RMJ Ramathibodi Medical Journal

Rama Med J | Original Article

การสำรวจความรุนแรงในครอบครัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กรุงเทพฯ

พิทยา สังข์แก้ว[1], รุ่งทิวา เสาวนีย์[1], อารยา หาอุปละ[1]

[1] ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ: การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตอย่างมากและกะทันหัน สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสอยู่ร่วมกันมากขึ้น บางครอบครัวรายได้ลดลงทำให้เกิดภาวะเครียด ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และผลกระทบที่ครอบครัวได้รับ

วิธีการศึกษา: การสำรวจภาคตัดขวางในกรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 198 ครัวเรือน เก็บข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบประเมินสวัสดิภาพของผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ McNemar test และWilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบการระบาดครั้งที่ 1 (มกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563) กับการระบาดครั้งที่ 2 (กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - มกราคม พ.ศ. 2564) พบว่า ความชุกความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ ลดลงจากร้อยละ 42.9 เป็นร้อยละ 37.4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) และผลกระทบที่ครอบครัวได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ได้แก่ ลักษณะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน ผลกระทบด้านการทำงาน ด้านเศรษฐกิจ และระดับความเครียดของครอบครัว

สรุป: การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ รายได้ และระดับความเครียดของครอบครัว

คำสำคัญ: ความรุนแรงในครอบครัว โรคโควิด 19 ระดับความเครียด รายได้ของครอบครัว

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2022.45.3.257258

Received: April 8, 2022 **Revised:** July 18, 2022 **Accepted:** September 16, 2022

Corresponding Author:
อารยา หาอุปละ
ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระรามที่ 6
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย
โทรศัพท์ +669 1779 0918
อีเมล araya.hau@mahidol.ac.th, arayarama@gmail.com

บทนำ

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) ที่เกิดการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 จนส่งผลให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นลักษณะการระบาดทั่วโลก (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563[1] ทั้งนี้ จากข้อมูลการระบาด ณ วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อยืนยันมากกว่า 280,377,526 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 5,418,421 คน[2]

สำหรับประเทศไทยจากรายงานพบว่า โรคโควิด 19 เริ่มมีการแพร่ระบาดเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งรายงาน ณ วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 3,004 คน เสียชีวิต จำนวน 56 คน[3] และรายงาน ณ วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อสูงถึง จำนวน 2,212,407 คน มีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 21,598 คน[2] ทั้งนี้ หากพิจารณาในพื้นที่กรุงเทพฯ จากข้อมูลโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 777,365 คน เสียชีวิตสะสม จำนวน 7,834 คน[4]

การแพร่ระบาดที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยมีมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาด เช่น การจำกัดการเดินทางเข้าประเทศ การห้ามออกจากเคหสถานเวลาค่ำคืน การปิดสถานศึกษาและสถานที่ท่องเที่ยว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว[5] ในส่วนระดับบุคคลนั้น ประชาชนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมากและกะทันหัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสอยู่ร่วมกันมากขึ้น ด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น การทำงานที่บ้าน การตกงาน และรายได้ครอบครัวลดลง ส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้น[6] อีกทั้งจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดยังส่งผลให้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ยากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องกักตัวอยู่แต่ในบ้าน เมื่อต้องเผชิญกับความรุนแรง ผู้ถูกกระทำความรุนแรงจะไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ญาติ หรือคนข้างบ้านได้ และการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้ช้า เนื่องจากศูนย์พักพิงต่างๆ ไม่สามารถรับตัวผู้ถูกกระทำไปอยู่ด้วยได้[7]

ในหลายประเทศพบสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เช่น ในเมืองหนึ่งของมณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน เจ้าหน้าที่ตำรวจได้รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น 3 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา ซึ่งร้อยละ 90 ของความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เชื่อมโยงกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในสาธารณรัฐฝรั่งเศสพบความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 30 สอดคล้องกับในอีกหลายประเทศ เช่น ไซปรัส และสิงคโปร์ พบการขอความช่วยเหลือทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 และร้อยละ 33 ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศอาร์เจนตินาพบความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 นับตั้งแต่ประเทศมีมาตรการปิดเมืองหรือ ล็อกดาวน์ (Lockdown) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ ในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร แคนาดา เยอรมัน และสเปน พบว่า จำนวนผู้ที่ได้รับความรุนแรงขอรับการช่วยเหลือฉุกเฉินเพิ่มขึ้น[8]

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ส่งผลกระทบก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นเมืองหลวงที่มีผู้คนหลากหลายอาชีพ เมื่อเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่กระทบกับความเป็นอยู่ การปรับตัวที่เกินกว่าจะคาดการณ์ได้ อาจมีแนวโน้มก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวสูงขึ้น ไม่ต่างกับเมืองหลวงในประเทศอื่น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลขนาดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของกรุงเทพฯ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความรุนแรงในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และผลกระทบต่างๆ ที่ครอบครัวได้รับภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจในกรุงเทพฯ ของครัวเรือนที่สุ่มได้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (การระบาดครั้งที่ 1 ช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563) และสัมภาษณ์ซ้ำห่างกันประมาณ 6 ถึง 8 เดือน (การระบาดครั้งที่ 2 ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564) ในกลุ่มตัวอย่างเดิม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงไทยอายุมากกว่า 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พักอาศัยในครัวเรือนเป็นตัวแทนของครัวเรือนๆ ละ 1 คน ในกรุงเทพฯ ไม่รวมที่อาศัยอยู่ในสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ และค่ายทหาร เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เป็นการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ความน่าจะเป็นในการเลือกตัวอย่างที่อาศัยในกรุงเทพฯ จำนวน 3,041,115 ครัวเรือน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)[9] แบ่งเขตที่ตั้ง 3 เขต รวม 50 เขตการปกครอง สุ่มเขตที่ตั้ง 2 เขต ด้วยวิธีการจับฉลากคือ เขตชั้นใน 21 เขตการปกครอง และเขตชั้นนอก 11 เขตการปกครอง เขตที่ตั้งเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่ 1 ชั้นที่2 สุ่มเขตที่ตั้งละ 1 เขตการปกครอง ชั้นที่ 3 สุ่มเขตการปกครองละ 4 ชุมชน และชั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นการประมาณค่าพารามิเตอร์ในประชากร เพื่อประมาณค่าสัดส่วน (P) หรือการประมาณค่าความชุก ในกรณีที่ประชากรมีจำนวนนับได้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน[10] จำนวนครัวเรือนที่อาศัยในกรุงเทพฯ จำนวน 3,041,115 ครัวเรือน ความชุกของปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ เท่ากับร้อยละ 26 โดยกำหนดให้ค่า Absolute error เท่ากับ 0.05 คือ 95% Confidence interval (CI) เท่ากับ 0.26 ± 0.05 ได้ n เท่ากับ 73.9 และกำหนดค่า Design effect เท่ากับ 2.68 กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 198 ครัวเรือน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและเก็บข้อมูลคือแบบประเมินสวัสดิภาพของผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว[11] โดยปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ลักษณะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน สมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ผลกระทบและการจัดการปัญหาที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ผลกระทบด้านการทำงาน ด้านเศรษฐกิจ การใช้สารเสพติดในครัวเรือน และระดับความเครียดของครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความเครียดของครอบครัวให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียด และ 10 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงในครอบครัวภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2563/1113 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูลครัวเรือนและปัญหาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) หรือค่ามัธยฐาน (Median) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงตัวแปรครัวเรือนที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างการระบาดครั้งที่ 1 กับการระบาดครั้งที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน ใช้สถิติ McNemar test

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงตัวแปรครัวเรือนที่เป็นค่าต่อเนื่องมีการกระจายตัวไม่ปกติระหว่างการระบาดครั้งที่ 1 และการระบาดครั้งที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS รุ่นที่ 18.0 (PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc; 2009) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในกรุงเทพฯ จำนวน 198 ครัวเรือน แยกตามลักษณะเขตที่ตั้งชั้นในร้อยละ 50.0 และเขตที่ตั้งชั้นนอกร้อยละ 50.0 มีช่วงอายุระหว่าง 19 ถึง 86 ปี (mean [SD], 51 [13.8] ปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 ถึง 20 คน ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 49.0 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/เลิกกัน คิดเป็นร้อยละ 18.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 17.7 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 36.9 รองลงมาคือแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.8 (ตารางที่ 1)

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ผลการสำรวจครั้งที่ 1 (มกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563) พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 34.8 มีรายได้ไม่พอใช้/ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 38.9 ได้รับผลกระทบด้านการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 92.4 รายได้/เงินเดือน/เงินพิเศษ/วันทำงานลดลง คิดเป็นร้อยละ 56.8 ครอบครัวมีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 38.5 สมาชิกในครอบครัวมีความคิดฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 7.6 และผลการสำรวจครั้งที่ 2 (กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - มกราคม พ.ศ. 2564) พบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีรายได้ไม่พอใช้ขัดสนบางเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.9 ได้รับผลกระทบด้านการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 83.3 โดยมีงานใหม่หรืออาชีพใหม่ คิดเป็นร้อยละ 9.1 สมาชิกในครอบครัวมีความคิดฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 8.6 และมีการพูดคุยเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 68.7

การใช้สารเสพติดในครัวเรือนในช่วงการระบาดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า การสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 53.5 เป็นร้อยละ 51.5 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .62) การดื่มสุราร้อยละ 37.9 และร้อยละ 39.9 ตามลำดับ และใช้สารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 3.0 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (%)
เขตที่ตั้ง	
เขตชั้นใน	99 (50.0)
เขตชั้นนอก	99 (50.0)
อายุ, ปี	
15 - 29	15 (7.6)
30 - 44	47 (23.7)
45 - 59	74 (37.4)
60 - 69	44 (22.2)
70 - 79	14 (7.1)
≥ 80	4 (2.0)
ลักษณะของครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	97 (49.0)
ครอบครัวขยาย	87 (43.9)
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว	2 (1.0)
ครอบครัวแหว่งกลาง	12 (6.1)
สถานภาพสมรส	
โสด	31 (15.7)
สมรส/มีคู่ อยู่ด้วยกัน	118 (59.6)
แยกกันอยู่ (การทำงาน)	6 (3.0)
แยกกันอยู่ (สัมพันธภาพไม่ดี)	7 (3.5)
หม้าย/หย่าร้าง/เลิกกัน	36 (18.2)

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (%)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	8 (4.0)
ประถมศึกษา	100 (50.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	35 (17.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	23 (11.6)
อนุปริญญา/เทียบเท่า	13 (6.6)
ปริญญาตรี	17 (8.6)
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2 (1.0)
อาชีพ	
รับจ้างทั่วไป	35 (17.7)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	73 (36.9)
เกษตร/ประมง	2 (1.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (0.5)
งานบริษัท/เอกชน	8 (4.0)
แม่บ้าน	65 (32.8)
ว่างงาน/ตกงาน	14 (7.1)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างการระบาดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ผลกระทบต่อครอบครัวที่ได้รับจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มครอบครัวมีรายได้ไม่พอใช้/ไม่มีรายได้ จากการระบาดครั้งที่ 1 สูงกว่าการระบาดครั้งที่ 2 (P = .01) กลุ่มครอบครัวที่ได้รับผลกระทบด้านการทำงานจากการระบาดครั้งที่ 1 สูงกว่าการระบาดครั้งที่ 2 (P = .008) กลุ่มครอบครัวที่ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากถึงรุนแรงจากการระบาดครั้งที่ 1 สูงกว่าการระบาดครั้งที่ 2 (P = .02) และระดับความเครียดของครอบครัวจากการระบาดครั้งที่ 1 สูงกว่าการระบาดครั้งที่ 2 (P = .001) (ตารางที่ 2)

การสำรวจด้านความชุกของความรุนแรงในครอบครัวจากการระบาดครั้งที่ 1 พบจำนวน 85 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 42.9 และการระบาดครั้งที่ 2 จำนวน 74 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 37.4 โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีสำคัญทางสถิติ (P = .25) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2. ผลกระทบและการจัดการปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 ของครัวเรือน แยกตามช่วงเวลา

ข้อมูล	จำนวน (%)		*P* Value*
	การระบาดครั้งที่ 1 (ม.ค. 63 - พ.ค. 63)	การระบาดครั้งที่ 2 (ก.ค. 63 - ม.ค. 64)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว, บาท			
< 5,000	66 (33.3)	58 (29.3)	.32
5,001 - 10,000	69 (34.8)	66 (33.3)	
10,001 - 20,000	33 (16.7)	41 (20.7)	
20,001 - 30,000	12 (6.1)	16 (8.1)	
30,001 - 40,000	6 (3.0)	8 (4.0)	
40,001 - 50,000	4 (2.0)	2 (1.0)	
> 50,000	2 (1.0)	3 (1.5)	
ไม่ระบุ	6 (3.0)	4 (2.0)	
ลักษณะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน			
มีรายได้มากกว่ารายจ่าย	13 (6.6)	22 (11.1)	.01
มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	43 (21.7)	49 (24.7)	
มีรายได้ไม่พอใช้ขัดสนบางเดือน	65 (32.8)	75 (37.9)	
มีรายได้ไม่พอใช้/ไม่มีรายได้	77 (38.9)	52 (26.3)	

ตารางที่ 2. ผลกระทบและการจัดการปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 ของครัวเรือน แยกตามช่วงเวลา (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (%)		*P* Value*
	การระบาดครั้งที่ 1 (ม.ค. 63 - พ.ค. 63)	การระบาดครั้งที่ 2 (ก.ค. 63 - ม.ค. 64)	
ผลกระทบด้านการทำงาน			
ไม่ได้รับผลกระทบ	15 (7.6)	33 (16.7)	.008
ได้รับผลกระทบ	183 (92.4)	165 (83.3)	
ประเภทผลกระทบด้านการทำงาน**			
รายได้/เงินเดือน/เงินพิเศษ/วันทำงาน ลดลง	104 (56.8)	121 (73.3)	.001
ถูกพักงาน/ถูกออกจากงาน/เลิกจ้าง/หยุดกิจการ	79 (43.2)	28 (17.0)	< .001
งาน/อาชีพ ใหม่	-	15 (9.1)	-
ไม่ระบุ	-	1 (0.6)	-
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
ไม่ได้รับผลกระทบ - ได้รับผลกระทบน้อย	19 (9.6)	23 (11.6)	.02
ได้รับผลกระทบปานกลาง	70 (35.4)	90 (45.5)	
ได้รับผลกระทบมาก - ได้รับผลกระทบรุนแรง	109 (55.1)	85 (42.9)	
ระดับความเครียดของครอบครัว			
Median (P_{25} - P_{75})	6 (5 - 8)	5 (4 - 8)	.001
สมาชิกในครอบครัวมีความคิดฆ่าตัวตาย			
ไม่เคย	183 (92.4)	181 (91.4)	.82
เคย	15 (7.6)	17 (8.6)	
ครอบครัวมีการพูดคุย/ปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น			
ไม่มี/มีการพูดคุยกันแต่ขัดแย้งกัน	61 (30.8)	62 (31.3)	1.00
มีการพูดคุย/ปรึกษาหารือกันเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา	137 (69.2)	136 (68.7)	
บุคคลในครอบครัวมีการใช้สารเสพติด			
สูบบุหรี่	106 (53.5)	102 (51.5)	.62
ดื่มสุรา	75 (37.9)	79 (39.9)	.63
สารเสพติดอื่นๆ	6 (3.0)	3 (1.5)	.38

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ($P < .05$)

** เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3. ความชุกของความรุนแรงในครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน (%)		*P* Value*
	การระบาดครั้งที่ 1 (ม.ค. 63 - พ.ค. 63)	การระบาดครั้งที่ 2 (ก.ค. 63 - ม.ค. 64)	
ความรุนแรงในครอบครัว			
ไม่มี	113 (57.1)	124 (62.6)	.25
มี	85 (42.9)	74 (37.4)	
ประเภทความรุนแรงในครอบครัว			
ด้านจิตใจ	83 (97.6)	70 (94.6)	-
ด้านร่างกาย	10 (11.8)	11 (14.9)	
ด้านเพศ	4 (4.7)	4 (5.4)	

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ($P < .05$)

อภิปรายผล

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากการสำรวจครั้งที่ 1 ช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563) และครั้งที่ 2 ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 พบว่า ความรุนแรงในครอบครัวจากการสำรวจครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 42.9 และการสำรวจครั้งที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 37.4 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ของกรุงเทพฯ ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 26.0[11] แสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะแรก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ในช่วงเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ได้รับผลกระทบทั่วโลก พบว่า ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจความรุนแรงในครอบครัวในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 โดย Peterman และคณะ[12] พบว่า ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร เปรู อาร์เจนตินา บังคลาเทศ สเปน อินเดีย แต่ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกามีข้อมูลทั้งการเพิ่มขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลง และการลดลงของการเกิดความรุนแรงในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถเปรียบเทียบความชุกของการเกิดความรุนแรงในครอบครัวของในแต่ละประเทศได้ ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมจากการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งในด้านแหล่งข้อมูล วิธีการสำรวจประชากรที่สำรวจ รวมถึงลักษณะหรือรูปแบบการเกิดความรุนแรงในครอบครัว

จากการติดตามผลกระทบของครอบครัว ในช่วงระยะเวลา 6 ถึง 8 เดือน พบว่า ผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความเครียดของครอบครัว ลักษณะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และด้านการทำงานของครอบครัว ทั้งนี้ จากการสำรวจครั้งที่ 2 พบว่า ผลกระทบด้านการทำงานลดลงจากร้อยละ 92.4 เป็นร้อยละ 83.3 โดยมีงานใหม่หรืออาชีพใหม่ร้อยละ 9.1 และสอดคล้องกับที่รัฐบาลมีมาตรการเยียวยาให้เงินทดแทนรายได้ที่ขาดหายไปบางส่วน เช่น โครงการคนละครึ่ง บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ และการเยียวยาตามมาตรการประกันสังคม ทั้งนี้ การเพิ่มสวัสดิการประชารัฐในการช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 แม้จะเป็นเพียงระยะสั้น แต่ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนได้ เมื่อครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะเศรษฐกิจในครัวเรือนดีขึ้นและระดับความเครียดของครอบครัวลดลง

สรุปผล

ความชุกของความรุนแรงในครอบครัวของกรุงเทพฯ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ และผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับความเครียด ลักษณะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านการทำงานของครอบครัว ดังนั้น หากเกิดโรคอุบัติใหม่ขึ้นรัฐบาลควรตระหนักและมีนโยบายในการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบ และในอนาคตควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตสังคมเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากโรคระบาด

References

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: the mystery and the miracle. *J Med Virol.* 2020; 92(4):401-402. doi:10.1002/jmv25678
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report 724. Updated December 27, 2021. Accessed May 19, 2022. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no724-271264.pdf
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report 127. Updated May 9, 2020. Accessed June 28, 2022. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no127-090563nn.pdf
4. Bangkok Metropolitan Administration. Bangkok COVID-19. Update May 18, 2022. Accessed May 19, 2022. http://203.155.220.209/main/page.php?&550-&type=detail&id=115831
5. Peterman A, Potts A, O'Donnell M. et al. *Pandemics and Violence Against Women and Children.* Center for Global Development; 2020: CGD Working Paper 528. Accessed May 19, 2022. https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf
6. van Gelder N, Peterman A, Potts A, et al. COVID-19: reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine.* 2020;21:100348. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100348
7. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Rep.* 2020; 2:100089. doi:10.1016/j.fsir.2020.100089
8. UN Women. *COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls.* UN Women; 2020. Accessed May 19, 2022. https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls
9. The Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration, Ministry of the Interior. Population and Housing Statistics on December 2019. Accessed May 19, 2022. http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statINTERNET/#/TableTemplate/Area/statpop
10. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.* 6th ed. John Wiley & Sons; 1995:180.
11. Chotivitayataragorn S, Kongsakon R. *Knowledge of Violence Against Women and Family Members.* Center for Domestic Violence Knowledge Management, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2018:98-118.
12. Peterman A, O'Donnell M. *COVID-19 and Violence against Women and Children: A Second Research Round Up.* Center for Global Development; 2020: CGD Notes. Accessed May 19, 2022. https://www.cgdev.org/sites/default/files/covid-19-and-violence-against-women-and-children-second-research-round.pdf

RMJ Ramathibodi Medical Journal

Rama Med J | Original Article

The Surveys of Domestic Violence Among Families in Bangkok During the COVID-19 Pandemic

Pittaya Sangkaew[1], Rungtiwa Saowane[1], Araya Haupala[1]

[1] Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Background: The global COVID-19 outbreak affects economic conditions at all levels, from global to family. Most people's lifestyles have changed dramatically, including restrictions on movement and spending more time with their families. As a result, it may contribute in family problems, particularly domestic violence.

Objective: To investigate the prevalence and impact of domestic violence on families in Bangkok during the COVID-19 pandemic.

Methods: A cross-sectional survey was conducted to investigate the prevalence of domestic violence and family factors related to changes in family violence in Bangkok, during 2020 to 2021. The sample consisted of 198 women over the age of 15, and data were collected by using women's and family welfare questionnaire and analyzed by descriptive statistics, the McNemar statistical test, and the Wilcoxon signed rank test.

Results: The prevalence of domestic violence in Bangkok decreased from 42.9% from the first outbreak (January - May 2020) to 37.4% of the second outbreak (July 2020 - January 2021) but there was no statistically significant difference ($P > .05$) between the 2 periods. However, in this study population, the most significant factors ($P < .05$), such as family income per month, work impact, economic issue, and family stress were recognized.

Conclusions: This study highlighted that domestic violence among women during the COVID-19 pandemic has had remarkable negative economic, stress and social consequences for families.

Keywords: Domestic violence, COVID-19, Stress level, Family income

Rama Med J: doi:10.33165/rmj.2022.45.3.257258

Received: April 8, 2022 **Revised:** July 18, 2022 **Accepted:** September 16, 2022

Corresponding Author:
Araya Haupala
Department of Nursing,
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital,
Mahidol University,
270 Rama VI Road,
Ratchathewi, Thung Phaya Thai,
Bangkok 10400, Thailand.
Telephone: +669 1779 0918
E-mail: araya.hau@mahidol.ac.th,
arayarama@gmail.com