

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง

การดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัววัยคู่ครอง (Working with the couple)

รายวิชา : เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 3 (รศร 511)

ผู้สอน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายพิน หัตถิรัตน์, พญ.ภัทร์ สิทธิการิยกุล, พญ.แสงศุณี ธรรมไกรสร

ผู้เรียน : นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5

ภาควิชา : เวชศาสตร์ครอบครัว

วัตถุประสงค์การศึกษา : ภายหลังจากการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. ตระหนักธรรมชาติของพฤติกรรมคู่ครองของมนุษย์ที่มีหลากหลาย ทั้งคู่ชาย-หญิง คู่ชาย-ชาย คู่หญิง-หญิง

2. ตระหนักความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองที่มีผลต่อสุขภาพ และปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของคู่ครองในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 The partner as “ caregiver ”

2.2 The partner as “ customer ”

2.3 The partner as “ informant ”

2.4 The partner as “ consultant ”

2.5 The partner as “ participant in treatment ”

2.6 The partner as “ part of the problem ”

2.7 Illness as a burden for the partner

3. ตระหนักความสำคัญ อธิบายความจำเป็นและซักประวัติความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองและครอบครัวแต่ละฝ่ายเพื่อนำมาเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้

4. อธิบายการก่อกำเนิดความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองและพัฒนาการของชีวิตคู่ที่มีผลต่อความเจ็บป่วยของคู่ครอง (couple development cycle)

5. เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพบุคคลกับปัญหาสุขภาพครอบครัววัยคู่ครอง โดยประเมินพฤติกรรมคู่ครองที่มีลักษณะต่างๆเมื่อมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย ได้แก่ Sick-healthy pair, Sick-caregiving pair, Sick-distant pair, Competing spouses, Shared illness และ Coalition around illness

6. บอกรายละเอียดหน้าที่และพัฒนาการที่สำคัญของครอบครัววัยคู่ครองได้ดังนี้
 - 6.1 บทบาทหน้าที่ ได้แก่ Companionship, Sharing, Affection และ Sexuality
 - 6.2 พัฒนาการ
 - 6.2.1 ระยะเวลาสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เท่าเทียมและจริงใจต่อกัน (Mutual relationship)
 - 6.2.2 ระยะเวลาที่มีความเป็นตัวของตัวเองแยกออกจากครอบครัวต้นกำเนิดและสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับครอบครัวต้นกำเนิดของกลุ่ม (In-laws family)
 - 6.2.3 ระยะเวลาวางแผนตัดสินใจที่จะเปลี่ยนบทบาทจากคู่ครองเป็นพ่อ แม่ (Parenting)
7. อธิบายหลักการประเมินปัญหา (Couple problem) ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพครอบครัววัยคู่ครอง กลไกการแก้ปัญหาของกลุ่ม (Couple coping skills) และแหล่งที่พึ่งของกลุ่ม (Couple resources) ได้ในฐานะแพทย์ทั่วไป
8. ชักประวัติความเป็นมาก่อนครองคู่ ความรัก ความคาดหวังของกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
9. ชักประวัติเรื่องเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม
10. เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของกลุ่มในครอบครัวต้นกำเนิดและครอบครัวปัจจุบันได้ตามข้อ 6 และ 7
11. เขียนแผนภูมิครอบครัว ผังครอบครัวตามกาลเวลาในการชักประวัติกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
12. อธิบายแนวทางการให้การปรึกษาปัญหาครอบครัววัยคู่ครองในเวชปฏิบัติได้ ดังต่อไปนี้
 - 12.1 เปิดใจกว้างยอมรับพฤติกรรม “คู่ครอง” ในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน (live-in- relationship) รักร่วมเพศ (Homosexual relationship)
 - 12.2 ให้ความสำคัญแก่คู่ครองเท่ากันโดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
 - 12.3 ใช้การสัมภาษณ์พูดคุยกับคู่ครองเป็นการสอนหรือปรับเปลี่ยนการสื่อสารระหว่างคู่ครอง
 - 12.4 ประเมินบทบาทและพฤติกรรมของกลุ่มในการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยของอีกฝ่ายหนึ่ง
 - 12.5 คัดกรองภาวะความรุนแรงภายในคู่ครองในเวชปฏิบัติและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

วิธีสอน :

บรรยายอย่างย่อ สลับกับ การอภิปรายกลุ่มย่อยและ Role play

วิธีประเมินผล :

1. ข้อสอบข้อเขียน MCQ และ SAQ ลงกอง
2. ข้อสอบ Comprehensive exam ของคณะฯ
3. การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน

เอกสารประกอบการสอน

Working with the couple

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สายพิณ หัตถิรัตน์

สุขภาพของคู่ครองมีผลกระทบซึ่งกันและกัน แพทย์จึงควรประเมินปัญหาสุขภาพคู่ครอง(Couple Assessment) ได้อย่างเป็นระบบ ในการประเมินสุขภาพคู่ครองดังกล่าวแพทย์ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาปัญหา (Couple Therapist) และก็ไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์จึงจะสามารถเข้าใจความทุกข์ทรมานของคู่ครองนั้นๆได้ เพราะโดยพื้นฐานที่แพทย์มีหน้าที่เยียวยาให้ผู้ป่วยพ้นจากป่วยไข้ นั้น แพทย์จึงมีโอกาสรับทราบปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยอยู่เนืองๆ แต่แพทย์หลายท่านไม่รู้จะจัดการกับข้อมูลที่ได้มาอย่างไร บ้างก็ว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ไม่ควรไปยุ่งเกี่ยวกับ บ้างก็ว่าเป็นปัญหาที่ยุ่ยากเกินกว่าจะแก้ไขได้ บ้างก็ว่าแพทย์ควรจำกัดขอบเขตการรักษาอยู่แต่เฉพาะโรคที่เรียนมาก็พอ ไม่ควรทำนอกเหนือหน้าที่แพทย์ บ้างก็ว่าปัญหาโลกแตก ครอบครัวของแพทย์ก็มีปัญหาเช่นกัน ยังไม่สามารถแก้ไขได้แล้วจะไปช่วยชาวบ้านได้อย่างไร นานาทัศนะเหล่านี้ได้แสดงออกถึงความจริงบางอย่าง นั่นคือมีความชุก (Prevalence) ของปัญหาดังกล่าวจริงและแพทย์ส่วนใหญ่ก็รับรู้ถึงปัญหานั้นได้ตลอดมา แล้วแต่ใครจะใส่ใจถอดรหัสและสนใจดูแลปัญหาดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเช่นนั้นแทนที่จะหนีปัญหาหรือทำเป็นมองไม่เห็นปัญหาสุขภาพคู่ครองของผู้ป่วย แพทย์ควรหันมาทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมคู่ครอง ให้มากขึ้น เมื่อเข้าใจปัญหาคนอื่นก็อาจนำไปประยุกต์ใช้กับของตนเองหรือครอบครัวได้ โดยที่หลายครั้ง ไม่ต้องแก้ปัญหา เพียงแค่ทำความเข้าใจกับปัญหาก็เพียงพอ และแน่นอนว่าการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพระดับคู่ครอง(Couple health) ย่อมสลับซับซ้อนกว่าปัญหาสุขภาพระดับบุคคล(Individual health)

คู่ครอง : ความหมายที่มากกว่าหนึ่งบวกหนึ่ง

คู่ครองเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของคนสองคนที่ผูกพัน โยงใยกันเชิงเสน่หา (Intimacy) จึงไม่ใช่ความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนสนิท เช่นอาจมีเรื่องราวหลายเรื่องที่กำลังเล่าให้เพื่อนสนิทฟัง แต่ไม่กล้าเล่าให้คู่ครองฟัง ในขณะที่เรื่องภายในคู่ครองหลายเรื่องก็ไม่กล้าเล่าให้ใครฟังแม้แต่เพื่อนสนิท แสดงออกให้เห็นถึงความแตกต่างกันระหว่าง แฟนฉัน (partner) กับ เพื่อนสนิท (Buddy or closed friend)

ปัจจุบันมีการยอมรับคู่ครองตามธรรมชาติที่มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคู่ครองต่างเพศ (Heterosexual couple) คู่ครองเพศเดียวกัน (Homosexual couple) และคู่ครองรูปแบบอื่นๆ เช่น Bisexual couple, Sodomasochism couple เป็นต้น ธรรมชาติของพฤติกรรมคู่รูปแบบต่างๆเหล่านี้เป็นไปตามความหลากหลายของประสบการณ์ทางเพศในมนุษย์ (spectrum of human sexuality) ความหลากหลายเหล่านี้จึงไม่ใช่ความผิดปกติ และไม่ใช่โรค ทั้งๆที่ยุคสมัยหนึ่งเคยถูกจัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวช

มีคำหลายคำที่มีความหมายเกี่ยวกับคู่ครองและมีความเป็นกลางมากกว่าคำว่า “สามี-ภรรยา” ซึ่งบ่งบอกแต่คู่ครองต่างเพศ (Heterosex couple) คู่ที่ไม่ใช่ Heterosexual อาจไม่พอใจที่แพทย์ไม่ให้เกียรติในการเป็นคู่ครองเพศเดียวกัน (Homosex couple) หรือคู่ครองรูปแบบอื่นๆ แพทย์จึงควรใช้คำกลางๆ เช่น

แฟน (partner) คู่ครอง(Spouse, couple) นอกจากนี้อาจมีคำที่บ่งบอกพฤติกรรมเพศหลากหลายกว่า gayman เช่น Men who have sex with men (MSM) เป็นต้น คู่ครองจึงไม่ใช่ความหมายของการนำคนสองคนมานับรวมกัน แต่เป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ผูกพันโยงใยกัน ไม่ว่าจะเริ่มมาด้วยความรัก เพศสัมพันธ์หรือเหตุผลใดๆ และไม่ว่าจะมีรูปแบบใดดังที่กล่าวมา

กำเนิดของคู่ครอง (Couple Origin)

คู่ครองแต่ละคู่จะมีความเป็นมาที่แตกต่างกัน บางคู่แต่งงานกันด้วยความรัก บางคู่แต่งงานเพื่อคำจูงเสรษฐฐานะของครอบครัวดั้งเดิม บางคู่แต่งงานเพื่อตอบสนองความต้องการของพ่อแม่หรือสังคม บางคู่แต่งงานเพราะกลัวความเหงา บางคู่แต่งงานเพราะหวังได้คนดูแลยามเจ็บป่วยหรือแก่เฒ่า บางคู่แต่งงานเพื่อต้องการล้างแค้น ดังนั้นการที่แพทย์ซักถามถึงที่มาที่ก่อนที่จะมาพบกัน และการก่อกำเนิดของคู่ครองนั้นๆ จะทำให้แพทย์เข้าใจความเป็นมาเป็นไปของคู่กันก่อนที่จะเกิดปัญหา เข้าใจว่าแต่ละฝ่ายมีความเป็นปัจเจกอยู่อย่างไร นิสัยเดิมเป็นอย่างไร ชอบกันและกันที่ตรงไหน เหตุผลที่ตัดสินใจมาใช้ชีวิตด้วยกัน แพทย์จึงจะตั้งสมมติฐานได้ว่าปัญหาคู่ครองนั้นๆเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มถือกำเนิดความสัมพันธ์เลยหรือไม่หรือเกิดขึ้นภายหลังอันเนื่องมาจากความขัดแย้งหรือความคาดหวังของแต่ละฝ่ายหลังจากตัดสินใจมาอยู่ด้วยกัน

พัฒนาการของคู่ครอง (Couple Development Cycle)

เมื่อทราบกำเนิดของคู่ครอง ก็ควรทำความเข้าใจกับพัฒนาการของคู่ครองที่ประกอบด้วย 3 มิติที่เกี่ยวข้องกันของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ที่แวดล้อมคู่ครองนั้นๆ

มิติที่ 1 มิติระดับคู่ครอง

เป็นช่วงที่คู่สร้างความสัมพันธ์ที่ซื่อสัตย์และจริงจังต่อกัน (Mutual relationship) ซึ่งมีพัฒนาการเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

1. **ระยะแรกที่มีความรักหวานชื่น (Romance)** มีหรือไม่มี ถ้ามี อาจตั้งคำถามว่า “ความสัมพันธ์ของคุณกับเขาเป็นอย่างไรบ้าง สมัยยังรักกันใหม่ๆเป็นอย่างไร”
2. **ระยะที่เริ่มประสบสิ่งที่ไม่คาดหวัง (Unmet expectation)** “หลังจากแต่งงานกันมามีความสุขหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นบ้าง เรื่องดังกล่าวเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อใด”
3. **ระยะที่มีปัญหาอุปสรรค (Struggles)** “ในขณะที่เกิดปัญหาที่หนักที่สุด คุณเป็นอย่างไรบ้าง”
4. **ระยะการตกลงต่อรอง (Resignation or commitment)** “เมื่อคุณรู้ว่าเกิดปัญหา คุณแก้ไขอย่างไรบ้าง เคยคุยกับคู่ของคุณไหม เขาว่าอย่างไร หลังคุยกันแล้ว มีอะไรเปลี่ยนแปลงบ้าง”
5. **ระยะที่มีการสมานฉันท์ (Co-creation)** “ขณะนี้ ปัญหาดังกล่าวดีขึ้นหรือไม่ ดีขึ้นได้อย่างไร”

โดยทั่วไปวงจรชีวิตคู่ที่ว่า “หนักนิดเบาหน่อยก็ให้อภัยกันนะ” จึงมีลักษณะเป็นวงจร โดยเริ่มต้นที่กำเนิดคู่ครองที่ต่างฝ่ายต่างมีชีวิตประวัติของตนเอง มีปฐมหลัง ความภาคภูมิใจ ความคาดหวังของตนเอง ก่อนที่จะมาพบกัน เมื่อพบกันจึงเริ่มระยะแรกของคู่ครองและเป็นกระบวนการไปจนถึงระยะที่ 5 เมื่อตกลงสมานฉันท์กันได้ ก็จะวนกลับมาเป็นวงจรระยะที่ 1 อีกครั้ง พัฒนาการของชีวิตคู่จึงเป็นวงจรที่วนเวียน

ระหว่างสุขและทุกข์ที่ร่วมกันระหว่างสองคน เป็นงานที่ต้องทำ และต้องมีทักษะที่จะแก้ปัญหาระหว่างกัน ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่างคู่ได้แก่ ปัญหาการสื่อสารระหว่างกัน ปัญหาการแสดงความรักและเพศสัมพันธ์ต่อกัน เป็นต้น

มิตินี้ 2 มิติระดับครอบครัว

เป็นระยะที่ต่างฝ่ายต่างอยากแยกตัวออกจากครอบครัวต้นกำเนิดเดิมและมุ่งมั่นสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับครอบครัวของคู่ครอง (In-laws family) บางคนกล่าวว่าเรื่องคู่เป็นเรื่องของคนสองคน แต่แท้จริงแล้วเรื่องคู่ไม่ใช่เรื่องของคนเพียงสองคน เพราะแต่ละฝ่ายมาจากครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin) คนละแบบ คนละพัฒนาการ

ในกรณีที่ครอบครัวดั้งเดิมของแต่ละฝ่ายยังมีชีวิตอยู่ สมาชิกแต่ละฝ่ายก็จะเข้ามามีบทบาทต่อวงจรชีวิตคู่ด้วยเสมอๆ ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะที่ 5 เช่น การตกลงรูปแบบการแต่งงาน การหาฤกษ์ยามที่ทั้งสองฝ่ายเห็นตรงกันว่าเป็นมงคล แต่งงานแล้วจะไปอาศัยอยู่ที่บ้านของฝ่ายใด เมื่อเกิดปัญหาคู่แล้วยังสามารถกลับไปปรึกษากับครอบครัวเดิมของตนเองได้หรือไม่

ในกรณีที่ไม่มีครอบครัวดั้งเดิมอยู่ เมาของครอบครัวเดิมยังอยู่กับคนนั้นๆเสมอ เช่น เด็กกำพร้า แม้จะไม่รู้จักครอบครัวแท้จริงของตนเอง แต่ยังมีเมาครอบครัวที่ตนไฝ่ฝันถึง โหยหาถึงในอดีต เมาดังกล่าวก็จะเข้ามาแทรกแซงอยู่ในวงจรชีวิตคู่ของตนเองตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะที่ 5 ได้อีกเช่นกัน

ครอบครัวต้นกำเนิด และครอบครัวที่ได้เพิ่มเติมหรือ “เกี่ยวดอง” มาจากการแต่งงาน (Family-in-law) จะแทรกแซงกิจการชีวิตคู่เป็นระยะๆ เพิ่มเติมความสลับซับซ้อนของวงจรชีวิตคู่ในแต่ละคู่

เมื่อคู่ตั้งครอบครัวใหม่ไปได้สักพัก ก็มักจะเข้าสู่ระยะวางแผนตัดสินใจที่จะเปลี่ยนบทบาทจากคู่ครองมาเป็นพ่อ แม่ (Parenting) คู่ครองอาจต้องการที่จะมีบุตรเป็นของตนเอง จึงต้องเตรียมการและตกลงกันเรื่องความพร้อมของการมีบุตรที่จะเป็นสิ่งที่ต้องการของทั้งสองฝ่าย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการจากครอบครัวต้นกำเนิดและครอบครัวที่ดองกันด้วย ในระยะนี้หลายคู่จะเริ่มถูกกดดันโดยมิติของครอบครัวจากทั้งสองฝ่าย

มิตินี้ 3 มิติระดับสังคม

นอกจากเมาของครอบครัวเดิมและครอบครัวที่ดองกันจะเข้ามามีบทบาทตลอดวงจรชีวิตคู่แล้ว ยังมีกรอบของสังคมวัฒนธรรมที่เป็นองค์กรใหญ่คอยควบคุมกำกับการทำงานของแต่ละครอบครัว เช่น วัฒนธรรมจีน วัฒนธรรมมุสลิม วัฒนธรรมไทย จะมีความแตกต่างกันอย่างเป็นเอกลักษณ์ โดยไม่ขึ้นกับการแต่งกาย แต่เป็นวิถีคิด วิถีแก้ปัญหา วิถีชีวิตที่ดำเนินต่างกันตามความเชื่อคนละแบบ เมาของสังคมวัฒนธรรมของแต่ละฝ่ายจึงเข้ามามีบทบาทในวงจรชีวิตคู่เป็นระยะๆ

บทบาทหน้าที่ระหว่างคู่ครอง (Couple Function)

คู่ครองแต่ละคู่จะมีหน้าที่หลักๆที่พึงกระทำต่อกัน ดังนี้

1. **เป็นเพื่อนกัน (Companionship)** เมื่อคู่จะไปไหนมาไหน ก็สามารถพึ่งพิงมีคนไปเป็นเพื่อนได้ จะทำอะไรก็คอยสนับสนุนกัน
2. **แบ่งเบาระหน้าที่ซึ่งกันและกัน(Sharing)** ทั้งคู่มีศักดิ์ศรีเท่าๆกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือกัน ภาระหน้าที่ต่างๆเช่นการดูแลบ้านเรือน การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การเลี้ยงดูบุตรก็มีการตกลงหน้าที่ระหว่างกัน อย่างเท่าเทียม
3. **มีอารมณ์ร่วมกัน(Affection)** เวลาทุกข์ร้อนก็มีคนที่คอยฟังอย่างเข้าใจ เวลาสุขก็สุขร่วมกัน
4. **แสดงออกซึ่งความเสน่หาต่อกัน(Sexuality)** มีการแสดงออกซึ่งความรักและความเสน่หาต่อกัน อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

คู่ครองกับผลต่อสุขภาพ

มีการศึกษามากมายที่ยืนยันว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองมีผลต่อสุขภาพบุคคลหนึ่งๆ เช่น คนที่แต่งงานแล้วจะมีอัตราตายต่ำกว่าและมีสุขภาพดีกว่าคนที่ไม่แต่งงาน ในบรรดาคนที่แต่งงาน พบว่า คนที่มีปัญหาชีวิตสมรสจะมีสุขภาพแย่กว่า ซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีปัญหาชีวิตสมรส ในบรรดาคนที่ไม่แต่งงาน คนที่ไม่เคยแต่งงานเลยจะมีสุขภาพดีกว่าและอายุยืนกว่าคนที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ทั้งนี้พบว่าคนที่แต่งงานมักจะมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าคนที่อยู่ลำพัง มีความเครียดน้อยกว่าและได้รับการยอมรับจากสังคมมากกว่า ซึ่งมีผลต่อสรีระต่างๆของร่างกาย ปัญหาความสัมพันธ์ของคู่ครอง (Couple conflict) จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้ร่างกายเหมือนมีความเครียดอยู่ตลอดเวลา คู่สมรสที่มีปัญหาจึงมีระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่องกว่าคู่สมรสที่ไม่มีปัญหา ดังนั้นการที่แพทย์ได้มีส่วนช่วยเหลือคลายปัญหาคู่ครองจึงเป็นทั้งการรักษาความเจ็บป่วยและการป้องกันไม่ให้สุขภาพบุคคลทรุดโทรมลงในอนาคตข้างหน้า การดูแลช่วยเหลือคนทั้งคู่จึงเป็นกุญแจสำคัญในการรักษาของแพทย์ในทุกกรณี

บทบาทคู่ครองต่อการดูแลสุขภาพ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในคู่ครอง คู่ครองจะเกิดการปรับตัวได้หลายรูปแบบ หลายบทบาท ซึ่งแต่ละคู่มักจะมีบทบาทเด่นๆอยู่ 1 บทบาทในบรรดา 7 บทบาทที่พบบ่อยต่อไปนี้

1. **บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย (Partner as caregiver)** เป็นผู้คอยดูแล ติดตามอาการและการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด แพทย์ควรเชิญคู่ที่มีบทบาทลักษณะนี้เข้ามาอยู่ในห้องตรวจด้วย เพื่อสอบถามรายละเอียดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้คู่รู้สึกมีคุณค่าที่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างห่วงใยใกล้ชิด ในขณะที่ยังเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย ถ้าแพทย์สังเกตพบว่าคู่มิทำหน้าที่ห่วงใยเกินกว่าเหตุหรือควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป อาจกันให้คู่นั่งรอภายนอกห้องตรวจอย่างสุภาพ โดยแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจผู้ป่วยตามลำพัง ถ้าคู่พยายามขัดเคียดการรักษาหรือคำแนะนำบางอย่าง แพทย์อย่ารีบผลิผลตามตามนั้น แต่ควรขอความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครอง

2. **บทบาทลูกค้า (Partner as customer)** ในกรณีที่ผู้ป่วยเล่าประวัติคลุมเครือ ไม่ชัดเจน จนดูเสมือนไม่ได้ตั้งใจมาตรวจ แพทย์อาจตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยถูกบังคับให้มาตรวจโดยใครหรือไม่ เช่น คู่ครอง

หรือญาติๆ เป็นต้น และควรถามผู้ป่วยโดยตรงว่าเหตุผลที่มาตรวจในครั้งนี้เริ่มจากมีใครแนะนำให้มาตรวจ
ทำไมคนเหล่านั้นจึงอยากให้มาตรวจ และ อยากให้มาตรวจอะไรบ้าง เพราะเป็นข้อมูลทางอ้อมว่าผู้ป่วยอาจ
มีอาการหรือพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจนคู่ครองหรือคนรอบข้างกังวล คนเหล่านั้นถือเป็นลูกค้ำตัว
จริงที่อยากจะให้ผู้ป่วยมารับการประเมินหรือรักษาทางการแพทย์ แพทย์อาจขออนุญาตติดต่อกู้ครองหรือ
ญาติขณะที่อยู่ในห้องตรวจเพื่อทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากคู่ครองหรือญาติที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจ

3. **บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Partner as informant)** ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลหรือ
ประวัติใดๆที่น่าเชื่อถือได้เลย แพทย์อาจขอติดต่อกับคู่ครองของผู้ป่วยเพื่อซักประวัติแทน คู่ครองนั้นก็
จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เขาเห็นแก่แพทย์

4. **บทบาทที่ปรึกษา (Partner as consultant)** ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะให้
ข้อมูลที่สำคัญบางอย่าง แพทย์อาจขอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากคู่ครองของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการประเมิน
ความเจ็บป่วยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยคู่ครองนั้นอาจให้มุมมองอื่นที่ทำให้แพทย์เข้าใจความ
เจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่การวินิจฉัยโรคยังคงคลุมเครือ

5. **บทบาทผู้ร่วมตัดสินใจการรักษา (Partner as participant in treatment)** การรักษาบางอย่าง
มีผลกระทบโดยตรงต่อความสัมพันธ์คู่ครอง เช่น การคุมกำเนิด การผ่าตัดเต้านม การให้ยาบางอย่างที่มีผล
ให้ผู้ป่วยหลับยากซึ่งมีผลให้คู่ครองที่นอนอยู่เคียงเตียงด้วยกันต้องตื่นด้วย เป็นต้น แพทย์จึงควรดึงคู่ครองเข้ามา
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อรับและเฝ้าติดตามการรักษาต่างๆแต่เนิ่นๆ

6. **บทบาทตัวปัญหา (Partner as part of the problem)** คู่ครองหลายคู่ที่มีปัญหาคู่สมรสอาจ
มีผลกระทบต่ออารมณ์สุขภาพ เช่น ภรรยาเป็นคนทำกับข้าวที่ผิดสุขลักษณะให้สามีที่ป่วยกินโดยไม่ยอม
เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีปัญหากันอยู่ก่อนหน้านานแล้ว หรือสามีที่นอกใจภรรยาทำให้ฝ่ายภรรยาเกิดอาการ
เจ็บป่วยหลังจากทราบความจริง เป็นต้น

7. **บทบาทภาระหน้าที่ (Illness as partner burden)** ความเจ็บป่วยร้ายแรงบางกรณี เช่น
อุบัติเหตุ โรคหัวใจเฉียบพลัน มะเร็ง หรือ เอดส์ มักทำให้เกิดอาการเครียดอย่างรุนแรงในคู่ครองที่อาจต้อง
เปลี่ยนมารับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นระหว่างที่อีกฝ่ายหนึ่งป่วย ต้องคอยเฝ้าไข้ตลอดเวลาจนไม่มี
เวลาดูแลตนเอง หรือ โศกเศร้าเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้น และอาจทำให้คู่ครองล้มป่วยลงในเวลาไล่เลี่ยกัน
แพทย์จึงควรตระหนักถึงการดูแลสุขภาพให้คู่ครองของผู้ป่วยในกรณีดังกล่าว

รูปแบบความสัมพันธ์เมื่อคู่ครองเจ็บป่วย

แต่ละครอบครัวมีความเชื่อเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกัน ความเชื่อที่แตกต่างเหล่านี้จะแสดงออกชัดเจนเมื่อคู่ครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งป่วยแล้วทำให้เกิดการปรับตัวที่คู่ของกันไปในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1. **Sick-Healthy pair** การปรับตัวลักษณะนี้จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนกันได้ถ้ามีการสลับบทบาทกันบ้าง แต่หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา (sick role) ในขณะที่อีกฝ่ายแข็งแรงสม่ำเสมอ ปัญหาอาจจะเกิดเมื่อฝ่ายที่แข็งแรงเกิดล้มป่วยลงบ้าง จะไม่มีผู้ดูแลหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้
2. **Sick-Caring pair** การปรับตัวลักษณะนี้อาจมีประโยชน์หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่เล่นบทบาทนั้นๆ ให้มากจนเกินไป ไม่ว่าจะเป็นบทบาทคนป่วย หรือบทบาทผู้ดูแลที่เก่งกาจ เพราะคู่ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลที่ดูแลมากเกินไปจะมีผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงตลอดเวลาจนไม่สามารถลุกขึ้นมาแข็งแรงด้วยตนเองได้
3. **Sick-Distant pair** การปรับตัวนี้พบได้ในคู่ที่ทนรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของอีกฝ่ายหนึ่ง จึงทำเป็นเมินเฉย ไม่สนใจ ทำงานอื่นให้หนักขึ้นเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงที่จะพบกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บางคู่ที่มีลักษณะนี้อาจห่างเหินแต่ฝากคนอื่นดูแลและคอยเฝ้าติดตามอยู่ห่างๆ ในขณะที่บางคู่อาจห่างเหินทอดทิ้งไปเลย
4. **Competing pair** มักจะพบในคู่ที่มีความเท่าเทียมกันในหลายๆ สิ่ง ในภาวะปกติเอง คู่ลักษณะนี้อาจทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้ดีพอๆ กัน ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยก็อาจเกิดการท้าทายว่าฉันก็ป่วยเหมือนกัน (ด้านอื่น) ทำให้ไม่สามารถดูแลสนับสนุนกันได้เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะหมดความสำคัญไปเมื่อเทียบกับฝ่ายที่เจ็บป่วย
5. **Shared illness** คู่ที่พึ่งพิงซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา เมื่อฝ่ายหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย อีกฝ่ายจะรู้สึกเสมือนเจ็บป่วยไปด้วยกัน ซึ่งมักเกิดในรูปแบบความเจ็บป่วยจิตประสาท(Somatic fixation) เช่น ฝ่ายหนึ่งถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อีกฝ่ายจะรู้สึกเหมือนติดเชื้อไปด้วย และไม่ไวใจเนื่องจากมีเรื่องนอกใจเกิดขึ้น ทำให้เกิดอาการเวียนมาขอตรวจอาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งเกินจำเป็น

6. **Coalitions around illness** ในบางกรณีความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวกระตุ้นให้ความแตกแยกในครอบครัวที่มีอยู่ก่อนหน้าเด่นชัดขึ้น ทำให้เกิดฝักฝ่ายภายในครอบครัวภายหลังการเจ็บป่วย เช่น แม่ที่รับหน้าที่ดูแลลูกในภาวะปกติ เมื่อลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แม่ต้องเหนื่อยมากขึ้น ดูแลลูกมากกว่าปกติจนเหนื่อยล้าและอาจมองว่าพ่อไม่ใส่ใจลูก ไม่รักลูก ลูกที่รับฟังเมื่ออยู่ตลอดก็จะน้อยใจ โกรธและเกลียดพ่อตามแม่ เป็นต้น

แนวทางการประเมินปัญหาสุขภาพคู่ (Couple Assessment)

การประเมินปัญหาสุขภาพคู่ของผู้ป่วยรายหนึ่ง ควรทำความเข้าใจถึง **ระบบคู่ครอง (Couple system)**²⁴ ของคู่กัน ซึ่งประกอบด้วย

1. **โครงสร้าง(Couple structure)** คู่ประกอบด้วยใครบ้าง ชื่อ อายุ อาชีพ ศาสนา
2. **การเริ่มต้นและพัฒนาการของคู่ครอง (Couple Development cycle)** ต่างฝ่ายต่างมาจากครอบครัวดั้งเดิมลักษณะอย่างไร มาพบเจอกันได้อย่างไร เมื่อใด เหตุผลที่ตัดสินใจเลือกใช้ชีวิตคู่

3. **หน้าที่ของคู่ครอง (Couple function)** หลังจากตกลงเป็นคู่ครองกันแล้ว แต่ละคนมีบทบาทอย่างไรบ้าง อยู่กันอย่างไร มีข้อตกลงอะไรกันบ้าง

4. **ปัญหาของคู่ครอง (Couple problem)** มีปัญหาด้านใดบ้าง เช่น ภาระที่หนักเบาไม่เท่ากัน การสื่อสารไม่ตรงไปตรงมา ความหึงหวง ปัญหาการเงิน ปัญหาขัดแย้งกับครอบครัวดั้งเดิมของแต่ละฝ่าย ปัญหาความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน ปัญหาการแสดงความรักต่อกัน ปัญหาเพศสัมพันธ์ ปัญหาเรื่องความต้องการมีบุตร ปัญหาความเจ็บป่วยของแต่ละฝ่าย ปัญหาหน้าตาชื่อเสียงและความคาดหวังจากสังคมของแต่ละฝ่าย เป็นต้น

5. **การแก้ปัญหาของคู่ครอง (Couple coping)** ใช้วิธีใดบ้าง เช่น พุดกันตรงๆ แสดงออกด้วยปฏิกริยาต่างๆ เล่าให้ครอบครัวตนเองฟัง ทำเป็นเฉยๆ ทำเป็นไม่เห็น งอนสักพักอีกฝ่ายก็มาง้อเอง เป็นต้น

6. **ผลต่อสุขภาพ (Impact on Health)** ปัญหาชีวิตคู่ส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพของแต่ละฝ่าย และต้องการให้แพทย์พยาบาลช่วยเหลื่ออะไรบ้าง แพทย์หรือนักจิตวิทยาสามารถช่วยเหลื่อให้วิกฤตชีวิตคู่กลับมากลื่นไหลได้ และจะส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคลให้ดีขึ้น

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง (Couple conflict) กับ ความรุนแรงระหว่างคู่ครอง (Couple violence)

ก่อนอื่นควรทำความเข้าใจก่อนว่า **ความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง** เป็นคนละปัญหากับ **ความรุนแรงระหว่างคู่ครอง** คู่แต่ละคู่มิมีโอกาสเกิดการทะเลาะเบาะแว้งและขัดแย้งกันได้ ในโอกาสต่างๆ บางคู่สามารถแก้ไขและผ่านความขัดแย้งไปได้เมื่อเวลาผ่านไป บางคู่แก้ไขความขัดแย้งกันไม่ได้ก็เลิกกันไป ในท่ามกลางความขัดแย้งอาจมีการแสดงออกด้วยการด่าว่าให้เจ็บใจ เพิกเฉยไม่ดูแล หรือพฤติกรรมอื่นๆ ขณะขัดแย้งกันได้ในระดับที่ควบคุมตนเองได้ โดยทั้งคู่จะมีอำนาจในการแสดงออกถึงความไม่พอใจเท่าๆกัน จึงอาจจะพอมีทางสมานฉันท์กันได้

ส่วนคู่ที่มีความรุนแรงระหว่างคู่ครองมักจะหมายถึงคู่ครองที่เกิดปฏิกริยาความรุนแรงที่เกินความยับยั้งชั่งใจของมนุษย์หนึ่งคนที่ควรพึงกระทำต่ออีกคนในฐานะมนุษย์ด้วยกัน ในสถานการณ์ดังกล่าวมักจะมิฝ่ายหนึ่งที่มีอำนาจเหนืออีกฝ่ายอยู่ตลอดเวลา เป็นปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนอีกฝ่ายถดถอยและถอดใจ ขอมงานอยู่ภายใต้การบังคับใช้อำนาจของอีกฝ่ายหนึ่ง สถานการณ์ดังกล่าวจะกัดกร่อนสิทธิความเป็นมนุษย์หนึ่งคนให้กลายเป็นทาสในอำนาจของอีกคนอย่างถอนตัวไม่ขึ้น หมดความภาคภูมิใจในตนเองไม่กล้าตัดสินใจอะไรเพิ่มเติมเพราะความกลัวอีกฝ่ายหนึ่ง เปลี่ยนไปเป็นคนละคนกับความเป็นตัวของตัวเอง นอกจากนี้จะทำให้ฝ่ายที่มีอำนาจมากกว่าเกิดการขมใจและกระทำการที่รุนแรงมากขึ้นไปอีกเพื่อคุมอำนาจให้อยู่หมัด อาจถึงขั้นฆ่าให้ตายเพราะกลัวที่อีกฝ่ายจะหลุดรอดออกไปจากอำนาจของตน ลักษณะดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ผู้ป่วยที่แท้จริงคือคนที่กระทำการรุนแรงเพื่อมีอำนาจเหนืออีกฝ่ายหนึ่ง มักมีพื้นเพจากความขาดในวัยเด็กหรือพัฒนาการช่วงต้นๆของชีวิต เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เป็นมานาน แต่เพิ่งแสดงอาการกระหายอำนาจเฉพาะเมื่ออยู่กับคู่ครอง แม้จะเป็นการป่วยที่ตัวบุคคลแต่แยกเอาไป “ซ่อม” ตามลำพังไม่ได้ เพราะเมื่อแสดงความรุนแรงระหว่างความสัมพันธ์ออกมาแล้ว คู่ครองฝ่ายที่เป็นเหยื่อก็ถูกทำให้ป่วยไปแล้ว ความรุนแรงของคู่ครองจึงไม่ใช่ปัญหาที่แก้ไขได้ตรงไปตรงมา คนภายนอกอาจไม่ควรที่จะไปสมานฉันท์เสียด้วยซ้ำ กลับต้อง รีบช่วยเหลือคนที่อ่อนแอกว่าก่อน

ปัญหาความรุนแรงภายในคู่อรง (Couple violence หรือ Intimate partner violence)

เป็นปัญหาพฤติกรรมคู่อรงที่ผิดปกติ เมื่อฝ่ายหนึ่งต้องการ “มี” และ “แสดง” อำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งตลอดเวลา จนเกิดเป็นความรุนแรงภายในคู่อรงซึ่งมีรูปแบบต่างๆวนเวียนเป็นวัฏจักร โดยฝ่ายที่มีอำนาจเหนือกว่า เรียกว่า **ผู้กระทำความรุนแรง (Abuser)** ส่วนฝ่ายที่ถูกกระทำเรียกว่า **เหยื่อ (Victim)** โดยทั่วไปมักพบว่าในคู่อรงระหว่างชาย-หญิง (Heterosexual couple) ที่มีปัญหาความรุนแรง มักเกิดจากฝ่ายชายเป็นผู้กระทำ และฝ่ายหญิงเป็นเหยื่อ หรือที่เรียกว่า **การทำร้ายหรือทารุณกรรมภรรยา (Wife abuse หรือ Wife assault)** ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพสังคม โดยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมประเพณี แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่ามีปัญหานี้ซ่อนอยู่ในทุกสังคมทั่วโลก แม้แต่คู่อรงเพศเดียวกัน (Homosexual couple) ก็พบว่ามีความชุก รูปแบบความรุนแรง และสาเหตุที่ไม่แตกต่างจากคู่อรงต่างเพศ เพียงแต่ปัญหาอาจถูกซ่อนเร้น และใช้เป็นเครื่องมือบังคับให้เหยื่อยอมอยู่ด้วยความสัมพันธ์แบบเดิม เหยื่ออาจถูกข่มขู่ว่าจะประจานพฤติกรรมทางเพศที่ชอบไม่ป่าเดียวกันให้คนอื่นรู้ หรืออาจใช้การคิดเชื่ออคติมาเป็นเครื่องพันธนาการให้เหยื่อยอมตกอยู่ใต้อำนาจของตน

วงจรความรุนแรงภายในคู่อรง (Couple violence cycle)

วงจรความรุนแรงภายในคู่อรงมีลักษณะคล้ายวงจรของพัฒนาการของคู่อรงปกติทั่วไป คืออาจเริ่มต้นด้วย

1. **ระยะแรกที่มีความสุขสมหวัง (Romance)** ระยะนี้คู่อรงฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอาจไม่รู้สึกรู้ว่าต้องการมีอำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งชัดเจน ขณะที่อีกฝ่ายก็ไม่รู้สึกรู้ว่ากำลังจะเป็นเหยื่อ
2. **ระยะที่เริ่มประสบสิ่งที่ไม่คาดหวัง (Unmet expectation)** อาจเกิดจากแรงกดดันอื่นจากภายนอก เช่น สูญเสียการงาน สูญเสียทรัพย์สินมรดกจากครอบครัวดั้งเดิม มีคนอื่นมาสนใจคู่ของตนเอง เป็นต้น ทำให้ฝ่ายหนึ่งเริ่มรู้สึกสูญเสียอำนาจไปและจะเริ่มปฏิบัติการที่ทวงคืนอำนาจดังกล่าว
3. **ระยะที่มีปัญหาอุปสรรค (Struggles)** ความตึงเครียดระหว่างคู่อรงจะสะสมและก่อตัวมากขึ้นเรื่อยๆจนระเบิดเป็นความรุนแรงประเภทต่างๆ โดยมีฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรง (“**ผู้บ้าอำนาจ**” หรือ **Abuser**) และอีกฝ่ายเป็นผู้ถูกกระทำ (**เหยื่อของการบ้าอำนาจ หรือ Victim**)
4. **ระยะการตกลงต่อรอง (Resignation or commitment)** หลังจากเกิดความรุนแรงขึ้น ฝ่ายผู้บ้าอำนาจจะขอสมานโทษเสมือนลูกแก่โทษ ไม่ได้ตั้งใจทำความรุนแรงดังกล่าว ซึ่งมักทำให้เหยื่อเกิดการตายใจและยอมอยู่ในความสัมพันธ์นั้นๆต่อไป
5. **ระยะที่มีการสมานฉันท์ (Co-creation)** ทั้งผู้บ้าอำนาจและเหยื่อของการบ้าอำนาจอาจมีการตกลงเจรจาสงบศึกด้วยการทำอะไรที่มีความสุขด้วยกันใหม่ ทำให้ย้อนกลับไปสู่ระยะแรกอีกครั้ง

ลักษณะความสัมพันธ์คู่ครองที่มีความรุนแรงเช่นนี้จะป็นวงจรวนไปจนเกิดความรุนแรงซ้ำซากอีกเรื่อยๆ โดยผู้บ้ำอำนาจมักจะแสดงพฤติกรรมที่มีความรุนแรงก้าวร้าวมากขึ้น ส่วนเหยื่อก็จะหลงผิดเพราะทุกครั้งที่มีความรุนแรงก็มักจะตามมาด้วยการขอโทษและการหลอกลวงว่าจะกลับมามีความสุขกันใหม่ได้ “ถ้าฉันทำดี สักวันเขาก็จะเปลี่ยนแปลง เพราะเห็นแก่ความดีของฉัน” เหยื่อจะอ่อนแอลงเรื่อยๆและในที่สุดจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่กล้าบอกใคร หลงเชื่อว่าเหตุการณ์จะดีขึ้น โดยไม่มองด้านที่ตนเองถูกละเมิดสิทธิการเป็นมนุษย์คนหนึ่ง

รูปแบบความรุนแรงภายในคู่ครอง (Wheel of power and control)

ความรุนแรงภายในคู่ครองอาจมีรูปแบบในการบ้ำอำนาจลักษณะต่างๆ เมื่อพบว่าคู่ครองมีปัญหา รูปแบบหนึ่ง ควรค้นหาปัญหาความรุนแรงรูปแบบอื่นด้วย รูปแบบที่พบบ่อยมีดังนี้

1. **ข่มขู่ (Threats)** เช่น ข่มขู่ว่าจะทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ข่มขู่ว่าจะทำร้ายตนเองถ้าไม่ทำตาม ข่มขู่ว่าจะหย่าร้างหรือทอดทิ้งไป บังคับให้ทำผิดกฎหมายแล้วข่มขู่ว่าจะไปแจ้งตำรวจ เป็นต้น
2. **คุกคาม (Intimidation)** เช่น ทำให้กลัวด้วยสายตา ท่าทาง ชอบกระแทกกระทั้นหรือทำลายข้าวของของอีกฝ่าย ทำร้ายสัตว์เลี้ยงของอีกฝ่าย ชอบแสดงว่ามีอาวุธ เป็นต้น
3. **หยามน้ำใจ (Emotional abuse)** เช่น คำว่าส่อเสียดให้เจ็บช้ำน้ำใจ ทำให้รู้สึกว่าเป็นความผิดของเหยื่อตลอดเวลา ใช้อวาจาหยาบคาย เป็นต้น
4. **ทิ้งให้โดดเดี่ยว (Isolation)** เช่น ควบคุมไม่ให้ทำ ไม่ให้เห็น ไม่ให้คบใคร ไม่ให้ดูข่าวสารบ้านเมืองให้ออกจากงานมาอยู่บ้านเฉยๆ ไม่ให้ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อนฝูง แสดงท่าทีหึงหวงเกินกว่าเหตุ เป็นต้น
5. **ทำให้ห่อเหี่ยวไร้ค่า (Minimization or Denying or Blaming)** เช่น ทำเป็นไม่สนใจความรู้สึกของฝ่ายตรงข้ามทำเป็นไม่มีปัญหาภายในคู่ครอง โทษว่าปัญหาความรุนแรงเกิดจากเหยื่อเป็นคนทำผิดก่อน เป็นต้น
6. **ทำลูกเป็นประกัน (Using children)** เช่น ทำให้รู้สึกผิดว่าเลี้ยงลูกไม่ดี คำว่าส่อเสียดผ่านลูก ข่มขู่ว่าจะพาลูกหนีไป เป็นต้น
7. **ชายอย่างฉันทันใหญ่ (Male privilege)** เช่น เลี้ยงเหยื่อเหมือนทาสรับใช้ เป็นคนตัดสินใจทุกอย่างเองเป็นคนกำหนดเองว่าบ้านนี้ผู้หญิงควรทำอะไรและผู้ชายควรทำอะไร ทำร้ายทุบตีหรือข่มขืนเหยื่อเหมือนเป็นสิ่งของของตนเอง จะทำอะไรเมื่อไหร่ก็ได้ เป็นต้น
8. **กระเป้ำใครมีเงิน (Economic abuse)** เช่น พยายามให้อีกฝ่ายลาออกจากงานโดยมักจะบอกว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูเอง ทำให้เหยื่อช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องแบมือขอเงินเป็นครั้งคราว และเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะอนุญาตให้ใช้เงินหรือไม่ ยึดหรือริบเงินจากเหยื่อ ไม่ให้รับรู้เรื่องเงินทองภายในบ้าน เป็นต้น

คำถามที่ใช้คัดกรองปัญหาความรุนแรงภายในคู่ครอง (“SAFE” questionnaire)

S : Spousal relationship “ความสัมพันธ์ของคุณกับคู่ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง มีความสุขดีหรือไม่”

A : Argument “เคยทะเลาะกันบ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด ในเรื่องใดบ้าง”

F : Fight “เคยถึงขั้นลงไม้ลงมือกันหรือไม่ เมื่อใด ทำอย่างไร เคยใช้อาวุธด้วยหรือไม่”

E : Emergency plan “ถ้าเกิดทะเลาะกันรุนแรงอีก จะทำอย่างไร มีใครรู้เรื่องนี้บ้าง เขาแนะนำว่าอย่างไร คุณคิดจะบอกใครหรือไม่”

แนวทางในเวชปฏิบัติสำหรับปัญหาความรุนแรงภายในคู่ครอง

1. คัดกรองปัญหาในทุกคนที่มีคู่ครอง โดยไม่จำกัดเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐกิจ ปัจจุบันมีปัญหาความรุนแรงที่เริ่มเกิดขึ้นแต่ยังเป็นแฟนกันที่เรียกว่า Dating violence ซึ่งอาจพบได้สูงถึง 50% ของวัยรุ่นที่มีแฟน

2. วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่ครองในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยสภาพต่างๆ เช่น **ประวัติ** มาตรวจบ่อยๆ ด้วยปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ กังวล ปวดหัว ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดในอุ้งเชิงกราน เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์

ตรวจร่างกาย เช่น ซึมเศร้า รอยช้ำหรือแผลแตกในตำแหน่งแปลกๆ ภายในร่มผ้า

ปัญหาพฤติกรรม เช่น ทำร้ายตนเอง คิดสุรา คิดยาแก้ปวดหัวไมเกรน ยานอนหลับ ขอบลาป่วยบ่อยๆ เครียดกับงานมากถึงขั้นขี้ขาง เพราะหลีกเลี่ยงการกลับไปพบปัญหาที่บ้าน เก็บตัวอยู่ภายในบ้าน เดินทางไปไหนเองคนเดียวไม่ได้ เป็นต้น

มีคู่ครองมาคอยควบคุมหรือพากย์ประวัติตลอด ขณะผู้ป่วยอยู่กับแพทย์

ถ้ามีบุตร อาจพบบุตรมาตรวจบ่อยครั้งด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการเรียนถดถอย ก้าวร้าว ทำร้ายเพื่อนหรือตนเอง

3. เมื่อวินิจฉัยพบปัญหาความรุนแรง ต้องเชื่อเสียก่อน ไม่ว่าเรื่องนั้นจะมีที่มาอย่างไร **อย่าใกล้เกลียบให้กลับไปที่คืนดีกัน หรือกลบเกลื่อนให้เห็นเป็นเรื่องปกติของ “สามีเมียตีกัน”** คู่ปกติทั่วไปทะเลาะกันได้แต่ไม่ต้องใช้กำลังตีกัน

4. ประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อชีวิตของเหยื่อ โดยอาจถามว่า **“แล้ววันนี้ เมื่อคุณกลับไปจะปลอดภัยหรือเปล่า ลูกๆจะเป็นอย่างไรบ้าง ขณะนี้แฟนคุณน่าจะอยู่ที่ไหน”**

5. บันทึกประวัติอย่างระมัดระวัง ร่วมวางแผนที่ปลอดภัย และนัดติดตามต่อเนื่อง

6. ควรระมัดระวังการแนะนำให้นี้ออกจากความสัมพันธ์ทันที เพราะอาจเป็นอันตรายต่อเหยื่อ เนื่องจากผู้กระทำจะรู้สึกสูญเสียอำนาจจะหันหันและอาจติดตามไล่ล่าเหยื่ออย่างรุนแรง แพทย์ควรติดตามเพื่อให้กำลังใจ เสนอทางออกอื่นของปัญหาและให้ผู้ป่วยเข้มแข็งพอที่จะมีอำนาจในการตัดสินใจปัญหาได้ดีขึ้น

7. เมื่อประเมินแล้วคิดว่ามีอันตรายถึงแก่ชีวิตถ้าปล่อยผู้ป่วยกลับบ้าน การรับตัวเป็นผู้ป่วยในหรือหาบ้านพักฉุกเฉินที่ปลอดภัย ก็อาจเป็นอีกทางออกหนึ่ง

8. ค้นหาองค์กรหรือเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยเหลือเหยื่อได้อย่างปลอดภัย

บทบาทแพทย์กับปัญหาความขัดแย้งของคู่ครองหรือความรุนแรงระหว่างคู่ครอง

1. วินิจฉัยแยก (โรค) ให้ถูกต้องก่อนว่าเป็น ปัญหาความขัดแย้ง หรือ ปัญหาความรุนแรง อาจใช้ SAFE question เพื่อคัดกรองว่าเป็นความรุนแรงหรือไม่

2. ถ้าเป็นความขัดแย้ง(Couple conflict) ให้ค้นหาสาเหตุความขัดแย้ง โดยซักประวัติพัฒนาการของคู่ครอง (Couple development cycle) โดยละเอียดว่ามีความเป็นมาอย่างไร เริ่มเกิดความขัดแย้งเมื่อใด จากสาเหตุใด ทั้งคู่แสดงพฤติกรรมต่อกันอย่างไรเมื่อขัดแย้ง และทั้งคู่พยายาม แก้ปัญหาด้วยวิธีใดมาแล้วบ้าง ขณะนี้ทั้งคู่มุ่งหวังจะอยู่กันอย่างไรต่อไป หากต้องการจะอยู่คู่กันต่อไปจึงอาจหาแนวทางให้คำปรึกษาที่เฉพาะปัญหานั้นๆ เช่น ฝึกทักษะการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ฝึกทักษะการสื่อสารที่เปิดเผยต่อกัน ไม่คาดเดาอีกฝ่ายหนึ่งเอาเอง หลังจากได้ลองแก้ไขฝึกทักษะต่างๆแล้วยังไปด้วยกันไม่ได้และต้องการแยกทางกันจริงๆ ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของการหย่าร้าง (Preparation for divorce) ให้ทั้งคู่ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาและแก้ไขความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง(Couple counseling) ไม่ใช่การไกล่เกลี่ยให้กลับมาคืนดีกันเสมอไป แต่ช่วยให้ทั้งคู่อยู่หรือจากกันด้วยดี จึงอาจจะนับว่าเป็นการสมานฉันท์กันได้

3. ถ้าเป็นความรุนแรง(Couple violence) ให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในระดับเดียวกับกับกรณีผู้ป่วยถูกข่มขืน แพทย์หรือพยาบาลจะต้องเชื่อ โดยไม่ต้องสงสัย และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ข้อเท็จจริงตั้งแต่แรก ไม่ต้องกลัวว่าจะฟังความข้างเดียว และอย่าเรียกอีกฝ่ายมาถามหาข้อเท็จจริง เพราะอาจจะเป็นอันตรายต่อฝ่ายที่เป็นเหยื่อ จนกว่าจะติดตามต่อเนื่องแล้วสงสัยเป็นอย่างอื่น ควรค้นหารายละเอียดและรูปแบบความรุนแรงที่เกิดขึ้นว่ามีทั้งหมดกี่รูปแบบ มักจะเกิดในสถานการณ์เช่นใด มีตัวกระตุ้นอะไรบ้าง สอบถามถึงระดับของความรุนแรงนั้นๆว่าถึงขั้นใช้อาวุธทำร้ายร่างกายหรือประสงค์จะฆ่าให้ตายด้วยวิธีต่างๆหรือไม่ มีใครอื่นรู้เรื่องนี้บ้างหรือไม่ ประเมินว่าสถานการณ์ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้านวันนี้ได้หรือไม่ ถ้าไม่ ต้องหาบ้านพักฉุกเฉินให้หลบภัยโดยด่วนและเป็นความลับที่สุด แต่ส่วนใหญ่แล้วความรุนแรงของคู่ครองมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังภายในคู่โดยที่เหยื่อพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมานานแต่ไม่สำเร็จ เมื่อใดที่เหยื่อกล้าเล่าให้แพทย์หรือพยาบาลฟังก็มักจะเป็นช่วงเวลาที่ปัญหานั้นสะสมมานานและเหยื่อก็อึดอัดแค้นใจหรือคิดตัดสินใจตัวเอง การแก้ปัญหาก็มักไม่ต้องรีบหุ้ให้เหยื่อหนีออกมาจากความสัมพันธ์ดังกล่าว เพราะเหยื่อยังไม่แข็งแรงพอ เมื่อหนีแล้วมักหนีไม่รอด แก้ปัญหากายหน้าเองไม่เป็น ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองได้อย่างไร ไม่รู้จะปฏิเสธหรือต่อสู้อย่างไร ถ้าถูกติดตามข่มขู่ ดังนั้นการแก้ปัญหาคความรุนแรงต้องจริงจังแต่ใจเย็น ทำด้วยความระมัดระวัง ติดตามต่อเนื่อง และทำงานเป็นทีม หลักการคือช่วยให้ผู้ที่อ่อนล้ามีกำลังใจและกลับคืนมาเป็นคนดังเดิม เป็นมนุษย์หนึ่งคนที่สามารถคิด สามารถตัดสินใจเองได้ ส่วนการตัดสินใจว่าจะอยู่เป็นคู่ต่อไปหรือไม่ มอบให้เป็นหน้าที่ของผู้คนที่ จะคิดตัดสินใจเองเมื่อแข็งแรงพอ แพทย์หรือทีมไม่ได้มีหน้าที่ไปสมานฉันท์หรือไกล่เกลี่ย

บรรณานุกรม

1. Bloom MV, Smith DA. Brief Mental Health Interventions for the Family Physician. New York : Springer. 2001.
2. Christie-Seely J(Ed). Working with the family in primary care: a systems approach to health and illness. Westport, Connecticut: Praeger. 1984. p. 449-487
3. Hamberger LK, Renzetti C(Ed). Domestic Partner Abuse. New York : Springer. 1996.
4. McDaniel S, Campbell TL, and Seaburn DB. Family-Oriented Primary Care : A manual for medical providers. Springer : New York 1990. p. 89-104, 168-187
5. Talbot Y, Norman P. Your Toolkit for Counseling Couples. Patient Care Canada 1997;3(10):65-75
Taylor RB(Ed.). Fundamentals of Family Medicine : The family medicine clerkship textbook. 3rd ed. New York : Springer. 2003. p.133-147.