

## 7

## ความรุนแรงในครอบครัวระหว่างคู่สมรส และผลกระทบต่อจิตเวช (Intimate partner violence and Impact)

แพทย์หญิงอุมามน พวงทอง

ปัจจุบันปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ได้รับการตระหนักดีว่า เป็นทั้งปัญหาสังคมและปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ รวมถึงเรื่องของการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย<sup>1</sup> (United Nations, 1995, p.3) ผู้หญิงและเด็กทั่วโลกเป็นกลุ่มเสี่ยงในการถูกกระทำความรุนแรงต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัว คนใกล้ชิดหรือคู่รักได้มากที่สุด ได้มีการให้คำจำกัดความของความรุนแรงในครอบครัวไว้ดังนี้

“การกระทำความรุนแรงทั้งทางร่างกาย เพศ หรือจิตใจต่อผู้หญิง ผู้ชาย เด็กหรือผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในคนอยู่ร่วมกัน เคยเป็นญาติหรือคนใกล้ชิดมาก่อนรวมถึงคู่รักด้วย”<sup>2</sup>

ความรุนแรงในครอบครัวอาจเป็นรูปแบบการทำร้ายร่างกาย การล่วงเกินทางเพศ การทำร้ายด้านจิตใจหรือการใช้คำพูดที่ก่อให้เกิดความเจ็บใจ ขาดหน้าหรืออับอาย ส่วนใหญ่ของการเกิดมักเกิดขึ้นระหว่างคู่สมรสหรือมาอยู่ร่วมกัน โดยความยินยอมพร้อมใจของทั้งสองฝ่าย ซึ่งเหตุการณ์มักเกิดขึ้นซ้ำๆ และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ<sup>3</sup> (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992)

### อุบัติการณ์ (Incidence)

ข้อมูลจากสถิตินิติคลินิกครอบครัวสมานฉันท์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2548 - กันยายน 2549 พบว่ามีผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายทั้งหมด 241 คน และถูกกระทำทารุณทางเพศทั้งหมด 14 คน ทั้งนี้ไม่รวมข้อมูลในเพศชาย

รายงานความชุกของความรุนแรงในครอบครัวเฉพาะใน North American แห่งเดียวมีสถิติตัวเลขที่น่าตกใจมากพบว่า เกือบ 1 ใน 4 ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสหรัฐอเมริกา จะถูกกระทำรุนแรงโดยคนรัก ปัจจุบันหรืออดีตคนรักเก่าอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงชีวิต เชื่อกันว่าสถิติความรุนแรงภายในครอบครัว ถูกรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง<sup>4</sup> เฉพาะการทำร้ายร่างกายอย่างเดียว สาเหตุที่สำคัญที่สุดในผู้หญิงในสหรัฐอเมริกา คือ ถูกกระทำจากคนใกล้ชิดหรือสามี และในจำนวนทั้งหมดมีเพียง 1 ใน 20 (5%) เท่านั้น ที่เข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพ<sup>5</sup> (Rodriguez, 1994) สำหรับสถิติในประเทศแคนาดาก็ไม่แตกต่างกัน รายงานว่า 1 ใน 6 ของผู้หญิงชาวแคนาดาเคยถูกกระทำรุนแรงทางกายหรือล่องละเมิดทางเพศ โดยสามีหรืออดีตคนรักเก่า<sup>6</sup> ยิ่งไปกว่านั้นก็ตาม 70% ของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว จะเป็นเหยื่อของความรุนแรงที่มากขึ้นในช่วงตั้งครรภ์<sup>7</sup> มีหลายการศึกษาในประเทศแคนาดา ที่แสดงให้เห็นว่ามากกว่า 50% ของผู้กระทำความรุนแรงในครอบครัวจะมีปัญหาพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism), บุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality) หรือมีปัญหาโรคซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depression)<sup>8,9</sup> (Stark et al., 1981)

ยิ่งไปกว่านั้นก็ตามปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไม่ได้เกิดแค่ครั้งเดียว แต่มักจะมีรูปแบบเกิดขึ้นซ้ำซาก ข้อมูลจากประเทศแคนาดา พบว่า ก่อนที่ผู้หญิงจะตัดสินใจเข้าขอความช่วยเหลือจากตำรวจ จะมีประวัติการถูกทำร้ายหรือกระทำรุนแรงมาก่อนโดยเฉลี่ย 35 ครั้ง<sup>10</sup> และ 47% ของสามีที่เคยทุบตีภรรยาจะกระทำรุนแรงต่อภรรยาอย่างน้อยเฉลี่ย 3 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี<sup>11</sup> มีการศึกษาเร็วๆ นี้ในห้องฉุกเฉินที่ Tennessee, USA 62 คนที่เป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว รายงานว่า 89% เคยมีปัญหาความรุนแรงแบบนี้มาก่อนแล้ว 35% รายงานว่ามีปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นเกือบทุกวัน<sup>12</sup> ในกลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว และได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก พบว่า 75% จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการถูกกระทำ ความรุนแรงซ้ำๆ อีกในอนาคต<sup>13</sup> (Warshaw, 1993) ในกลุ่มผู้หญิงอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ซึ่งเคยถูกข่มขืน พบว่า 58% ถูกข่มขืนในบริบทของความสัมพันธ์ที่รุนแรง (abusive relationship)<sup>14</sup>

บางครั้งความรุนแรงในครอบครัวอาจนำไปสู่ความพิการทางกายอย่างถาวร หรือการบาดเจ็บทางจิตใจและอารมณ์ที่ไม่อาจลบเลือนมีการประมาณการคร่าวๆ ในสหรัฐอเมริกาว่า โดยเฉลี่ยในแต่ละปีจะมีความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างคู่สมรส หรือคู่ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันถึงสองล้านคนและในจำนวนนี้ 2,000-4,000 คน จะเสียชีวิตจากการถูกทำร้ายร่างกายคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 0.1% (mortality rate)<sup>15</sup>

ปัจจุบันยังให้ความสนใจมากขึ้นต่อปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่เหยื่อเป็นผู้ชายด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้เชื่อว่าความใส่ใจต่อปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ที่ผู้ถูกกระทำเป็นผู้ชาย ถูกลดความสำคัญไปมากเมื่อเทียบกับผู้หญิง และยังคงมีความจำกัดมากกว่าในการตอบสนองกับปัญหานี้ จนถึงกับมีการกล่าวว่า “การตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงในครอบครัวดูจะเป็นจริงมากขึ้น ถ้าไม่สรุปเอาว่า ผู้ถูกกระทำจะเป็นเพียงเพศหญิงเท่านั้น” ผู้ชายที่มีภรรยาที่ชอบทำทารุณเคຍบรรยายถึงความไม่เชื่อใจของคนรอบข้างทั้งจากครอบครัวเพื่อน และตัวทางกฎหมาย เวลาที่เขาพยายามหาที่พึ่ง และผู้ชายหลายคนยังกลัวที่สูญเสียผู้ดูแลของลูกๆ ของเขา ดังนั้น ผู้ชายเหล่านี้จึงยังเลือกที่จะอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกกระทำทารุณนั้นต่อไป<sup>16</sup> (ABC’s “20/20” news show, September 19, 1997)

### ความรุนแรงระหว่างคู่สมรส (Spouse/partner abuse)

Walker (1999)<sup>17</sup> เคยกล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุดกับการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว คือ ความเป็นผู้หญิง เนื่องจากสาเหตุหลักของการทำร้ายร่างกายในผู้ชายมักจะเกิดจากคนแปลกหน้าหรือคนรู้จักทั่วไป ในขณะที่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะถูกข่มขืน ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกฆาตกรรม โดยคนรักหรือแฟน<sup>18</sup> ความรุนแรงมักจะไม่เกิดขึ้นแค่ครั้งเดียว แต่จะเกิดเป็นวัฏจักรซ้ำซาก หรือเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และมีหลากหลายรูปแบบของความรุนแรง ประมาณการว่า 40 - 45% ของผู้หญิงที่ถูกทำร้ายร่างกายจะเคยถูกกระทำความรุนแรงทางเพศด้วยโดยคู่รัก<sup>19</sup> ความรุนแรงในครอบครัวแตกต่างจากความรุนแรงแบบอื่นๆ (Street violence) ตรงที่ว่าความรุนแรงในความครอบครัวยุติกันโดยบริบทของ คำว่า “การใช้

ชีวิตร่วมกัน” (shared lives) นอกเหนือจากอารมณ์ผูกพัน เหยื่อ และผู้กระทำแบ่งปัน ทุกสิ่งทุกอย่างร่วมกัน ตั้งแต่ที่อยู่อาศัย การเงิน ข้อผูกมัดทางกฎหมาย บุตรธิดา และหรือกลุ่มเพื่อน ญาติร่วมกันหลายครั้ง ความรุนแรงดังกล่าวมักเกิดในบริษัทที่ทั้งสองเพิ่งยุติความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ผู้กระทำอาจยังเข้าถึงเหยื่อได้ หลายครั้งความรุนแรงในครอบครัวถูกมองเป็น เรื่อง “ภายในครอบครัว” หรือ “เรื่องภายในครอบครัวคนอื่น ไม่เกี่ยว” ทำให้ปัญหานี้ถูกมองข้ามความสำคัญไป เมื่อเทียบกับความรุนแรงในสังคมรูปแบบอื่นๆ บ่อยครั้งที่ผู้หญิงหรือเหยื่อไม่สามารถยุติความสัมพันธ์ได้ จำยอมต้องทนในสภาพถูกกระทำด้วยอุปสรรคทางการเงิน หรือสภาพสังคมรอบข้าง เช่น ไม่มีที่ปรึกษา ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ รวมถึงถึงวัฒนธรรมความเชื่อบางอย่างต้องอดทน คิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ไม่สามารถทำให้ครอบครัวปกติสุขได้หรือความรู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองที่ไม่สามารถประคับประคองครอบครัวให้อยู่ร่วมกันได้

### ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (Health Consequences)

ผลกระทบด้านสุขภาพมีผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านสุขภาพกาย อาจพบตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย ฟกช้ำ แผลฉีกขาด ไปจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง พิการ หรืออาจเสียชีวิตได้ สถิติจากหน่วยงานของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Violence Against Women) พบว่า 22-35% ของผู้หญิงที่มาขอรับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพกายที่พบบ่อยๆ ตั้งแต่แผลฉีกขาด แผลฟกช้ำ กระดูกหรือเส้นเอ็นขาด ปัญหาทางระบบประสาท เช่น สูญเสียการได้ยินหรือการมองเห็น สำหรับกรณีที่ถูกระทำรุนแรงทางเพศ ก็อาจพบการฉีกขาดของช่องคลอดหรือทวารหนัก<sup>20</sup> มีการศึกษาถึงผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวที่มีต่อปัญหาสุขภาพที่น่าสนใจมากมาย ดังนี้

รายงานใน Psychosomatic Medicine ถึงความเครียดจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง โดยจากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ถูกระทำความรุนแรงทางกายจะได้รับผลกระทบมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่ม

ที่ถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจ โดยผู้หญิงกลุ่มที่ถูกระทำทารุณทางกายจะมีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัส HSV-1 (herpes simplex virus type 1) ต่ำที่สุด เชื้อไวรัสถูกกดด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น จากรายงานนี้นำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า ความเครียดจากความรุนแรงในครอบครัวนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ คือ ร่างกายมีแนวโน้มที่จะสร้างภูมิคุ้มกันลดลง โอกาสที่เชื้อไวรัสต่างๆ จะถูกกระตุ้นได้ง่ายและร่างกายไม่สามารถต่อสู้ได้ (Viral reactivation and failure to suppress virus proliferation)<sup>21</sup>

รายงานจากประเทศออสเตรเลียพบว่า จากการศึกษาในผู้หญิงอายุระหว่าง 18-49 ปี ที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวจากคู่สมรส พบว่า จะมีปัญหาด้านสุขภาพโดยรวม มากกว่าคนปกติ มีความทุกข์ทรมานจากปัญหาสูงกว่าปัญหาโรคทางกายทั่วไป (disability-adjusted life year estimates for the relevant disease) และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลมากกว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทราบกันดีคือภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่ ปัญหาความรุนแรงจากคู่สมรสนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิต 73% และนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดถึง 22%

รายงานจากประเทศบอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา (Bosnia and Herzegovina) ถึงผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่มีต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ในช่วงระหว่างปี 2000-2002 ศึกษาในผู้หญิงอายุระหว่าง 33-53 ปี จำนวนทั้งหมด 283 คน พบว่า 75.9% ถูกทำร้ายทางร่างกาย จิตใจหรือทางเพศจากสามี และ 50.7% จะมีการถูกทำร้ายมากกว่า 1 รูปแบบขึ้นไป พบว่าเหยื่อจะมีอัตราการเกิดโรคประสาท (General neuroticism) โรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญความรุนแรงในชีวิตหรือโรคพีทีเอสดี (Posttraumatic stress disorder) จะพบมากที่สุด ตามมาด้วยโรคซึมเศร้า (depression) และภาวะ Dissociation disorder ถัดมาเป็นภาวะโรคจิตเฉียบพลัน (Psychotic disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติ (Borderline personality disorder with depression)

การศึกษาจากซานดิเอโก สหรัฐอเมริกา พบว่า เหยื่อของความรุนแรงจากคู่สมรส จะนำไปสู่โรคทางจิตเวชหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญความรุนแรงในชีวิต

หรือโรคพีทีเอสดี (Posttraumatic stress disorder) ถึงภาวะทั้งสองอย่างนี้มักจะเกิดร่วมกันได้บ่อย การศึกษานี้ วิจัยในผู้หญิง 44 คน ในช่วงระยะเวลา 2 ปี ที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าสูงถึง 68.2% และโรคพีทีเอสดี 50% และ 42.9% มีภาวะร่วมระหว่างโรคซึมเศร้าและโรคพีทีเอสดี<sup>22</sup>

มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการถูกระทำความรุนแรงทางเพศกับปัญหาทางสุขภาพที่ตามมา ทั้งในเหยื่อที่เป็นผู้ชายและผู้หญิง พบว่า เหยื่อของการถูกระทำความรุนแรงทางเพศ ไม่ว่าจะผู้ชายหรือผู้หญิงจะมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพตามมาคล้ายคลึงกัน แต่ความรุนแรงจะมากกว่าในเหยื่อที่เป็นเพศหญิง อาการทางกายที่พบตามมาได้บ่อย คือ การปวดศีรษะ และอาการทางระบบทางเดินอาหาร รองลงมาเป็นอาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนอาการด้านจิตใจที่พบได้บ่อยสุด คือ อาการของโรคตื่นตระหนก (Panic-related symptoms) และพบว่าถ้าเหยื่อถูกระทำความรุนแรงมาก หรือถูกระทำหลายครั้งจะยิ่งพบอาการทางกายต่างๆ ได้สูงขึ้น<sup>23</sup>

มีหลายงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างการถูกระทำความรุนแรงจากคู่สมรส (Intimate partner violence) กับอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญความรุนแรงในชีวิต หรืออาการของโรคพีทีเอสดี (PTSD) และความคิดอยากตาย (suicidality) ไม่ว่าจะเป็นการกระทำรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ หรือทางเพศ โดยเฉพาะถ้ามีการทำรุนแรงมากกว่า 1 รูปแบบ จะส่งผลให้อาการของโรคทางจิตเวชรุนแรงมากขึ้น<sup>24,25</sup>

มีหลายการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกระทำความรุนแรงทางเพศกับอาการทางจิตเวชและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Social function) มีหลายการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า การกระทำรุนแรงทางเพศ จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Somatization symptoms) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปวดเรื้อรังอุ้งเชิงกราน (chronic pelvic pain), Somatoform disorder, Dissociative disorder และโรคแพนิค (Panic disorder)<sup>26-27</sup>

มีการศึกษาที่มหาวิทยาลัย Johns Hopkins, Baltimore, USA ถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความรุนแรงกับผลกระทบต่อด้านจิตใจ พบว่า ระดับของความรุนแรงมากขึ้นมีผลกระทบต่ออาการทางร่างกายและจิตใจที่มากขึ้นตาม แม้แต่ความ

รุนแรงในรูปแบบที่น้อยๆ เช่น การผลัก การคว่ำตัวอย่างรวดเร็ว สามารถทำให้เกิดอาการด้านจิตใจได้มากกว่าคู่สมรสที่ไม่เคยมีปัญหาคความรุนแรงในครอบครัวเลย นอกจากนี้ พบว่า คู่สมรสที่มีการใช้ยาและสารเสพติดจะมีโอกาสก่อปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้มากกว่าคนปกติ และปริมาณของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการก่อปัญหาความรุนแรงที่มากขึ้นด้วยเช่นกัน<sup>28</sup> และยังพบอัตราการมาใช้บริการห้องฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่ได้เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในด้านจิตเวชในโรงพยาบาล<sup>29</sup>

ในแง่ของผู้กระทำความรุนแรงในครอบครัว มักมีสาเหตุหลักมาจาก 3 ประการ ดังนี้<sup>30</sup>

1. เกิดจากนิสัยหรือบุคลิกภาพของบุคคลนั้น
2. มาจากการใช้สารเสพติด
3. เกิดจากโรคทางจิตเวชบางอย่าง หรือสารเคมีที่ผิดปกติในสมอง

ในเชิงของจิตเวชและการใช้สารเสพติดมีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในครอบครัวว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการเสพติด การมองความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้มีรายงานถึงความสำเร็จในการรักษาตัวของผู้กระทำความรุนแรง และการป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่ได้ผลดีไว้อย่างน่าสนใจ<sup>31</sup>

ลักษณะของการกระทำความรุนแรงในครอบครัวมีรูปแบบซึ่งคล้ายคลึงกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ติดสารเสพติดหลายประการ พบว่า ลักษณะของการกระทำความรุนแรงในครอบครัวมักมีดังนี้

1) ไม่สามารถควบคุมได้ (loss of control) ผู้กระทำความรุนแรงมักโทษคนอื่นหรือสิ่งอื่นว่ามาเป็นตัวกระตุ้น เช่น เมาสูรา ภรรยาชั่วไม่โห แต่ความเป็นจริงแล้วผู้กระทำความรุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจที่จะควบคุมตัวเอง และผู้กระทำความรุนแรงมักให้สัญญาว่าจะไม่ทำอีก แต่ที่สุดแล้วก็ยังคงไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และกระทำความรุนแรงแบบเดิมๆ อีก

2) ยังคงกระทำพฤติกรรมเดิมซ้ำๆ ถึงแม้ว่าจะทราบว่าจะอาจมีผลเสียตามมาหลายอย่าง เช่น ผู้กระทำความรุนแรงก็ทราบว่าการทำแบบนี้ ทำให้คนใกล้ชิดเจ็บปวดหรือบาดเจ็บทางกายได้ แต่ยังคงกระทำความรุนแรงแบบเดิมซ้ำๆ อยู่

3) มีความคิดหมกมุ่นหรือย้ำคิด (pre occupation or obsession) หลายครั้งพบว่าผู้กระทำความรุนแรงมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการควบคุมเหยื่อ (มักเป็นลักษณะของการกระทำความรุนแรงทางเพศ เช่น บังคับให้มีเพศสัมพันธ์) เพื่อให้ได้มาซึ่งความพึงพอใจด้านเพศ

4) มีความเฉาต่ออาการกระทำความรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มความถี่หรือ/และความรุนแรงหรือรูปแบบการกระทำความรุนแรงที่ซับซ้อนมากขึ้น (tolerance)

การกระทำความรุนแรงในครอบครัวจึงมักเกี่ยวข้องกันกับการขาดความยับยั้งชั่งใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมอารมณ์ ซึ่งมักเป็นมากขึ้นและรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยติดสารเสพติดต่างๆ ในทางกลับกันพบว่า การใช้สารเสพติดเช่น ติดสุรา ก็นำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเช่นกัน พบว่า เกือบ 75% ของภรรยาที่มีสามีดื่มสุราเป็นประจำ เคยถูกขู่คุกคามหรือทำให้หวาดกลัว และ 45% เคยถูกสามีทำร้าย<sup>32</sup> ยิ่งไปกว่านั้น มีหลายรายงาน พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงที่ดื่มสุราจะเพิ่มโอกาสในการเป็นเหยื่อของการถูกกระทำความรุนแรงจากคู่สมรสมากขึ้นเช่นกัน<sup>33,34</sup>

จากทฤษฎีความเชื่อที่ว่า การกระทำความรุนแรงในครอบครัวอาจเป็นรูปแบบหนึ่งของการเสพติดหรือเป็นการเสพติดแบบแอบแฝง นำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจของกลไกการเกิดซึ่งเป็นลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยติดสารเสพติด และประยุกต์ไปถึงการบำบัดรักษาด้วยยาต่างๆ หรือการใช้วิธี 12 ขั้นตอน (Twelve steps of Alcoholics Anonymous) มาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษา มีรายงานที่ได้ผลดีเช่นกัน

## บรรณานุกรม

- <sup>1</sup>American Association of Colleges of Nursing (AACN). (2001). Position Statement : Violence as a public health problem. Retrieved August 3, 2001. from <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/violence.htm>.
- <sup>2</sup>American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs. (1992). Physicians and domestic violence : Ethical considerations. Journal of the American Medical Association, 67 : 3190 - 3.
- <sup>3</sup>AMA News, 1997 "Treating domestic violence" 40 (35) : 1, 41-2 September 15, 1997.
- <sup>4</sup>Lawson L. Domestic violence. In B.C. Woman to woman, April 1992, p.9
- <sup>5</sup>Bain J. Spousal assault : The criminal justice system and the role of The physician. Ontario Medical Review, 1989; 56 (1), 20 - 28, 49.
- <sup>6</sup>Bland R, Orn H. family violence and psychiatric disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 1986; 31 : 129 - 137.
- <sup>7</sup>Hoffman BF, Toner BB. The prevalence of spousal abuse in psychiatric inpatients : A preliminary study. Canadian Journal of Community Mental Health, 1988; 7 : 53 - 60.
- <sup>8</sup>Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williams C. Characteristics of participants in domestic violence : Assessment at the scene of domestic assault. J of Am Med Ass, 1997; 277 : 1369 - 73.
- <sup>9</sup>Eichel BS Profile in violence : Domestic violence. Audio - biggest family practice, 1994; 42 (32) : 1.
- <sup>10</sup>Walker LEA. Psychology and demestic violence around the world. Am Psychol, 1999; 54 (1) : 21 - 29.
- <sup>11</sup>Mahoney P, Williams LM, West CM. Violence against women by intimate relationship partners, 2001 : 143 - 178.

- <sup>12</sup>Campbell JC. Making the health care system an empowerment zone for battered women : Health consequences, policy recommendations, introduction, and overview, 1998 : 241 - 258.
- <sup>13</sup>Campbell JC, Pliska MT, Taylor W, Sheridan D. Battered women's experience in the emergency department. *J of Emer Nursing*, 1994; 20 (4) : 280 - 88.
- <sup>14</sup>Warshaw C. Identification, assessment and intervention with victims of domestic violence. In C. Warrshaw & A.L Ganley (Eds.), *Improving The health care response to domestic violence : A resource manual for health care providers* (pp. 49 - 86). San Francisco : Family violence prevention furred.
- <sup>15</sup>Garcia - Linares MI, Sanchez - Lorente S, Coe CL, Martinez M. Intimate make partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosom Med*, 2004; 66 (5) : 965 - 72.
- <sup>16</sup>Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, Walker L, Webster K. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull world Health Organ*, 2006; 84 (9) : 739 - 44.
- <sup>17</sup>Avdibe govic E, Sinahovic U. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Creat Med J*, 2006 Oct; 47(5) : 730 - 41.
- <sup>18</sup>Stein ME, Kennedy C. Major depressive and post - troumatro stress disorder co morbidity in female victims of intimate partner violence. *J Affect Discord*, 2001 Oct; 66 (2 - 3) : 133 - 8.
- <sup>19</sup>Lesserman J. Sexual abuse history : prevalence, health effects, medicators, and psychological treatment. *Psychosom Med*, 2005 Nov - Dec; 67 (6) : 906 - 15.

- <sup>20</sup>Debra H, Robin K, Kavin VR, Nadine JK. Intimate partner violence and mental health symptoms in Africa American female ED patients. *Am J Energy Med*, 2006 July; 24 (4) : 444 - 50.
- <sup>21</sup>Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda - Navarro N, Blasco - Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence an women's mental health : depressive symptoms posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J women's Health*, 2006 Jun; 15 (5) : 599 - 611.
- <sup>22</sup>Dutten MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes *J Interpers Violence*, 2006; 21 (7) : 955 - 68.
- <sup>23</sup>Bonomt AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, Rivara FP. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*, 2006; 30 (6) : 530 - 1.
- <sup>24</sup>Stein ME, Long AJ, Laffaye C, Staz Le, Lenox RI, Dressehaus TR. Relationship of sexual assault history to sometic symptoms and health anxiety women. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004; 26 (3) : 178 - 83.
- <sup>25</sup>Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop - Griffiths J, Holin L, Jones ML, Hlckok L, J emelka RP. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med*, 1992; 54 (6) : 658 - 64.
- <sup>26</sup>Dickinson LM, de Gruy Fv, Dickinson WP, Candib LM. Health - related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Arch Fam Med*, 1999; 8 (1) : 35 - 43.
- <sup>27</sup>McCauley J, Kern De, Kolodner K, Derogatis LR, Bass EB. Relation of low - severity violence to women's health. *J Intern Med*, 1998 Oct 13 (10) : 687 - 91.

- <sup>28</sup> McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. The “battering syndrome” : Prevalence and clinical characteristic of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*, 1995 Nov 15; 123 (10) : 774 - 81.
- <sup>29</sup> รณชัย คงสกนธ์. 100 (ร้อย) เรื่องรัก...รุนแรง. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2547.
- <sup>30</sup> อูมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. เพ็องฟ้า พรินดีง
- <sup>31</sup> วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. ชมรมจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2545.
- <sup>32</sup> Richard I, Jennifer PS. When is Domestic Violence a Hidden face of Addiction? *J of Psychoactive Drugs*, 1997; 29 : 337 - 44.
- <sup>33</sup> Miller BA, Downs WR, Testa M. Interrelationships between victimization experiences and women alcohol use. *J of studies on Alcohol*, 1993; 11 (supply) : 109 - 117.
- <sup>34</sup> Kaufman K, Straus MA. Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *Am J of Drug & Alcohol Abuse*, 1989; 15 (2) : 173 - 179.