำกับข้าว การดูแลคนอื่น ผลจากความเชื่อนี้คือ ผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริมให้เรียนหนังสือสูง ๆ ระบบคิดแบบผู้ชายเป็นศูนย์กลางหรือผู้ชายเป็นใหญ่ในสังคมไทย ทำให้ผู้ชายมีบทบาทครอบงำและเหนือกว่าผู้หญิงในทุกระดับ ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนต่างเพศ รวมทั้งเรื่องการแต่งงาน เพศสัมพันธ์ หน้าที่บทบาทในครอบครัว และการสืบทอดนามสกุล เป็นต้น ในอดีตสังคมไทยมองว่าผู้หญิงเป็นสมบัติของผู้ชาย เมื่อเป็นเด็กผู้หญิงเป็นสมบัติของพ่อแม่ แต่งานไปก็เป็นสมบัติของสามี แม้ในปัจจุบันความคิดเหล่านี้กลายเป็นรากเหง้าที่ทำให้การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้หญิงยังคงอยู่ได้แก่ การเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง (Discrimination against women) การละเมิดสิทธิในร่างกายและการกระทำรุนแรงต่าง ๆ ต่อผู้หญิง (Violence against women) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทุบตีทำร้ายภรรยา (wife abuse) การข่มขืน (rape) การลวนลามหรือคุกคามทางเพศ (sexual harassment) เช่น การใช้วาจาแซวในเชิงลวนลามหรือดูถูก การจับต้องร่างกายผู้หญิงโดยที่ผู้หญิงไม่ยินยอม เป็นต้น (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2544)

สังคมไทยปัจจุบันได้เริ่มมีการเคลื่อนไหวในประเด็นเกี่ยวกับการยุติการกระทำรุนแรงในสังคม เช่น การกระทำรุนแรงในครอบครัว การค้าผู้หญิง การข่มขืน การคุกคามทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ โดยที่การกระทำรุนแรงนั้นมักมีผู้หญิงเป็นเหยื่อ การเคลื่อนไหวเพื่อการยุติการกระทำรุนแรงในครอบครัวในสังคมไทย เริ่มกลายเป็นกระแสสังคมเมื่อไม่นานนี้เอง ปรากฏการณ์การกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงในรูปแบบต่าง ๆ ในประเทศไทยนั้นเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดเจน จากการสำรวจเกี่ยวกับกรณีภรรยาถูกสามีทำร้ายพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่มีคู่ (ซึ่งหมายรวมทั้งผู้หญิงที่อยู่กับสามีหรืออยู่กับคู่รัก) ประสบกับปัญหาถูกทำร้ายทางกาย ทางเพศ ทางใจ และทางสังคม (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2544) โดยทั่วไปแล้ว ถ้าไม่นำเอาข้อกฎหมายที่บัญญัติไว้มาพิจารณา จะพบว่าประเด็นการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงในสังคมไทยที่มีการเคลื่อนไหวต่อต้านกัน

มากและมีมานาน คือ การข่มขืน ส่วนการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การทำร้าย ทุบตีภรรยา การค้าหญิง (ทั้งในรูปแบบการค้าประเวณีโดยสมัครใจและบังคับ) การเลือกปฏิบัติต่อ เด็กผู้หญิง ไม่ได้ถูกพิจารณาว่าเป็นเรื่องของการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิง แต่มองว่าเป็นปัญหา สังคมในภาพรวม มุมมองว่าปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสังคมได้ ละเลยรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหา ที่เกี่ยวกับการสร้างความเป็นเพศในสังคมไทย ยังมีการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงในบางรูปแบบที่ สังคมไทยไม่คิดว่าเป็นเรื่องของการกระทำรุนแรงหรือเป็นเรื่องของการละเมิดต่อสิทธิมนุษยชนของ ผู้หญิง ซึ่งได้แก่ การกลั่นแกล้งทางเพศ (sexual harassment) และการข่มขืนภรรยาหรือคนรัก จะเห็นว่าประเด็นเหล่านี้ควรได้รับความสนใจและถูกต่อต้านจากสังคมไทยให้มากกว่านี้ นอกจากนี้ สังคมจะต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้หญิงที่ตกอยู่ในสถานการณ์การกระทำรุนแรงต่าง ๆ เช่น การถูกสามีทุบตี การถูกล่วงเกินทางเพศ เพราะที่ผ่านมาสังคมไทยยังมองทั้งสองกรณีนี้ว่า ผู้หญิง มีส่วนที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงขึ้น เช่น กรณีภรรยาถูกสามีทำร้ายก็มองว่าเพราะภรรยาทำตัว ไม่ดี หรือผู้หญิงถูกข่มขืนเพราะแต่งตัวโป๊หรือเพราะไปเดินคนเดียวในที่เปลี่ยว เป็นต้น ซึ่งถ้าหาก พิจารณาให้ถ่องแท้แล้ว จะเห็นว่า รูปแบบความรุนแรงที่ผู้หญิงในสังคมไทยเผชิญอยู่นั้น เป็นรูปแบบ การกระทำรุนแรงเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ฝังรากอยู่ในวัฒนธรรมการสร้างความเป็น เพศในสังคมไทยที่ยึดผู้ชายเป็นศูนย์กลาง ผู้ชายถูกสอนมาให้คิดว่าตนเองมีอำนาจเหนือกว่า ผู้หญิง การที่ผู้ชายกระทำการต่าง ๆ ที่รุนแรงต่อผู้หญิงจึงเป็นเรื่องของการที่ต้องการควบคุมผู้หญิง และการใช้อำนาจของผู้ชายนั่นเอง (บุปผา ศิริวิทย์, และคณะ, ม.ป.ป. ; สุชาติา ทวีสิทธิ์, 2544)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำ

ดังนั้นการมองเรื่องความเป็นเพศในสังคมไทย จะต้องมองให้เห็นทั้งความแตกต่างและความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเพศทางสรีระ และความเป็นเพศทางวัฒนธรรม ทั้งนี้เพราะ สังคมไทยได้ใช้ความเป็นเพศทางสรีระของมนุษย์มาใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างความเป็นเพศทาง วัฒนธรรม และเนื่องจากความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นเพศทางวัฒนธรรมของคนไทยถูกเชื่อมโยง เข้ากับความเป็นธรรมชาติมาช้านาน คนไทยจึงมักเข้าใจว่าความเป็นหญิงและความเป็นชาย เป็นเรื่องที่ธรรมชาติกำหนดและเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ จากการศึกษาของแคน และคณะ (Cann et al., 2001) พบว่า บุคลากรที่มึสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวกดีกว่าบุคลากรที่มึสุขภาพเพศชาย เช่น เดียวกับการศึกษาของพาร์สัน และคณะ (Parson et al., 1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ ทัศนคติต่อการค้นหาสาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการ ศึกษาของโรเบิร์ต และคณะ (Robert et al., 1997) พบว่า จากการสำรวจทัศนคติเบื้องต้นก่อนให้

โปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์และพยาบาลฉุกเฉินในออสเตรเลีย มีทัศนคติต่อเรื่องการกระทำรุนแรงในทางบวก และหลังจากที่แพทย์และพยาบาลได้รับโปรแกรม การศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ พยาบาลและกลุ่ม แพทย์ผู้ชายกับพยาบาลผู้ชายรวมกัน แต่แพทย์ผู้หญิงมีทัศนคติในทางบวกลดลง จากงานทฤษฎี และงานวิจัยพบว่า แนวโน้มของแพทย์และพยาบาลที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำ รุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน และ เพศของแพทย์และพยาบาลมีแนวโน้มในการร่วมทำนายนการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำ รุนแรงในครอบครัว