

ผลกระทบต่อสุขภาพกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์สถานการณ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลกระทบต่อสุขภาพกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ศึกษา มศษก

น.ส.รัชฎากร บุญมาก

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป

อาจารย์ นันทิยา วัฒนา

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลกระทบต่อสุขภาพกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ : วิเคราะห์สถานการณ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

ผู้จัดทำ มณฑกร

น.ส.รัตยากร บุญมาก
ผู้ศึกษา

นิพนธ์ รวย

อาจารย์ นันทิยา วัฒนา
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อุบลรัตน์ อุดมกร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุษาวดี อัครวิเศษ
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ

Ph.D. (Nursing Science)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป

Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

Ph.D. (Nursing)
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการจัดทำสารนิพนธ์จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ ที่ได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม แก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้สารนิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณนายทองหมื่น บุญมาก นางเหล็ก บุญมาก บิดามารดาที่ได้อบรมสั่งสอนให้รู้จักความอดทน ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และเป็นคนที่มีความค่าของสังคม และขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน ในทุกระดับการศึกษาของข้าพเจ้าที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ คุณธรรมจริยธรรม ที่ดีตลอดมา จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ท้ายที่สุดขอขอบคุณท่านอื่นๆ และเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัส 49 ทุกคน ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตลอดมา

รัชนีกร บุญมาก

ผลกระทบต่อสุขภาพกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์สถานการณ์
HEALTH IMPACT OF ELDER ABUSE: A SITUATION ANALYSIS

รัชยากร บุญมาก 4936696 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (Nursing) นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ตีพิมพ์ถึงเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2551 จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือในวารสารที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้เน้นเรื่องความหมาย ประเภทของความรุนแรง สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุรวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 52 เรื่องนำมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นปัญหาซ่อนเร้นที่พบมากขึ้นและไม่ได้ได้รับการยอมรับหรือเชื่อว่าเกิดขึ้นจริงในสังคมไทย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลและเคารพนับถือจากคนรุ่นเยาว์ดังเช่นสมัยก่อน รูปแบบความรุนแรงในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้ง ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้แก่ผู้สูงอายุเพศหญิง มีความบกพร่องด้านร่างกายและ/หรือจิตใจ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล และครอบครัวมีประวัติกระทำรุนแรงมาก่อน ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเอง เช่น คู่สมรส บุตรหลานญาติที่อาจมีความเครียดหรือ การใช้สารเสพติดรวมทั้งสุรา ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อสุขภาพได้แก่ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและ/หรือเรื้อรัง รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเดิมมีอาการมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงสถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อที่จะประเมินและให้การดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านและในชุมชน การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการวางแผนการศึกษา การปฏิบัติงานและการวิจัย สำหรับผู้ที่กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิจัย

คำสำคัญ: ความรุนแรงในผู้สูงอายุ/ผลกระทบต่อสุขภาพ

HEALTH IMPACT OF ELDER ABUSE: A SITUATION ANALYSIS

RATHAYAKORN BOONMARK 4936696 NSFN/M

M.N.S (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTHAYU, Ph.D.
(NURSING), NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purposes of this study were to analyze the current situation regarding domestic elder abuse and its impact on the health of older people. The study included a comprehensive literature search for all published articles up to November, 2008. Search strategies included the use of computerized bibliographical databases and hand searching of journals related to this topic. The study focused on issues of definition, types of elder abuse, and situation of domestic elder abuse as well as its impact on their health.

Fifty-two articles which met the inclusion criteria were analyzed. Findings revealed that domestic elder abuse is a growing and hidden problem which people do not recognize or believe in. It has become real in Thai society because younger people are not taking care of the elderly and do not respect them as much as in previous times. The most common types of domestic elder abuse are psychological abuse and neglect. Risk factors for domestic elder abuse include being female, having a physical and/or mental disability, having a chronic illness, being dependent on a caregiver, and having a family history of violence. The abuser is usually a caregiver, such as a spouse, adult child, sibling, or relative who may feel stress, and who may be abusing drugs or alcohol. The health impacts of elder abuse include the development of new acute and/or chronic injuries or illnesses as well as exacerbation of existing conditions. Therefore, it is important that nurses should recognize a situation of domestic elder abuse and its impact on the person's health in order to assess the occurrence of abuse and intervene with families in home and community care. Recommendations are planning education, practice, and research directions for policy makers, practitioners, and researchers.

KEY WORDS: DOMESTIC ELDER ABUSE/ HEALTH IMPACT

176 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นหลัก	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	7
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ	8
2.2 อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ	13
2.3 ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว	16
2.4 ทฤษฎีที่นำมาอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุ	21
บทที่ 3 การวิเคราะห์ปัญหา	24
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	61
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	72
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	84
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก	110
ประวัติผู้ศึกษา	176

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงตัวอย่างของการใช้คำ ความหมาย และประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ	10
2. แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น	25
3. แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ	26
4. แสดงสัญญาณเตือนของการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ	49
5. แสดงอาการและอาการแสดงของการถูกระทำรุนแรงด้านต่างๆ	53

สารบัญภาพ

แผนภาพที่

1. แสดงรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

หน้า

57



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Elder Abuse) เป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Domestic violence) นอกเหนือจากความรุนแรงในเด็กและสตรี (วราห์ เห่งพุ่ม, 2547; Morgan, Johnson & Sigler, 2006) ความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นไม่ใช่ปัญหาใหม่แต่เป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่รวมทั้งประเทศไทยที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและซับซ้อนเนื่องจากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงส่วนน้อยที่เปิดเผยโดยการแจ้งความ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งรูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นลักษณะของการทำร้ายและการทอดทิ้ง (วราห์ เห่งพุ่ม, 2547; Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุหมายถึงการกระทำหรือการละเว้นการกระทำทุกรูปแบบทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา แล้วมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย บาดเจ็บ หรือได้รับความเสียหาย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ทางเพศ ทรัพย์สิน รวมทั้งการทอดทิ้งไม่ว่าผู้สูงอายุ โดยบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้ใจ อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลในครอบครัวก็ได้ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านร่างกายและจิตใจหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย มักตกเป็นเหยื่อ หรือผู้ถูกกระทำรุนแรง (Victim) (Cardona, Meyer, Schiamberg & Post, 2007; Peguero & Lauck, 2008) ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004) และความผาสุกในช่วงบั้นปลายชีวิต (Lachs & Pillemer, 2004) ความรุนแรงในผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดขึ้นภายในครอบครัว (Domestic elder abuse) ยังเกิดขึ้นในสถาบัน (Institutional elder abuse) ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Cowen, 2001)

การศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 2- 4 ทั้งนี้ผลการศึกษายืนยันอยู่กับกลุ่มที่ศึกษา รูปแบบการสำรวจและการให้ความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน (Lachs & Pillemer, 2004) เช่นประเทศสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 4 (Goldbloom, 1994) เช่นเดียวกับในประเทศออสเตรเลียที่พบ ร้อยละ 4 เช่นกัน (Kurrle, 2004) ส่วนในประเทศอิสราเอลพบ ร้อยละ 2.5 (Lecovich, 2005) เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุในแต่ละประเทศแตกต่างกันไป แต่ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าเป็นความรุนแรงด้านจิตใจ

มากที่สุด ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความรุนแรงในผู้สูงอายุด้านจิตใจถึงร้อยละ 81 รองลงมาเป็นความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 36 การถูกล้ำสิทธิส่วนบุคคล ร้อยละ 23 (Goldbloom, 1994) ในประเทศอังกฤษ พบความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 38.9 รองลงมาเป็นการเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.7 เป็นความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 22.5 และการทอดทิ้ง ร้อยละ 10.2 (Buka & Sookhoo, 2006) สำหรับในประเทศสเปน พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจมากถึง ร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นการทอดทิ้งละเลย ร้อยละ 26.5 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 11.8 (Touza, 2004) ในประเทศญี่ปุ่น พบความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 9.0 รองลงมาเป็นการทอดทิ้ง ร้อยละ 7.7 การเอาทรัพย์สินผลประโยชน์ ร้อยละ 6.4 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 3.8 (Anme, 2004)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นในเรื่องของสิทธิส่วนบุคคลที่ประเทศในแถบเอเชียที่จะให้ความสำคัญน้อยกว่าประเทศในแถบตะวันตก นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอยู่เดิม (Anme, 2004; Arai, 2006; Plitnick, 2008) หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพา (Pavlik, et al., 2001) และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ถึง ร้อยละ 5 (Collins & Presnell, 2006)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบความรุนแรงในผู้สูงอายุด้านจิตใจมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งพบร้อยละ 70.3 การทอดทิ้งผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.4 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 59.7 และการเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.2 (อัจฉราพร สิริวิทยพงศ์และคณะ, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น การศึกษาของ ภณทิลา อัฐรัตน์และคณะ (2545) เรื่องความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 46.4 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย (2547) ได้ศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ พบร้อยละ 48.5

นอกจากนี้ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีไทย พบความชุก ร้อยละ 46.4 และมีประสบการณ์ของการถูกทำร้ายมากกว่า 1 ชนิด (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) จากการสำรวจการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนเข้าอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งของภาครัฐและเอกชนจำนวน 6 แห่ง พบว่า ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงมาก่อนที่จะเข้ามาพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา เช่นมีปัญหาครอบครัว ถูกครอบครัวทอดทิ้งไม่ดูแล (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2546) นอกจากนี้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการได้ให้

การช่วยเหลือผู้สูงอายุจากการถูกระทำรุนแรง ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,100 คน และในปี พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มเป็นจำนวน 17,406 คน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศไทยได้รับความสนใจมากขึ้น แต่ยังไม่มีการเก็บสถิติที่เป็นทางการ (น้ำผึ้ง มีศิลและคณะ, 2551) ซึ่งภาพของความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทย ส่วนใหญ่จะพบได้ในรูปของสื่อ เช่น ภาพข่าวผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไว้ตามถนน สะพานลอย ผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่มีคนดูแล ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ดังเช่น จากการสำรวจข่าวหนังสือพิมพ์รายวันไทยรัฐในรอบ 1 ปี ของพัทธรินทร์ บุญเสริม (2544) พบว่าเป็นข่าวเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจำนวน 37 ข่าว มีผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจำนวน 39 คน โดยผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการถูกระทำรุนแรงที่พบส่วนใหญ่คือการทำร้ายร่างกาย ผลของความรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต 29 คน มีผู้สูงอายุเพศหญิงถูกทารุณกรรมทางเพศ 6 คน ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายจากถูกทอดทิ้งละเลย 1 คน (อึ้งใน ภันธิตา อิฐรัตน์และคณะ, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่างถึงร้อยละ 71.1 (โรจน์ย จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) ปัญหาของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกละเลย ร้อยละ 21.8 ไม่มีคนดูแลในยามเจ็บป่วย ร้อยละ 12.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงและเป็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพรวมทั้งพยาบาลต้องเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป และมีความซับซ้อนมากขึ้น (อิจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544; Peguero & Lauck, 2007) รวมถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) การที่ผู้คนต่างดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนั้น ส่งผลให้ขาดการดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกภายในครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะถูกทำร้ายและทอดทิ้งมากขึ้น นอกจากนี้การอพยพของวัยแรงงานเข้ามาทำงานในตัวเมือง ทำให้ครอบครัวขยายลดลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การเกื้อหนุนกันในสายเลือดน้อยลงเกิดความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัวต่างคนต่างอยู่มากขึ้นเป็นลักษณะของความสัมพันธ์แบบใหม่ที่อาศัยเศรษฐกิจเป็นตัวชี้นำ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) นอกจากนี้ค่านิยม และวัฒนธรรมทางตะวันตกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดของคนรุ่นหลังๆ ทำให้บุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุถูกละเลย ทอดทิ้ง รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสดจึงไม่มีลูกหลานดูแลในยามแก่เฒ่าและถูกทอดทิ้งขาดการดูแลจากสังคม (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ, 2549)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว ครอบครัวที่เคยมีประวัติทำร้ายผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวใช้ความรุนแรงระหว่างกัน (Intergenerational transmission of violence) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Woolf, 1998; Wieland, 2000) นอกจากนี้ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุมีความบกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ จากการที่ร่างกายเสื่อมตามวัย การมีโรคเรื้อรังทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เกิดภาวะพึ่งพา ซึ่งผู้สูงอายุมีความบกพร่องมากขึ้นเท่าใดโอกาสที่จะถูกระทำรุนแรงได้มากขึ้นเท่านั้น (Cooper, et al., 2006)

สำหรับปัจจัยด้านผู้กระทำความรุนแรง (Abuser) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (มารยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; อัจฉราพร, 2542; Cowen & Slavik, 2001; Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004; Kasuga, 2004; Collin & Presnell, 2007) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุนั้น มีความเครียดจากการดูแล (Caregiver stress) และมีปัญหาความเครียดด้านอื่นๆ (External stress) เช่น การงาน การเงิน ความเหนื่อยล้า การขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม ขาดความรู้และความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ นำไปสู่พฤติกรรมที่จะกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ (Goldbloom, 1994) อย่างไรก็ตามความเครียดของผู้ดูแลไม่ใช่เป็นสาเหตุแต่เป็นตัวกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ (Wieland, 2000) นอกจากนี้ถ้าผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Caregiver's substance use and mental health) มีประวัติการใช้ความรุนแรงมาก่อน มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีการเจ็บป่วยทางจิตประสาท ทำให้ผู้ดูแลไม่อยู่ในสถานะที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Woolf, 1998; Peguero & Lauck, 2007)

ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม ผลกระทบด้านร่างกายของผู้สูงอายุจากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้งทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บอย่างเฉียบพลันและ/หรือเรื้อรัง รวมทั้งทำให้การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมมีอาการมากขึ้น (Anme, 2004; Collin & Presnell, 2006; Oh, et al., 2006; Kim, et al., 2007) เช่น ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ภาวะขาดน้ำขาดสารอาหาร มีแผลกดทับ สุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงพบว่า ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพราะต้องยอมจำนนต่อสถานการณ์ (Comijs, et al., 1998; Akaza, et al., 2003; Cooper, et al., 2008) และปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการถูกระทำรุนแรงเนื่องจากผู้กระทำเป็นบุตรหลานหรือนุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจของผู้สูงอายุเอง (อัจฉราพร สี่หรัญพงศ์และคณะ, 2544; มารยาท รุจิวิทย์และคณะ,

2547; Zink, et al., 2005; Oh, et al., 2006) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์แปรปรวน ย้ำคิดย้ำทำ วิดกกังวล ตื่นกลัว ใช้สารเสพติด หวาดระแวง ภาวะซึมเศร้า และการถูกระงับการกระทำรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (Akaza, et al., 2003)

ผลกระทบต่อการครอบครัวจากปัญหาความรุนแรงนั้น ทำให้ครอบครัวขาดความรักชาติที่พึงด้านจิตใจ สัมพันธภาพครอบครัวอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ เปราะบาง การขาดการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวนำมาซึ่งปัญหาของครอบครัวในด้านอื่นๆ นอกจากนี้ผลกระทบของความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อสังคม ได้แก่ การที่มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ถูกทำร้าย สังคมต้องรับภาระดูแล ทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย อาหาร ยา สิ่งจำเป็นอื่นๆ สำหรับการดำรงชีพ ซึ่งต้องใช้ทั้งกำลังคน กำลังทรัพย์ ในการดูแลและจัดการกับปัญหาดังกล่าวซึ่งส่งผลกระทบต่อประเทศโดยรวมเช่น การที่มีจำนวนผู้สูงอายุไร้ที่อยู่อาศัยประสบปัญหาความทุกข์ร้อน ถูกทอดทิ้งและต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ซึ่งปัจจุบันมีไม่เพียงพอกับความต้องการ และยังพบว่ายังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ถูกทอดทิ้ง (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548) ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุนั้นสูงขึ้นและต้องมีการจัดการในเรื่องของสวัสดิการของผู้สูงอายุมากขึ้น ต้องจัดสรรงบประมาณของประเทศมาใช้ด้านนี้มากขึ้น รวมถึงการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการที่ต้องมีการจัดระบบการจัดการในการดูแลที่เป็นนโยบายระดับชาติ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

สำหรับการศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนน้อย และแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหาหรือปรากฏการณ์นี้อย่างถ่องแท้ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้อย่างเหมาะสมในลำดับต่อไป และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศที่เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้มีการกำหนดบัญญัติผู้สูงอายุ วันผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมทั้งการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ สิทธิของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ มีการเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการได้รับการดูแลจากผลกระทบเนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ในสังคมปัจจุบัน การขาดผู้ดูแล การละเมิดสิทธิ ถูกกระทำรุนแรง หรือถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

1.2 ประเด็นหลัก (Main Issue)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุสังคมไทยยังถูกมองข้าม และคิดว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวมากกว่าการที่จะนำไปขยายผลเพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข (คณะกรรมการการ กิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ, 2549) นอกจากนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเนื่องจากเชื่อว่าความกตัญญูกตเวทีของบุตรหลานต่อบุพการียังเข้มแข็ง ดังนั้นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุจึงไม่น่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทย (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) ประกอบกับสังคมและวัฒนธรรมของไทยเชื่อว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องให้ความเคารพและนับถือจากสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกของครอบครัวไว้ว่า จะต้องประพฤติปฏิบัติเรื่องของการดูแลต่อกัน (ทัศนีย์ ทองสว่าง, 2549) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงไม่กล้าที่จะเปิดเผย ประกอบกับการศึกษาเรื่องความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยยังมีจำนวนน้อย ขณะที่สื่อได้นำเสนอถึงปัญหาผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งมีจำนวนมากขึ้น สถิติผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ครอบครัวทอดทิ้ง และการเข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) ปัญหาดังกล่าวนี้ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้านจิตใจ ไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่ควรจะเป็นในช่วงบั้นปลายของชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เช่นปัญหาอาชญากรรม ไร้ที่อยู่อาศัย ขาดทุน ทำให้สังคมต้องรับการภาระการดูแล ปัจจัยยังชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่พักอาศัย เสื้อผ้า อาหาร ยารักษาโรครวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ที่พบว่าในปัจจุบันยังประสบปัญหาต่างๆ มากมาย

จากปัญหาดังกล่าวควรมีการวางแผนและป้องกันการเกิดความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุ เพราะความรุนแรงในผู้สูงอายุไม่ใช่ปัญหาในระดับครอบครัวอย่างเดียวแต่เป็นปัญหาในระดับสังคมและระดับประเทศ ซึ่งจะต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหานี้อย่างถ่องแท้ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ของปัญหามากขึ้น เกิดการรับรู้ปัญหาในวงกว้างขวางขึ้น และเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญ การเข้าใจปรากฏการณ์เป็นแนวทางให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นการป้องกันและแก้ไข ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ หรือการจัดระบบจัดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเพื่อคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุในลำดับต่อมาได้ รวมทั้งเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์ของประเทศไทยที่กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุหรือการเข้าสู่ประชากรสูงอายุในอนาคตอันใกล้ (Population aging) ซึ่งผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและต้องพึ่งพาผู้อื่นสูงเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและโรคเรื้อรัง (วันดี โกละกุล, 2548) แต่ในปัจจุบันรูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นการป้องกัน การช่วยเหลือและ การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงหรือถูกทอดทิ้งยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนที่มีโอกาสได้พบเห็นความรุนแรงในผู้สูงอายุจากการเข้าเยี่ยมบ้าน แต่อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาคอรัวที่มักจะปกปิดเป็นความลับ หากพยาบาลสามารถเข้าใจถึงปรากฏการณ์ ลักษณะของการถูกระทำรุนแรง สาเหตุและผลกระทบจากความรุนแรงในผู้สูงอายุ จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง หรือสามารถกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงได้รับการดูแลและช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษา วิเคราะห์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลและการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุมชนที่ดีในลำดับต่อไป

1.3 จุดประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว
2. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

1. บุคลากรด้านสุขภาพได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว
2. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน ในด้านการวางแผนป้องกัน การแก้ไขปัญหารวมทั้งการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงได้ในอนาคต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในลำดับต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากการสืบค้น ในประเด็นความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพ มีหัวข้อที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ
2. อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว
4. ทฤษฎีที่นำมาอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงในผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ประเทศ ทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เป็นปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Domestic violence) แต่ส่งผลกระทบในระดับสังคมและระดับประเทศ ความรุนแรงในผู้สูงอายุเริ่มกล่าวถึงครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณปี 1960 แต่ยังไม่เป็นที่สนใจกันมากนัก เพราะขณะนั้นความรุนแรงในเด็กและสตรีกำลังเป็นปัญหาที่กำลังได้รับความสนใจมาก ต่อมาประมาณปี 1970 ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสังคมและเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ โดยต่อมาในปี 1980 ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการกับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการถูกระงับการรุนแรง (Roe, 2002; Volory & Pavlik, et al., 2001) ได้มีการจัดทำสื่อ มีการประชุมเผยแพร่ และจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น National Center on Elder Abuse ขึ้นมาในปี 1989 และประมาณกลางปี 1990 ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มมีจัดบริการขึ้นในแต่ละรัฐเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำความรุนแรง (Wieland, 2000) หลังจากนั้นในหลายๆ ประเทศมีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ แต่การศึกษายังมีจำนวนน้อยและค่อนข้างจำกัด (Lanch & Pillemer, 2004)

คำว่า “ผู้สูงอายุ” ได้มีการให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่นบางประเทศได้กำหนดให้ผู้ที่มิอายุ 65 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พรบ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3) ซึ่ง

สอดคล้องกับวัยเกษียณอายุการทำงาน และแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีประมาณร้อยละ 59.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีประมาณร้อยละ 31.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีประมาณร้อยละ 9.8 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นส่งผลให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2551) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีการใช้คำที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำศัพท์ที่ใช้ในภาษาอังกฤษ เช่น “elder abuse, elder mistreatment, elder maltreatment, old age abuse, inadequate care of the elderly, miscare, ill-treat” (Ayres, 2000; Roe, 2002) สำหรับคำที่ใช้ในภาษาไทยมีใช้หลายคำเช่น “ทารุณกรรมในผู้สูงอายุ” (อจณราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2544; จิราพร เกศพิชญวัฒนาและสุทธิดา ขสหลวงพิน, 2549) “ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ” (กัญจिता อธิรัตน์และคณะ, 2545) “การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ” (มรรยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย, 2547) “การทำให้เกิดความเสียหายกับผู้สูงอายุ” (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) “การปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุ” (วราห์ แห่งพุ่ม, 2547) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คำว่า “Elder abuse” สำหรับภาษาอังกฤษ เนื่องจากเป็นคำที่ใช้มากที่สุดและง่ายต่อการเข้าใจ และในภาษาไทยใช้คำว่า “ความรุนแรงในผู้สูงอายุ” เพราะเป็นคำที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

ความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ตามสถานที่เกิด (Settings of elder abuse) คือ ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว และความรุนแรงในผู้สูงอายุในองค์กร/ สถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ (Cowen, 2001) ซึ่งความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวพบมากถึงร้อยละ 67 ในขณะที่ความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถาบัน/ องค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ พบร้อยละ 31 โดยที่เป็น Nursing home ร้อยละ 12, Residential care ร้อยละ 10, Hospital ร้อยละ 5, Sheltered housing ร้อยละ 4 สถานที่อื่นๆ ร้อยละ 2 ตามลำดับ (Hinchliffe, et al., 2004). ในต่างประเทศพบความรุนแรงในผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและในสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยพบว่าเป็นศึกษาความรุนแรงในครอบครัวทั้งหมดและยังไม่พบรายงานความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในลำดับต่อไปเป็นความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว มีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อดังต่อไปนี้

ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุมีการให้ความหมาย และการแบ่งประเภทแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมุมมองของในแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น มุมมองด้านกฎหมาย มุมมองด้านสุขภาพ มุมมองด้านสังคม และผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขายังใช้คำที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการใช้คำ ความหมาย และประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ

คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ
Elder abuse (Goldbloom, et al., 1994)	การกระทำ/ การละเว้นการกระทำที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายหรือได้รับความเสียหาย	1. Physical abuse 2. Psychological abuse 3. Financial abuse 4. Neglect 5. Other categories
Elder mistreatment (Swagerty & Takahashi, 1999)	การกระทำที่เป็นการทำร้ายหรือคุกคามต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	1. Physical abuse 2. Physical neglect 3. Psychological abuse 4. financial exploitation 5. Violation of rights
Elder mistreatment (Cowen, 2001)	เป็นการทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายหรือการละเว้นการกระทำแล้วมีผลทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุจากผู้ดูแล	1. Physical abuse 2. Physical neglect 3. Sexual abuse 4. Psychological abuse 5. Psychological neglect 6. Financial/material exploitation 7. Violation of personal rights 8. Self neglect

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการใช้คำ ความหมาย และประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ (ต่อ)

คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ
Elder abuse (Lanch & Pillemer, 2004)	เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย รวมทั้งความล้มเหลวของการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และการป้องกันอันตรายให้กับผู้สูงอายุ	1. Physical abuse 2. Psychological abuse 3. Sexual abuse 4. Material exploitation 5. Neglect
Elder abuse (Kurrle, 2004)	พฤติกรรมทุกรูปแบบที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเสียหายในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านทรัพย์สินเงินทองและสังคมแก่ผู้สูงอายุ	1. Physical abuse 2. Psychological abuse 3. Financial/economic abuse 4. Neglect.
Elder mistreatment (Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004)	เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทอดทิ้ง การเอาผลประโยชน์ การละเลยไม่ดูแลและการทำร้ายผู้สูงอายุ	1. Physical abuse 2. Psychological/ Emotional abuse 3. Sexual abuse 4. Financial exploitation 4. Neglect 5. Abandonment
Elder abuse (Puchkov, 2006).	เป็นการกระทำ หรือละเว้นการกระทำ แล้วมีผลให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน	1. Physical abuse 2. Emotional/Psychological abuse 3. Financial and economic abuse 4. Neglect

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการใช้คำ ความหมาย และประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ (ต่อ)

คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ	ประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ
Elder abuse (Plitnick, 2008)	เป็นรูปแบบของการไม่ดูแล หรือดูแลไม่ถูกต้อง มีผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานใจ	1. Physical abuse 2. Psychological abuse 3. Sexual abuse 4. Financial/material exploitation 5. Abandonment 6. Neglect
ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว (กันทิลา อีฐรัตน์และคณะ, 2545)	พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำต่อผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านการเงินและทรัพย์สิน ด้านการทำร้ายทางเพศ และด้านการทอดทิ้ง	1. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านอารมณ์และจิตใจ 2. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย 3. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านการเงินหรือทรัพย์สิน 4. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านการทำร้ายทางเพศ 5. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้านการทอดทิ้งหรือละเลย
ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว (มารยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย, 2547)	พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เจตนาและไม่เจตนาที่เป็นการคุกคามหรือทำร้ายผู้สูงอายุ	1. ทารุณกรรมด้านร่างกาย 2. ทารุณกรรมด้านจิตใจ 3. ทารุณกรรมทางเพศ 4. การทารุณกรรมด้านการเงิน/ทรัพย์สิน 5. การทอดทิ้งผู้สูงอายุ

จากการการใช้คำ การให้ความหมาย และการแบ่งประเภทมีการใช้คำที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในด้านใดมากที่สุด เช่น ด้านกฎหมายจะเป็น การชี้เฉพาะหรือมีความเจาะจงเพราะมีผลต่อการระบุโทษของผู้กระทำ ส่วนความหมายด้านสังคม จะกว้างเพราะมีตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่า สำหรับด้านสุขภาพจะมองด้านความเป็น มนุษย์ และการมีชีวิตอยู่ เป็นต้น

2.2 อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Incident of Elder Abuse)

ได้มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างกัน ไปในแต่ละประเทศทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา รายละเอียดของการศึกษาใน แต่ละประเทศดังนี้

ในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของ ประชากรทั้งหมด (Weiland, 2000) และประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วและ ประสบปัญหาในเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุเช่นกัน อย่างไรก็ตามสถิติที่แน่ชัดว่าจำนวน ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งมีน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากรูปแบบการรายงานทาง สถิติยังไม่เป็นระบบเดียวกันและการให้ความหมายที่กว้างมีความหลากหลายและแตกต่างกัน (National Center on Elder Abuse; NCEA, 2005) แต่สำหรับการรายงานที่ออกมาเป็นตัวเลขนั้น พบว่า ความรุนแรงในผู้สูงในครอบครัวพบร้อยละ 4 โดยเป็นความรุนแรงด้านจิตใจร้อยละ 81 ด้านร่างกายร้อยละ 36 และถูกลูกหลานด้านสิทธิส่วนบุคคลร้อยละ 23 (Goldbloom, 1994) ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 การทอดทิ้งผู้สูงอายุพบมากขึ้น จากรายงานของศูนย์ช่วยเหลือผู้ใหญ่ (Adult Protective Service) เป็นความรุนแรงในผู้สูงอายुर้อยละ 7.3 โดยเป็นการทอดทิ้งมากถึง ร้อยละ 73.0 ของการรับ เรื่องทั้งหมด (Dyer, et al, 1999) ต่อมาในปี 2001 ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่ามีอัตรา ความชุกเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้สูงอายุใน ประเทศสหรัฐอเมริกาถูกทอดทิ้งมากที่สุดร้อยละ 54 รองลงมาคือ ความรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 9.6 ด้านจิตใจร้อยละ 7.2 ด้านเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.1 และความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 0.2 (Pavlik et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Danniels (1999) ที่สำรวจการรับเรื่อง รายงานเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุของตำรวจ ที่พบการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) มากที่สุด รองลงมาคือการทำร้าย (Abuse)

นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวนั้นร้อยละ 5 เป็นสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Collins & Presnell, 2006; Lach, Williams, O'Brien, Pillemer & Charlson, 1998) การศึกษาผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม (Elder homicide) ในประเทศ

สหรัฐอเมริกาที่ทำการศึกษาย้อนหลังไป 20 ปี ถึงสาเหตุของการเสียชีวิต พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดนั้น เป็นการเสียชีวิตแบบฆาตกรรมชาติ และพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 และการเสียชีวิตมีสาเหตุจากการถูกระทำรุนแรงมาเป็นเวลานานเรื้อรังและ/หรือถูกทอดทิ้งไม่ดูแล (Chronic abuse and/or neglect) โดยสถานที่เกิดเหตุหรือเสียชีวิตอยู่ที่บ้านหรือสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 83 (Collins & Presnell, 2006)

สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศอังกฤษ ความรุนแรงในผู้สูงอายุด้านจิตใจพบมากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ด้านการเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุร้อยละ 22.7 ด้านร่างกายร้อยละ 22.5 และการทอดทิ้งผู้สูงอายุร้อยละ 10.2 ตามลำดับ (Buka & Sookhoo, 2006) ในประเทศสเปนมีการศึกษาถึงความเลวร้ายหรือแนวโน้มของผู้สูงอายุที่จะถูกระทำรุนแรงพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกระทำรุนแรง ด้านจิตใจสูงมากที่สุดร้อยละ 32.4 รองลงมาคือการถูกทอดทิ้งละเลย ร้อยละ 26.5 ด้านร่างกายร้อยละ 11.8 การทำร้ายตนเองร้อยละ 11.8 และด้านการเอาทรัพย์สิน ร้อยละ 14.7 (Touza, 2004) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุเช่นกัน พบว่าภายในเวลา 1 ปี พบความทุกข์ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 5.6 โดยเป็นความรุนแรงด้านการวาจา (Verbal aggression) ร้อยละ 3.2 ด้านร่างกาย ร้อยละ 1.2 เอาทรัพย์สินผลประโยชน์ ร้อยละ 1.4 และการทอดทิ้ง ร้อยละ 0.2 (Comjit, et al., 1998) ในฮ่องกงพบความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เกิดจากผู้ดูแลเป็นผู้กระทำร้อยละ 27.5 โดยแบ่งเป็นความรุนแรงด้านจิตใจร้อยละ 26.8 ด้านร่างกายร้อยละ 2.5 ลูกหลานตีหรือทำร้ายร้อยละ 5.1 ซึ่งสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องการได้ยิน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพา (Yan & Tang, 2004) นอกจากนี้ในประเทศเกาหลีความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 15,230 คนพบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 6.3 พบความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาเป็นความรุนแรงด้านทรัพย์สิน การทอดทิ้งและด้านร่างกาย ตามลำดับ และความรุนแรงในผู้สูงอายุนี้สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น, เพศหญิง, ไม่ได้รับการศึกษา, มีภาวะพึ่งพาสูง, ครอบครัวมีรายได้น้อย, และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี (Oh, et al., 2006)

การศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในประเทศญี่ปุ่น พบว่า เป็นความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 9.0 การทอดทิ้งผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.7 การเอาทรัพย์สินผลประโยชน์ ร้อยละ 6.4 ด้านร่างกาย ร้อยละ 3.8 และการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.8 (Anme, 2004) ต่อมาพบว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมีระดับความรุนแรงมากขึ้น (Severity) โดยที่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นหญิงร้อยละ 75 และร้อยละ 50 มีภาวะสมองเสื่อม โดยที่ผู้กระทำร้อยละ 32 เป็นบุตร ร้อยละ 21 เป็นสะใภ้ ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (Arai, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kasuga (2004) ที่ศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประเทศญี่ปุ่นนั้นผู้กระทำความ

รุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 เป็นสมาชิกหรือคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ และร้อยละ 70-80 อาศัยอยู่ด้วยกัน ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้กระทำรุนแรงนั้นเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 70 ที่เหลือผู้กระทำที่เป็นผู้ดูแลในสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ในประเทศญี่ปุ่น ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ร้อยละ 12 มีสาเหตุมาจากถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงมากกว่าหนึ่งประเภท สาเหตุการเสียชีวิตคือมีเลือดออกในสมองจากการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายซึ่งพบมากที่สุด และภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ ขาดสารอาหาร การสำลักอาหารจากการถูกทอดทิ้ง ละเลย โดยที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ถูกกระทำนั้นเป็นโรคสมองเสื่อมและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนใหญ่ผู้กระทำคือบุตรชาย, สะใภ้ของผู้สูงอายุ (Akaza, et al., 2002)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในครอบครัว พบว่าเป็นด้านความรุนแรงจิตใจร้อยละ 70.3 การทอดทิ้งร้อยละ 65.4 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 59.7 และด้านการเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.2 (อจธราพร สีหิรัญวงศ์และคณะ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 46.4 โดยแบ่งเป็นความรุนแรงด้านจิตใจ ร้อยละ 42.8 รองลงมาเป็นการทอดทิ้งพบ ร้อยละ 16.4 ด้านการเงินและทรัพย์สิน ร้อยละ 9.2 ด้านการทำร้ายทางเพศ พบร้อยละ 2.7 ตามลำดับ (กัญทิลา อัฐรัตน์และคณะ, 2545) และในจังหวัดชัยภูมิพบอุบัติการณ์ของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 48.5 เป็นความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุดร้อยละ 44.5 ทอดทิ้งร้อยละ 21.2 การเอาทรัพย์สินร้อยละ 8.7 และความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ (มรรยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย, 2547)

สำหรับการสำรวจความรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนเข้าพักอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าการกระทำรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุดร้อยละ 80.9 ถูกทอดทิ้งร้อยละ 7.2 การกระทำรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 1.4 การเอาประโยชน์ร้อยละ 0.9 (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2546) และในปีเดียวกันนั้น ได้มีการสำรวจการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุไทย ใน 68 จังหวัด พบว่า การกระทำรุนแรงด้านจิตใจร้อยละ 21 ทอดทิ้งร้อยละ 17.5 การกระทำรุนแรงด้านร่างกายร้อยละ 7.6 การเอาประโยชน์ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2546) และการศึกษาปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในจังหวัดขอนแก่นพบว่า เป็นความรุนแรงด้านจิตใจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ร้อยละ 55.0 รองลงมาเป็นการทอดทิ้งผู้สูงอายุทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ร้อยละ 44.5 และการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุเนื่องจากเกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจถูกหลาน ร้อยละ 35.9 ความรุนแรงด้านทรัพย์สิน ถูกขโมยเงิน สิ่งของมีค่า ร้อยละ 30.9 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 22.7 และการถูกล่าสัทธิส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในรูปแบบการบังคับ ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ (พรพิมล นวนกุลและคณะ, 2549)

การศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย พบว่า ร้อยละ 46.4 ผู้สูงอายุสตรีไทยมีประสบการณ์การถูกทำร้ายมากกว่า 1 ชนิด โดยพบว่าความชุกของการถูกทำร้ายด้านจิตใจร้อยละ 39.5 การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายुर้อยละ 20.4 การล่วงละเมิดสิทธิผู้สูงอายुर้อยละ 11.5 การทอดทิ้งร้อยละ 11.2 การทำร้ายด้านร่างกายร้อยละ 6.2 ตามลำดับ (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์ กนกพร สุคำวังและศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2549) นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้สูงอายุยังพบได้จากสื่อเช่น การสำรวจข่าวหนังสือพิมพ์รายวันไทยรัฐในรอบ 1 ปี พบว่าเป็นข่าวเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจำนวน 37 ข่าว มีผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจำนวน 39 คน โดยผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการกระทำรุนแรงคือการทำร้ายร่างกาย ผลของความรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต 29 คน มีผู้สูงอายุเพศหญิงถูกทารุณกรรมทางเพศ 6 คน ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายจากถูกทอดทิ้ง 1 คน (พัชรินทร์ บุญเสริม, 2544 อ้างใน ภัณฑิลา อิฐรัตน์และคณะ, 2545) หรือข่าว “การเข้าช่วยเหลือผู้สูงอายุ วัย 95 ปี ที่ถูกบุตรเขยทำร้ายทารุณกรรม โดยนายพร้อมพงศ์ นพฤทธิ์ โฆษกกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และคณะ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ถูกทำร้ายนั้น อาศัยอยู่กับบุตรเขยและหลาน 2 คน โดยบุตรเขยมีพฤติกรรมดื่มสุรา เมามาละวาดและทำร้ายร่างกาย จิตใจเป็นประจํา มาเป็นเวลานาน” (หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ วันที่ 25 กันยายน 2551, ฉบับที่ 21,532, หน้า 1) เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวมาพบว่าเป็นความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั้งหมด

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและลักษณะของผู้กระทำรุนแรง

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นพบว่ามีหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันสัมพันธ์กัน มีรายละเอียดดังนี้

ความบกพร่องด้านร่างกายและความคิดของผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายที่มีความเสื่อมลงตามวัย และการมีโรคเรื้อรังทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาสำหรับการดำรงชีวิตจากความบกพร่องนี้พบว่าเป็นปัจจัยทำให้ผู้สูงอายุตกเป็นผู้ถูกระทำรุนแรง (Swagerty, 1999; Giurani & Hasan, 2000; Wieland, 2000; Gray-Vickrey, 2000; Fulmer & Bolton, 2004; Litwin & Zoabi, 2004; Asti & Erdem, 2006; Arai, 2006) และยังพบว่าความรุนแรงด้านร่างกาย ทรัพย์สินและการทอดทิ้งผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องของผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจหรือความคิดของผู้สูงอายุ เนื่องจากความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าใจถึงเหตุและผลของการกระทำ (Peguero & Lauck, 2007) ความบกพร่องมีมากขึ้นเท่าใด ภาวะพึ่งพาจะมีมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกระทำรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น (O'Malley, et al, 1983; Goldbloom, 1994; Jones,

et al., 1997; Hinchliffe, et al., 2004; Kurrle, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการคัดกรองผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงให้ผลบวกเพิ่มมากขึ้นตามความบกพร่องของการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Cooper, et al, 2006)

เพศ มีการศึกษาที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าความรุนแรงทางเพศในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชาย (Hightower, et al., 1999; Shugarman, et al., 2003; Mandiracoiglu, et al., 2006; Arai, 2006) เช่นการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลจากการถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมากกว่าครึ่งเป็นหญิง (Lachs, et al., 1997) เชื่อว่าการที่เพศหญิงถูกกระทำรุนแรงมากกว่าชาย โดยเฉพาะความรุนแรงด้านจิตใจเนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อการถูกกระทำรุนแรงมากกว่าชาย (Hightower, et al, 1999; Arai, 2006) อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบความรุนแรงในชายมากกว่าหญิง (Peguero & Lauck, 2007) ดังนั้นความรุนแรงในผู้สูงอายุในมีความสัมพันธ์กับเพศแตกต่างกันไปตามแต่ประเภทของความรุนแรง อาจขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและบริบทของสังคม แต่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชาย (Wolf, 1997; Sayles-Cross, 1988; Giurani & Hasan, 2000; Litwin & Zoabi, 2004; Peguero & Lauck, 2007) สำหรับอายุของผู้สูงอายุ (Age) ที่ถูกกระทำรุนแรงนั้น (Abused) พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงยังมีอายุมากเท่าใด โอกาสถูกกระทำรุนแรงจะมากขึ้นเท่านั้น (Cowen & Cowen, 2002; Shugarman, et al., 2003; Litwin & Zoabi, 2004)

การใช้สารเสพติดและมีปัญหาสุขภาพจิต (Caregiver's substance use and mental health problem) ผู้ดูแลที่มีการใช้สารเสพติดและมีปัญหาสุขภาพจิต (Caregiver's substance use and mental health) พบว่าสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ (O'Malley, et al, 1983; Sayles-Cross, 1988; Wolf, 1997; Swagerty, 1999; Giurani & Hasan, 2000; Gordon & Brill, 2001; Fulmer & Bolton, 2004; Hinchliffe, et al., 2004; Beach, et al, 2005; Wang, 2005; Peguero & Lauck, 2007) หรือผู้ดูแลเป็นผู้ที่เคยมีประวัติการกระทำรุนแรงมาก่อน มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม การแยกตัวออกจากสังคม การเจ็บป่วยทางจิตประสาท ความบกพร่องเหล่านี้นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุ (May, 1998; Woolf, 1998; Peguero & Lauck, 2007) และพบว่าผู้ดูแลที่กระทำรุนแรงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์มากที่สุด (Madden, 1995; Sugarman, et al., 2003; Puchkov, 2006) และการใช้เครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์และสารเสพติดของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุด้านร่างกายและด้านจิตใจมากกว่าความรุนแรงประเภทอื่น (Physical abuse and psychological abuse) และพฤติกรรมของผู้ดูแลดังกล่าวได้นำไปสู่ความรุนแรงด้านทรัพย์สินของมีค่ากับผู้สูงอายุ (Financial abuse) เนื่องจากมีความต้องการใช้สารเสพติด (Cardona, 2007) นอกจากสารเสพติดแล้ว พฤติกรรมที่ก้าวร้าวของสมาชิกในครอบครัว

ก่อให้เกิดการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้ เช่นการทุบตี หรือการทำร้ายร่างกาย ดังเช่นในประเทศญี่ปุ่นพบว่าคนรุ่นใหม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นจากการเลียนแบบสื่อทางโทรทัศน์ จากวิดีโอเกมส์ จึงก่อให้เกิดปัญหาการกระทำรุนแรงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมากขึ้น ที่พบว่าเป็นความรุนแรง(Violence) ในระดับที่รุนแรง (severity) (Arai, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทำร้ายผู้สูงอายุ (Abusive behavior) (Wang, 2005)

ความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver stress) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความบกพร่องในด้านต่างๆ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เกิดภาระที่มากเกินไปกับผู้ดูแลซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีความต่อเนื่องและยาวนาน เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย เกิดความเครียดไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ประกอบกับปัญหาความเครียดอื่นๆ (External stress) (Gordon & Brill, 2001) เช่นการงาน ครอบครัว การขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุในที่สุด (Cowen, 2001; Sugarman, et al., 2003; Kurrle, 2004; Fulmer & Bolton, 2004; Baker & Heitkemper, 2005; Arai, 2006; Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007) แต่ความเครียดอันเกิดจากการดูแลนั้นไม่ได้เป็นสาเหตุของความรุนแรงในผู้สูงอายุแต่เป็นตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ (Wieland, 2000)

การที่ผู้ดูแลขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งมีอุปกรณ์การแพทย์ บางอย่างที่มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องใช้ที่บ้าน และขาดการเตรียมการวางแผนการจำหน่ายที่ดีจากสถานพยาบาล เหตุผลเพราะในขณะนี้มีเรื่องของค่ารักษาจะอยู่ภายใต้ DRG (Diagnostic-Related Grouping) ระยะเวลาในโรงพยาบาลสั้นลง อาจทำให้เตรียมความพร้อมเพื่อการจำหน่ายไม่ทัน (Cowen, 2001) ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุไม่มีประสบการณ์ในการดูแลรวมถึงผู้ดูแลไม่เข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุโดยไม่ได้ตั้งใจได้ และพบว่าถ้าผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพของตนเองประกอบกับการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ (Anme, 2004)

การแยกตัวจากสังคม (Social Isolation) ความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่เกิดกับเด็ก สตรีและผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวมีลักษณะเฉพาะคือ แยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่เพียงลำพัง ถ้าผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพแยกตัวออกจากสังคมจึงมีโอกาสดูถูกกระทำรุนแรงได้มากกว่ากลุ่มอื่น (Wolf, 1997; Woolf, 1998; Utey, 1999; Hinchliffe, et al., 2004; Peguero & Lauck, 2007) รวมถึงสายสัมพันธ์ ความรักความเข้าใจภายในครอบครัว (family ties) ที่ไม่ดีก็่อความ

แตกแยกภายในครอบครัว จึงเกิดการทำร้ายกันของสมาชิกในครอบครัว (Goldbloom, 1994) และการอยู่เพียงลำพังของผู้สูงอายุและการไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมจะเพิ่มระดับความรุนแรง (Severity) ของการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ (Elder Abuse) มากขึ้นเท่านั้น (Goldbloom, 1994; Anne, 2004; Fulmer & Bolton, 2004; Peguero & Lauck, 2007) บางกลุ่มหรือบางครอบครัวมีการย้ายถิ่นฐาน เช่น ผู้สูงอายุชาวลาตินอเมริกาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำรุนแรงเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องของการขอความช่วยเหลือจากสังคม มีปัญหาในเรื่องภาษาที่ใช้สื่อสาร จึงกลัวที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและกลัวการขับไล่ออกนอกประเทศ เป็นต้น (Cardona, 2007)

ความรุนแรงถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น (Intergenerational transmission of violence) เชื่อว่าความรุนแรงเกิดจากการเรียนรู้จากรุ่นสู่อีกรุ่น เด็กที่เกิดมาในสภาพที่มีแต่การทำร้ายกันของสมาชิกในครอบครัว เกิดเรียนรู้ว่าการใช้ความรุนแรงระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องปกติและมีการยอมรับ เด็กที่เกิดมาจากครอบครัวดังกล่าวจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ความรุนแรงระหว่างกัน จึงเป็นลักษณะของการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นสู่อีกรุ่น (ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์, 2547; Goldbloom, 1994; Jones, et al., 1997; Utley, 1999; Giurani & Hasan, 2000; Gordon & Brill, 2001; Hinchliffe, et al., 2004; Baker & Heitkemper, 2005) ความรุนแรงในครอบครัวนั้นเหตุผลส่วนหนึ่งเกิดจากสายสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเองไม่ดี (bad relationship) (Goldbloom, 1994; Gray-Vickrey, 2000; Hinchliffe, et al., 2004; Arai, 2006) แต่ยังไม่มีการวิจัยที่เป็นการยืนยันสมมติฐานดังกล่าวข้างต้นนี้ (Lachs & Pillemer, 2004)

สถานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาความรุนแรงนั้น เนื่องจากสังคมปัจจุบันเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ (Modernization) ที่เป็นสังคมของอุตสาหกรรม มีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตของคนในสังคม มีการใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น ในแต่ละวันการพบปะพูดคุยกัน การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีน้อยลง การช่วยเหลือระหว่างกันที่เคยมีลดน้อยลง รวมถึงการย้ายถิ่นฐานเพื่อเข้ามาทำงานในสังคมอุตสาหกรรมในเขตเมืองต่างๆ ทำให้เกิดการทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังและเจ็บป่วยทำให้ไม่มีผู้ดูแล (อจธราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544; มารยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; วราห์ แห่งฟูม, 2547; Litwin & Zoabi, 2004; Puchkov, 2006) ความซับซ้อนของภาวะเศรษฐกิจและสังคม พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีสวัสดิการ ไม่มีงานทำ สภาพแวดล้อมสังคมที่มีลักษณะเช่นนี้ มีโอกาสต่อการเกิดอาชญากรรมในที่พักอาศัยสูง และถ้าสังคมหรือชุมชนนั้นขาดมาตรการในการป้องกันภัยที่ดี (Peguero & Lauck, 2007) และความยากจน (Poverty) มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ เช่น รายได้ไม่พอต่อการครองชีพ ไม่มีบำเหน็จบำนาญ ขาดแหล่งเงินสนับสนุน

(Goldbloom, 1994; Wolf, 1997; Litwin & Zoabi, 2004; Baker & Heitkemper, 2005; Cardona, 2007) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุได้มากขึ้นและนำไปสู่การใช้สารเสพติดตามมา เช่น การติดสุรา การทำร้ายกัน ตามมาด้วยการแยกตัวออกจากสังคมและการฆ่าตัวตาย (Peguero & Lauck, 2007)

เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมทางสังคม (Race ethnicity and sociocultural factors) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายหรือการให้ความสำคัญของปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ มีผลต่อความเข้าใจและการรับรู้ปัญหา อย่างไรก็ตามเชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมทางสังคมนั้นไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ แต่เป็นปัจจัยที่นำมาอธิบายการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Wolf, 1997; Peguero & Lauck, 2007) การศึกษาในเรื่องของวัฒนธรรมกับความรุนแรงในผู้สูงอายุยังจำกัด (Peguer & Lauck, 2007) และบางสังคมมีการแบ่งแยกชนชั้นเหยียดสีผิว การถูกเหยียดหยาม การกีดกันในเรื่องเพศ บางสังคมมีการป้องกันไม่ให้กลุ่มคนพเนจรหรือกลุ่มคนที่ไม่เป็นที่ต้องการของสังคมรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุเข้าเมือง และการขับไล่ออกจากเมืองเพื่อป้องกันปัญหาความยากจนในสังคม (Jones, et al., 1997; Cowen, 2001) เช่น ในประเทศอิสราเอล พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อพยพลี้ภัย มีแนวโน้มถูกระทำรุนแรงด้านร่างกายและการทอดทิ้งมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป (Lecovich, 2005) และสังคมวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ความทนต่อปัญหาจากการถูกระทำรุนแรงของผู้สูงอายุมีความต่างกันเช่นกัน (Moon, 2001) ดังนั้นการเข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี การยอมรับของปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุของสังคม จะช่วยในการหาแนวทางในการป้องกันและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Wolf, 1997)

ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและลักษณะของผู้กระทำรุนแรง

ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (Abused) และผู้กระทำรุนแรง (Abuser) มีลักษณะ (Characteristics) ที่เฉพาะดังต่อไปนี้

ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (Characteristics of Abused) ส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศหญิง มีอายุมาก (Giurani, & Hasan, 2000) อยู่ในภาวะพึ่งพา เช่น ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ บกพร่องเรื่องการเห็น การได้ยิน (Lachs & Pillemer, 2004; Baker & Heltkemper, 2005) มีฐานะยากจน มีพฤติกรรมดื่มสุรา (Peguero & Lauck, 2007) แยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่เพียงลำพัง (Baker & Heltkemper, 2005; Peguero & Lauck, 2007) มีประวัติถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งสมาชิกครอบครัวมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า มีการเจ็บป่วยหรือความบกพร่องด้านร่างกายอย่างรุนแรง (Cowen, 2002)

ลักษณะของผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Characteristics of Abuser) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 40, บุตรหลาน ร้อยละ 50 อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้ถูกระทำมาเป็นเวลานาน มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต มีภาวะซึมเศร้า มีประวัติเคยถูกระทำรุนแรงจากการเลี้ยงดูมาก่อน (Giurani & Hasan, 2000) มีพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (Giurani & Hasan, 2000; Peguero & Lauck, 2007) โดยเฉพาะสุราพบว่าเป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมากที่สุด (Lachs & Pillemer, 2004) แยกตัวออกจากสังคม ต้องพึ่งพาผู้สูงอายุด้านเงินทอง ที่อยู่อาศัย (Giurani & Hasan, 2000; Baker & Heltkemper, 2005) มีความเครียด ขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม (Baker & Heltkemper, 2005) ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือการเจ็บป่วย (Cowen, 2002)

จะเห็นได้ว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน และจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงได้มีการนำเอาทฤษฎีต่างๆ เข้ามาอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น และพบว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุไม่สามารถอธิบายการเกิดโดยการใช้ทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียวได้ การศึกษาวิจัยเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้พยายามที่จะนำทฤษฎีมาใช้อย่างทฤษฎีที่จะกล่าวดังต่อไปนี้

2.4 ทฤษฎีที่นำมาอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้มีการนำเอาทฤษฎีเข้ามาอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์มากขึ้น ซึ่งมีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีที่ว่าด้วยการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ทฤษฎีนี้ นำมาอธิบายเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยอธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้มาจากครอบครัว การเรียนรู้ถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นสู่อีกรุ่น (Intergenerational transmission of violence) เชื่อว่าเด็กที่เกิดมาในครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรงระหว่างกันในการแก้ปัญหา เป็นเหมือนเหตุการณ์ปกติหรือเป็นสิ่งที่ เป็นปกติของครอบครัว เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง เกิดการทำร้ายกันไปอีกทอดหรืออีกชั่วอายุได้ เสมือนหนึ่งว่าเป็นวัฒนธรรมของครอบครัว ที่เป็นเหตุการณ์ปกติที่จะถ่ายทอดสู่อีกรุ่น (วราห์ แห่งพุ่ม, 2547; O'Malley, et al., 1983; Sayles-Cross, 1988; Barnett, et al., 1997; Gordon & Brill, 2001; Fulmer, et.al, 2004; Baker & Heitkemper, 2005) ทฤษฎีนี้ถูกนำไปอธิบายการเกิดความรุนแรงในเด็กมาก่อน ซึ่งอธิบายว่าการเห็นพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่าง (Modelling) มีการจดจำพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกต (Observer) จนกลายเป็นต้นแบบหรือตัวอย่าง

(Model) ของเด็ก และทฤษฎีนี้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์จากการนำไปอธิบายความรุนแรงในเด็กมากกว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Bandura, 1971 อ้างใน Barnett, et al., 1997)

2. ทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องของการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณค่าของบุคคลในสังคม โดยมองว่าบุคคลสามารถให้อะไรกับสังคม สังคมจะตอบแทนบุคคลเช่นกัน ผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาในการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลมองผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ให้อะไรกับสังคมได้น้อย (Guurani & Hasan, 2000; Fulmer, et.al, 2004) จึงถูกจัดอยู่ในสถานะบุคคลอันไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลไม่เห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ จนเกิดการทำร้ายหรือทอดทิ้งตามมาได้ และทฤษฎีนี้ยังให้ความสำคัญของคนมีคู่มากกว่าคนโสดหม้าย (วราห์ แห่งฟุ่ม, 2547) นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุให้อะไรกับสังคมได้น้อยมากและในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องทุ่มเทและอดทน แต่สิ่งที่ได้ไม่คุ้มค่า หรือค่าตอบแทนน้อย ถ้าผู้ดูแลมีความคิดดังกล่าวจึงให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ดี มีการทำร้ายผู้สูงอายุได้ และทฤษฎีนี้ได้รวมถึงทฤษฎีสถานการณ์ความเครียด (Situation Stress theory) และภาวะพึ่งพาไว้ด้วย (Dependent Theory) โดยทฤษฎีสถานการณ์ความเครียดได้อธิบายว่าภาวะเครียดของผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทำร้ายผู้สูงอายุ (Barnett, et al., 1997; Gordon & Brill, 2001) โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีภาระมากขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เกิดความเบื่อหน่าย ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ (Fulmer, et.al, 2004) รวมทั้งความเครียดจากปัญหาครอบครัวด้านอื่นๆ และทฤษฎีภาวะพึ่งพา (Dependent Theory) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นตามความบกพร่อง และมีความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อดำรงชีพมากมาย จากความต้องการที่มากเกินไปในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุนั้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องสนองตอบต่อความต้องการของผู้สูงอายุ เกิดความเครียดตามมา แต่บางครั้งผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้สูงอายุในด้านทรัพย์สิน ที่อยู่อาศัย หรือการช่วยเหลือด้านอื่นๆ จากผู้สูงอายุเช่นกัน (Gordon & Brill, 2001) จึงเป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่น่ามาอธิบายถึงการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ

3. ทฤษฎีที่ว่าด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychopathology theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความรุนแรงในผู้สูงอายุว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาเรื่องของการเจ็บป่วยด้านจิตใจ มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ต่างๆ มีการใช้สารเสพติด เช่น ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ถ้าผู้ดูแลมีลักษณะเหล่านี้จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่ตนดูแลได้ (Sayles-Cross, 1988; Barnett, Miller, Robin & Perrin, 1997; Gordon & Brill, 2001; Fulmer, et.al, 2004) หรือผู้ดูแลมีปัญหาความเครียดจากภายนอกเช่น ปัญหาการทำงาน รายได้ไม่เพียงพอ มีผลทำให้ผู้ดูแลไม่อยู่ในสภาพที่

จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้ และการดูแลผู้สูงอายุนั้นหากผู้ดูแลไม่เข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้คุณภาพของการดูแลไม่ดี และผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ (Baker & Heitkemper, 2005)

4. ทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ (Symbolic interactionist theory) โดยทฤษฎีพูดถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของคนกลุ่มคนในสังคม การกระทำเป็นสัญลักษณ์ของปฏิสัมพันธ์ที่อยู่ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นผลกระทบอันเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว สถาบันหรือกลุ่มคนในสังคมนอก โดยพยายามที่จะอธิบายกระบวนการของความชราทั้งด้านสังคมและชีวภาพ ความคาดหวังของสังคม การเกิดความตึงเครียดอันเกิดจากการที่รับรู้ถึงความไม่พอใจ ไม่เป็นไปตามการคาดหวังขัดแย้งกับบทบาท แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมต่อผู้สูงอายุที่เริ่มต้นด้วยความรุนแรงด้านจิตใจนำไปสู่การทำร้ายและการทอดทิ้งตามลำดับ (Biggs, Phhillipson & Kongton, 1995)

5. ทฤษฎีที่ว่าด้วยสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (Human Ecological Theory) คิดขึ้นโดย Bronfenbrenner ในปี 1977 โดยนำเรื่องของนิเวศวิทยามาอธิบายว่ามีระบบเกี่ยวข้องกันได้แก่ระบบเล็ก (Microsystem) ระบบกลาง (Mesosystem) ระบบนอก (Exosystem) และระบบใหญ่ (Macrosystem) ในระบบเล็ก (Microsystem) พูดถึงระดับบุคคลทั้งผู้สูงอายุและผู้กระทำเช่นผู้กระทำ มีความเครียด มีภาระที่มากเกินไป มีการใช้สารเสพติด มีฐานะยากจน และผู้ถูกกระทำรุนแรงหรือผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งความสัมพันธ์ในระบบเล็กนี้เกี่ยวข้องกับระบบกลาง (Mesosystem) ที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำรุนแรง ผู้สูงอายุ ครอบครัว ประกอบกับระบบภายนอก (Exosystem) ที่มีอิทธิพลเช่นกัน เช่นการทำงาน ปัญหาเรื่องการเงิน การดูแลช่วยเหลือจากผู้ให้บริการต่างๆ มีน้อยหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ สุดท้ายเป็นระบบใหญ่คือสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความคิดเจตคติ การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ จากความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ จึงนำมาอธิบายการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุซึ่งในแต่ละระบบมีความเกี่ยวข้องกันเชื่อมโยงกัน (Carona, 2007)

การอธิบายเรื่องความรุนแรงในผู้สูงอายุบางทฤษฎีได้มาจากการศึกษาเรื่องความรุนแรงในครอบครัวโดยเฉพาะความรุนแรงในเด็ก แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีเหล่านี้ไม่ได้มีการทดสอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่น่าเชื่อถือ (Hines, 2004) นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหายาก ซับซ้อน ดังนั้นจึงไม่สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวได้และยังต้องมีการพิจารณาในเรื่องของระดับของตัวบุคคลทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวรวมทั้งสภาพครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม โดยการเชื่อมโยงกันระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

การวิเคราะห์ปัญหา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางในการศึกษา 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. กำหนดขอบเขตในการศึกษา
2. การสืบค้นรายงานการศึกษา วิจัย บทความที่เกี่ยวข้อง
3. การคัดเลือกงานวิจัย บทความที่ได้จากการสืบค้น ภายใต้ขอบเขตที่ศึกษา
4. การวิเคราะห์ปัญหา สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ขอบเขตในการศึกษา การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (Domestic elder abuse) จากบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมี Inclusion criteria และ Exclusion criteria ดังนี้

- **Inclusion criteria:** บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

- **Exclusion criteria:** ความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ, ความรุนแรงในผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุและการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ

การสืบค้นรายงานการศึกษา วิจัย บทความที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้ศึกษาทำการสืบค้นการศึกษา วิจัย บทความที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนี้คือ

1. Electronic database เนื่องจากความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพและสังคม ดังนั้นฐานข้อมูลที่ทำการศึกษาจึงเป็นฐานข้อมูลทั้งด้านสุขภาพ การแพทย์และสังคมศาสตร์ได้แก่ ฐานข้อมูล The Cochrane Library , Blackwell Synergy, PubMed, Journals@Ovid Full text, CINAHL plus with full text, SpringerLink, ScienceDirect, และ ProQuest Nursing & Allied Health Source โดยการสืบค้นข้อมูลในแต่ละฐานข้อมูลไม่จำกัดปี เนื่องจากการศึกษาเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุเริ่มศึกษาประมาณ ปี 1970 ซึ่งการสืบค้นได้ใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น Elder abuse โดยเริ่มต้นด้วยการใช้คำสำคัญดังกล่าว รวมทั้งใช้คำที่ได้จาก Subject Heading ในแต่ละฐานข้อมูลใน

การสืบค้นต่อไป นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการเชื่อมคำ (Boolean operator) ด้วย AND, OR สำหรับคำเหมือน รวมทั้งใช้เทคนิคการละคำ (Truncation) ซึ่งใช้สัญลักษณ์ *, \$ เพื่อให้ได้ครอบคลุมคำที่เป็นคำขยายนามและคำขยายกริยา ดังกลยุทธ์ในการสืบค้นข้อมูล (Search Strategies)ต่อไปนี้

1. Elder **OR** Aging **OR** Ageing **OR** Aged elderly **OR** Senior*, \$
2. Abuse **OR** Violence **OR** Mistreatment **OR** Maltreatment **OR** Misuse *, \$
3. 1 **OR** 2
4. Health impact **OR** Physical harm **OR** Mental harm **OR** Mortality **OR** Disability **OR** Health outcomes *, \$
5. 3 **AND** 4

ทั้งนี้การใช้สัญลักษณ์ * และ \$ ขึ้นอยู่กับฐานข้อมูล เช่น Ovid ใช้สัญลักษณ์ใดก็ได้ *, \$ เป็น Truncation

2.2 Referent lists โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ทำการสืบค้นต่อตามแหล่งอ้างอิงในแต่ละเรื่อง ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ทำการศึกษา

2.3 Hand searching การสืบค้นด้วยมือ ได้ทำการสืบค้นในวารสารที่เป็นภาษาไทยที่เกี่ยวข้องในด้านการพยาบาล สังคมศาสตร์ การแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นความรุนแรงในผู้สูงอายุ ได้แก่ วารสารสถานการณ์พยาบาล, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, วารสารพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งผลการสืบค้นมีดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น

ฐานข้อมูล/วิธีการสืบค้น	จำนวนเรื่องที่สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่ใช้
Blackwell Synergy	20	4
PubMed	44	11
Journals@Ovid Full text	3	2
CINAHL plus with full text	55	15
SpringerLink	4	3
ScienceDirect	41	9
ProQuest Nursing & Allied Health Source	30	2
Hand searching	6	6
รวม	203	52

การสืบค้นจาก Electronic databases และ hand searching จำนวนทั้งหมด 203 เรื่อง หลังจากการอ่าน Abstract ได้คัดเลือกเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสุขภาพออกเช่น นโยบาย กฎหมาย ดังนั้นจำนวนบทความและงานวิจัยที่ใช้สำหรับการศึกษานี้มีจำนวน 52 เรื่อง เป็นงานวิจัย 28 เรื่องซึ่งมีภาษาไทย 5 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง และบทความจำนวน 24 เรื่อง โดยเป็นภาษาไทย 1 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง ดังตารางต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
1	อจณราพร สี่หิรัญ พงศ์และคณะ	2544	การวิจัยเชิง สำรวจ	อุบัติการณ์ทารุณกรรมในผู้สูงอายุและ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ การทารุณกรรมใน การทำนายอาการทางจิตของผู้สูงอายุ
2	กัญทิลา อัฐรัฐและ คณะ	2545	การวิจัยเชิง พรรณา	ระดับความรุนแรงในผู้สูงอายุตามการ รับรู้ของผู้สูงอายุ อุตบัติการณ์และ พฤติกรรมความรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ รุนแรง
3	มรรยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย	2547	การวิจัยเชิง พรรณา	อุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงและ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงใน ผู้สูงอายุ
4	พรพิมล นวนกุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และอัญชลีย์ ชู ตระกูล	2549	การวิจัยเชิง สำรวจ	สถานการณ์/รูปแบบของความรุนแรงใน ผู้สูงอายุ บทบาทและทัศนคติของผู้นำ ชุมชนในการจัดการความรุนแรงใน ผู้สูงอายุในครอบครัว
5	โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์ , กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปาน อุทัย	2549	การวิจัยเชิง พรรณา	ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของการถูกระทำ รุนแรงในผู้สูงอายุสตรีไทย

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
6	Trevitt, C. & Gallagher, E.	1996	Descriptive study	การรับรู้ของพยาบาลในแคนาดาและออสเตรเลียต่อความรุนแรงในผู้สูงอายุและการจัดการปัญหา
7	Krueger, P. & Patterson, C.	1997	Survey study	การรับรู้ของแพทย์ครอบครัวอุปสรรคและกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
8	Pettee, E. J.	1997	Survey study	ความชุกของความรุนแรงในผู้สูงอายุและบทบาทพยาบาลกับปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ
9	Comijs, H. C., et al.	1998	Descriptive study	ความชุกของความรุนแรงในผู้สูงอายุ ผลกระทบจากการถูกกระทำรุนแรง และสถานการณ์ที่นำไปสู่ความรุนแรงและการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ
10	Lanchs, M. S., et al.	1998	Prospective cohort study	ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ใหญ่ (Adult Protective Service) ติดตามภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและสาเหตุการเสียชีวิต
11	Harrell, R., et al.	2002	Descriptive study	การให้ความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ การวินิจฉัยการถูกกระทำรุนแรง และการทอดทิ้งในผู้สูงอายุของแพทย์ ลักษณะที่ตรวจพบว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
12	Akaza, K., et al.	2003	Retrospective review	สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงหรือถูกฆาตกรรมในบ้าน
13	Shugarman, L. R., et al.	2003	Descriptive study	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้สูงอายุในชุมชนและแนวโน้มของการถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ
14	Yan, E. C. W., & Tang, C. S. K.	2004	Survey study	ความชุกของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ประเภทของความรุนแรง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในฮ่องกง
15	Anme, T.	2004	Descriptive study	ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น
16	Schofield, M. J. & Mishra, G. D.	2004	Longitudinal study	ผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
17	Heath, J. M., Kobylarz, F. A., Brown, M., & Castano, S.	2005	Retrospective cohort study	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงที่ถูกส่งต่อยังหน่วยช่วยเหลือผู้ใหญ่ (Adult Protective Service) ในประเทศสหรัฐอเมริกา
18	Boldy, D.	2005	Descriptive study	ความชุก ปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบที่แพทย์ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและข้อเสนอรูปแบบการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุกับบุคลากรทางสุขภาพ
19	Zink, T & Fisher, B. S. & Regan, S.	2005	Survey Study	อุบัติการณ์ ความชุกของความรุนแรงในกลุ่มสมรสของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
20	Oh, J., Kim, H. S., Martins, D. & Kim, H.	2006	Survey study	ความชุกของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ลักษณะครอบครัวที่เกิดความรุนแรง
21	Rodriguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H. & Mangione, C. M.	2006	Descriptive study	ทัศนคติของแพทย์ต่อการรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุตามข้อบังคับของกฎหมาย
22	Cooper, C., et al.	2006	Descriptive study	ข้อบ่งชี้ ความชุกของความรุนแรงในผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
23	Collins, K. A., & Presnell, S. E.	2006	Descriptive study	สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
24	Collins, K. A. & Presnell, S. E.	2007	Retrospective review	สาเหตุของการเสียชีวิตจากการถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุ
25	Ogioni, L., et al.	2007	Descriptive study	ความชุก ความสัมพันธ์ระหว่างการถูกระทำรุนแรงและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
26	Omote, S., Saeki, K. & Sakai, A.	2007	Qualitative method study; In-depth interview)	อธิบายความยากของการบริหารจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว
27	Kim, L. C., Mitchell, S., & Dyer, C. B.	2007	Survey Study	การตัดสินใจของแพทย์ การอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
28	Cooper, C., Selwood, A. & Livingston, G.	2008	Systematic review	ความชุกของความรุนแรงและการ ทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
29	จิราพร เกศพิชญ วัฒนาและสุทธิดา ยศหลวงผืน	2549	บทความ	คำจำกัดความ ประเภท ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ รุนแรง การสัมภาษณ์การตรวจร่างกาย และรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ ถูกกระทำรุนแรง
30	Sayles-Cross, S.	1988	บทความ	ความหมาย สาเหตุ บทบาทพยาบาล ในการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่ ถูกกระทำรุนแรง
31	Goldbloom, R.	1994	บทความ	ความหมาย ประเภท ความชุก ปัจจัย เสี่ยง การประเมิน การดูแลผู้สูงอายุที่ ถูกกระทำรุนแรง
32	Chez, R. A.	1999	บทความ	ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสี่ยง การดูแลระยะยาวและการ ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ
33	Hirsch, C. H., Stratton, S. & Loewy, R.	1999	บทความ	การให้ความหมาย การประเมินและ การจัดการผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
34	Swagerty, D. L. Takahashi, P. Y. & Evans, J. M.	1999	บทความ	การให้ความหมาย การแบ่งประเภท ปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือ การตรวจ ร่างกาย การบันทึก การรายงานและ การจัดการผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
35	Weiland, D.	2000	บทความ	ความหมาย ประเภท ปัจจัยเสี่ยง บทบาทพยาบาลในการประเมินการ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ รุนแรง
36	Gray-Vickrey, P.	2000	บทความ	การประเมิน การดูแล และการ รายงานผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
37	Giurani, F. & Hasan, M.	2000	บทความ	ความหมาย ความชุก ทฤษฎี ลักษณะของผู้กระทำ ผู้ถูกกระทำ การประเมิน การวินิจฉัยและการ ป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ
38	Thobaben, M.	2001	บทความ	ความรุนแรงในผู้สูงอายุโดยสมาชิก ในครอบครัว การให้ความหมาย และประเภทของความรุนแรงใน ผู้สูงอายุ
39	Cowen, H. J, & Cowen, P. S.	2001	บทความ	การประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่ ถูกกระทำรุนแรง
40	Roe, B.	2002	บทความ	ความหมาย ความชุก ประเภท การ ประสานงานระหว่างองค์กรเพื่อให้ การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูก กระทำรุนแรง
41	Allan, M. A.	2002	บทความ	ความหมาย ลักษณะของผู้กระทำ รุนแรงและผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ รุนแรง การซักประวัติการรวบรวม หลักฐาน อาการและอาการแสดง ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง การ ให้การดูแล และบทบาทพยาบาลใน การดูแลที่บ้าน

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุใน
ครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
42	Kurrie, S.	2004	บทความ	ความหมาย ประเภท การประเมินสาเหตุ และการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
43	Joshi, S., & Flaherty, J. H.	2005	บทความ	ความหมาย รูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงอาการ อาการแสดงของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ปัญหาและอุปสรรคในการรายงาน การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
44	Potter, J.	2004	บทความ	ความรุนแรงในผู้สูงอายุกับบทบาทพยาบาลชุมชน ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
45	Lachs, M. S. & Pillemer K.	2004	บทความ	ภาพรวมของปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในแต่ละสาขา การคัดกรอง การวินิจฉัยและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
46	Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B. & Connolly, M. T.	2004	บทความ	ความก้าวหน้าของเครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุของบุคลากรทางสุขภาพ
47	Baker, M. W. & Heitkemper, M. M.	2005	บทความ	บทบาทพยาบาลและการทำงานเป็นทีมในการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
48	Neno, R.	2005	บทความ	ความหมาย ความชุก ปัจจัยเสี่ยง การประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ตารางที่ 3 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ปี	ประเภท	ประเด็นที่ศึกษา
49	Colin, K. A.	2006	บทความ	ลักษณะที่บ่งบอกถึงการถูกระทำรุนแรงและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
50	Nadien, M. B.	2006	บทความ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ
51	Peguero, A. A, & Lauck, A. M	2008	บทความ	ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงของการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา
52	Plitnick, K.	2008	บทความ	การให้ความหมาย การประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

3.1 ผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

การวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งผลกระทบด้านสุขภาพกับความรุนแรงในผู้สูงอายุและบทบาทของพยาบาลชุมชนในการประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้แก่ เอกสาร บทความ และงานวิจัย

สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับความสนใจมากขึ้น จะเห็นได้จากรายงานการศึกษาวิจัยที่มีมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น เช่นประเทศในแถบตะวันตก ตัวอย่างเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา (Weiland, 2000; Heath, Kobylarz, Brown & Castano, 2005) หรือประเทศในแถบเอเชียเช่นประเทศญี่ปุ่น (Arai, 2006; Omote, Saeki & Sakai, 2007) เป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ทั้งสองประเทศได้พยายามพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการป้องกันและจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายในการดูแลที่เป็นการดูแลระยะยาว การป้องกันการถูกระทำรุนแรง การออกกฎหมาย แต่ยังคงประสบปัญหาในเรื่องการดูแลและจัดการปัญหาดังกล่าว (Weiland, 2000; Ogioni, et al., 2007; Omote, Saeki & Sakai, 2007) เนื่องจากข้อจำกัดของงานการศึกษาวิจัยยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้ง

โดยเฉพาะเรื่องของความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม (Peguero & Lauck, 2008) บางสังคมมีการกีดกันทางเพศ การแบ่งแยกสีผิว รวมทั้งการอพยพย้ายถิ่นฐานของพลเมือง (Jones, et al., 1997; Cowen, 2001) จึงทำให้การจัดการปัญหาดังกล่าวยังประสบปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศนั้นยังคงมีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การมีหน่วยงานที่ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม กฎหมาย และการพิทักษ์สิทธิ ที่เป็นการจัดการแบบครบวงจร (Weiland, 2000; Otto, 2001) มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุ มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ (Dyer, et al., 1999; Rodriguez, Wallace, Woolf & Manggione, 2006) มีการพัฒนาระบบการรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Pavik, Hymen, Festa & Dyer, 2001) รวมทั้งได้มีการศึกษาเฉพาะทางสำหรับพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (Schofield, 2006) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าในต่างประเทศนั้นได้ให้ความสนใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก รวมทั้งมีการศึกษาถึงความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุและมีมาตรการในการดูแล การควบคุมมาตรฐานในสถานพยาบาล (Joshi & Flaherty, 2005) สำหรับผลการศึกษาวิจัยความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศนั้นพบว่ามีความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด (Goldbloom, 1994; Buka & Sookhoo, 2006) อันดับรองลงมาจะมีความแตกต่างกันไปตามการให้ความสำคัญและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ แต่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเรื่องของการทอดทิ้ง ละเลยผู้สูงอายุ (Touza, 2004; Anme, 2004) นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ของประเทศในแถบตะวันตกยังให้ความสำคัญกับเรื่องของสิทธิมนุษยชนมาก (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Cowen, 2001)

สำหรับสังคมไทยความรุนแรงในผู้สูงอายุ ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จะเห็นได้จากมีวารสารตีพิมพ์ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นปัญหานี้ แต่ถือว่ายังมีจำนวนน้อย ซึ่งการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และการศึกษาวิจัยยังไม่ครอบคลุมในบางประเด็น เช่น เรื่องของวัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะมีความคล้ายคลึงกับต่างประเทศคือพบความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งมากที่สุด (อจณราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544; ภัณฑิลา อิฐรัตน์และคณะ, 2545; มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; พรพิมล นวนกุลและคณะ, 2549) ส่วนใหญ่ผู้กระทำ (Abuser) เป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุหรือเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ สำหรับอุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ที่พบมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under report) อาจเนื่องจากอาย กลัวถูกทำร้ายซ้ำ กลัวจะไม่มีคนดูแล กลัวให้ออกจากบ้าน ไปอยู่ยังสถานสงเคราะห์ เป็นต้น(จิราพร เกศพิชญวัฒนาและสุทธิดา ยศหลวงพันธ์, 2549; Cowen, et al., 2001; Shugarman, et al., 2003; Fulmer & Bolton, 2004; Kasuga, 2004) หรือไม่มีบาดแผล บาดเจ็บ

ทางกายที่บ่งบอกว่าถูกทำร้ายให้เห็น หรือเป็นผู้ที่มีความบกพร่องพิการไม่สามารถบอกได้ว่าถูกกระทำความรุนแรง รวมทั้งความอคติต่อความชรา (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547; Stanley, Herr Phill & Weber, 1999) ที่มองว่าอาการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย นั้นผลมาจากความชรา โรคของผู้สูงอายุเอง จึงทำให้บุคลากรด้านสุขภาพไม่ได้ทำการประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงด้านจิตใจ การทอดทิ้ง หรือแม้แต่ด้านอื่นๆ เป็นผลกระทบต่อนักผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ จากการศึกษา การวิจัยและการนำเสนอโดยสื่อ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเท่านั้น ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและสถานการณ์ของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวของสังคมไทยในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี และการเกิดปรากฏการณ์ความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้นนับเป็นความล้มเหลวของครอบครัว (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง

สำหรับข้อแตกต่างของสถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทยนั้น พบว่าในต่างประเทศความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญและตื่นตัวกับประเด็นปัญหานี้มาก ได้มีการพัฒนาระบบการรายงาน การพัฒนาระบบการดูแลอย่างครบวงจร ที่ทำหน้าที่ประสานงาน ดูแลอย่างเป็นระบบ และพยาบาลได้มีบทบาทมากขึ้น เช่นบทบาทการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ การดูแล/ช่วยเหลือ บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุ (Selwood, Cooper & Livingston, 2007) รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการวิจัยในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Berggeron & Gray, 2003; Shugarman, et al., 2003) ในขณะที่ประเทศไทยนั้นถึงแม้จะมีนโยบายที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุ อันจะเห็นได้จาก การมีปณิญาผู้สูงอายุ การมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ การมีสิทธิผู้สูงอายุ แต่ยังคงขาดความเข้าใจและตระหนักต่อประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในวงกว้าง

นอกจากนี้การดำเนินงานต่างๆ ยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการปฏิบัติงานที่เป็นบูรณาการ ส่วนใหญ่เป็นการทำงานที่แยกกันทำ ไม่มีการประสานงานทางด้านสหวิทยาการในการดูแลผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543) และยังไม่เป็นรูปธรรม การดูแลช่วยเหลือยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งขาดการศึกษาที่เป็นเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รวมทั้งสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ เพราะเชื่อว่าความกตัญญูทดแทนของบุตรหลานต่อบุพการียังเข้มแข็งอยู่ ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยจึงไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ (โรจน์ย จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) ดังนั้นการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนาแบบการป้องกัน การจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวจึงเป็นบทบาทที่ทำทนายอย่างหนึ่งของพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

3.2 ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Definitions and Types of elder abuse)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีการให้ความหมายและแบ่งประเภทแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายทั้งเชิงกว้างและเชิงแคบ ส่วนใหญ่จะรวมถึงร่างกาย จิตใจ เพศ และการทอดทิ้ง บางความหมายจะรวมเรื่องเพศ (Sex) ไว้กับร่างกาย (Physical) นอกจากนี้บางการศึกษารวม Self abuse และ Self neglect ไว้ด้วยกัน บางการศึกษาจะไม่รวม เนื่องจากเชื่อว่าการกระทำรุนแรงจะต้องเกิดจาก บุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ (Abuser) จากการวิเคราะห์ความหมายและประเภททั้งในประเทศและต่างประเทศนั้น ผู้ศึกษาได้สรุปความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ คือ “การกระทำ การละเว้นการกระทำในทุกรูปแบบ ซึ่งด้วยเจตนาหรือไม่เจตนา แล้วมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายหรือได้รับความเจ็บปวด หรือเกิดความเสียหาย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เพศ ทรัพย์สินของมีค่า รวมทั้งการทอดทิ้งไม่ดูแล โดยมีผู้กระทำเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดหรือเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุไว้ใจ” (มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; Goldbloom, et al., 1994; Wolf, 2000; Cowen, 2001; Lachs & Pillemer, 2004; Cohen, et al., 2007)

นอกจากความหมายแล้ว การแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปเช่นกัน เนื่องจากการแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาหรือมุ่งศึกษาประเด็นในด้านใด ดังเช่น มุมมองด้านกฎหมายมีการให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจงกว่าทางด้านสังคม เพราะมุ่งเน้นไปที่การพิจารณาโทษ โดยจะแบ่งออกเพียงไม่กี่ประเภทเพื่อความสะดวกต่อการพิจารณาคดี เช่นแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การทำร้าย (Abuse) การทอดทิ้ง (Neglect) การเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ (Exploitation) (Daniels, 1999) แต่ถ้าเป็นมุมมองทางด้านสังคมทั้งความหมายและการจัดประเภทค่อนข้างกว้าง เพราะมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้แบ่งออกเป็นหลายประเภท เช่น แบ่งออกเป็น 6 ประเภท คือ ความรุนแรงด้านร่างกาย (Physical abuse) การละเลยด้านร่างกาย (Physical neglect) ความรุนแรงด้านจิตใจ (Psychological abuse) การละเลยด้านจิตใจ (Psychological neglect) ความรุนแรงด้านทรัพย์สิน (Material legal or financial abuse) และการละเลยด้านทรัพย์สิน (Material legal or financial neglect (Nadren, 2006) เป็นต้น สำหรับมุมมองด้านการแพทย์ ซึ่งมองเรื่องของความเป็นมนุษย์องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็นด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological), ด้านทรัพย์สิน (Financial/ economic) รวมทั้งการทอดทิ้งไม่ดูแล (Neglect) (Kurrle, 2004) เป็นต้น

การแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นยังขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมนั้นว่าให้ความสำคัญในเรื่องใด ตัวอย่างเช่นประเทศในแถบตะวันตก ดังเช่นประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกามองในเรื่องของสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องสำคัญจึงรวมเรื่องของสิทธิมนุษยชนเป็นอีกประเภทหนึ่ง

ของความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Wolf, 2000; Cowen, 2001; Buka & Sookhoo, 2006) นอกจากนี้ได้กำหนดความรุนแรงทางเพศเป็นประเภทเดียวกันกับความรุนแรงด้านร่างกาย (Goldbloom, 1994; Kurrle, 2004; Nadien, 2006) ในขณะที่บางประเทศในแถบเอเชียมองเรื่องของเพศเป็นเรื่องสำคัญ จึงแยกประเภทของความรุนแรงทางเพศเป็นอีกหนึ่งประเภทโดยไม่รวมเป็นประเภทเดียวกันกับความรุนแรงด้านร่างกายเหมือนประเทศแถบตะวันตก แต่หลักใหญ่ๆ การแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุคือ ร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินเงินทอง และการทอดทิ้ง และมีการแบ่งย่อยออกไปตามความสนใจในการศึกษาหรือการให้ความสำคัญกับเรื่องนั้นๆ

สำหรับสังคมไทยความหมาย/ประเภทความรุนแรงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนำจากต่างประเทศมาปรับใช้ (น้ำผึ้ง มีศิล, 2551) จากประสบการณ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้ศึกษาสรุปการแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภท ซึ่งไม่แตกต่างจากต่างประเทศมากนัก ดังนี้ ความรุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ทางเพศ ด้านทรัพย์สิน และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (ภณทิลาอิฐรัตน์และคณะ, 2545; มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; Lachs & Pillemer, 2004) โดยที่การแบ่งประเภทดังกล่าวเป็นมุมมองทางด้านการแพทย์ที่มองเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ความรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจเป็นส่วนประกอบพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ ถ้ามีการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย จิตใจจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้สถิติในสังคมไทยพบเรื่องของการกระทำรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับเรื่องเพศเป็นเรื่องที่สังคมไทยให้ความสำคัญถือเรื่องส่วนบุคคลที่ไม่ควรเปิดเผย การกระทำรุนแรงทางเพศถือเป็นเรื่องของผู้สูงอายุและสังคมไทยยอมรับไม่ได้ จึงได้แยกออกมาเป็นประเภทหนึ่งของความรุนแรงในผู้สูงอายุ

สำหรับความรุนแรงด้านทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักถูกคุกคามเรื่องทรัพย์สินได้ง่ายเนื่องจากความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมไทยเป็นสังคมพุทธหากมีการละเมิดถือว่าผิดศีล และไม่ควรกระทำไม่ว่าจะด้วยการขโมยหรือการบังคับขู่เอาจากผู้สูงอายุก็ตาม จากสถิติเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยพบเรื่องความรุนแรงด้านทรัพย์สินเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะมีตัวเลขที่ไม่มากนัก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการเปิดเผย หรือปกปิดเป็นความลับของครอบครัว เป็นต้น สำหรับการดูแลพบการเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน และสมาชิกในครอบครัวควรมีหน้าที่ดูแลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ใหญ่ควรได้รับความเคารพ แต่ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป มีผลกระทบต่อความคิดของคนรุ่นใหม่ เกิดการทอดทิ้งกันจึงแบ่งประเภทการทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นอีกหนึ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งในสังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหานี้และมีจำนวน

ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและเข้าพักรักษาในสถานสงเคราะห์คนชรามากขึ้น (คณะกรรมการกิจการสตรีเยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2549)

ประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเภทมีความหมายและรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Goldbloom, et al., 1994; Wieland, 2000; Cowen, 2001; Kurrle, 2004; Joshi & Flaherty, 2004; Fulmer, Guadano & Bolton, 2004; Buka & Sookhoo, 2006; Nadien, 2006)

1. ความรุนแรงด้านร่างกาย (Physical abuse) เป็นการกระทำที่มีผลทำให้ร่างกายเกิดอันตราย เกิดความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นการทุบตี หยิก ต่อย ผลัก การให้ยาเกินขนาด การใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกายผู้สูงอายุ เป็นต้น ผลที่เกิดขึ้นจากการถูกระบาดรุนแรงด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ เป็นภาวะที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิตผู้สูงอายุ

2. ความรุนแรงด้านจิตใจ (Psychological abuse) เป็นการกระทำที่มีผลทำให้เกิดความทุกข์ใจ สะเทือนใจ เกิดความอับอายแก่ผู้สูงอายุ เช่น การด่าว่า การพุดจาที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ การนำผู้สูงอายุไปยังสถานสงเคราะห์โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการหรือไม่เต็มใจ ผลที่เกิดขึ้นคือผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง หวาดกลัว ซึมเศร้า นำไปสู่การทำร้ายตนเองได้

3. ความรุนแรงทางเพศ (Sexual abuse) การกระทำหรือพฤติกรรมที่คุกคาม ลวนลามทางเพศผู้สูงอายุ การกระทำอนาจาร การข่มขืน การกระทำที่เปิดเผย ล่วงเกินผู้สูงอายุถึงแม้การกระทำนั้นจะไม่ได้สัมผัสหรือมีการสัมผัสร่างกายผู้สูงอายุก็ตาม ซึ่งผลของการกระทำนั้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอายเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรุนแรงทางเพศเป็นเรื่องที่คุกคามและเกิดความไม่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุถูกระบาดรุนแรงทางเพศแล้วไม่เพียงแต่ผลกระทบทางร่างกายที่อาจป่วยเป็นโรคหรือการบาดเจ็บทางเพศ ยังมีผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินค่าจากความเจ็บปวดนั้นได้

4. ความรุนแรงด้านทรัพย์สิน อาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ (Financial abuse) ได้แก่ การเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปใช้ การขโมย การใช้สมบัติของมีค่า หรือสิ่งอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ได้อนุญาตหรือไม่เต็มใจ การครอบครองทรัพย์สินของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพินัยกรรม ปลอมแปลงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมถึงการกีดกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิในการจัดการดูแลทรัพย์สินของผู้สูงอายุเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียความเป็นเจ้าของและการใช้ประโยชน์จากความเป็นเจ้าของนั้น

5. การทอดทิ้งผู้สูงอายุ (Neglect) หมายถึง การกระทำหรือละเว้นการกระทำต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ หรือปัจจัยยังชีพต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดความบกพร่องต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งย่อยออกเป็น 2 ประเภทคือ

5.1 การทอดทิ้งผู้สูงอายุโดยเจตนา (Active Neglect) เป็นการทอดทิ้ง ละเลยผู้สูงอายุด้วยเจตนากระทำหรือตั้งใจกระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ที่ไม่จัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ สำหรับการดำรงชีพ เช่น การจัดหาอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย รวมทั้งสิ่งจำเป็นอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ฟันปลอม ไม้เท้า แวนตา เป็นต้น ผลที่เกิดจากการทอดทิ้งโดยเจตนาดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีพอยู่อย่างลำบากและเกิดการเจ็บป่วย จากการขาดปัจจัยยังชีพ

5.2 การทอดทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่เจตนา (Passive Neglect) เป็นความบกพร่องในการดูแลผู้สูงอายุในการจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีพของผู้ดูแลหรือญาติที่ไม่เจตนา แต่เกิดจากการขาดความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การเจ็บป่วย หรือมีโรคแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ หรือแผลกดทับ เป็นต้น

สำหรับประเภทความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในสังคมไทยพบความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งมากที่สุด อาจเนื่องจากวัฒนธรรมของไทยมีการให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุสืบทอดกันมา ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เคารพนับถือ เชื่อฟัง เป็นผู้มีอำนาจและบทบาทในการตัดสินใจในครอบครัว เป็นผู้มีบุญคุณมีประสบการณ์มากมาย แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งความคิดทัศนคติของคนรุ่นใหม่ได้ปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544) ทำให้ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทลงหรือมีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัวน้อยลง อาจเกิดช่องว่างทางความคิดของผู้สูงอายุกับคนรุ่นใหม่ได้ ซึ่งการพัฒนาทางด้านวัตถุมากกว่าด้านจิตใจทำให้ค่านิยมด้านความกตัญญูกตเวทิตลดลง การเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุน้อยลง บุตรหลานเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุน้อยลง (มรรยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย, 2547)

นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ทำให้การหาข้อมูลต่างๆ มีมากขึ้น บุตรหลานมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ไม่ต้องพึ่งหรือปรึกษาผู้สูงอายุเหมือนสมัยก่อน และอาจถูกมองว่าเป็นภาระให้กับครอบครัว (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544) ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อผู้สูงอายุในทางลบมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นภาระทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ใจสะท้อนใจ เช่น การไม่เคารพ การไม่เชื่อฟัง การเพิกเฉยไม่สนใจ การแสดงความรำคาญต่อความคิดของผู้สูงอายุหรือแม้แต่การตะคอกผู้สูงอายุ ซึ่ง

เป็นพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่กระทำต่อผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุด้านจิตใจพบมากกว่าความรุนแรงในรูปแบบอื่น

ค่านิยม วัฒนธรรมในสังคมไทยผู้สูงอายุจะยึดมั่นและปฏิบัติอย่างเคร่งครัดซึ่งเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติ เช่น การให้ความเคารพกับผู้อาวุโสกว่า การไม่แสดงความก้าวร้าวกับผู้สูงอายุ ที่ต่างจากคนรุ่นใหม่ ที่การประพฤติปฏิบัติในค่านิยมและวัฒนธรรมไทยมีน้อยลงหรือไม่ประพฤติปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ โดยเฉพาะเรื่องของการไม่เคารพนับถือ หรือเชื่อฟัง ก้าวร้าวต่อบุคคลที่อาวุโสกว่า แต่รูปแบบของความรุนแรงด้านจิตใจปรากฏต่อบุคคลภายนอกน้อย และผู้สูงอายุไม่ยอมเปิดเผยและยอมทนอยู่กับสถานการณ์ ดังกล่าว (อจธราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2544) รวมทั้งคนส่วนใหญ่ถือว่าการด่าว่า การทะเลาะกันของคนในครอบครัวเป็นเรื่องภายในครอบครัวบุคคลภายนอกไม่ควรยุ่งเกี่ยว

สำหรับการทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สังคมรับรู้มากกว่าความรุนแรงด้านจิตใจ เพราะเห็นผลของการกระทำชัดเจนหรือปรากฏเป็นรูปธรรมให้สังคมรับรู้ ได้แก่ การทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่ดูแล ไม่ให้ค่าใช้จ่าย ไล่ให้ออกจากบ้าน นำผู้สูงอายุไปทิ้งไว้ที่สะพานลอย หรือแม้แต่การส่งผู้สูงอายุไปยังสถานสงเคราะห์คนชราโดยผู้สูงอายุนั้นไม่เต็มใจ (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2549) ภาพเหล่านี้จึงปรากฏต่อสาธารณชน และปัจจุบันการทอดทิ้งผู้สูงอายุในสังคมไทยมีจำนวนมากขึ้น เป็นปัญหาของสังคมที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น สาเหตุของการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ เชื่อว่าในสังคมไทยนั้นเกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันน้อยลง (อจธราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2544) การใช้จ่ายในการครองชีพสูงขึ้น ทำให้ต้องทำงานมากขึ้น เป็นเหตุให้ขาดการดูแลกันของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวบางคนพยายามผลักดันสิ่งที่เป็นภาระออกไป และด้วยความสำนึกบาปบุญคุณโทษ ความกตัญญูทดแทนที่น้อยลง รวมทั้งการขาดจิตสำนึกในการดูแลบุพการีที่เป็นผู้สูงอายุนั้น จึงเกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ละเลยดังกล่าวขึ้น

การไม่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอาจเกิดจากการทำงานที่ต้องย้ายถิ่นฐาน การหาเลี้ยงชีพทำให้ต้องทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน จะพบว่าผู้สูงอายุในชนบทถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพังมากกว่าในตัวเมือง เนื่องจากบุตรหลานได้เข้ามาทำงานยังแหล่งอุตสาหกรรมทำให้ไม่มีเวลาได้กลับไปหรือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน นอกจากนี้สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราต้องเข้าอยู่บ้านพักคนชราเหมือนในวัฒนธรรมทางตะวันตก เพราะผู้สูงอายุในสังคมไทยเกือบทั้งหมดปรารถนาที่จะดำรงชีวิตในครอบครัวในชุมชนของตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) และในสังคมไทยสถานสงเคราะห์คนชรานั้น ผู้ที่เข้าไปพักอาศัยส่วนใหญ่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งไม่ดูแลจากครอบครัว (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2549) และใน

ปัจจุบัน ได้มีสถานพยาบาลของเอกชนที่รับดูแลผู้สูงอายุ เช่น Nursing Home ที่มีจำนวนมากขึ้น เช่นกันและหากขาดการควบคุมมาตรฐานที่ดีอาจกลายเป็นอีกหนึ่งสถานที่ที่อาจเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยได้

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (Risfactors for elder abuse)

ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย แบ่งออกได้เป็นปัจจัยในระดับตัวบุคคล ได้แก่ผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ ปัจจัยในระดับครอบครัว และปัจจัยในระดับสังคม (Cowen, 2001) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบสังคมไทยและต่างประเทศพบว่ามี ความคล้ายคลึงกัน รายละเอียดของปัจจัยในแต่ละระดับมีดังนี้

ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Individual factors)

ผู้สูงอายุ ที่ถูกระทำรุนแรง (Abused) ในสังคมไทยพบว่าผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุมาก เนื่องจากในปัจจุบันสังคมไทยมีอัตราส่วนของประชากรระหว่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (1.2 : 1) รวมทั้งเพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชายประมาณ 2.3 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นจะอยู่ในสถานะหม้ายและอยู่เป็นโสดมากกว่าเพศชาย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยมีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง ถึงร้อยละ 71.1 (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) รวมทั้งแนวโน้มความพิการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากปี 2544 มีผู้สูงอายุพิการร้อยละ 5.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมดและในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.3 ในจำนวนผู้สูงอายุที่พิการพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การที่มีอายุที่ยืนยาวของเพศหญิงไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ประกอบกับปัญหาด้านสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความบกพร่องต่างๆ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรง (ภักทิลา อิฐรัตน์และคณะ, 2545) ซึ่งผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงมีบุคลิกภาพเช่น จู้จี้ บ่น ดุคำลูกหลาน การเล่นห่วย และถ้าเป็นชายมักมีพฤติกรรมดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งในสังคมไทยยังมีเรื่องการกีดกันทางเพศที่ให้ความสำคัญกับเพศชายในฐานะผู้นำของครอบครัว เพศหญิงจึงมักตกเป็นผู้ถูกระทำรุนแรงมากกว่าเพศชาย

ผู้กระทำ (Abuser) ในสังคมไทยผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุมีการใช้สารเสพติดมากที่สุด โดยเฉพาะสุราพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ดื่มสุรา (รณชัย คงสกนธ์และณฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับครอบครัวที่มีสมาชิกมีประวัติดื่มเหล้าใช้สารเสพติดมีการกระทำร้ายผู้สูงอายุสตรีเป็น 4.6 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกดื่มสุรา (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) นอกจากนี้การใช้สารเสพติด

อื่นยังมีความเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความรุนแรงด้านร่างกายและทรัพย์สินเพราะผู้คิดสารเสพติดมีการขโมยหรือทำร้ายผู้สูงอายุเพื่อนำเงินไปซื้อยาหรือสารเสพติด ส่วนใหญ่ผู้กระทำเป็นคู่สมรส บุตรหลาน ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน การมีปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเครียดไม่สามารถแก้ปัญหาได้รวมทั้งการขาดความรู้และทักษะในการดูแลจึงเกิดปัญหาในด้านการดูแลขึ้น นอกจากนี้ทัศนคติต่อผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งของความรุนแรงในผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุไม่ดี เช่น มองว่าภาระของครอบครัว มีโอกาสถูกทำร้าย เป็น 9.7 เท่า ของผู้สูงอายุสตรีที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (โรจนีย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) และบุคลิกภาพของผู้กระทำรุนแรงที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เช่น เรื่องของการเสี่ยงโชค หวย และการพนัน การดื่มสุราดังที่กล่าวไปนั้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมรุนแรงต่อกันของสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors)

● การเกิดความรุนแรงขึ้นในครอบครัวในสังคมไทยส่วนใหญ่คนภายนอกจะไม่รับรู้และครอบครัวที่มีความรุนแรงมักไม่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน อาจเป็นเพราะอายุที่มีเรื่องของภาระและกันภายในครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวที่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงระหว่างกันหรือทอดทิ้งกันมาก่อน มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว การเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งมากขึ้น รวมทั้งการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการครองชีพทำให้ครอบครัวต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น รายได้ของครอบครัวเป็นเรื่องใหญ่การมีรายได้ที่ไม่เพียงพออาจเกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และการที่ครอบครัวขาดการช่วยเหลือจากสังคมไม่มีแหล่งประโยชน์ ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระและปัญหาในการดำรงชีพของครอบครัวที่มากเกินไปจนไม่สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้จึงทำให้เกิดการทะเลาะกัน การเกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัว บางคนหันไปดื่มสุราเกิดการทำร้ายหรือกระทำรุนแรงกันของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวในสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนมากขึ้นดังข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าจำนวนครอบครัวเดี่ยว ในปี 2546 มีร้อยละ 28.9 ในปี 2550 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 31.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) โครงสร้างของครอบครัวเป็นตัวสะท้อนถึงสัมพันธภาพของสมาชิกในครัวเรือน ความอบอุ่นในครอบครัวของสังคมเปลี่ยนไป การที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยลงจึงขาดการศึกษา ขาดที่พึ่งทางใจครอบครัวขาดความรักความอบอุ่นจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมาชิกกระทำรุนแรงระหว่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น

ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม (Socio-cultural factors)

สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมในระบบของทุนนิยม สังคมอุตสาหกรรมมีบทบาทมากขึ้นมากกว่าภาคการเกษตร เนื่องจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนในสังคมต้องทำงานมากขึ้นเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัวด้วยภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้น มีการย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำ ทำให้ต้องทิ้งผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนชนบทมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดการดูแลและจากเดิมผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในครอบครัว มีอำนาจในการตัดสินใจต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมดังกล่าวผู้สูงอายุถูกลดความสำคัญลง บุตรหลานสามารถหาข้อมูลได้จากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าและมีการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ ผู้สูงอายุอาจปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ทัน การดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยปัจจุบันเป็นลักษณะของการอาศัยภาวะทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้นำ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมนั้นได้ทำให้ความคิด ทักษะคติของคนรุ่นใหม่ถูกปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ผลของการยืดอายุอาจทิ้งไว้ซึ่งความบกพร่องทางด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่นด้านร่างกายหรือความบกพร่องด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดำรงชีพ ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

นอกจากนี้ในสังคมไทยยังมีเรื่องของความเหลื่อมล้ำทางเพศและความไม่เท่าเทียมกันทางเพศในสังคม ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุและมูลเหตุเชิงจิตที่จะกระทำต่อเพศหญิงเพียงเพราะว่าเป็นเพศหญิง (นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, 2546) โดยสังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับเพศชายในฐานะผู้นำและเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมีอำนาจและบทบาทในการตัดสินใจในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เหตุผลดังกล่าวทำให้เพศหญิงตกเป็นผู้กระทำรุนแรงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งในเรื่องการอคติต่อความชรา (Ageism) การที่ผู้สูงอายุบ่นเรื่องความเจ็บปวด มีอาการซึม สับสน มีรอยขีดตามตัว อาจถูกมองว่าเป็นไปตามกระบวนการของความชรา (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547; Stanley, Herr Phill & Weber, 1999) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ได้รับการประเมินและดูแลได้อย่างถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยมีในระดับหนึ่งแต่จะพบว่ารับรู้ในเรื่องของความรุนแรงทางเพศมากกว่า ความรุนแรงด้านจิตใจหรือร่างกาย (มรรยาพร รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547) อาจเนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมพุทธ ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการทำบุญ เข้าวัดฟังธรรม การประกอบศาสนกิจของผู้สูงอายุจึงเป็นการผ่อนคลายความเครียด ความทุกข์ใจ (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2547) เพราะศาสนาพุทธสอนในเรื่องความเป็นจริงของชีวิต สอนให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุไทยมีความทนต่อปัญหา การที่เข้าใจในวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาช่วยให้สามารถอธิบาย

ปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น และสามารถที่จะให้การดูแลและป้องกันการเกิด ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 ทฤษฎีที่อธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนเนื่องจากมีปัจจัย หลายอย่างที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาและนำทฤษฎีต่างๆ เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ของความรุนแรง ในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง เพียงทฤษฎีเดียวที่สามารถอธิบาย ปรากฏการณ์ที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อนนี้ได้ (Hines, 2004) ในต่างประเทศนั้นได้นำทฤษฎีมา อธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุหลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีที่ว่าด้วยการเรียนรู้ทางสังคม (Gordon & Brill, 2001; Fulmer, et.al, 2004; Baker & Heitkemper, 2005) ทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องของการ แลกเปลี่ยนทางสังคม (Guarani & Hasan, 2000; Fulmer, et.al, 2004) ทฤษฎีสถานการณ์ ความเครียด ทฤษฎีที่ว่าด้วยภาวะพึ่งพา (Barnett, et al., 1997; Gordon & Brill, 2001) ทฤษฎีที่ว่าด้วย ความผิดปกติทางจิต (Sayles-Cross, 1988; Barnett, Miller, Robin & Perrin, 1997; Gordon & Brill, 2001; Fulmer, et.al, 2004) ทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ (Biggs, Phhillipson & Kongton, 1995) และ ทฤษฎีที่ว่าด้วยสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (Carona, 2007) จะเห็นได้ว่าบางทฤษฎีได้มาจากการศึกษา เรื่องความรุนแรงในครอบครัวโดยเฉพาะความรุนแรงในเด็ก แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีเหล่านี้ไม่ได้มี การทดสอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่น่าเชื่อถือ (Hines, 2004) นอกจากนี้ยังต้องมีการพิจารณาถึงปัจจัย ด้านบุคคลทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวรวมทั้งสภาพครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมร่วม ด้วย

สำหรับทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยเช่น ทฤษฎีการ เรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนั้น อธิบายการกระทำหรือ พฤติกรรมว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยมีผู้ใหญ่เป็นแบบอย่าง หากผู้ใหญ่หรือสมาชิกในครอบครัวมีการ ใช้ความรุนแรงระหว่างกันอยู่เป็นประจำ กลายเป็นวัฒนธรรมของครอบครัว ทำให้เด็กเรียนรู้ว่าเป็น เรื่องปกติหรือเป็นเหตุการณ์ปกติของครอบครัวได้ และโดยส่วนใหญ่ในสังคมไทยพบว่าครอบครัว ที่ใช้ความรุนแรงระหว่างกันมักเป็นครอบครัวเดิมๆ ที่เคยมีการกระทำรุนแรงต่อกันมาก่อน หากมี การศึกษาย้อนหลังผู้สูงอายุหลายคนที่ถูกกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้ง อาจพบว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ รุนแรงได้ทอดทิ้งครอบครัว ไม่ดูแล ทูบตีบุตร จึงทำให้ไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานในยามแก่ เฒ่าได้ แต่ทฤษฎีนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาครอบครัวที่มีพฤติกรรม รุนแรงเพื่อที่จะได้คำตอบที่ชัดเจนมากขึ้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)

ทฤษฎีสถานการณ์ความเครียด (Situation Stress theory) เป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่สามารถอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในสังคมไทยได้ เนื่องจากในสังคมไทยส่วนใหญ่ผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัว (Family caregiver) และปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอย่างมา จากภาวะสุขภาพทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจึงต้องการความช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแล ดังนั้นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุจึงเกิดขึ้นกับผู้ดูแล ซึ่งปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุได้แก่การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องโรค การรักษาและการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคบางอย่างทำให้มีปัญหาด้านพฤติกรรมเช่นไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ปัญหาด้านการเงิน การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากรวมทั้งค่าครองชีพ ทำให้ญาติต้องรับภาระมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียด ซึ่งความเครียดนั้นเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ และเชื่อว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด หรือเป็นสาเหตุหลักของการถูกระงับความรุนแรงของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากความรุนแรงในเด็ก ที่สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสารเสพติด (Barnett, Miller-Perrin & Perrin, 1997) และทฤษฎีที่ว่าด้วยความผิดปกติทางจิต เป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายความรุนแรงในสังคมไทยได้เนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวในสังคมไทยนั้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุรา (รณชัย คงสกนธ์และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) รวมทั้งความรุนแรงในผู้สูงอายุก็พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีการกระทำร้ายผู้สูงอายุตรมมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกดื่มสุรา (โรจนีย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) เป็นต้น สำหรับตัวอย่างการศึกษาวิจัยที่นำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและทฤษฎีสถานการณ์ความเครียดมาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัยเรื่องความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทย เช่นความรุนแรงในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภัณฑิลา อิฐรัตน์และคณะ, 2545)

จากทฤษฎีที่นำมาอธิบายปรากฏการณ์การเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับพยาบาล นำไปพัฒนาเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดจากการดูแล ขาดความรู้และประสบการณ์พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือในเรื่องการดูแล การให้ความรู้เรื่องการดูแล โรคและความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้สามารถหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน ลดความเครียดหรือภาระการดูแลได้

3.5 ผลกระทบด้านสุขภาพจากการถูกระงับความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Impact on health of Elder Abuse)

ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พยาบาลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงเนื่องจากเกี่ยวข้องต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไม่ดี ภาวะ

สุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุจากการถูกระงับรวมทั้งการทอดทิ้ง คือการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ยังสถานพยาบาล

ผู้สูงอายุที่ถูกกระงับรวมมีผลต่อสุขภาพกายที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยที่มีตั้งแต่เล็กน้อย พิการ ความบกพร่องต่างๆ จนถึงทำให้เกิดการเสียชีวิต ดังตัวอย่างต่อไปนี้ (Swagerty, 1999; Harrell, et al., 2002; Pinto, 2004; Neno, 2005; Westly, 2005)

- มีแผลตามร่างกาย เช่น แผลถลอก แผลฉีกขาด แผลไหม้จากเตารีด บุหรี่
- อาการปวดตามร่างกายเรื้อรัง กระดูกหัก แดง ข้อมือหลุด
- โรคประจำตัวของผู้สูงอายุมีอาการของโรคมารุนแรงขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
- มีการผิดปกติอันเนื่องจากการได้รับยาเกินขนาด/ ไม่ได้รับยา ตามแผนการรักษา
- น้ำหนักลด มีภาวะขาดสารอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะซีด ติดเชื้อ
- สุขภาพปากและฟันไม่ดี ฟันแตกหัก
- มีแผลกดทับ/ แผลที่เกิดจากปัสสาวะ/ อุจจาระ แผลอยู่เป็นเวลานาน
- ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากแผลกดทับ ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ
- มีความผิดปกติทางเพศ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแผล อวัยวะเพศบวมแดง
- การเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

เนื่องจากความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้นลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่ถูกกระงับรวม เช่น การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บอาจมีลักษณะคล้ายคลึงและ/หรือมีความสัมพันธ์กับโรค (Disease) การเจ็บป่วย (Illness) รวมทั้งความชรา (Geriatric syndrome) (Lachs & Pillemer, 2004) จึงทำให้ยากต่อการประเมิน เช่น การบาดเจ็บในผู้สูงอายุอาจเกิดจากการหกล้มหรือจากการกระงับรวมก็ได้ หรือผู้สูงอายุมีภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร อาจเกิดจากโรคในระยะสุดท้ายหรืออาจเกิดจากการถูกทอดทิ้งทำให้ไม่ได้รับการดูแลในเรื่องอาหารและน้ำอย่างเพียงพอจากผู้ดูแล เป็นต้น ในสังคมไทยการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการถูกระงับรวมและทอดทิ้งในผู้สูงอายุนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่เจตนากระทำและไม่เจตนา การเจตนากระทำรุนแรงในผู้สูงอายุอาจเกิดจากความล้นน้อยถอยลงในเรื่องของศีลธรรม ขาดจิตสำนึก และบาปบุญคุณโทษ นอกจากนี้การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนั้น อาจเกิดจากความไม่รู้ไม่ได้ตั้งใจ เช่น การดูแลผู้สูงอายุไม่ดีขึ้นเกิดแผลกดทับ เกิดภาวะขาดน้ำขาดสารอาหาร แต่ในการที่จะระบุว่าตั้งใจทอดทิ้ง (Active neglect) หรือไม่ได้ตั้งใจทอดทิ้ง (Passive neglect) เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน

ยากต่อการประเมินและอาจเป็นประเด็นทางจริยธรรมทางวิชาชีพที่ต้องตัดสินใจ (Berggeron & Gray, 2003)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด และรองลงมาเป็นการทอดทิ้งผู้สูงอายุ เนื่องจากสังคมไทยให้การยอมรับ เคารพนับถือผู้สูงอายุ บุพการี ผู้สูงอายุมีอำนาจในการตัดสินใจให้คำแนะนำกับบุตรหลานได้ แต่ในสังคมปัจจุบันที่ได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บทบาทของผู้สูงอายุถูกลดลง รวมทั้งการทอดทิ้งผู้สูงอายุ จึงมีผลต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผลกระทบจากความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวต่อสุขภาพจิต มีตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงในระดับที่รุนแรง ดังอาการและอาการแสดง เช่น (Comijs, et al., 1998; Akaza, et al., 2003; Cooper, et al., 2006; Cooper, et al., 2008)

- ผู้สูงอายุมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง หดหู่ สิ้นหวัง
- มีความผิดปกติทางจิต เช่น กลัวถูกทำร้าย สับสน นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ ฯลฯ
- มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต่อต้านการดูแล ปฏิเสธการดูแล
- แยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมต่อต้าน
- วิดกกังวล เครียด มีภาวะซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย

ผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งนั้น อาการจะมีลักษณะคล้ายกับการป่วยทางจิตและโรคทางสมอง (Schofield & Mishra, 2004) เช่น โรคสมองเสื่อมจึงอาจถูกมองข้ามและระบุว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั่วไปหรือเกิดจากความชรา (Schofield & Mishra, 2004; Kim, et al., 2007; Harrell, et al., 2006) จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้องและตรงสาเหตุ ผลกระทบด้านอื่นๆ ที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ เช่น ความรู้สึกอันเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมานใจ อันเกิดจากการถูกระทำรุนแรงโดยลูกหลานของตนเอง ซึ่งเกิดมาจากครอบครัวไม่มีความสุข สายสัมพันธ์ของครอบครัวไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อประเทศ โดยรัฐต้องเปลี่ยนแปลงงบประมาณในเรื่องของการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย พิจารณาการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย และการสร้างสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นทางการ และงบประมาณการดูแลอื่นๆ ซึ่งเป็นผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อครอบครัว สังคมและประเทศ ตามลำดับ

ผลจากการถูกระทำรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล ด้วยอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะของการเจ็บป่วยทางกายหรือการเจ็บป่วยทางใจอันเป็นผลที่เกิดจากการกระทำรุนแรง เช่น การบาดเจ็บที่ระบุว่าเกิดจากการหกล้ม หรือมีอาการของโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เบาหวาน ความดัน มีแผลกดทับ หรือมีอาการผิดปกติทางจิต

เกิดขึ้นเช่น มีอาการย่ำคิดย่ำทำ ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ การพยายามทำร้ายตนเอง จึงได้เข้ามาใช้บริการยังสถานพยาบาล เหตุนี้จึงยังไม่พบสถิติที่ระบุว่าผู้สูงอายุถูกทำร้าย ถูกกระทำรุนแรง เป็นอุปสรรคของการรายงานเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ และเป็นเหตุผลที่ทำให้สถิติความรุนแรงในผู้สูงอายุน้อยกว่าความเป็นจริง (Under report)

สำหรับอุปสรรคของการรายงานหรือการบันทึกสถิตินี้นี้อาจเนื่องจาก บุคลากรทางการแพทย์ไม่ตระหนักถึงประเด็นการถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ หรือหากมีการรายงานแล้วว่าผู้สูงอายุจะถูกกระทำรุนแรงซ้ำ และกล่าวว่าจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งความปลอดภัยของผู้รายงาน (Omote, Saeiki & Sakai, 2007) นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้สูงอายุจะถูกปกปิดเป็นความลับของครอบครัว โดยการปฏิเสธการกระทำหรือถูกกระทำ การเข้ารับการรักษาในหออฉุกเฉินหรือในสถานพยาบาลจากการบาดเจ็บจึงระบุเป็นสาเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุหรืออาการของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีการอาการกำเริบขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ และการเข้ารับการรักษาพยาบาลและเสียชีวิตนั้นเกิดจากการถูกกระทำรุนแรงอย่างซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน สาเหตุดังกล่าวข้างต้นที่สามารถป้องกันได้ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ อาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี รวมทั้งมีกิจกรรม มีงานที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้และเป็นประโยชน์กับครอบครัว สังคม ผู้สูงอายุคือขุมพลังของสังคมได้ ด้วยความรู้ประสบการณ์ต่างๆ ของผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

3.6 การคัดกรอง การประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Screening and Assessment of elder abuse)

การถูกกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้งในผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพในปัจจุบันควรคำนึงโดยเฉพาะพยาบาล บทบาทของพยาบาลนอกจากการดูแลเรื่องของความเจ็บป่วยหรือปัญหาด้านสุขภาพจากโรคต่างๆ แล้ว พยาบาลยังสามารถพบกรณีการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บอันเป็นผลจากการถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งได้มากขึ้น เช่น พยาบาลหออฉุกเฉิน หอผู้ป่วย หรือแม้แต่ในชุมชนก็ตาม แต่การประเมินหรือคัดกรอง การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุยังไม่เป็นรูปธรรมหรือแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหรือสถานที่ต่างๆ จะต้องมีความตระหนักถึงประเด็นการถูกกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้ง ละเลย เมื่อพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย บาดเจ็บ มาในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่จะอยู่ที่บ้าน หรือในชุมชน มากกว่าในสถานพยาบาล การเข้าไปในสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง การพบผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการ

เจ็บป่วย การบาดเจ็บทางร่างกาย หรือด้านจิตใจก็ตามจะต้องไม่ทิ้งประเด็นการถูกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้งในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ มีการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ พยาบาลต้องช่างสังเกต ไวต่อความรู้สึก การสังเกตลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ผิดปกติหรือผิดธรรมชาติหรือไม่ การบาดเจ็บมีเหตุอันชวนให้สงสัยหรือไม่ พร้อมกับการสังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไป ทั้งบุคคลในครอบครัว สถานที่ การสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหรือเกิดขึ้นผิดธรรมชาติ เป็นสัญญาณเตือนให้รู้ (Warning signs of elder abuse) ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงหรือไม่ ลักษณะที่เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง แสดงไว้ในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงสัญญาณเตือนของการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ

สัญญาณเตือนของการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว (Warning signs of elder abuse) (Fulmer & Bolton, 2004; Utley, 1999; White, 2000)
- ผู้สูงอายุมีแผลซึ่งแผลนั้นมีหลายระยะ เช่นแผลใหม่ หรือมีบางส่วนกำลังจะหาย - บาดแผลตามร่างกายไม่ได้รับการดูแลและหายช้ามีรอยผูกมัดตามแขนขา - การบาดเจ็บของผู้สูงอายุไม่สามารถอธิบายการเกิดได้หรือมีสาเหตุคลุมเครือ - มีลักษณะที่บ่งบอกถึงการดูแลไม่ดีหรือ ขาดการดูแล เช่นภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร น้ำหนักลด แผลกดทับ สุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี - เลือดออกที่เหงือก ฟันหลุด สุขภาพปากฟันไม่ดี - ผู้สูงอายุแสดงอาการกลัวบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล - ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉยเมย/ซึมเศร้า/อาการของโรคสมองเสื่อมทรุดลงอย่างรวดเร็ว - การรักษาโรคของผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา ได้รับยาเกินขนาดหรือไม่เป็นไปตามการรักษา - อาการและอาการแสดงไม่สัมพันธ์กับการซักประวัติ

ลักษณะการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างผิดธรรมชาติเป็นสัญญาณเตือนที่ทำให้พยาบาลสามารถประเมินเบื้องต้นได้ว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มถูกระทำรุนแรงหรือถูกระทำรุนแรงหรือไม่ เช่นภาวะโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ มีจ้ำเลือด การบาดเจ็บ จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้ ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือมาช่วยในการปฏิบัติงาน ซึ่งเครื่องมือประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุมีหลายชนิด เช่น Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS), H.A.L.F, Elder Assessment Instrument (EAI), Brief Abuse Screen for the Elderly

(BASE), Indicator of Abuse screen (IOA), Conflict Tactics Scale (CTS), Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test เป็นต้น

เครื่องมือแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันไป บางชนิดมีความเหมาะสมกับการประเมินในสถานพยาบาลที่ต้องการความเร่งด่วนจึงต้องใช้เครื่องมือที่สั้นและกระชับ บางชนิดมีความเหมาะสมกับการประเมินในชุมชนเนื่องจากการประเมินครอบคลุมในหลายๆปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือมีรายละเอียดในการประเมินมากกว่า เช่นด้านผู้สูงอายุ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

ดังนั้นการปฏิบัติงานในชุมชนของพยาบาลชุมชนควรใช้เครื่องมือที่สามารถประเมินได้ครอบคลุม และมีความยาวได้เพราะไม่ต้องเร่งรีบในการปฏิบัติงานเหมือนแผนกฉุกเฉิน เครื่องมือที่มีความเหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชนของพยาบาลชุมชน ที่สามารถนำมาช่วยในการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุว่าถูกระทำรุนแรงหรือไม่ เช่น Elder Assessment Instrument (EAI) และ Indicators of Abuse Screening (IOA) สำหรับ EAI ถูกสร้างขึ้นโดย Fulmer ในปี 1984 ที่มีการปรับปรุงและแก้ไขเพื่อให้เหมาะกับการใช้ในลำดับต่อมาซึ่งพบว่ามีความครอบคลุมในการประเมิน และเครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความไวสูง และได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมสำหรับการนำไปคัดกรองผู้สูงอายุว่าถูกระทำรุนแรงระหว่างการดูแลที่บ้านได้ (Home care) และสามารถใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานในชุมชนได้ (เครื่องมืออยู่ในภาคผนวก) สำหรับ IOA สร้างขึ้นโดย Reis ที่สร้างขึ้นในปี 1998 สามารถใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานประจำได้ง่าย และประเมินได้ทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับการทดสอบความตรงและความเที่ยงแล้ว มีความไวสามารถระบุถึงการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุได้ถึง ร้อยละ 80 (ภาคผนวก)

การใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุมีความสำคัญเพราะช่วยในการยืนยันหรือตรวจสอบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงหรือมีแนวโน้มถูกระทำรุนแรง ช่วยการทำงานของพยาบาลง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานหรือยังไม่มีประสบการณ์ และการที่สามารถตรวจสอบได้เร็วว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงหรือไม่นั้น สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เร็วลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ นอกจากการพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานแล้ว ยังช่วยให้พยาบาลแสดงถึงบทบาทของพยาบาลได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทในการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำเครื่องมือคัดกรองมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อได้ข้อมูลสำคัญที่ช่วยพยาบาลได้ทราบปัญหาเรื่องสุขภาพอย่างแท้จริงว่ามีสาเหตุจากอะไร ทำให้พยาบาลให้การดูแลและช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วย และการบาดเจ็บดังกล่าวได้ รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งแนวทางในการประเมินผู้สูงอายุบทบาทพยาบาลชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้ มีแนวทางดังนี้

ขั้นตอนการประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

โดยลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน ทำให้พยาบาลชุมชนสามารถพบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงในระยะเริ่มแรกได้ หากมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ การพบผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยไม่ทิ้งประเด็นการถูกระทำรุนแรงจะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ในบทบาทของพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติงานเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุและญาติ พร้อมกับการซักประวัติและการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ การประเมินด้านจิตใจ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม ด้วยความรู้สึกที่เป็นมิตร ไว้วางใจ ไม่พุดจาหรือกระทำที่ทำให้รู้สึกถึงการถูกล้ำความไม่เป็นส่วนตัว ควรใช้คำถามนำหรือคำถามปลายเปิดเพื่อเป็นการเปิดประเด็น แล้วนำสิ่งที่สังเกตหรือซักประวัติที่ได้มาบันทึก ใช้เครื่องมือคัดกรองการถูกระทำรุนแรง และการบันทึกหรือการใช้เครื่องมือต่อหน้าผู้สูงอายุและญาติดังกล่าวควรพิจารณาความเหมาะสมตามสถานการณ์ อาจทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความไม่ไว้วางใจได้ จะต้องมีความระมัดระวัง การประเมินควรเป็นไปอย่างต่อเนื่องหากสงสัยว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การเริ่มต้นในการประเมินและคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุ ในระยะแรก (Pre-assessment) หลังจากที่พยาบาลพบว่าการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของผู้สูงอายุนั้นน่าสงสัยว่ามีการถูกระทำรุนแรง ควรเริ่มต้นการใช้คำถามง่ายๆ ก่อน ก่อนที่จะใช้คำถามเชิงลึกหรือการใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุในลำดับต่อมา ซึ่งการประเมินและการคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้น อาจไม่สามารถทำได้ในวันเดียวได้ จะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางในการประเมิน คัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้ (Sayles-Cross, 1988; Giurani & Hasan, 2000; Allan, 2002; Baker & Heitkemper, 2005; Plitnick, 2008)

1. การประเมินในระยะแรก (Pre-assessment) เป็นการซักประวัติและสัมภาษณ์ เริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ ที่ปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการสังเกต เช่น “อยู่ที่บ้านรู้สึกปลอดภัยดีไหม?, มีใครทำอะไรให้..เจ็บบ้างไหม” หรือเป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วๆ ของผู้สูงอายุ และลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด หลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่เป็นการตัดสินถูกผิดหรือการเผชิญหน้าและควรใช้คำถามปลายเปิด (Lachs, & Pillemer, 2004) ควรเป็นคำถามที่แสดงความเห็นอกเห็นใจในการดูแลผู้สูงอายุพร้อมทั้งการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุเช่น การไม่สบตา แสดงอาการกลัว รวมทั้งสังเกตการแต่งกายเช่นผู้สูงอายุใส่เสื้อผ้าเก่าๆ ขาดรุ่งริ่ง ในขณะที่ญาติแต่งตัวสะอาดดูดี หรือญาติแสดงความเป็นห่วงเป็นใยเกินเหตุที่ไม่สัมพันธ์กับลักษณะอาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควร

ประเมินความเสี่ยงที่ของการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุเช่น ความบกพร่องด้านความคิด มีอาการหลงลืม ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้หรือไม่

2. การประเมินด้านร่างกาย (Physical assessment) ได้แก่สุขภาพส่วนบุคคลทั่วๆ ไป ความสะอาด เสื้อผ้า ผิวหนังมีภาวะขาดน้ำขาดสารอาหาร มีแผลหรือรอยรอยการบาดเจ็บอื่นๆ เช่น รอยผูกมัด รอยหยิก มีความผิดปกติของร่างกายอื่นๆ หรือไม่ รวมทั้งอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติทางเพศ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ ที่เป็นสัญญาณเตือนของการถูกระทำรุนแรง (Warning signs of elder abuse) และอาการแสดงถึงการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุในประเภทต่างๆ (Indicator of elder abuse) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

3. ให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามปัญหาของการบาดเจ็บและความเจ็บป่วยที่พบ และควรมีการประเมินสภาพครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลผู้สูงอายุ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การประเมินอาจไม่สามารถทำได้ในวันเดียวได้ ต้องมีการประเมินซ้ำด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ และทุกๆ ครั้งของการประเมินต้องมีการบันทึกรายละเอียดอย่างครบถ้วนสมบูรณ์เสมอและการถ่ายภาพการบาดเจ็บเป็นสิ่งจำเป็นแต่ควรได้รับการอนุญาตจากผู้สูงอายุก่อน การประเมินผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มของการถูกระทำรุนแรงสูง พยาบาลไม่ควรเยี่ยมบ้านหรือปฏิบัติงานเพียงลำพัง ควรมีเพื่อนร่วมงานหรือผู้นำชุมชนอยู่ด้วยเสมอ

ตารางที่ 5 แสดงอาการและอาการแสดงของการถูกระทำรุนแรงด้านต่างๆ (O' Malley, et al, 1983, Mallon & Kassino, 1999; Gray-Vickrey, 2000; Harrell, et al., 2002; Pinto, 2004; Kemp & Mosqueda, 2005)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุ	อาการและอาการแสดง
ความรุนแรงด้านร่างกาย	- ศีรษะไม่มีผมหรือผมหลุดร่วง - มีการบาดเจ็บที่เกิดจากการกระแทก - มีรอยจ้ำเลือด ฟกช้ำ บาดแผล ตามร่างกาย - มีแผลไหม้ รอยบุหรื - มีรอยกัด - รอยผูกมัดตามแขนขา - ฟันแตก หัก หลุด ที่ไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติ - กระดูกหัก - ข้อเลื่อนหลุด - มีอาการของการได้รับยาเกินขนาด - มีอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง
ความรุนแรงด้านจิตใจ	- แสดงท่าทางหมดหวัง ไร้ค่า - แสดงอาการกลัว โกรธ ปฏิเสธ - ซึมเศร้า สับสน แยกตัว ใช้สารเสพติด - พฤติกรรมการนอน กิน เปลี่ยนไป - แอบมองผู้ดูแล นั่งอยู่ห่างๆ ผู้ดูแล กลัวการตรวจร่างกาย - มีประวัติการตรวจจากสถานพยาบาลหลายแห่ง
ความรุนแรงทางเพศ	- มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศบวม แดง - มีแผล ลักษณะการบาดเจ็บที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก หน้าท้อง - มีเลือดออกทางอวัยวะเพศหรือจากเต้านม - มีอาการคัน ปวด เจ็บ บริเวณอวัยวะเพศ - แสดงอาการเจ็บกล้ามเนื้อ กระดูกเวลาเคลื่อนไหว - กระเพาะปัสสาวะอักเสบ/สายสวนปัสสาวะหลุดบ่อยครั้ง - เจตคติในเรื่องเพศเปลี่ยนไป

ตารางที่ 5 แสดงอาการและอาการแสดงของการถูกระทำรุนแรงด้านต่างๆ (ต่อ)

ความรุนแรงในผู้สูงอายุ	อาการและอาการแสดง
ความรุนแรงด้านทรัพย์สิน	- ขอมีค่าสูญหาย หาสาเหตุไม่ได้ - มีค้างชำระค่าต่าง ๆ ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน - มีปัญหาเรื่องรายจ่าย ทั้งที่มีรายได้เพียงพอ - ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ - อาหาร ยา ไม่เพียงพอกับความต้องการ - สมาชิกในครอบครัวมีอำนาจ ควบคุมเหนือผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องต่างๆ
การทอดทิ้งผู้สูงอายุ	- สุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี ใส่เสื้อผ้าเก่า ๆ มีหิด เหา - มีกลิ่นอูจาระ ปัสสาวะ มีผื่น แผลตามตัว - มีแผลกดทับ/ แผลจากปัสสาวะ (Urine burn) แผลกดทับไม่ได้รับการดูแล น้ำหนักลด ภาวะซีด ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร - ไม่มีสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ฟันปลอม ไม้เท้า แวนตา - เยี่ยมบ้านพบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวบ่อยครั้ง - ไม่ได้รับการรักษาการเจ็บป่วย

3.7 แนวทางในการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (Management and Intervention of Domestic elder abuse)

หลังจากการประเมินและคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุแล้ว และมีหลักฐานอันเชื่อได้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจริง พยาบาลควรดำเนินการให้การช่วยเหลือ และต้องมีความละเอียดรอบคอบในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเรื่องการบันทึกสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสังเกต บันทึกการปฏิบัติงานต่างๆ เนื่องจากความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมของวิชาชีพ สำหรับการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (Goldbloom, 1994; Swagerty, 1999; Kurtle, 2004; Lach & Pillemer, 2004; Astrom, et al., 2004)

เริ่มต้นด้วยการประเมินการตัดสินใจของผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจเองได้หรือไม่ อาจใช้เครื่องมือในการประเมินความสามารถทางสติปัญญาช่วย หากผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ถูกทอดทิ้ง สามารถตัดสินใจได้แต่ปฏิเสธการดูแลหรือความช่วยเหลือ พยาบาลควรให้การดูแลและช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสมหรือที่ผู้สูงอายุร้องขอ และทำการบันทึก

เหตุการณ์และเหตุผลในการจำหน่ายผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และวางแผนการติดตามหรือเยี่ยมบ้านเป็นระยะต่อไป ซึ่งถ้าพยาบาลพิจารณาแล้วว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยหากปล่อยไว้อาจได้รับอันตรายได้ พยาบาลต้องมีการแจ้งกับผู้นำชุมชนและตำรวจ เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้สูงอายุ

ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง/ถูกทอดทิ้ง สามารถตัดสินใจได้และขอรับการช่วยเหลือ พยาบาลให้ข้อมูลด้านการช่วยเหลือต่างๆ เช่นบ้านพักชั่วคราว หน่วยงานทางสังคม/กฎหมายที่จะให้ความช่วยเหลือ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน และให้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงนั้นได้ตัดสินใจในการเลือกเอง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมช่วยเหลือ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ผู้สูงอายุหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจะต้องมีการบันทึกเหตุการณ์และเหตุผลในการจำหน่าย พร้อมทั้งมีระบบติดตามผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงดังกล่าวด้วย

ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง/ถูกทอดทิ้งอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ พยาบาลจะต้องให้การดูแลเพื่อความปลอดภัยแก่ชีวิต โดยการประสานงานกับตำรวจ ผู้นำชุมชนซึ่งมีความจำเป็นในกรณีที่มีความรุนแรงหรือเป็นอาชญากรรมซึ่งผู้สูงอายุจะต้องได้รับความคุ้มครองเพื่อความปลอดภัย ประสานงานกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เช่นบ้านพักชั่วคราว โรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลในระยะวิกฤติ และจะต้องมีการบันทึกเหตุการณ์และการจำหน่ายอย่างครบถ้วนและถูกต้อง พร้อมทั้งมีการติดตามผู้สูงอายุดังกล่าวเช่นกัน

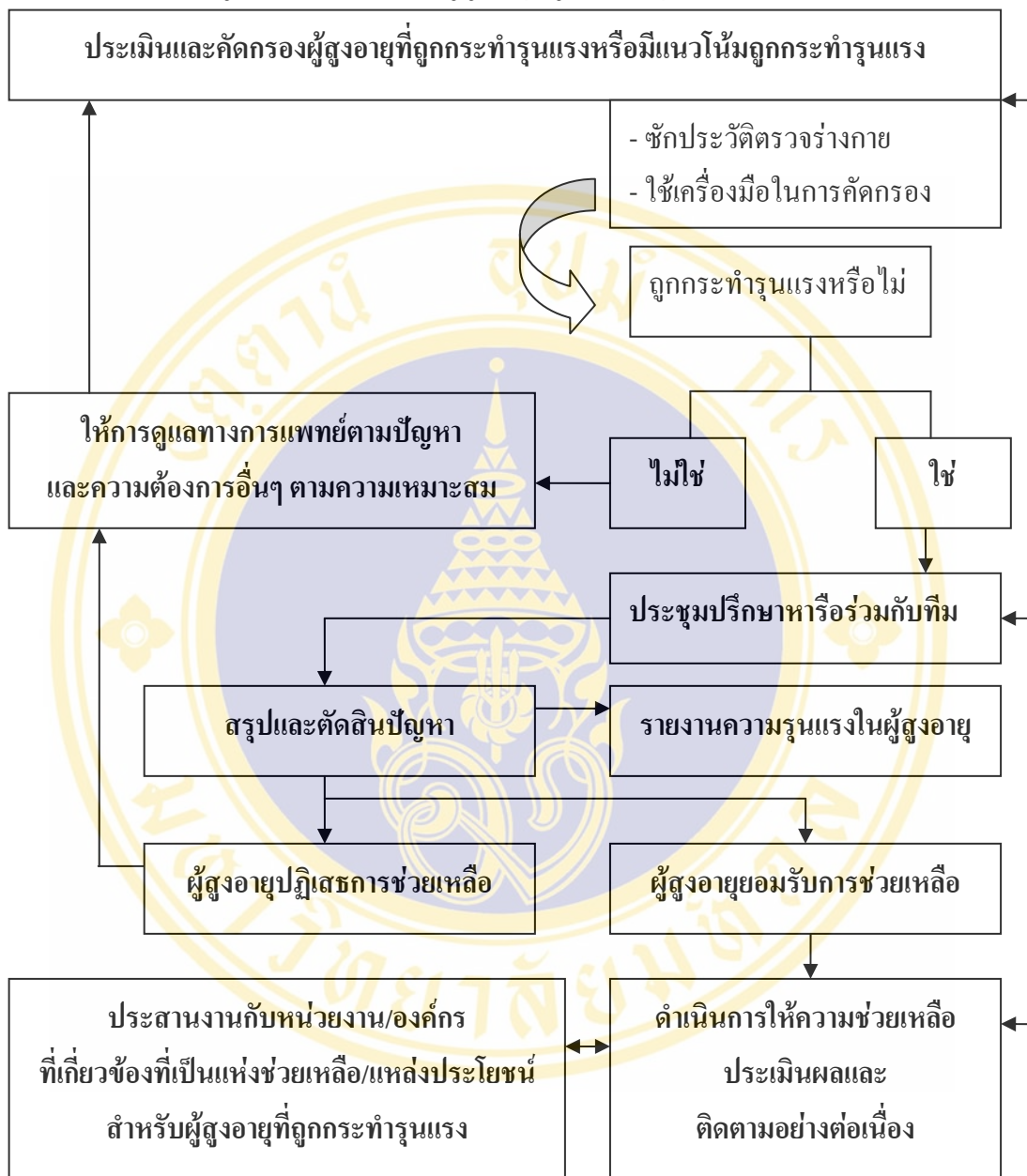
ในการสรุปตัดสินใจปัญหา ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง/ถูกทอดทิ้ง ควรมีการประชุมหรือร่วมกับทีมงานเรื่องการช่วยเหลือ ดำเนินการประสานงานให้การช่วยเหลือ แต่ควรคำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่าย ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยการให้ข้อมูลต่างๆ แหล่งประโยชน์หรือแนวทางการช่วยเหลือและกำหนดทางเลือก โดยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเอง และต้องขอรับการตัดสินใจของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุเลือกที่จะอยู่ในสถานที่ที่ถูกกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้ง ยินดีที่จะอยู่เพียงลำพัง เป็นต้น แต่ต้องมีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะเช่นกัน และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

การตระหนักและเห็นความสำคัญถึงปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นจุดเริ่มต้นที่ช่วยให้พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงนั้นได้ หากเป็นการถูกกระทำรุนแรงจริง ทำให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องตรงกับสาเหตุ และมีความเหมาะสม รวมทั้งก่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ปลายเหตุได้ รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์แนวทางในการประเมิน/คัดกรอง การดูแลและการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ จากรายงานการวิจัยต่าง เช่น งานวิจัยที่ทำการศึกษารับรู้

ของพยาบาลและการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Trevitt & Gallagher, 1996) การศึกษาบทบาทพยาบาลกับการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Pettee, 1997) การศึกษาการรับรู้ของแพทย์ครอบครัว อุปสรรคในการจัดการปัญหาและกลยุทธ์ในการบริหารจัดการความรุนแรงในผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Krueger & Patterson, 1997) การศึกษาปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย (ความสัมพันธ์ของผู้กระทำรุนแรง ผู้ถูกกระทำ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง) (Boldy, Homer, Crouchley & Davey, 2005) การศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวของพยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Omote, Sacki & Sakai, 2007) เป็นต้น และได้สรุปเป็นแผนภาพการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1. แสดงรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว



ลักษณะของการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นด้านแรกของบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องประสบกับผู้ป่วย จึงสามารถที่จะคัดกรองและประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้ เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหรือแม้แต่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก รวมทั้งพยาบาลชุมชน ควรมีการรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่างๆ ที่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง การใช้เครื่องมือที่มีความไวและมีเหมาะสมในการประเมินหรือคัดกรอง มีการประชุมหารือกันกับทีมงาน และดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามมติภายใต้การยอมรับจากผู้สูงอายุหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่สามารถตัดสินใจได้ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือ สิ่งสำคัญของการช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุคือ การประสานงานที่ดีการร่วมมือกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ และได้รับการสนับสนุนจากองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งทางภาครัฐและเอกชน

จากแผนภาพแสดงรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว (แผนภาพที่ 1) ได้จากการวิเคราะห์รายงานการวิจัยในต่างประเทศ แต่สำหรับประเทศไทยในเรื่องของการประเมิน/การคัดกรอง การดูแลและการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทย ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญสามารถนำไปปรับใช้ได้เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะบทบาทในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะในอนาคตต้องพึ่งสถาบันดังกล่าวมากขึ้นจากสภาพสังคม โครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาความรู้สำหรับพยาบาลเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้ที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับความรู้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ และทั้งนี้การศึกษาวิจัยในสังคมไทยยังมีจำนวนน้อยและควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป โดยเฉพาะปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ ที่ยังเป็นช่องว่างในสังคมไทยและมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ เป็นต้น

การรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุ ในการรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุพบว่ามีน้อยกว่าความเป็นจริง (จิราพร เกศพิชญพัฒนาและสุทธิดา ยศหลวงพันธ์, 2549; น้ำผึ้ง มีศิลป์, 2551) ซึ่งเหมือนกับการศึกษาในต่างประเทศ ปัญหาและอุปสรรคของการรายงานในต่างประเทศนั้นเกิดจากผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Nusbaum, et al., 2006) รวมทั้งระบบการรายงานที่ยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกันและความไม่ชัดเจนในเรื่องของความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุ (National Center on Elder Abuse, 2005) รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวและมีการปกปิดไว้เป็นความลับ จึงเป็นปัญหาที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าไปประเมินและให้การช่วยเหลือได้ลำบาก

สำหรับในสังคมไทยปัญหาและอุปสรรคเรื่องของการรายงาน การประเมินและให้การช่วยเหลือมีลักษณะคล้ายๆ กัน อย่างไรก็ตามสังคมไทยยังไม่ตระหนักถึงประเด็นปัญหานี้เท่าที่ควร จะให้ความสนใจเมื่อภาพปรากฏต่อสาธารณชนโดยสื่อ ยังไม่มีระบบการรายงานที่ชัดเจนเกิดขึ้นในองค์กร/หน่วยงานต่างๆ ทางสุขภาพ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไม่กล้าเปิดเผยว่าตนเองถูกกระทำ

รุนแรง ทอดทิ้งโดยบุตรหลาน หรือเหตุผลว่ายังต้องพึ่งพาบุคคลที่เป็นผู้กระทำนั้นอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถออกมาเรียกร้องสิทธิให้กับตนเองได้เนื่องจากสาเหตุความบกพร่องของร่างกายต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนพยายามที่จะปกป้องผู้กระทำซึ่งเป็นบุตรหลานไม่ให้ผู้อื่นรับรู้และหลีกเลี่ยงปัญหาหรือแก้ปัญหาด้วยตนเองแต่ส่วนใหญ่ต้องยอมรับกับสถานการณ์ความรุนแรงนั้น (อัจฉราพร สี่หิรัญพงศ์และคณะ, 2544) ดังนั้นความรุนแรงในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่มีลักษณะของภูเขาน้ำแข็งที่เกิดขึ้นในสังคมทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย

ถึงแม้ว่าจะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงคือ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ซึ่งมีขั้นตอนการรายงานผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง คือ ในเขตท้องที่กรุงเทพฯ ให้แจ้งกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับผู้ที่ได้รับมอบหมายให้การช่วยเหลือในลำดับต่อไป และในพื้นที่ต่างจังหวัดให้รายงานกับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของจังหวัดหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามไม่มีกฎหมายที่เป็นการบังคับให้วิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายुरายงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง (Mandatory report) แต่มีกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 307, มาตรา 292, มาตรา 298 และประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1563 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดและการชดเชยเป็นลักษณะของการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ

ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความเหมาะสมโดยความร่วมมือจากหลายๆ องค์กรและหน่วยงาน และทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับพยาบาลชุมชนบทบาทการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญเพราะสามารถค้นพบผู้ที่มีแนวโน้มถูกกระทำ/ถูกกระทำรุนแรงได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และให้การช่วยเหลือดูแลได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและมีความเหมาะสมสามารถลดการบาดเจ็บการเจ็บป่วยจากการถูกกระทำรุนแรงได้

3.8 การป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

สำหรับการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นต้องการ การทำงานเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสุขภาพ ความพร้อมของหน่วยงาน/องค์กร และบุคลากรผู้ปฏิบัติ ในบทบาทของพยาบาลชุมชนสามารถช่วยในการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Cowen, 2002) ดังนี้

การป้องกันในระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุโดย การช่วยในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ การ

จัดหาแหล่งช่วยเหลือ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน สนับสนุนให้มีกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้นในชุมชน โดยเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวและชุมชน สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและเป็นประโยชน์ ทำให้ผู้สูงอายุคลายความรู้สึกเหงา รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การป้องกันในระดับทุติยภูมิ การป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุโดยมุ่งไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านการช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องและจึงเป็นงานที่หนักของผู้ดูแล การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างพลังอำนาจ การหาแหล่งช่วยเหลือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ การให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล ครอบครัว จากปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่พบจากการเยี่ยมบ้าน เป็นการตัดวงจรของการกระทำรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุได้ การให้ความรู้กับสมาชิกของครอบครัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาหาร โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้มีการบริการดูแลชั่วคราวขึ้นในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนคลาย หรือได้พักผ่อน อาจเป็นลักษณะของการสลับเปลี่ยนกันมาให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

การป้องกันในระดับตติยภูมิ เป็นการที่ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้ง ละเลยซ้ำ โดยการทำให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย เช่น บ้านพักชั่วคราว สถานสงเคราะห์ หากผู้ดูแลที่เป็นผู้กระทำความผิดคิด ควรร่วมมือกับชุมชนในการจัดโครงการช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น จัดหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่จะช่วยในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีมีคุณภาพ

ในการป้องกันปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในแต่ละระดับ ควรต้องมีการวางแผนในการปฏิบัติงาน มีการประสานงานที่ดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การนำเสนอประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่พบในชุมชนขึ้นมาให้ชุมชน และผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญจะช่วยให้ในเรื่องการดูแลกันของชุมชน เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพและช่วยให้ผู้สูงอายุไม่อยู่ในสภาพที่อาจตกเป็นเหยื่อการกระทำรุนแรงได้

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปการศึกษา

ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นรูปแบบของความรุนแรงที่มีความซับซ้อน เพราะเป็นความรุนแรงระหว่างบุคคลใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กัน โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ในหลายๆ ประเทศ ได้เริ่มสนใจและศึกษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้เผชิญกับปัญหาจากการที่ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งมีจำนวนมากขึ้น กลายเป็นปัญหาสังคมที่ในหลายๆ วิชาชีพ/องค์กร รวมทั้งบุคลากรและหน่วยงานทางสุขภาพต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การบริหารจัดการรวมทั้งการป้องกันการกระทำรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุ นอกจากนี้ความรุนแรงในผู้สูงอายุยังเป็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพาสูง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรือแม้แต่ในสถานพยาบาลสามารถพบผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้เช่นกัน

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และได้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของการศึกษาคือเป็นความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว จะไม่ครอบคลุมในเนื้อหาของความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ และความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเนื่องจากมีรายละเอียดและปัจจัยอื่นอีกมาก ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 52 เรื่อง เป็นงานวิจัย 28 เรื่อง (ภาษาไทย 5 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง) บทความ 24 เรื่อง (ภาษาไทย 1 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่า ร้อยละ 80 เป็นงานจากต่างประเทศ ผู้ศึกษาได้สรุปและวิเคราะห์ข้อแตกต่างของการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศกับประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีเค้าโครงของการศึกษาที่คล้ายกับต่างประเทศ แต่ศึกษาภายใต้สังคม วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน จึงพบข้อแตกต่างและช่องว่างของการศึกษาวิจัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยที่ต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป และ

การศึกษาปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในสังคมไทยนั้นมีจำนวนไม่มาก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

จากปัญหาที่กำลังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทอดทิ้งผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุกขณะ จากสื่อที่นำเสนอจำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีจำนวนมากขึ้น แต่สถิติของการถูกระทำยังน้อยกว่าความเป็นจริง อาจเนื่องจากมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ ส่วนใหญ่คนในสังคมจะรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงเมื่อมีภาพหรือข่าวออกมาทางสื่อปรากฏต่อสาธารณชน แต่ถึงกระนั้นการป้องกันและการแก้ไขปัญหายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมทั้งการศึกษาและการวิจัยยังไม่มากพอที่จะนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาหรือแนวทางในการป้องกันปัญหา ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาในประเด็นนี้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพ สรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ความหมายของผู้สูงอายุที่ประเทศไทยได้กำหนดไว้โดย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือผู้ที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นวัยเกษียณอายุราชการพอดี โดยที่ผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัยคือ ผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยปลาย สำหรับคำว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุทั้งในภาษาอังกฤษ ภาษาไทยมีการใช้คำที่ยังหลากหลาย สำหรับการศึกษานี้ใช้คำว่า “Elder Abuse” สำหรับภาษาไทยใช้คำว่า “ความรุนแรงในผู้สูงอายุ” และศึกษาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว โดยสรุปความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุว่า “เป็นการกระทำ และการละเว้นการกระทำ ทุกรูปแบบ โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม แล้วมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย ได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับความเสียหายไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ เพศ ทรัพย์สินของมีค่า รวมทั้งการทอดทิ้ง ละเลยไม่ดูแล โดยที่ผู้กระทำความรุนแรงนั้นเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ที่ผู้สูงอายุไว้ใจ อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลในครอบครัวก็ได้” โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภทเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ได้แก่ ความรุนแรงด้านร่างกาย ความรุนแรงด้านจิตใจ ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงด้านทรัพย์สินเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (ทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา) โดยความรุนแรงในผู้สูงอายุได้มีการกล่าวถึงครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ให้ความสนใจเพิ่มขึ้น โดยมีการศึกษาและวิจัยเพิ่มมากขึ้น แต่ถือว่ายังมีจำนวนไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ คาดหวังว่าในอนาคตจะมีการนำผลการศึกษาไปทำการวิจัยในระดับที่สูงขึ้น สำหรับปฏิบัติการความรุนแรงผู้สูงอายุ ในสังคมไทยพบความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งมากกว่าความรุนแรงในรูปแบบอื่น อย่างไรก็ตามทุกรูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุส่งผลต่อปัญหาภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทั้งสิ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ถูกระทำ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม โดยพบว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลด้านผู้สูงอายุที่เป็นผู้ถูกระทำนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมาก มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจอย่างใดอย่างหนึ่งหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาสูง ในด้านของผู้กระทำก็เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่อาจเกิดจากความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยาวนาน เกิดความเหนื่อยล้า ปัญหาอื่นๆ ที่มักจะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติด ซึ่งสุราที่เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในการเกิดความรุนแรงในครอบครัว สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้น เกิดกับครอบครัวที่เคยมีการใช้ความรุนแรงต่อกันมาก่อน และมีการถ่ายทอดมาซึ่งเป็นเหมือนเรื่องปกติของครอบครัวนั้น และครอบครัวที่พบความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่มักจะแยกตัวออกจากสังคมหรือไม่มีการไปมาหาสู่กับเพื่อนบ้าน รวมทั้งครอบครัวที่มีรายได้น้อย สำหรับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกันเนื่องจากสังคมไทยเปลี่ยนเป็นระบบทุนนิยม ทำให้การดำเนินชีวิตมีความซับซ้อนมากขึ้น ประชากรดำเนินชีวิตโดยใช้เศรษฐกิจเป็นตัวชี้นำในส่วนของวัฒนธรรมของสังคมไทยไม่ได้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรง แต่เป็นตัวช่วยในเรื่องของการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ วัฒนธรรมที่งดงามของไทยคือการให้ความเคารพผู้ใหญ่ บุตรต้องเลี้ยงดูบิดามารดา ถือเป็นประเพณีสืบทอดกันมา แต่พบว่าในสังคมไทยปัจจุบันเริ่มเลือนรางจางหายไปพร้อมๆ กับความเจริญด้านอื่นๆ ที่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม และการขาดจิตสำนึกที่ดีของคนรุ่นใหม่

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ว่าทำไมคนในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกันถึงได้ทำร้ายกัน มีการศึกษาพยายามนำเอาทฤษฎีต่างๆ เข้ามาช่วยในการอธิบาย ซึ่งมีอยู่หลายทฤษฎีด้วยกัน แต่เชื่อว่าสาเหตุของความรุนแรงในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด (Barnett, 1997) ทฤษฎีสถานการณ์ความเครียดจึงได้ถูกนำมาอธิบายมากที่สุดเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความบกพร่องจากภาวะการเจ็บป่วย จึงทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านร่างกาย ที่ต้องการอาหาร อนามัยส่วนบุคคล หรือความต้องการอารมณ์หรือจิตใจของผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ จากบุตรหลาน บางคนต้องการการยอมรับ ต้องการการยกย่อง และผู้สูงอายุยังมีความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความต้องการดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องตอบสนองกับความต้องการดังกล่าวนั้น ความต้องการที่มากมายในการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ประกอบกับปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมรุนแรงในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องความผิดปกติทางจิตเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยได้ เนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวในสังคมไทยส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมักพบบ่อยครั้งจากสื่อและทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เชื่อว่าเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมจากตัวอย่างที่ใช้ความรุนแรง และเป็นวัฒนธรรมหรือเรื่องปกติทำให้เด็กมีพฤติกรรมตามแบบอย่างนั้น ไม่ว่าจะเป็นการนำทฤษฎีใดมาอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือสังคมและวัฒนธรรมว่าให้ความสำคัญหรือยอมรับเกี่ยวกับปัญหานี้มากน้อยขนาดไหน หากสังคมให้ความสำคัญและยอมรับว่าเป็นปัญหาจะช่วยให้การจัดการปัญหาเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น แต่ถ้าสังคมเฉยเมยปัญหานี้คงจะไม่ได้รับการป้องกันและแก้ไขแต่อย่างใด ดังนั้นการทำให้คนในสังคมได้รับรู้ปัญหา เห็นความสำคัญของปัญหา ช่วยให้เกิดการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อกันมากขึ้น และการปลูกจิตสำนึกที่ดีตั้งแต่เด็ก และส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีของสังคมไทย จะช่วยป้องกันการทำร้ายกันหรือทอดทิ้งกันของสมาชิกในครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

ผลกระทบต่อสุขภาพกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ผลกระทบต่อสุขภาพกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพจิต สำหรับด้านร่างกายผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและ/หรือเรื้อรัง ทั้งจากการถูกกระทำรุนแรงและจากโรคเดิมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟู เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้แก่ ความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า และรุนแรงถึงขั้นการทำร้ายตนเองได้ เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการถูกกระทำรุนแรงนี้ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษายาบาลยังสถานพยาบาลเมื่อมีการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงขึ้น โดยที่ส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หรือระบุเป็นโรค หรือเกิดจากอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบอื่นๆ ที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ดังเช่น ความรู้สึกเจ็บปวดของผู้สูงอายุจากการถูกกระทำรุนแรงโดยบุตรหลานของตนเอง ครอบครัวไม่มีความสุข ครอบครัวแตกแยกขาดที่พึ่ง กลายเป็นปัญหาสังคมเช่น ขาดคนดูแล คนไร้ที่อยู่อาศัย อาชญากรรม สังคมวุ่นวาย และรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรที่อยู่อาศัย และปัจจัยยังชีพอื่นๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ซึ่งการเจ็บป่วยตลอดจนการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งผลกระทบอื่นๆ ที่เกิดจากการถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งละเลยซ้ำๆ สามารถป้องกันได้ โดยทุกวิชาชีพต้องรับรู้ปัญหา

ร่วมกันเพื่อการประสานงานที่ดีระหว่างกันในการป้องกันและดูแลกลุ่มผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสุขภาพและเป็นปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นได้ทุกสถานที่ไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นในครอบครัว ในสถานพยาบาลหรือแม้แต่ท้องถนน แต่ส่วนใหญ่ของความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว (Lachs & Pillemer, 2004) รวมทั้งในสังคมไทย ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้การรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่เกิดจากการกระทำที่เป็นการทำร้าย ทอดทิ้ง ละเลยจากบุคคลที่เป็นผู้กระทำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนสามารถพบผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เนื่องจากผู้สูงอายุจะอยู่ที่บ้านหรือชุมชน เมื่อสงสัยว่าผู้สูงอายุถูกรุนแรง พยาบาลชุมชนสามารถทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์หรือซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น และให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการให้การช่วยเหลือ พร้อมบันทึกสิ่งต่างๆ อย่างครบถ้วน (Documentation of all finding) หากมีหลักฐานอันเชื่อได้ว่าผู้สูงอายุถูกรุนแรงหรือถูกทอดทิ้งต้องรายงานกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหานี้เสมอเมื่อพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย บาดเจ็บในลักษณะต่างๆ ที่อาจเป็นสัญญาณเตือน (Warning signs) ของการถูกรุนแรงได้ โดยปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เพื่อให้สามารถดูแลและจัดการปัญหาได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้พยาบาลชุมชนสามารถแสดงบทบาทในการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากลักษณะงานที่สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้สูงอายุได้ง่ายที่สุด สามารถให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว และมีความเหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรตระหนักถึงประเด็นความรุนแรงในผู้สูงอายุ เพื่อเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์หรือปัญหา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินและแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Clinical practice guideline for assessment and intervention) ได้อย่างถูกต้องและมีความเหมาะสมในลำดับต่อไปในอนาคต และสามารถนำไปพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมได้ (Social intervention strategies)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการประเมิน/ คัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุด้วยการประเมินอย่างง่าย (Pre assessment) โดยการถามคำถามทั่วไปง่ายๆ สังเกตสัญญาณเตือนของการถูกรุนแรง และใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน การรวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย หากมีหลักฐานอันเชื่อได้ว่าพยาบาลต้องดำเนินการให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและอันตรายต่อชีวิตได้ และบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งคือการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยการป้องกันในกลุ่ม

ผู้สูงอายุทุกๆ ให้ดูแลสุขภาพของตนเองทั้งร่างกายและจิตใจรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจในปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจถูกกระทำรุนแรงได้ง่ายเช่น ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ ควรให้คำแนะนำ ให้ความรู้ญาติในเรื่องการดูแล และแหล่งช่วยเหลือทางสุขภาพและทางสังคมกับผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากนี้การป้องกันการถูกกระทำรุนแรงซ้ำในผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุควรได้อยู่ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย เช่นบ้านพักชั่วคราว หรือถ้าผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายเนื่องจากพฤติกรรมการดื่มสุรายาเสพติด ควรร่วมมือกับชุมชน ผู้นำชุมชนในเรื่องการป้องกันยาเสพติด ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น

สังคมไทย “ผู้สูงอายุ” กำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคม หรือสังคมผู้สูงอายุ การดูแลในระยะยาวของประชากรกลุ่มนี้จะต้องมีการวางแผนเพื่อรองรับกับปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว การทอดทิ้งผู้สูงอายุ กลายเป็นปัญหาสังคมและเป็นประเด็นทางสุขภาพ ทุกคนในสังคมต้องรับรู้และช่วยกันดูแลซึ่งกันและกัน ทุกสาขาวิชาชีพต้องปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อการดูแลประชากรกลุ่มนี้ให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณค่าในสังคมต่อไป ซึ่งสิ่งที่ท้าทายสำหรับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคตในเรื่องของการดูแลรักษานั้นต้องมีผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่มีความคุ้มค่า คำนึงและมีคุณภาพ ประสิทธิภาพมากที่สุด (Cost effective outcomes) การปฏิบัติงานควรเป็นลักษณะเครือข่าย ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม กฎหมาย หน่วยงาน องค์กร วิชาชีพจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกันทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล เพื่อประสิทธิผลของงานให้มากที่สุด นอกจากนี้สิ่งที่ท้าทายอีกอย่างหนึ่งสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพคือ ความต้องการด้านการแพทย์มีมากขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการดูแลรักษาที่บ้าน (Home support service) ที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี การเปลี่ยนแปลงประชากร การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ การเพิ่มความต้องการด้านต่างๆ มีความหลากหลายมากขึ้น ที่อาจประสบปัญหาในการปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับการปฏิบัติงานในชุมชนทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

4.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของความรุนแรงในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปทั้งในด้านการศึกษาและการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร ระดับปฏิบัติงาน และด้านการวิจัยดังนี้

ข้อเสนอแนะ: ระดับนโยบาย

ในปัจจุบันรูปแบบการจัดการปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนโยบายในระดับชาติที่เป็นรูปธรรมยังให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหานี้ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาด้านอื่นๆ ด้วยสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประเด็นของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น การมีนโยบายหรือแนวทางที่ชัดเจนทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีเป้าหมาย มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สามารถที่จะวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องของการดูแลพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพียงหน่วยงานเดียว แต่มีเครือข่ายหรือหน่วยงานย่อยเพื่อช่วยในการดำเนินการช่วยเหลือ และมีสายด่วนรับเรื่อง การติดต่อที่สะดวก และเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับเรื่อง ดูแล พิตักษ์สิทธิ และประสานงานช่วยเหลือทั้งด้านกฎหมาย สุขภาพ หน่วยงานด้านสังคมและเอกชน ที่ให้การดูแล และช่วยเหลืออย่างครบวงจร และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวางขึ้นให้เป็นที่รับรู้ของคนใน ชุมชน สังคมมากขึ้นเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ เช่น ด้านการรักษาพยาบาล การโดยสาร การเข้าชมสถานที่ต่างๆ ของราชการ ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และการลดหย่อนภาษีของบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวนมากยังไม่ทราบเรื่องสิทธิของตนเอง เรื่องของการลดหย่อนภาษีให้กับบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการดูแล ลดภาระค่าใช้จ่ายได้ ความเครียดในการดูแลน้อยลง เป็นการป้องกันความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง

3. ในอนาคตคาดการณ์ว่าสังคมไทยจะมีการพึ่งสถาบันรับดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ด้วยเหตุผลด้านสังคม เศรษฐกิจ และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ สถาบันที่รับดูแลผู้สูงอายุ เช่น Day care, Respite care หรือ Nursing home รวมทั้งสถานสงเคราะห์คนชรา อาจกลายเป็นสถานที่ที่อาจพบอุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการควบคุมมาตรฐานของสถานบริการ ผู้ดูแลที่เป็นทางการจึงเป็นความจำเป็น ควรที่จะกำหนดให้มีหน่วยงานควบคุมมาตรฐาน มีการตรวจสอบ ประเมินอย่างต่อเนื่อง

4. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้ง ควรมีการป้องกันไม่ให้เกิดการถูกกระทำรุนแรงซ้ำ ควรมีสถานที่พักชั่วคราวให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีมาตรการหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มากกว่าการลงโทษ เนื่องจากเชื่อว่าการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุอันเกิดจากผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวไม่ได้เกิดจากนิสัยโดยกำเนิด

แต่หากเกิดจากความผิดปกติทางจิต การใช้สารเสพติด ความเครียด หากสาเหตุดังกล่าวได้รับการแก้ไขเป็นการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ: ระดับบริหาร

ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งคนในชุมชนทุกกลุ่ม ควรครอบคลุมปัญหาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เป็นแบบบูรณาการ มีการประสานงานกับหน่วยงานทางสังคม สนับสนุนการปฏิบัติงานเชิงรุกเน้นการส่งเสริมและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มากขึ้นและมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความสำคัญกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้น โดยให้มีการศึกษาต่อหรือการศึกษาดูงาน เป็นต้น จึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ควรให้การสนับสนุนบุคลากรผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นพยาบาล ในการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเช่น การดูแลที่บ้าน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุน เช่น การเพิ่มอัตรากำลัง การมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การพัฒนาทักษะในด้านการปฏิบัติงานในชุมชน มีการศึกษาดูงานเพิ่มมากขึ้น

2. เนื่องจากความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัวในชุมชน ควรมีการจัดระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแบบบูรณาการ นอกเหนือจากหน่วยงานด้านสุขภาพแล้ว ควรประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกันเช่น หน่วยงานด้านสังคม ร่วมกันจัดระบบในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบเฝ้าระวังในชุมชนร่วมกับชุมชน การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องระยะยาว ทำให้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ควรให้การสนับสนุนจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

3. ควรให้ความรู้กับบุคลากรทางสุขภาพเรื่องความรุนแรงในผู้สูงอายุให้มากขึ้นเพื่อเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา เกิดการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในองค์กร และมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับผู้นำชุมชน คนในชุมชน ผู้ดูแล ให้รับรู้ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือระหว่างกันภายในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการช่วยเหลือกัน เป็นเครือข่ายทางสังคมและสุขภาพในชุมชน

5. ควรมีกิจกรรมในชุมชนที่เป็นการส่งเสริมและสานสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวให้มากขึ้น สร้างเจตคติที่ดีของเยาวชนต่อผู้สูงอายุ ความกตัญญูกตเวที บุญคุณบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ที่เลี้ยงดูเลามา ไม่ควรทอดทิ้งเพื่อเป็นการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีให้กับเยาวชน ก่อให้เกิดการเกื้อหนุน มีการช่วยเหลือกันในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ: ระดับปฏิบัติงาน

ในระดับของการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่สามารถรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด และเป็นผู้ที่สามารถขับเคลื่อนการนำแนวคิดหรือเป้าหมายสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. พยาบาลในชุมชนต้องรับรู้ปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุในชุมชน การให้การดูแลและช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามบทบาทและหน้าที่ ช่วยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ และการเข้าใจและรับรู้ปัญหาต่างๆ แล้วมีการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การหาแหล่งช่วยเหลือให้ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ลดความเครียดจากการดูแล ซึ่งสามารถลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้สูงอายุอันเกิดจากการดูแลได้ เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุอีกวิธีหนึ่ง

2. พยาบาลชุมชนควรร่วมมือกับชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ ให้มากขึ้นและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เช่น พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในภาวะการเจ็บป่วย ทุกสภาพต่างๆ ให้กับอาสาสมัครในชุมชน ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมมือกับผู้นำชุมชน องค์กรที่สามารถให้การสนับสนุนได้ เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน สามารถเป็นเครือข่ายให้การช่วยเหลือป้องกัน และการจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในชุมชนได้

3. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง พยาบาลชุมชนควรมีการประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียด มีโรคประจำตัว ขาดความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำรุนแรงกับผู้สูงอายุ หรือทอดทิ้งโดยไม่ได้ตั้งใจได้ โดยการนำเครื่องมือที่เชื่อถือได้ และมีความเหมาะสมช่วยในการคัดกรอง และประเมินการถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ ทำให้ทราบปัญหาเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตหรือคำรักษาพยาบาลได้

4. พยาบาลชุมชนควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน มากกว่าการยึดรูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล รวมทั้งพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแล ญาติผู้ดูแล ดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้น เช่น การให้กำลังใจ การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล

5. ให้การช่วยเหลือครอบครัวและผู้สูงอายุเรื่องข้อมูล แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ แนะนำหรือพัฒนาศูนย์บริการดูแลชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล และครอบครัวในปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

6. มีการพัฒนาเอกสารหรือคู่มือเพื่อเป็นการให้ความรู้ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น โดยเนื้อหาที่ควรให้ประกอบด้วยการวินิจฉัยแนวทางการตรวจ แนวทางการจัดการรายกรณี การให้การดูแล การบริหารความเสี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีได้ในอนาคต

7. ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ควรให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เช่นอาหาร เรื่องโรคต่างๆ ที่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เพื่อเป็นการลดความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

8. มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการถูกระงับทำรุนแรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง หรือมีระบบติดตาม ส่งต่อ

9. ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของการถูกระงับทำรุนแรงและไม่ต้องทนกับปัญหา พร้อมให้ข้อมูลต่างๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

10. พยาบาลควรมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อย การใช้สิทธิต่างๆ อาจทำได้น้อย หรือแม้แต่มองไม่ทราบเรื่องสิทธิของตนเอง ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทพิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ: ด้านการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว ยังอยู่ในวงที่จำกัดและยังมีจำนวนน้อย ข้อเสนอแนะมีดังนี้

1. การวิจัยควรเน้นไปที่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร่างกายแข็งแรงดี เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย วัฒนธรรมค่านิยม ความเชื่อในแต่ละชุมชนแตกต่างกัน มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาจเป็นสาเหตุของความรุนแรงในผู้สูงอายุได้

2. งานวิจัยที่มีอยู่มีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นเชิงสำรวจ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative study) และเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพื่อค้นหาความหมายของความรุนแรงและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ โดยมุมมองของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ รวมทั้งออกแบบกิจกรรมทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

3. ในต่างประเทศนั้นได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนมาก การลู่กล้ำสิทธิส่วนบุคคลถือเป็นการกระทำรุนแรงต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ในขณะที่ประเทศไทยเพศชายกับเพศหญิงยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ (Gender bias) สังคมยังให้การยอมรับเพศชายในฐานะผู้นำของครอบครัว มีอำนาจมากที่สุด จึงทำให้เพศหญิงตกเป็นผู้ถูกระทำมากกว่าเพศชาย สำหรับการวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากขึ้น รวมทั้งความอคติต่อความชรา (Ageism) เป็นงานที่ท้าทายอย่างหนึ่งสำหรับการพัฒนาความรู้ในอนาคต

4. ในต่างประเทศได้ทำการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตด้วยภาวะสังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องพึ่งสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นและพบว่าในปัจจุบันได้มีจำนวนสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุหลายแห่งทั้งของภาครัฐและเอกชน ดังนั้น การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยในสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน

ผลกระทบต่อสุขภาพกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์สถานการณ์
(HEALTH IMPACT OF ELDER ABUSE: A SITUATION ANALYSIS)

น.ส. รัชชกร บุญมาก 4936696 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ศึกษานิพนธ์: อ. นันทิยา วัฒนา, ผศ. นันทวัน สุวรรณรูป

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว นอกเหนือจากความรุนแรงในเด็กและสตรี (วรา เหมงม, 2547; Morgan, Johnson & Sigler, 2006) ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่รวมทั้งประเทศไทยที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและซับซ้อนเนื่องจากเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง และยังเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่เนื่องจากส่วนใหญ่จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงส่วนน้อยที่เปิดเผยโดยการแจ้งความ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) รูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นลักษณะของการทำร้ายและการทอดทิ้ง (วราห์ เหมงม, 2547; Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งช่วยเหลือตนเองได้น้อยมักตกเป็นผู้ถูกระทำรุนแรง (Carona, 2007; Peguero & Lauck, 2007) ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ (Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004) หรือมีผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพและความผาสุกในช่วงบั้นปลายชีวิต (Lanchs & Pillemer, 2004) ความรุนแรงในผู้สูงอายุนอกจากเกิดขึ้นภายในครอบครัว (Domestic elder abuse) ยังเกิดขึ้นในสถาบัน (Institutional elder abuse) ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Cowen, 2001)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุได้แก่ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป มีความซับซ้อนมากขึ้น (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2544; Peguero & Lauck, 2007) รวมถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) การที่ผู้คนต่างดิ้นรนเพื่อความ

อยู่รอดในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนั้น ส่งผลให้ขาดการดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกภายในครอบครัว นอกจากนี้ค่านิยม และวัฒนธรรมทางตะวันตกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดของคนรุ่นใหม่ ทำให้บุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุถูกละเลย ทอดทิ้ง รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด จึงไม่มีลูกหลานดูแลในยามแก่เฒ่าและถูกทอดทิ้งขาดการดูแลจากสังคม (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ, 2549)

นอกจากนี้ครอบครัวที่เคยมีประวัติทำร้ายผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวใช้ความรุนแรงระหว่างกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ (Woolf, 1998; Wieland, 2000) สำหรับด้านผู้สูงอายุและผู้กระทำรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในภาวะพึ่งพามีโอกาสตกเป็นผู้ถูกกระทำรุนแรงสูง (Cooper, et al., 2006) และด้านผู้กระทำรุนแรงพบว่าผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุนั้นมีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ รวมทั้งมีการใช้สารเสพติด จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Woolf, 1998; Peguero & Lauck, 2007)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกายนั้นทำให้เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและ/หรือเรื้อรัง โรคที่เป็นอยู่เดิมของผู้สูงอายุมีอาการมากขึ้น (Anme, 2004; Collin & Presnell, 2006; Oh, et al., 2006; Kim, et al., 2007) มีปัญหาสุขภาพจิตเพราะต้องยอมจำนนต่อสถานการณ์ (Comijs, et al., 1998; Akaza, et al., 2003; Cooper, et al., 2008) นอกจากนี้ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุยังส่งผลต่อครอบครัว รวมทั้งผลกระทบต่อสังคม ซึ่งต้องใช้งบประมาณ กำลังทรัพย์ในการดูแลและจัดการปัญหาดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อประเทศโดยรวม ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนที่มีโอกาสได้พบเห็นความรุนแรงในผู้สูงอายุได้จากการเยี่ยมบ้าน แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาครอบครัวที่มีการปกปิด หากพยาบาลสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ ลักษณะการถูกกระทำรุนแรง สาเหตุและผลกระทบดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาล สามารถวางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสมจะช่วยลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้อีกทางหนึ่ง

ในการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งขั้นตอนของการศึกษาเริ่มต้นด้วยการกำหนดขอบเขตของการศึกษาและทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ จนถึงเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีจำนวน 52 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัย 28 เรื่อง ซึ่งเป็นภาษาไทย 5 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง และ

บทความจำนวน 24 เรื่อง เป็นภาษาไทย 1 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 23 เรื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ มีหัวข้อที่เกี่ยวข้องคือ ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในผู้สูงอายุ และทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว

สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากงานการศึกษาวิจัยที่มีมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งมีมากขึ้น เช่นประเทศในแถบตะวันตกที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมาก ตัวอย่างเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา (Weiland, 2000; Heath, Kobylarz, Brown & Castano, 2005) ในเอเชียเช่นประเทศญี่ปุ่น (Arai, 2006; Omote, Saeki & Sakai, 2007) ทั้งสองประเทศได้พยายามพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการป้องกันและจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายในการดูแลที่เป็นการดูแลระยะยาว การป้องกันการถูกระทำรุนแรง แต่ยังคงประสบปัญหาในเรื่องการดูแลและจัดการปัญหาดังกล่าว (Weiland, 2000; Ogioni, et al., 2007; Omote, Saeki & Sakai, 2007) เนื่องจากข้อจำกัดของงานการศึกษาวิจัยยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะเรื่องของความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม (Peguro & Lauck, 2008)

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในต่างประเทศนั้นยังคงมีอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบการรายงานความรุนแรงในผู้สูงอายุ (Pavik, Hymen, Festa & Dyer, 2001) รวมทั้งได้มีการศึกษาเฉพาะทางสำหรับพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (Schofield, 2006) มีการศึกษาถึงความรุนแรงในผู้สูงอายุในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุและกำหนดมาตรการในการดูแล การควบคุมมาตรฐานของสถานพยาบาลที่การดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวด้วย (Joshi & Flaherty, 2005) สำหรับผลการศึกษาวิจัยความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศนั้นพบว่าเป็นความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด (Goldbloom, 1994; Buka & Sookhoo, 2006) อันดับรองลงมาจะมีความแตกต่างกันไปตามการให้ความสำคัญและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ แต่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเรื่องของการทอดทิ้ง ละเลยผู้สูงอายุ (Touza, 2004; Anme, 2004) นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ของประเทศในแถบตะวันตกยังให้ความสำคัญกับเรื่องของสิทธิมนุษยชนมาก (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Cowen, 2001) แต่สำหรับประเทศในแถบเอเชียยังให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิ

มนุษย์ชนค่อนข้างน้อย ซึ่งสังเกตได้จากการแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุที่ไม่พบว่าแบ่งออกเป็นอีกหนึ่งประเภทที่ชัดเจนเหมือนดังประเทศในแถบตะวันตก

สำหรับสังคมไทยความรุนแรงในผู้สูงอายุ ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จะเห็นได้จากมีวารสารตีพิมพ์ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นปัญหานี้ แต่ยังมีจำนวนน้อยและการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจและยังไม่ครอบคลุมในบางประเด็น เช่น เรื่องของวัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะมีความคล้ายคลึงกับต่างประเทศคือพบความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งมากที่สุด (อจณราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ, 2544; ภัณฑิลา อิฐรัตน์และคณะ, 2545; มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; พรพิมล นวนกุลและคณะ, 2549) ส่วนใหญ่ผู้กระทำความรุนแรง (Abuser) เป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุหรือเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้ใจ สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ เพราะเชื่อว่าความกตัญญูกตเวทีของบุตรหลานต่อบุพการียังเข้มแข็งอยู่ ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยจึงไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ (โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์และคณะ, 2549) อุบัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่พบจึงมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under report) อาจเนื่องจากอาย กลัวถูกทำร้ายซ้ำ กลัวจะไม่มีคนดูแล กลัวให้ออกจากบ้านไปอยู่ยังสถานสงเคราะห์ เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนาและสุทธิดา ชศหลวงพันธ์, 2549; Cowen, et al., 2001; Shugarman, et al., 2003; Fulmer & Bolton, 2004; Kasuga, 2004) หรือไม่มีบาดแผล บาดเจ็บทางกายที่บ่งบอกว่าถูกทำร้ายให้เห็น หรือเป็นผู้ที่มีความบกพร่องพิการไม่สามารถบอกได้ว่าถูกกระทำความรุนแรง รวมทั้งความอคติต่อความชรา (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; Stanley, Herr Phill & Weber, 1999) ที่มองว่าอาการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย นั้นผลมาจากความชรา โรคของผู้สูงอายุเอง จึงทำให้บุคลากรด้านสุขภาพไม่ได้ทำการประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ความแตกต่างของสถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทยนั้นพบว่า ในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญและตื่นตัวกับประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุนี้มาก ได้มีการพัฒนาระบบการรายงาน การพัฒนาระบบการดูแลอย่างครบวงจร ที่ทำหน้าที่ประสานงาน ดูแลอย่างเป็นระบบ และพยาบาลได้มีบทบาทมากขึ้น เช่น บทบาทการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ การดูแล/ช่วยเหลือ บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุ (Selwood, Cooper & Livingston, 2007) รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งการวิจัยในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Berggeron & Gray, 2003; Shugarman, et al., 2003) ในขณะที่ประเทศไทยนั้นถึงแม้จะมีนโยบายที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุ อันจะเห็นได้จากการมีปณิญาผู้สูงอายุ การมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ การมีสิทธิผู้สูงอายุ แต่ยังขาดความเข้าใจและตระหนักต่อประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวในวงกว้าง

นอกจากนี้การดำเนินงานต่างๆ ยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการปฏิบัติงานที่เป็นบูรณาการ ส่วนใหญ่เป็นการทำงานที่แยกกันทำ ไม่มีการประสานงานทางด้านสหวิทยาการในการดูแลผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543) และการดูแลช่วยเหลือยังไม่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นทิศทางเดียวกัน รวมทั้งขาดการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกัน การจัดการปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวจึงเป็นบทบาทที่ท้าทายอย่างหนึ่งของพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมีการให้ความหมายและการจัดแบ่งประเภทที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมนั้นๆ มีผู้ให้ความหมายทั้งเชิงกว้างและเชิงแคบ ส่วนใหญ่จะรวมถึงร่างกาย จิตใจ เพศและการทอดทิ้ง บางความหมายจะรวมเรื่องเพศไว้กับด้านร่างกาย นอกจากนี้บางการศึกษายังรวม self abuse และ self neglect ไว้ด้วยกัน ในขณะที่บางการศึกษาแยกออกจากกัน เนื่องจากเชื่อว่าการกระทำรุนแรงจะต้องเกิดจากบุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ จากกรณีวิเคราะห์ความหมายและประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศนั้นผู้ศึกษาได้สรุปความหมายของความรุนแรงในผู้สูงอายุคือ “การกระทำ การละเว้นการกระทำในทุกรูปแบบ ซึ่งด้วยเจตนาหรือไม่เจตนา แล้วมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายหรือได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับความเสียหาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพศ ทรัพย์สิน รวมทั้งการทอดทิ้ง ละเลยไม่ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุหรือเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ” (มรรยาท รุจิวิทย์และศิริพร ศรีวิชัย, 2547; Goldbloom, et al., 1994; Wolf, 2000; Cowen, 2001; Lachs & Pillemer, 2004; Cohen, et al., 2007)

สำหรับประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวมีการแบ่งไว้หลายประเภทเช่นกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมที่แตกต่างกันหรือการให้ความสำคัญในแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน เช่นบางสังคมให้ความสำคัญเรื่องเพศ บางสังคมให้ความสำคัญเรื่องของสิทธิมนุษยชน แต่หลักใหญ่ๆ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ทรัพย์สินเงินทอง และการทอดทิ้ง ละเลยไม่ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยผู้ศึกษาได้สรุปและแบ่งประเภทของความรุนแรงในผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภท คือ ความรุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรุนแรงทางเพศ ทรัพย์สินเงินทอง และการทอดทิ้ง ละเลยไม่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่แตกต่างจากต่างประเทศมากนัก รูปแบบของความรุนแรงในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งผู้สูงอายุ แต่รูปแบบของความรุนแรงด้านจิตใจปรากฏต่อบุคคลภายนอกให้รับรู้ค่อนข้างน้อยเนื่องจาก ส่วนใหญ่ถือว่าการด่าว่า การทะเลาะกันเป็นเรื่องภายในครอบครัว และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยและยอมทนอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ แต่การทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สังคมรับรู้มากกว่าความรุนแรงด้านจิตใจเพราะการทอดทิ้งผู้สูงอายุนั้นเป็นการกระทำที่ชัดเจนหรือปรากฏเป็นรูปธรรมให้สังคมได้รับรู้ ปัจจุบันผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมี

จำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป หรือด้วยความสำนึกบาปบุญคุณโทษ ความกตัญญูตเวทีที่น้อยลง รวมทั้งการขาดจิตสำนึกในการดูแลบุพการีที่เป็นผู้สูงอายุ นั้น จึงเกิด ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ดังกล่าว

ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้กระทำรุนแรง ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ตามลำดับ (Cowen, 2001) ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ผู้สูงอายุเพศหญิง มีความบกพร่องด้านร่างกายและ/หรือจิตใจ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล นอกจากนี้บุคลิกภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการถูกกระทำรุนแรงเช่น บ่น คำบ่นตรงหน้า เป็นต้น (กัญทิลา อิศูรัตน์และคณะ, 2545) สำหรับผู้กระทำรุนแรงพบว่าเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และมีการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสุรา ที่พบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในครอบครัว (รณชัย คงสกนธ์และนฤมล โพธิ์แจ่ม, 2550) รวมทั้งความเครียดของผู้ดูแล ที่ไม่สามารถจัดการปัญหา การขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ปัจจัยด้านครอบครัว เช่นครอบครัวเคยกระทำรุนแรง กันมาก่อน มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขัดแย้งกัน ครอบครัวมีรายได้น้อย และปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ที่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ทุกคนต้องทำงานมากขึ้นด้วย ภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้น มีการย้ายถิ่นฐานไปตามแหล่งงาน มีการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี การรับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามา ทำให้ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทที่มีอำนาจในครอบครัวน้อยลง บุตรหลานมีการศึกษาสูงกว่า วัฒนธรรมที่ดั่งามของไทยคือการให้ความเคารพญาติผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ บุตรต้องดูแลบิดามารดา แต่ปัจจุบันพบว่าเลือนรางจางหายไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลและถูกทอดทิ้งมากขึ้น รวมทั้งความเจริญด้านการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่อาจทิ้งความบกพร่องด้านร่างกาย หรือจิตใจไว้ ที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

นอกจากนี้ในสังคมไทยยังมีเรื่องของความเหลื่อมล้ำทางเพศและความไม่เท่าเทียมกันทางเพศในสังคม ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุและมูลเหตุจูงใจที่จะกระทำต่อเพศหญิงเพียงเพราะว่าเป็นเพศหญิง (นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, 2546) โดยสังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับเพศชายในฐานะผู้นำและเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมีอำนาจและบทบาทในการตัดสินใจในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เหตุผลดังกล่าวทำให้เพศหญิงตกเป็นผู้กระทำรุนแรงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งเรื่องอคติต่อความชรา (Ageism) การที่ผู้สูงอายุบ่นเรื่องความเจ็บปวด มีอาการซึม สับสน มีรอยขีดตามตัว อาจถูกมองว่าเป็นไปตามกระบวนการของความชรา (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547; Stanley, Herr Phill & Weber, 1999) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ได้รับการประเมินและดูแลได้อย่างถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์

ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อนและซับซ้อน จึงได้มีการนำเอาทฤษฎีต่างๆ เข้ามาเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ว่าทำไมคนในครอบครัวถึงได้ทำร้ายกัน ซึ่งมีอยู่หลายทฤษฎีด้วยกัน แต่เชื่อว่าสาเหตุของความรุนแรงในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด (Barnett, 1997) ทฤษฎีความเครียดจึงถูกนำมาอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบบ่อยที่สุด เช่น สังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้นก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้ง ความเครียดจากการดูแลที่ต่อเนื่อง ความเครียดจากการงาน เป็นต้น นอกจากนี้ ทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องความผิดปกติทางจิตเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยได้ เนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวในสังคมไทยนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคมที่เชื่อว่าเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว เป็นเรื่องปกติทำให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการทำให้คนในสังคมได้รับรู้ปัญหา เห็นความสำคัญของปัญหา ช่วยให้เกิดการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อกันมากขึ้น และการปลูกจิตสำนึกที่ดีตั้งแต่เด็ก และส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีของสังคมไทย จะช่วยป้องกันการทำร้ายกันหรือทอดทิ้งกันของสมาชิกในครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

ผลกระทบด้านสุขภาพจากการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ (Health related impacts of elder abuse)

ผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพกายสรุปประเด็นได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยได้อย่างเฉียบพลันและ/หรือเรื้อรัง 2) ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นเวลานานหรือเรื้อรัง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด 3) สาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่างหนึ่งคือ การดูแลที่ไม่ถูกต้อง ร่างกายเสียความสมดุล จากการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 4) ความรุนแรงในผู้สูงอายุผลกระทบต่อสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ก่อให้เกิดอาการของโรคมากขึ้น

สำหรับผลกระทบจากความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงอยู่ในภาวะจำนนต่อสถานการณ์ การเจ็บป่วยทางจิตจึงเกิดจากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง อย่างซ้ำๆ ต่อเนื่อง เป็นเวลานาน อันเป็นการกระทำของบุตรหลาน ผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ 2) อาการทางจิตจากการถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งมีอาการและอาการแสดงคล้ายกับอาการของโรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตอื่นๆ 3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการมาก ลักษณะอาการ

บางอย่างเป็นอาการทางจิตที่ออกมาทางกาย เช่นปวดศีรษะ นอนไม่หลับ (Psychosomatic disorder) ผลกระทบอื่นๆ ที่ไม่สามารถประเมินได้เช่น ความรู้สึกอันเจ็บปวดจากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง โดยบุตรหลาน หรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้สูงอายุเอง และการเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลอื่น เนื่องมาจากการถูกระทำรุนแรง ทั้งการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ถูกระบุว่ามีสาเหตุจากโรคและภาวะบกพร่องต่างๆ ของผู้สูงอายุเอง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ

อย่างไรก็ตามสถิติที่รายงานว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งนั้นน้อยกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ในสถานพยาบาล บุคลากร ยังไม่มีการคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุเช่นกัน รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพยังกล่าวว่า หากมีการรายงานจะทำให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุซ้ำ อีกทั้งกลัวผลกระทบเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว และความปลอดภัยของผู้รายงาน (Limandri & Tilden, 1996) อีกทั้งมีปกปิดโดยการปฏิเสธว่าไม่มีความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัวจากผู้กระทำหรือผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่จะเปิดเผย และถือว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว ผู้สูงอายุจึงยอมอยู่ในสถานการณ์และจัดการปัญหาด้วยตนเอง (Rodriguez, et al., 2006; Nusbaum, et al., 2006) ทั้งนี้การเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือแม้แต่การเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากความรุนแรงในผู้สูงอายุนั้นสามารถป้องกันได้ พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวให้เข้าเยี่ยมบ้านได้ ดังนั้นพยาบาลชุมชนจะสามารถพบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงในระยะเริ่มแรก หากพยาบาลมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ การพบผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยไม่ทิ้งประเด็นการถูกระทำรุนแรงจะช่วยให้พยาบาลได้ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การคัดกรอง การประเมิน และแนวทางในการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอยู่ในชุมชน ดังนั้นพยาบาลชุมชนสามารถพบผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงได้จากการเยี่ยมบ้าน ดังนั้นการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น พยาบาลชุมชนสามารถทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์ หรือการซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น และให้การดูแลด้านการแพทย์ตามปัญหาที่พบ หากมีสัญญาณเตือนหรือมีความผิดปกติที่ชวนสงสัยว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงหรือไม่ ควรใช้เครื่องมือช่วยในการคัดกรองหากมีหลักฐานอันเชื่อได้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจริง จะต้องมีการดำเนินการช่วยเหลือ โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายงานต่อกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตามลำดับทั้งนี้จะต้องมีการบันทึกสิ่งต่างๆ อย่างถูกต้อง

ดังนั้นการประเมินความรุนแรงในผู้สูงอายุ การซักประวัติควรเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ (Pre-assessment) ที่ไม่ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลรู้สึกถึงการถูกล่าความเป็นส่วนตัว ถ้าคำตอบที่ได้มี

แนวโน้มว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจริงควรนำเครื่องมือมาใช้ในการคัดกรองต่อไป (Indept assessment) ซึ่งการประเมินทำได้จากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และจากการสังเกต ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมักมีสัญญาณเตือน (Warning signs) ให้ทราบและพยาบาลต้องช่างสังเกต หากพบปัญหาการถูกระทำรุนแรงจริง การช่วยเหลือควรให้การรักษาพยาบาลด้านการแพทย์ตามปัญหาของผู้สูงอายุก่อน เช่นภาวะขาดน้ำขาดสารอาหาร แผลกดทับ จึงประเมินเรื่องการช่วยเหลือต่อไป

หลังจากที่ได้ทำการประเมินคัดกรองความรุนแรงในผู้สูงอายุแล้ว และมีหลักฐานอันเชื่อได้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจริง ลำดับต่อไปคือการช่วยเหลือ ซึ่งมีแนวทางโดยสรุปคือ ถ้าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่สามารถตัดสินใจเองได้ หลังจากให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือต่างๆ กับผู้สูงอายุแล้วให้ผู้สูงอายุตัดสินใจว่าจะขอรับการช่วยเหลือหรือไม่ หากรับการช่วยเหลือพยาบาลต้องดำเนินการประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักชั่วคราว เป็นต้น หากผู้สูงอายุปฏิเสธการช่วยเหลือต้องขอรับการตัดสินใจของผู้สูงอายุแต่ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ แต่หากพิจารณาแล้วว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานการณ์ที่อาจเกิดอันตราย ควรมีการแจ้งผู้นำชุมชน ตำรวจ และถ้าผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ควรมีการดำเนินงานกับแหล่งช่วยเหลือร่วมดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้การปฏิบัติงานทุกอย่างของพยาบาลจะต้องมีการบันทึกอย่างครบถ้วน เพราะเป็นหลักฐานทางคดีที่อาจต้องใช้ประกอบการดำเนินการทางกฎหมาย และต้องมีการติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นระยะในทุกกรณี และเพื่อให้เกิดการเก็บสถิติที่เป็นทางการจะต้องรายงานความรุนแรงผู้สูงอายุต่อกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงประเด็นปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุหากพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย บาดเจ็บ ต้องไม่ทิ้งประเด็นว่าผู้สูงอายุอาจถูกระทำรุนแรง เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ลดปัญหาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้

การป้องกันการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ

พยาบาลชุมชนยังสามารถแสดงบทบาทด้านการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากลักษณะงานที่สามารถเข้าถึงครอบครัวได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะการป้องกันในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการถูกระทำรุนแรงเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ อย่างไรก็ตามการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุต้องการ การทำงานเป็นเครือข่ายโดยเฉพาะเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสุขภาพ ความพร้อมของหน่วยงาน/องค์กร และบุคลากรผู้ปฏิบัติ ซึ่งการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ

การป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดย การช่วยในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดหาแหล่งช่วยเหลือ สำหรับการป้องกันในระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันความรุนแรงในผู้สูงอายุโดยมุ่งไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านต่างๆ การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างพลังอำนาจ การหาแหล่งช่วยเหลือแหล่งประโยชน์ต่างๆ การให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแล สุดท้ายเป็นการป้องกันในระดับตติยภูมิ เป็นการที่ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงหรือทอดทิ้ง ละเลยซ้ำ ในการป้องกันปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุในแต่ละระดับของพยาบาลชุมชนนั้น จะต้องมีการวางแผนในการปฏิบัติงาน มีการประสานงานที่ดีกับสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานจะช่วยให้พยาบาลชุมชนสามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การนำประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่พบในชุมชนขึ้นมาให้ชุมชน ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญจะช่วยในเรื่องการดูแลซึ่งกันและกันของชุมชน เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่อยู่ในสภาพที่อาจตกเป็นผู้กระทำรุนแรงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนาต่อไปทั้งด้านการศึกษา การปฏิบัติงานของบุคลากรที่ครอบคลุมทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และด้านการวิจัยดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะ: ระดับนโยบาย

ในปัจจุบันรูปแบบการจัดการปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน และนโยบายในระดับชาติยังให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหานี้ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาด้านอื่นๆ แต่ด้วยสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นประเด็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้น การมีนโยบายหรือแนวทางที่ชัดเจนทำให้เป็นเกิดการปฏิบัติงานที่มีเป้าหมาย มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สามารถที่จะวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องของการดูแลพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพียงหน่วยงานเดียว แต่มีเครือข่ายหรือหน่วยงานย่อยเพื่อช่วยในการดำเนินการช่วยเหลือ และมีสายด่วนรับเรื่องสามารถติดต่อได้อย่างสะดวก และเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับเรื่อง ดูแล พิทักษ์สิทธิ และประสานงานช่วยเหลือทั้งด้านกฎหมาย สุขภาพ หน่วยงานด้านสังคมและเอกชน ที่ให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างครบวงจร และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานและการประสานงานระหว่างองค์กร เพื่อความความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการเพิ่มช่องทางใน

การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องของผู้สูงอายุ เช่น สิทธิผู้สูงอายุ การลดหย่อนภาษีของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ในภาคการณว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และอาจต้องพึ่งพาสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและจากภาวะสังคม เศรษฐกิจที่บีบคั้น ทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง ไม่ว่าจะเป็น day care, respite care, หรือว่า nursing home สถานสงเคราะห์คนชรา อาจกลายเป็นสถานที่ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุขึ้นได้ ดังนั้นการควบคุมมาตรฐานของสถานบริการ ผู้ดูแลที่เป็นและมีหน่วยงานควบคุมมาตรฐาน มีการตรวจสอบ ประเมินอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ: ระดับบริหาร

ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรเป็นการปฏิบัติงานเชิงรุกเน้นการส่งเสริมและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มากขึ้นและมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสนับสนุนให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเพิ่มอัตราค่าจ้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน สนับสนุนเรื่องศึกษา ทุน เพื่อพัฒนาความรู้และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้มีการจัดระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแบบบูรณาการ เช่นมีหน่วยงานด้านสังคม ร่วมกันจัดระบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับชุมชน โดยการให้การดูแลที่บ้านสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแล มีกลุ่มให้ความช่วยเหลือต่างๆ และมีกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมและสานสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้กับผู้นำชุมชน คนในชุมชน ผู้ดูแล ให้รับรู้ปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือระหว่างกันภายในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการช่วยเหลือกัน เป็นเครือข่ายทางสังคมและสุขภาพในชุมชน และหากมีการกระทำรุนแรงเกิดขึ้นควรมีการป้องกันไม่ให้เกิดการถูกระทำรุนแรงซ้ำ ควรมีสถานที่พักให้กับผู้สูงอายุ มีมาตรการหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มากกว่าการลงโทษ

ข้อเสนอแนะ: ระดับปฏิบัติงาน

ในระดับของการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนเป็นบุคคลที่สามารถรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด และเป็นผู้ที่สามารถขับเคลื่อนการนำแนวคิดหรือเป้าหมายสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม พยาบาลชุมชนต้องรับรู้ปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุในชุมชน การให้การดูแลและช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามบทบาทและหน้าที่ ช่วยให้อาชีพของผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ โดยการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การหาแหล่งช่วยเหลือให้ การให้กำลังใจ การสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน นอกเหนือจากรูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล และมีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งระบบการดูแล การส่งต่อ และการติดตาม เป็นต้น รวมทั้งการพัฒนา

เอกสารหรือคู่มือเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างวิชาชีพ นอกจากนี้พยาบาลชุมชนควรร่วมมือกับชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆ ให้มากขึ้น และเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ข้อเสนอแนะ: ด้านการวิจัย

การวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุยังอยู่ในวงจำกัด และยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นการวิจัยในลำดับต่อไปควรมีทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่หลากหลายมากขึ้นเช่น กลุ่มทุพพลภาพ กลุ่มที่มีสุขภาพอนามัยดี ในวัฒนธรรม สังคม อาชีพที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้ง ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การอคติต่อความชรา เรื่องของสิทธิมนุษยชน และความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำมาอธิบายเรื่องของความรุนแรงในผู้สูงอายุในสังคมไทยได้มากขึ้น เพื่อช่วยในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนได้และสามารถวางแผนป้องกันความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุในลำดับต่อไป

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบว่าในสังคมไทยกำลังประสบปัญหานี้โดยเฉพาะเรื่องของการทอดทิ้งผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้บุคลากรทางสุขภาพต้องเข้ามามีส่วนช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ด้วยผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอันได้แก่ การเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ ผลของการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานของพยาบาลไม่ว่าจะอยู่ในหน่วยงานใด การมีความรู้และความตระหนักในปัญหา ทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สังคม เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งได้ รวมทั้งเรื่องของการป้องกันการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุ ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้จึงเกิดประโยชน์อย่างมากหากมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำในชุมชน ช่วยในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งการศึกษาและวิจัยในลำดับต่อไป

HEALTH IMPACT OF ELDER ABUSE: A SITUATION ANALYSIS

RATHAYAKORN BOONMARK 4936696/ NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATHAYU, Ph.D,
(NURSING), NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Elder abuse stands out as another form of domestic violence apart from child and spousal abuse (Hengpum, 2004; Morgan, Johnson & Sigler, 2006). Elder abuse is not a new problem to our human society. It is encountered worldwide, and even in Thailand where it was never expected to occur. This problem is both significant and complex, because it relates to individual relationships and involves a number of factors. Elder abuse is a hidden problem because most abuse kept secret, while few instances of abuse are revealed by filing police reports (Trangkasombat, 2001). Type of elder abuse appears in the characteristic forms of violence and neglect (Hengpum, 2004; Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004). Unfortunately, older adults with physical or mental impairment, or with little ability for self-care, are usually victims of violence. (Carona, 2007; Peguero & Lauck, 2007) Elder abuse has negative impacts on the quality of life and health status of the elderly. (Fulmer, Guadagno & Bolton, 2004), and can have severe impact on health and happiness in their later life (Lanchs & Pillemer, 2004). Elder abuse occurs not only in the family home, but also in the institutions that provide care for the older persons. (Cowen, 2001)

The factors related to domestic elder abuse occur as a result of rapid social, economic and cultural change that lead to more complex and changing life style. (Sihiranwong, et al., 1999; Peguero & Lauck, 2007). In addition, there is increasing

the numbers of older adult population. (Kanchanajitra et al., 2007) Rapid changes for lifestyle in society have result in a lack of care for family member. Moreover, western values and culture have elicited change in the thoughts of new generations that can cause parents who are older adults to be neglected and abandonment. In addition, single older adults without children to care for them in their old age are neglected and lack of care from society. (Committee on Women, Youth & Elderly Affairs, 2006)

Moreover, families with a history of attacking caregivers or family members as well as family member with intergenerational transmission of violence, are a causal factor for elder abuse (Woolf, 1998; Wieland, 2000). Older adult having physical and psychological impairment creating a condition of dependence are usually victims of violence (Cooper, et al., 2006). The abuser is usually a caregiver or family members who may feel stress and who may be abusing drugs that can lead to violence behaviors associated with the elder abuse (Woolf, 1998; Pegero & Lauch, 2007).

The health impact of elder abuse affects on physical and psychological health on the older adult who have abused. The physical impacts are seen in acute and/or chronic illness, injuries, and exacerbated symptoms of existing chronic illness. (Anme, 2004; Collin & Presnell, 2006; Oh, et al., 2006; Kim, et al., 2007). In addition, elder abuse causes older adults to suffer from psychological health problems as a result of being compelled to the situation (Comjis, et al., 1998; Akasa, et al., 2003; Cooper, et al., 2008). Moreover, the impact of domestic elder abuse can lead to other family problems and social problems, which affect the country in general. Therefore, nurse and other health care providers especially community health nurse should acknowledge and prioritize because community health nurse can found the older people who have abused during home visit. However, elder abuse is a family problem that is usually kept secret. If nurses understand the circumstances and characteristics of abuse, as well as the causes and impacts of elder abuse, nurses will be able to plan the care and assistance or establish a nursing practice guideline for abused older adults. If abused elders receive proper care and assistance, illness and mortality rates will decrease.

The purpose of this study was to analyze the problem of elder abuse and the health impacts of domestic elder abuse. The study included a comprehensive literature search for all published articles up to November of 2008, both in Thai and

English. Search strategies included the use of computerized bibliographical databases and hand searching of journals related to this topic. Therefore, a total of papers used in this study was 52 papers. Among those, 28 papers were researches (5 in Thai and 23 in English) and 24 papers were articles (1 in Thai and 23 in English). The study focus on definitions, types, incidence, and factors related to elder abuse, the conceptual framework for elder abuse as well as its impact on their health. Once the evidences had been selected according to the objectives of the study, they were analyzed and synthesized in relation to the context of Thai society. The study findings could then be summarized as follows:

The situation of domestic elder abuse

Domestic elder abuse is of great interest as observed from the increasing number of studies on the topic. Examples can be found in countries with large senior adult populations such as the USA (Weiland, 2000; Heath, Kobylarz, Brown & Castano, 2005) and Japan (Arai, 2006; Omote, Saeki & Sakai, 2007). Although, both countries have developed policy for long-term care of the elderly and for the prevention and management of elder abuse, they still face with the problems of care and management (Weiland, 2000; Ogioni, et al., 2007; Omote, Saeki & Sakai, 2007). The reasons for that probably due to limited researches on this topic and uncovered some factors of domestic elder abuse such as believed to be socio-cultural aspects (Peguero & Lauck, 2008).

However, the study of elder abuse continues to improve and there is a report system on elder abuse (Pavik, Hymen, Festa & Dyer, 2001). In addition, there were studies specific to nurses who work in court (Forensic nurses) (Schofield, 2006). Moreover, there were studies involving with institutional care or nursing homes, which focused on practice guidelines, standard of care, and accreditation agencies (Joshi & Flaherty, 2005). The findings of studies has revealed that psychological abuse is the most prevalent (Goldbloom, 1994; Buka & Sookhoo, 2006), and the second rank are differs in each country according to the significance and socio-cultural factors, but the most common is neglect (Touza, 2004; Anme, 2004). In addition, western countries had more concern on human rights (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; Cowen, 2001), while the countries in Asia did not classify as one type of domestic elder abuse.

Domestic elder abuse is also increasing concern in Thailand. There were several studies related to this problem. However, most studies were a survey design and uncovered on some issues such as beliefs or culture aspects related to domestic elder abuse. These study findings similar to findings from foreign countries reporting that psychological abuse and neglect were most common types of elder abuse (Srihirunpong, et al., 2004; Itrat, et al., 2002; Rujiwit & Sriwichai, 2004; Nuankul, et al., 2006). The abuser is usually a caregiver or family member. Most members of Thai society refuse to accept the issue of elder abuse, because the belief that gratitude children must pay to their elders remains strong. Therefore, the problem of elder abuse in Thai society does not seem possible to these people (Jintanawat, et al., 2006). The incidence of domestic elder abuse is under reported as the older persons may feel ashamed, fear recurrence of abuse, fear getting out and living in a nursing home (Ketpitchayawathana & Yotlaungphun, 2006; Cowen, et al., 2001; Shugarman, et al., 2003; Fulmer & Bolton, 2004; Kasuga, 2004). In addition, no wounds appear as indicators of the abuse, or the older persons are physically and psychologically impaired patients who cannot tell about their abuse in addition of ageism (Unnapirak, 2004; Stanley, Herr Phill & Weber, 1999). Injury and illness are results of old age and disease in the older persons. Consequently, health care professionals often overlook this problem.

The differences between domestic elder abuse in Thai society and abroad are that this issue is recognize as an importance for international countries. They require healthcare officials to be wide-awake with a mandatory report system and one-stop service where nurses play increasingly pivotal roles e.g. roles in the prevention of elder abuse and the handling, support, and advocate roles for the older persons (Selwood, Cooper & Livingston, 2007). Furthermore, international countries have both qualitative and quantitative research (Berggeron & Gray, 2003; Shugarman, et al., 2003) on this topic, while Thai society has policy that indicates the importance of elder abuse such as the declaration for elderly. However, it indicates a lack of understanding and realization of the problem in general.

The Thai healthcare system lacks integrated practice and most work is performed separately with no coordination in terms of multidisciplinary approaches to the care of the elderly (Thongcharoen, 2000). There is no clear format and

care/assistance is not yet aimed in the same direction. Moreover, there is a general lack of qualitative and quantitative studies. Therefore, future studies and research aimed at development of preventive formats and management of the problem of elder abuse in families must be one of the roles and duties challenge of nurses and related healthcare personnel.

Domestic elder abuse has different interpretation and categorizations, depending on the setting of a particular society. Furthermore, elder abuse in the form of attacks and abandonment may occur either intentionally or unintentionally. As for Thai society, the author has summarized the definitions of elder abuse as “the action or neglect of actions in every form, either intentionally or unintentionally, and causing harm or distress for older adults in the form of physical, psychological, sexual, or material harm as well as the abandonment and neglect of older adults wherein the abuser is a family member of the older adults” (Rujiwit & Sriwichai, 2004; Goldbloom, et al., 1994; Wolf, 2000; Cowen, 2001; Lachs & Pillemer, 2004; Cohen, et al., 2007).

With regard to different types of domestic elder abuse, several types have been categorized, depending upon various settings in society or the importance placed on each different category e.g. some societies give importance to genders, while others give importance to human rights. However, the domain remains in the physical, psychological, financial assets, and neglect. For Thai society, the author summarized and categorized elder abuse into 5 categories: physical abuse, psychological abuse, sexual abuse, material/financial abuse and neglect of older adults, which differs little from the categories of foreign countries. The most common types of domestic elder abuse are psychological abuse and neglect. Psychological abuse is something little realized by outsiders, because it occurs in families and is not revealed. On the other hand, the neglect of older adults is more noticeable in society, or has greater societal impact than psychological abuse. At present, the neglect of older adults is increasing in numbers, thus becoming a social problem of increasing severity. Because of socio-cultural changes, children are expressing decreasing ideologies of evil, gratitude and loss of conscience in taking care of their elders. Therefore, the elderly persons are neglected.

Domestic elder abuse is a complex problem, because many factors are related, and can be grouped as individual, family, and socio-cultural factors (Cowen, 2001). The individual factors are the elderly and the abusers. Individual factors for domestic elder abuse include being female, having a physical and/or mental disability, having a chronic illness, being dependent on a caregiver. The personalities of older adults are also related to abuse e.g. fussiness and grumbling (Itrat, et al., 2002). The abuser is usually a caregiver, such as a spouse, adult child, sibling, or relative who may be abusing drugs or alcohol that leads to family violence (Kongsakon & Pojam, 2007). Also, family members may feel stress and cannot manage, while they lack knowledge and skills in taking care of the older person. Family factors such as families with a history of violence, poor relationships, conflict and poor income are all related to elder abuse. And the socio-cultural factors are rapid changes resulting in more work and changing life styles to displacement in the workplace. Moreover, Western values and cultural changes result in lack of care for family members and less support from blood relatives. The older person's loss of roles and power in decision-making, higher education levels for children and advances in medical technology that keep people alive longer may also result in physical and psychological impairment. Thus, the older persons are dependent on caregivers in performing the activities of daily of life. The family members then become the adults and have to perform the role of care.

Furthermore, Thai society continues to have issues of gender bias and gender inequality. The incidence of elder abuse is caused and induced toward the female gender only because of their femininity (Chinlamprasert, 2003). Thai society places importance on the male gender as leaders and heads of families, therefore more strongly empowering males with the role of decision-making in families than females. For this reason, more women become the aggressors in elder abuse than men in addition to ageism. However, the fact that elders complain about their aches and pains, become lethargic, confused and have bruises on their bodies might be viewed as occurrences in the aging process (Unnapirak, 2004; Stanely, Herr Phill & Weber, 1999), which causes older people who fall victim to abuse to fail to receive proper assessment and care from medical personnel.

Health-related impacts of elder abuse

The impacts associated with the problem of elder abuse on the health status of older adults include physical and psychological health impacts wherein the physical health impacts can be summarized as follows: 1) Elder abuse results in acute and/or chronic injuries or illnesses for older adults. 2) Older adults who are left alone for extended period of time, or regularly, eventually become ill or die. 3) One of the causes of the illnesses of older adults is improper care, unbalanced physiological chemistry as a result of insufficient food and water intake to meet physical needs. 4) Elder abuse affects the physical health of older adults in the form of diseases as symptoms of diseases are exacerbated.

The impacts of elder abuse on the psychological health of older adults can be summarized as follows: 1) Abused older adults are in a state of surrendering to the situation; therefore, psychological illness occurs as a result of repeated, constant abuse or abandonment by the actions of the children or individuals who are close to the older adults. 2) Psychological symptoms associated with abuse and neglect includes symptoms and presenting symptoms similar to the symptoms of Alzheimer's disease, or other mental disorders. 3) Older adults with psychological health problems due to abuse or neglect will come to receive treatment when the symptoms are severe wherein some characteristics of the symptoms are psychological symptoms appearing in the form of physical maladies such as headaches or psychosomatic disorder. Other impacts that cannot be assessed include feelings of pain due to abuse or neglect by the adult child or loved ones of the older adults or the receipt of treatment at a nursing facility brought on by the abuse wherein both illnesses and injuries are specified with the causes of various diseases and dysfunctions of the older adults or caused accidentally.

However, statistics reporting elder abuse and neglect represent the occurrence of elder abuse in fewer numbers than in reality. Moreover, there are no screenings and reporting for elder abuse in health facilities by healthcare personnel probably due to fear that such reports will result in repeated elder abuse in addition to negative impacts on the relationships between older adults and family members and the safety of the reporter (Limandri & Tilden, 1996). Furthermore, denial of elder abuse, both on the part of abusers and the older adults themselves, is prevalent,

because they are ashamed to reveal the truth and because they consider the abuse a family matter. Older adults, therefore, allow themselves to be in abusive situations and cope with the problem on their own (Rodriguez, et al., 2006; Nusbaum, et al., 2006). The illnesses, injuries or even fatalities caused by elder abuse can be prevented. Community health nurses are individuals entrusted by families to visit their homes; therefore, community health nurses can discover abused older adults during the early stages of abuse. If nurses acknowledge and recognize importance to the problem of elder abuse, nurses can discovery of older adults with injuries and illnesses who cannot manage the symptoms of their diseases without abandoning the issue of the abuse. This will help nurses to provide appropriate care and assistance for older adults.

The screening/ assessment and management of domestic elder abuse

The assessment of elder abuse should be pre-assessment with simple questions that would not cause older adults or caregivers to feel their privacy has been invaded. If the answers show tendencies toward elder abuse, in-depth assessment should be used for further screening, which can be evaluated from physical examinations, history taking and observation. Most abused older adults have warning signs and nurses must take notice. If the problem of abuse is discovered, medical or nursing treatment should be provided according to the problems of the older adult such as malnutrition, dehydration, pressure sores, etc. Therefore, the assessment should be continued as part of the process for providing assistance.

After assessment and screening of elder abuse, if there are evidence to point of the elderly is abused, next steps are management of domestic elder abuse. They can be summaries as follows: If the older adult is capable of making decisions, nurses should allow the older adult to decide whether or not help will be accepted after providing data concerning various sources of assistance for the older adult. If the older adult decides to receive assistance, the nurses must proceed to coordinate with the assistance sources and associated agencies such as social workers, respite homes, etc.

If the older adult refuses to receive assistance, the nurses must accept that decision, but continue with constant periodic follow-up home visits. However, if the older adult is deemed to be in a potentially dangerous situation, notifications should be

sent to community leaders and police. Furthermore, if the older adult is incapable of making decisions, there should be cooperative procedures with sources of assistance to continue providing help. All nursing procedures must be recorded in detail, because they may become evidence in lawsuits or legal procedures. Furthermore, nurses must practice constant periodic follow-up on the older adults in every case. In order to keep official statistics, the elder abuse must be reported to the Department of Social Development and Welfare.

The prevention of elder abuse

There is great necessity for the prevention of elder abuse wherein the prevention of elder abuse can be divided into 3 levels: primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention. The prevention of elder abuse also requires operation as a network, especially in social support networks and health networks and the readiness of agencies/organizations and active personnel. Primary prevention is the prevention of elder abuse by providing assistance in caring for older adults by providing knowledge about the health problems and needs of older adults, the arrangement of various sources of assistance, sources of benefits existing in the community, support for various activities taking place in communities i.e. activities that support good relationships between families and communities, support for worthwhile activities and consent for older adults to participate, thus causing older adults to suffer less loneliness and maintain feelings of self worth, etc.

Secondary prevention is the prevention of elder abuse directed at the group of older adults at risk for elder abuse e.g. older adults with various disabilities, little ability for self care and requiring assistance and care from caregivers, older adults requiring care for dysfunctions and older adults who become heavy burdens for caregivers. The provision of help for caregivers in caring for older adults involves empowerment, help seeking and sources of benefits that may provide help, while consultation to care-giving relatives and families can break the cycle of abuse and neglect of older adults as a result of the problem of caring for older adults. Instructing family members on older adults care in topics such as the food and health problems of older adults and support for respite services in the community, so caregivers can relax

or rest might be in the form of changing shifts to care for older adults while also supporting caregivers to care more about their health.

Finally, tertiary prevention is the prevention of repeated elder abuse or neglect by providing older adults with secure places such as respite homes or older adults foster homes. If the caregiver is a drug addict, there should be cooperation with the community in arranging for projects to help people who are addicted to drugs, etc. In addition, providing sources of assistance and support for older adults with caregivers will help in the quality of care. Each level of prevention of elder abuse requires planned practice by community health nurses and multidisciplinary teams that can enable community health nurses to provide effective assistance and care for older adults and families. Moreover, bringing the issues of older adults care found in the community to the attention of the community at large and the community leaders will help them realize the significance of the problem and promote community care which will prevent health problems and help remove older adults from the condition of surrendering to abuse.

Recommendations

The situation of domestic elder abuse is impact on health in the end of life. The author has recommendations on planning, education, practice, and research directions for policy makers, practitioners, and researcher as follow:

Recommendations: policy level

Current models aimed at managing the problem of abuse in Thai society are rather vague and policies at the national level continue to give little importance to this problem in comparison to other problems. In our rapidly changing society, however, the issue of elder abuse in families is a current healthcare issue and having policies or clear guidelines will generate goal-oriented practice with clear objectives and ability to plan work practice in concurrence with the established objectives. Therefore, a single work unit should be established with the duty of taking responsibility for the care and rights of older adults. There should also be a network or sub-agencies to help provide assistance and with an emergency line to receive reports, provide convenient contact and act as an agency that receives reports, supervises and protects rights while coordinating legal and healthcare assistance. Both social and

private agencies should provide one-stop services with clear practice guidelines in performing work and coordinating between organizations for convenient operational practice. Includes more information on the rights of older adults should be made available via multiple channels for the perception of people in society and communities e.g. medical treatment, transportation, entry to various state locations at no cost and retroactive tax. In the near future, Thai society will become more dependent upon institutions for the care of older adults due to social and economical aspects, as well as the growing number of older adults and families who are unable to provide care. Whether in the form of day care, respite care or nursing homes, or even foster homes for the elderly, these facilities may become the cause of elder abuse. Therefore, control over the standardization of service facilities, formal caregivers and accreditation agencies must be exercised with ongoing inspections and evaluations.

Recommendations: administrative level

In the care of older adults in every community group, the proactive working puts greater emphasis on promotion and the prevention of illness and injury, as well as continuity and regularity. The provision of health care services for older adults in the community should be supported in practice. Nurses should provide home-based care, because they can practice effectively with the support of various activities in providing nursing services in the community. Providing information and knowledge to community leader, people in community and care giver will perceive the problem of elder abuse in order to generate assistance among people in the community while promoting mutual assistance with social and health care networks within the community. In the group of older adult who are abused and abandonment, there should be prevention against the occurrence of repetitive abuse by providing respite care, safety house and accreditation or guidelines for adjusting the behavior of abuser persons, rather than punishment.

Recommendations: practice level.

At the practice level, especially with community nurses as individuals who can best handle the problems of older adults and families. Furthermore, nurses are able to drive concepts and goals into actual practice. Community health nurses must

perceive various problems associated with older adults in the community. Providing care and assistance in various forms according to their roles and duties can help the families of older adults live in happiness to the best of their capacity. Nurses should provide instruction, consultation and finding sources of assistance that can enable caregivers to care for older adults, as well as offering encouragement and empowering caregivers. Community nurses should develop models for the care of older adults and their families by using families and community based care in addition to the model of providing care in nursing facilities. Moreover, continually improved of nursing practice guideline should be conducted, including follow up, referral system. Furthermore, documentations or handbooks should be developed to provide knowledge and exchanges of experiences' the issue of elder abuse among community health nurses and other professions. In addition, community health nurses should collaborate with community leader and organizations in order to prevent and management older people who are abused.

Recommendations: Research.

Research about elder abuse and neglect remains rather limited and studies continue to be scarce. Further research should including both qualitative and quantitative studies focusing on a variety of older adult groups, e.g. patient groups, disabled groups, or groups with good health, cultural groups, social groups and groups of people from different professions, as well as ageism, gender bias, human right, and institute elder abuse. These can help to explain the domestic elder abuse in order to help make long-term plans for older adult care in communities as well as making plans for the further prevention of elder abuse and neglect.

Conclusions

Situation analysis of domestic elder abuse has found that Thai society is currently experiencing this problem, especially with regard to the issue of neglect of older adults, which increases annually. This can causes healthcare personnel to become involved with the assistance and care of these older adults. The health-related impacts on the older adults include illnesses and injuries. Findings from this study can be used as guidelines in planning for nursing practice in any settings. Possession of

knowledge and consideration of the problem enables nurses to develop practice models that correspond with community context and social roles in order to provide proper care and assistance to abused and neglect as well as preventing the occurrence of elder abuse. Therefore, the findings of this study will be of great benefit if implemented into regular practice in communities. The findings will also help in the development of community practice models as well as future studies and research.



รายการอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- กฤติยา อาชวนิจกุล. (2546). *ด้วยรักและสันติร่วมยุคความรุนแรงต่อผู้หญิง; รายงานการสัมมนาวิชาการและรณรงค์เพื่อร่วมสร้างรักและสันติในชีวิตคู่*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2551). *สังคม สว. (ผู้สูงวัย)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ. (2548). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548*. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ.
- คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ. (2549). *ความรุนแรงต่อเด็ก สตรีและผู้สูงอายุในครอบครัว*. เอกสารวิชาการ ลำดับที่ 19. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- จิราพร เกศพิชญพัฒนาและสุทธิดา ยศหลวงฟัน. (2549). การทารุณกรรมในผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(4), 68-77.
- จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2547). ธรรมะกับชีวิต: ข้อคิดจากผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 13(4), 660-671.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. (2550). *สุขภาพคนไทย “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2549). *สังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- ธีระพล อรุณะกสิการและคณะ. (2551). *ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับทันสมัย แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2546). *การพัฒนากระบวนการข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัยด้านความรุนแรงในสังคมไทย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.

- น้ำผึ้ง มีสิด, เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย, นวลใย วัฒนกุล, ทวีศักดิ์ กสิผล, และเบญจพร บัวสำลี.(2551). การทำร้ายและปัจจัยเสี่ยงของการทำร้ายผู้สูงอายุไทย. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และสวัสดิการสังคม: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. Retrieved November 11, 2008, from <http://intranet.opp.go.th/src/fls/1909200811305511960.doc>.
- พรพิมล นวนกุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และอัญชลีย์ ชูตระกูล.(2549). บทบาทของผู้นำชุมชนในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(2), 60-65.
- ภัณฑิลา อิฐรัตน์, กฤตยา แสงเจริญ, จิราวรรณ แทนวัฒนกุล, นิตาวรรณ จันทะปรีดา, และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2545). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มรรยาท รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย. (2547). ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 21-30.
- รณชัย คงสกนธ์และ นฤมล โพธิ์แจ่ม. (2550). การดื่มสุรแบบอันตรายกับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 291-300.
- ติววรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*: กรุงเทพฯ. บริษัทบุญศิริ การพิมพ์.
- เล็ก สมบัติ. (2549). การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(2), 22-31.
- วราห์ แห่งพุ่ม. (2547). การคุ้มครองคนชราจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมโดยบุคคลในครอบครัว: ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร ตัวควนิชและคณะ. (2548) *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหสาขาวิชาชีพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ 22-24 พฤศจิกายน 2542*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *ผู้สูงอายุกับการทำงาน*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ* กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคอครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ: ชันดาการพิมพ์.
- อจรรพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ. (2544). การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(3), 3-11.
- อวิศา (ทับทิมแท้) จันทรแสนตอ. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องความรุนแรงในครอบครัว: มุมมองของผู้หญิง*. ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2551). *หญิงไทยครองโสดมากขึ้น แต่งงานช้าลง ปี 2550*: retrieve November 11, 2008, from http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/gender_role/gender_role_007.htm
- Akaza, K. et al. (2002). Elder abuse and neglect: social problems revealed from 15 autopsy cases. *Legal medicine*, 5, 7-14.
- Allan, M. A. (2002). Elder Abuse. *Home Health Care Nurse*, 20(5), 323-330.
- Anetzberger, G. (2001). Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse?. *Summer 2000*, 46-51
- Anme, T. (2004). A study of elder abuse and risk factors in Japanese families: focused on the Social Affiliation Model. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, S262-S263.
- Arai, M. (2006). Elder Abuse in Japan. *Educational Gerontology*, 32, 13-23.
- Asti, N. & Erdem, N. (2006). A pilot on the abuse of elderly people with dementia in Turkey. *The Journal of Adilt Protection*, 8(4), 13-19.
- Astrom, S. etal. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 410-416.
- Australian Society for Geriatric Medicine. (2004). Elder Abuse Revised 2003. *Australasian journal on Aging*, 23(1), 38-41.
- Ayres, M. M., & Woodtli, A. (2001). Concept analysis: Abuse of aging caregivers by elderly care recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 326-334.

- Baker, M. W., & Heitkemper, M. M., (2005). The role of nurses on interprofessional teams to combate elder mistreatment. *Nursing outlook*, 53(5), 253-259.
- Bannett, O. W., Miller~Perrin C. L., & Perrin R. D. (1997). *Family Violence Across the Lifespan: An Introduction*.California: Sage.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. *American Geriatrics Society*, 53, 255-261.
- Berggeron, L. R., & Gray B. (2003). Ethic Dilemmas of Reporting Suspected Elder Abuse. *Social work*, 48(1), 96-105.
- Benzein, E., Johansson, B., & Saveman, B. I. (2004). Families in Home care-a resource or a burden? District nurses' beliefs. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 867-875.
- Biggs, S., Phillipson C., & Kingston, P. (1995).*Elder Abuse in Perspective*.London: Biddles.
- Buka, P., & Sookhoo, D. (2006). Current legal responses to elder abuse. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 194-200.
- Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., & Davey, M. (2006). Addressing elder abuse: Western Australian Case Study. *Australasian Journal on Aging*, 24(1), 3-8.
- Brandl, B. (2001). Power and Control: Understanding Domestic Abuse in Later Life. *Summer 2000*, 39-45.
- Cardona, J. R. P., Meyer, E., Schiamberg, L., & Post, L. (2007). Elder abuse and Neglect in Latino Families: An Econlogical and Culturally Relevant Theoretical Framework for Clinical Practice. *Family process*. 46(4), 451-470.
- Ciccarello, M. J. (2007). Recent Legal Trends Affecting Your Older Patients. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(3), 790-799.
- Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder Abuse: Disparities Between Older People' Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *The American Geriatric Society*, 55(8), 1224-1230.
- Colin, K. A. (2006). Elder Maltreatment. *Arch Patho Lab Med*, 130, 1290-1296.
- Collins, K. A., & Presnell, S. E. (2006). Elder Homicide A 20-Year Study. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 27(2), 183-187.

- Collins, K. A., & Presnell, S. E. (2007). Elder Neglect and the Pathophysiology of Aging. *Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 28(2), 157-162.
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998) Elder Abuse in the Community: Prevalence and Consequences. *Journal of American Geriatrics Society*, 46(7), 885-888.
- Comijs, H. C, Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M, & Jonker, C. (1998). Risk Indicators of Elder Mistreatment in the Community. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 67-76
- Cooper, C., et al. (2006). Indicators of Elder Abuse: A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Derterminants in the Ad- HOC Study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 14(6), 489-497.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008) The Prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Aging*; 37, 151-160.
- Cowen, H. J, & Cowen, P. S. (2001) Elder Mistreatment: Implication for Public Health Dentistry. *Journal of Public Health Dentistry*, 61(3), 131-137.
- Cowen, H. J, & Cowen,. P.S. (2002). Elder mistreatment: dental assessment and intervention. *Journal of Public Health Dentistry*, 22(1), 23-32.
- Chez, R. A. (1999). Elder Abuse The Continuum of Family Violence. *PrimCare Update Ob/Gyns*, 6(4), 132-134.
- Daniels, R. S., Baumhover, L. A., Formaby, W. A., & Clark- Daniels, L. (1999). Ploice Discretion and Elder Mistreatment: A nested model of observation, reporting, and satisfaction. *Journal of Crimminal Justice*, 27(3), 209-225.
- Dyer, C. B., et al. (1999) Treating Elder Neglect: Collaboreatiion Between a Giritrics Assessment Team and Adult Protective Services. *Southern medical journal*, 92(2), 242-244.
- Eliksson, C., & Saveman, B. I. (2002). Nurse' experience of abusive/ non-abusive caring for demonted patients in acute care settings. *Scand J Caring*, 16, 79-85.
- Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., & Saveman, B. I. (2006). Perceptions of elder abuse: voices of professional and volunteers in Sweden- an exploratory study. *Scand J Caring Science*, 20, 151-159.

- Erlingsson, C. L. (2007). Searching for elder abuse: a systematic review of database citations. *Journal of Elder Abuse Neglect*, 19(3-4), 58-78.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., & Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 26(5), 436-443.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B., & Connolly, M. T. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *American Geriatrics Society*, 52(2), 297-304.
- Fulmer, T., Guadagno, L., & Bolton, M. M. (2004). Elder Mistreatment in Women. *JOGNN*, 33(5), 657-663.
- Giurani, F. & Hasan, M. (2000). Abuse inelderly people: the Granny Battering revisisted. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31, 215-220.
- Goldbloom, R. (1994). Periodic health examination, 1994 update: 4 Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Jounal of Canadian medicine association*, 151(10), 1413-1434.
- Gordon, R. M. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International journal of Law and Psychiatry*, 24(3), 183-197
- Gray-Vickrey, P. (2000) Learn how to assess the visible and invisible indicators and what to do if you. *Nursing*, 30(7), 34-38.
- Han, D. H. (2004). A study of the approaching elder abuse in Korea. *Geriatrics and Gerontology Institutional*, 4, S264-S265.
- Harrell, R., Toronjo, C. H., McLaughlin, J. Palik, V. N., Hyman, D. J., & Dyer, C. B. (2002). How Geriatricians Identify Elder Abuse and Neglect. *The american journal of the medical sciences*, 323(1), 34-38.
- Hart, S. V., & Ariza, J. M. (2001). *Result from an Elder Abuse Prevention Expection Experiment in New York City*. New York: U. S.Department of Justice. National Institute of Justice.
- Heath, J. M., Kobylarz, F. A., Brown, M., & Castano, S. (2005). Intervention from Home-Based Geriatric Assessment of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment. *American Geriatrics Society*, 53, 1538-1542.

- Helmes, E. & Cuevas, M. (2007). Perception of elder abuse among Australian older adults and general practitioners. *Australasian Journal on Aging*, 26(3), 120-124.
- Hinchliffe, D. et al. (2004). *Elder Abuse: Secondary report of Session 2003-04 Volume I*. House of Commons Health Committee. London: The Stationery office Limited.
- Hines, D. A. (2004). *Family Violence in a cultural perspective*. California: Sage Publication.
- Hirsch, C. H., Stratton, S., & Loewy, R. (1999). The primary care of elder mistreatment. *Western Journal of medicine*, 170, 353-358.
- Jogerst, G. J. (2003). Domestic Elder Abuse. *American Journal of Public Health*, 93(12), 2131-2136.
- Jones, J. S., Holstege, C. & Holstege, H. (1997). Elder Abuse and Neglect: Understanding the Causes and Potential Risk factors. *American journal of emergency medicine*, 15(6), 579-583.
- Joshi, S., & Flaherty, J. H. (2005). Elder Abuse and Neglect in Long-Term Care. *Clinic in Geriatric Medicine*, 21, 333-354.
- Juklestad, O. (2004). Elderly people at risk: a Norwegian model for community education and response. *The journal of Adult Protection*, 6(3), 26-33.
- Kakan, F. S., & Babara, P. (2003). Why Elder Abuse Continues to Elude the Health Care System. *Journal of medicine*, 70(1), 19-33.
- Kasuga, K. (2004). Changing family structure and elder abuse issues in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, S226-S228.
- Kemp, B. J., & Mosqueda, L. A. (2005). Elder Financial Abuse: An Evaluation Framework and Supporting Evidence. *American Geriatric Society*, 53(7), 1123-1127.
- Kim, L. C., Mitchell, S., & Dyer, C. B. (2007). Do Medical Examiners Determine Elder Mistreatment as a Cause of Death?. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 3(1), 9-13.
- Kurrl, S. (2004). Elder Abuse Revised 2003. *Australasian Journal on Aging*, 23(1), 38-41.

- Kurrl, S. (2004).Elder abuse.*Journal of Australian Family Physician* 33(10), 807-812.
- Krueger, P. & Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association*, 157(8), 1095-1100.
- Lachs, M. S., et al. (1997). ED Use by Older Victims of Family violence. *Annals of emergency medicine*, 30(4). 448-454.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*, 280 (5), 428-432.
- Lachs, M. S. & Pillemer K. (2004). Elder Abuse.*Lancet*, 364(2), 1263-1272.
- Lecovich, E. (2005). Elder Abuse and Neglect in Israel: A Comparison Between the General Eldery Population and Elderly New Immigrants. *Family Relations*, 54, 436-447.
- Levine, J. M. (2003). Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. *Geriatrics*, 58(10), 37-44.
- Limandri, B. J., & Tilden, V. P. (1996). Nurses' Reasoning in the Assessment of Family Violence. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(3), 247-253.
- Litwin, H., & Zoabi, S. (2004). A multivariate examination of explanations for the occurrence of elder abuse. *Social work research*, 28(3), 133-142.
- Madden, C. (1995). Elder Abuse in the United States. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2, 1-8.
- Mallon, W. K., & Kassinove, A. (1999). Mandatory report Laws and Emergency Department. *Topics in Emergency Medicine*, 21(3), 63-72.
- Mandiracioglu, A., Govsa, F., Celikli, S., & Yildirim, G. O. (2006). Emergency health care personael's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Aechives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 267-176.
- May, C. (1998). Working together: report of research on General Practictioners and elder abuse. *Health and Social Care in the Community*, 6(6), 464-467.
- McGarry, J. & Simpson, C. (2007). Nursing students and elder abuse: developing a learning resource. *Nursing older people*, 19(2), 27-30.
- McGarry, J. (2008) Identifying, Reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing standard*, 22(46), 49-56.

- Meeks-Sjostrom, D. (2004). A Comparison of Three Measures of Elder Abuse. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 247-250.
- Moon, Ailee. (2001). Perspectives of Elder Abuse Among Various Cultural Groups: Similarities and Differences. *Summer 2000*, 75-80.
- Morgan, E., Jognson, I., Sigler, R. (2006). Public definitions and endorsement of the criminalization of elde abuse. *Journal of criminal justice*, 34, 275-283.
- Morrison, K. M. & Hines D.A. (2004). *Family Violence in a Cultural Perspective*. California: Sage.
- Nadien, M. B. (2006). Ractors That Influence Abusive Interactions between Aging Women and Their Caregivers. *New York Academy of Sciences*, 1087, 158-169.
- National Center on Elder Abuse. (NCEA). (2005). *Elder Abuse Prevalence and Incidence*. National Association of State United on Aging: Washington, D.C.
- Nelson, H. D., Nygren, P. McInerney, Y. & Klein, J. (2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 387-403.
- Nemo, R. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*, 20(3), 43-47
- Nusbaum, N. J., Cheung, J., Keca, M. & Mailey, B. (2006). Role of first responders in detecting and evaluating elder at risk. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 361-367.
- Ogioni, L., et al. (2007). Cross-Sectional Association Between Behavioral Symptoms and Potential Elder Abuse Among Subjects in Home Care in Italy: Result From the Silvernet Study. *American Geriatric Psychiatry*, 15(1), 70-78.
- Oh, J., Kim, H. S., Martins, D., & Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Koria. *International journal of Nursing Sciences*, 43, 203-214.
- Omote, S., Saeki, K., & Sakai, A. (2007). Difficulties experienced by care managgers who are care works managing elder abuse cases in the Japanese long-term care insurance system. *Health and Social Care in the Community*, 15(6), 569-576.

- O'Malley, T. A., et al. (1983). Identifying and Preventing Family-Mediated Abuse and Neglect of Elderly persons. *Annals of internal medicine*, 98, 998-1005.
- Otto, J. M. (2001). The Role of Adult Protective Services in Addressing Abuse. *Summer 2000*, 33-38.
- Pavik, V. N., Hymen, D. J., Festa, N. A. & Dyer, C. B. (2001). Quantifying the Problem of Abuse and Neglect in Adults-Analysis of a Statewide Database. *American Geriatric Society*, 49(1), 45-48.
- Peguero, A. A, & Lauck, A. M. (2008). Older Adults and Their Vulnerabilities to the Exposure of Violence. *Sociology Campuss* 2(1). 62-73.
- Penhale, B. (2006). World Elder Abuse Awareness Day. *The Journal of Adult Protection*, 8(3), 33-35.
- Pettee, E. J. (1997). Elder Abuse: Implications for Staff Development. *Journal of Nursing Staff Development*, 13(1), 7-13.
- Potter, J. (2004). The importance of recognizing abuse of older people. *British Journal of Community Journal Nursing*. 10(4), 185-187.
- Puchkov, P. V. (2006). Elder abuse: current research in the Russian Federation (2004-2006). *The Journa of Adult Protection*, 8(4), 4-12.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52(7), 537-543.
- Plitnick, K. (2008). Elder Abuse. *AORN Journal*, 87(2), 422-427.
- Racic, M., Kusmuk, S., Kozomara, L., Debelnagic, B., & Tepic, R. (2006). The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care setting. *The Journal of Adult Protection*, 8(4), 20-24.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P., & Trudel, M. (2008). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *Int J Public Health*, 53, 46-56.
- Richardson, B., Kithen, G., & Livingston, G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Aging*, 31, 335-341.

- Rodriguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H., & Manggione, C. M. (2006). Mandaory reporting of Elder Abuse: Between a Rock and a Hard Place. *Annals of family medicine*, 4(5), 403-409.
- Roe, B. (2002). Protect older people from abuse. *Nursing practice*, 14(9), 14-19.
- Sandmoe, A. (2007). How well can standardized instruments help nusres to identify abuse of older people: A literature review. *Journal of nursing research*, 27(2), 4-8.
- Sayles-Cross, S. (1988). Profile of Familial Elder Abuse: A selected Review of the Literature. *Journal of community health nursing*, 5(4), 209-219.
- Schofield, M. J. & Mishra, G, D. (2003). Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
- Schofield, M. J. & Mishra, G, D. (2004). Three year health outcomes aong older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of life research*, 13, 1043-1052.
- Schofield, R. B. (2006). Office of Justice Programs Focuses on Studying and Preventing Elder Abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 2(3), 150-153.
- Selwood, A. Cooper, C. & Livingston, G. (2007). What is elder abuse-who decides?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1009-1012.
- Shugarman, L. S., Fries, B. E., Wolf, R. S., & Morris, J. N. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *American Geritrics Society*, 51(1), 24-31.
- Slater, P. (2005). Elder abuse, adult protection and social care: developments in New Labour policy. *The Journal of Adult Protection*, 7(3), 33-37.
- Sutthichai Jitapunkul. (2005). *Situation of the Thai Elderly*. The National Commission on the Elderly, The Ministry of Social Development and Human Security.
- Swagerty, D. L., Takahashi, P. Y.& Evans, J. M. (1999). Elder Mistreatment. *American Family Physician*, 59(10), 2804-2808.
- Tilden, V. P., Schmidt, T. A., Limandri, B. J., Chiodo, G. T., Garland, M. J.,& Loveless, P. A. (1994). Factors That Influence Clinicians' Assessment and Manangement of Family Violence. *American journal of Public Health*, 84(4), 628-663.

- Touza, C. (2004). Initial conclusions on the design and validation of the inadequate treatment detection scale' for elders. *The journal of Adult protection*, 6(3), 4-14.
- Trevitt, C., & Gallagher, E. (1996) Elder abuse in Canada and Australia: implications for nurses. *International. Journal Nurse Study* 33(6), 651-659.
- Thobaben, M. (2001). *Mistreatment of Elders by Family Members*. Home Care Provider: National Center on Elder Abuse.
- Utle, R. (1999). Screening and Intervention in Elder Abuse. *Home Care Provider*, 4(5), 198-201.
- Wahl, J. (2007). *Elder Abuse: The hidden. Crime*. Ontario: CLEO.
- Wang, J. J. (2005). Psychological Abuse Behavior Exhibited by Caregivers in the Care of the Elderly and Correlated Factors in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 13(4), 271-279.
- Wang, J. J., Lin, J. N., & Lee, F. P. (2006). Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the elderly in a Domestic Context. *Geriatric Nursing*, 27(5), 284-291.
- Wang, J. J., Tseng, H. F. & Chen, K. M. (2007). Development and Testing of Screeing Indicators for Psychological Abuse of Older People. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), 40-47.
- Westley, C. (2005) Elder Mistreatment: Self-Learning Module. *Medsurg Nursing*, 14(2), 133-137.
- White, S. W. (2000).Elder Abuse: critical Care Nurse Role in Detection. *Critical care nursing Quarterly*, 23(2), 20-25.
- Wieland, D. (2000). Abuse of Older Persons: An Overview. *Holistic Nurse Practitioner*, 14(4), 40-50.
- Wolf, R. (2000). Introduction: The nature and Scope of Elder Abuse. *Sommer*, 6-12.
- Wyandt, M. A. (2004). A review of Elder Abuse Lituratur: An Age old problem Brought to Light. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 40-52.
- Yan, E. C. W., & Tang, C. S. K. (2004). Elder Abuse by Caregivers: A study of Prevalence and Risk factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.

- Zink, T., Jacobson, C. J., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden Victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships. *Journal of women's health*, 13(8), 898-908.
- Zink, T & Fisher, B. S., & Regan, S. (2005). The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices. *Journal of General International Medicine*, 20, 884-888.
- Zink, T & Fisher, B. S. (2007). Family Violence Quality Assessment Tool for Primary Care Offices. *Quality Management in Health Care*, 16(3), 265-279.





ภาคผนวก ก

สาระสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์

สาระสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับความรุนแรงในผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นทางสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้

ประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพกายของผู้สูงอายุ (Impact on Physical Health of elder abuse)

1. ความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นเวลานาน เรื้อรัง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Collin, & Presnell, 2006; Level 4; Akaza, et al., 2003, Level 4; Yan, & Tang, 2004; Level 6; Kim, et al., 2007, Level 6)
2. สาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้สูงอายุคือ การดูแลที่ไม่ถูกต้อง ร่างกายเสียความสมดุล จากการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Collin, & Presnell, 2007, Level 4; Akaza, et al., 2003, Level 4)
3. ความรุนแรงในผู้สูงอายุส่งผลต่อสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ก่อให้เกิดอาการของโรคมารุนแรงขึ้น (Comijs, et al., 1998, level 6; Anme, 2004; Level 6; Collin, & Presnell, 2006; Level 4; Yan, & Tang, 2004, Level 6; Beach, et al., 2005, Level 6; Heath, et al., 2005, Level 6; Oh, et al., 2006, Level 6; Kim, et al., 2007, Level 6)
4. ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นภาวะคุกคามสุขภาพและคุณภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (Shugarman, et al., 2003, Level6; Schofield, & Mishra, 2004, Level 4)
5. อาการและอาการแสดงจากการถูกรุนแรงมีลักษณะคล้ายการเจ็บป่วยด้วยโรคของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่เดิม หรือจากอุบัติเหตุ (Schofield, & Mishra, 2004, Level 4; Kim, et al., 2007, Level 6; Harrell, et al., 2006, Level 6)
6. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือมีโรคเรื้อรังเดิม (Comijs, et al., 1998;Level Anme, 2004; Level 6; Collin, & Presnell, 2006; Level 4; Cooper, et al., 2006; Level 6; Cooper, et al., 2008, Level 5)
7. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพการดูแลคือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Beach, et al., 2005, level 6; Omote, et al., 2007, Level 6)
8. การถูกรุนแรงในผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น (Lanchs, et al., 1998, Level 4; Schofield, & Mishra, 2004, Level 4)

9. อาการและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้งต้องเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาล (Comijs, et al., 1998, Level 6; Boldy, et al., 2005, Level 6; Cooper, et al., 2008, Level 5)

ประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Impact on Psychological Health of elder abuse)

1. ความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพจิต (อจณราพร สี่หิรัญพงศ์และคณะ, 2544, Level 6; มารยาท รุจิวิทย์และคณะ, 2547, Level 6; Comijs, et al., 1998, Level 6; Akaza, et al., 2003, Level 4; Cooper, et al., 2006, Level 6; Cooper, et al., 2008, Level 5)
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาต้องยอมจำนนต่อสถานการณ์การถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้ง การเจ็บป่วยทางจิตจึงเกิดจากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง อย่างซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Akaza, et al., 2003, Level 4; Collin, & Presnell, 2006, Level 4; Zink, et al., 2005, Level 6)
3. ปัญหาทางสุขภาพจิตมีสาเหตุจากการกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง ละเลย โดยเป็นการกระทำของบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ (อจณราพร สี่หิรัญพงศ์และคณะ, 2544, Level 6; มารยาท รุจิวิทย์และคณะ, 2547, Level 6; Zink, et al., 2005, Level 6; Oh, et al., 2006, Level 6)
4. อาการทางจิตจากการถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งมีอาการและอาการแสดงคล้ายกับอาการของโรคสมองเสื่อม หรือโรคทางจิตอื่นๆ (Schofield, & Mishra, 2004, Level 4)
5. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จากการถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้ง จะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการมาก ลักษณะอาการบางอย่าง เป็นอาการทางจิตที่ออกมาทางกาย เช่นปวดศีรษะ นอนไม่หลับ (Psychosomatic disorder) (Zink, et al., 2005, Level 6; Schofield, & Mishra, 2004, Level 4)

ภาคผนวก ข
ตารางสัปดาห์งานการวิจัย

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง การทำรณรงค์ผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย
ผู้วิจัย อัจฉราพร สิริบุญพงศ์, ศิริอร สันธุ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และวารี กังใจ
วารสารที่ตีพิมพ์ วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2(3), 3-11 (ปี 2544)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำรณรงค์ผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย 2. เพื่อศึกษาปัจจัย อายุ รายได้ การทำรณรงค์ในการทำนยาอาหารทางจิตของผู้สูงอายุสตรีไทย
กลุ่มตัวอย่าง	สตรีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 509
Setting ของงานวิจัย	ชุมชนเมืองใหญ่
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นวิจัยเชิงสำรวจ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ การทำงาน รายได้ และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย 2. แบบวัดการทำรณรงค์ (สร้างจากประสบการณ์ของผู้วิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ) จำนวน 47 ข้อ แบบวัดประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย มี 6 ข้อ 2) ด้านจิตใจมี 21 ข้อ 3) ด้านการเอาประโยชน์มี 8 ข้อ และ 4) ด้านการถูกทอดทิ้ง 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-4 โดยผู้สูงอายุพิจารณาความถี่บ่อย (ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ) ของเหตุการณ์การถูกทำรณรงค์

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	3. แบบวัดอาการทางจิตแบบย่อ (Brief Symptom Inventory) เป็นแบบวัดตอบสนองด้วยตนเอง มีข้อคำถาม 53 ข้อ วัดอาการทางจิต 9 ด้าน ได้แก่ somatization, obsessive, compulsive, interpersonal, sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism ประเมิน 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) จนถึง 4 (มากที่สุด) คะแนนที่สูงแสดงว่า ยังมีจำนวนและความรุนแรงของอาการทางจิต
ผลการวิจัย	1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-90 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี เป็นผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ 280 คน ต่างจังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย จำนวน 229 คน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 49 คู่ ร้อยละ 44 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 69 ยังทำงานอยู่ ร้อยละ 31 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3360 บาท อาศัยอยู่กับลูกสาว ลูกชาย พบอยู่คนเดียว ร้อยละ 1.6 2. อับัติการณ์การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย พบการทารุณกรรมด้านจิตใจ ร้อยละ 70.3 ทอดทิ้งร้อยละ 65.4 ด้านร่างกายร้อยละ 59.7 ด้านเอาประโยชน์ ร้อยละ 21.2 3. การทารุณกรรมและอายุ สามารถทำนายอาการทางจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำนายได้ร้อยละ 16
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การทารุณกรรมในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุสตรีมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการทารุณกรรมด้านจิตใจ โดยที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาจึงต้องยอมรับและจำนนต่อสถานการณ์ และการถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว มีภาวะซึมเศร้า การถอนหนีจากสังคม 2. อับัติการณ์ความรุนแรงในผู้สูงอายุ เป็นความรุนแรงในครอบครัวผู้กระทำคือสมาชิกในครอบครัว หากมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานาน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัย ภัณทิลา อธิรัตน์, กฤตยา แสงเจริญ, จิราวรรณ แท่นวัฒนกุล, นิตาวรรณ ฉันทะปริดา, และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2545) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ และลักษณะของพฤติกรรมความรุนแรงต่อ ผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและการปรับตัว ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 959 คน ในเขต 4 จังหวัดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน
Setting ของงานวิจัย	ชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสัมภาษณ์ (ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ดังนี้ - แบบประเมินระดับความรุนแรง 0.90 - แบบประเมินการเกิดความรุนแรง 0.75 - แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง 0.82 - แบบประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุ 0.76
ผลการวิจัย	1. ระดับความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ พฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.1 ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 44.4 และในระดับน้อย ร้อยละ 3.7 พฤติกรรม รุนแรง 3 ลำดับแรกคือ การล่วงเกิน บังคับ หรือข่มขืนทาง เพศ รองลงมาคือ การผลักไสออกจากบ้าน และการทำร้าย ร่างกายให้บาดเจ็บ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2. อุบัติการณ์และลักษณะพฤติกรรมของความรุนแรง พบว่า ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง คิดเป็น ร้อยละ 46.4 โดยส่วนใหญ่ถูกระทำรุนแรงด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 42.8 รองลงมาเป็นการทอดทิ้ง ร้อยละ 16.4 ด้านการเงินและทรัพย์สิน ร้อยละ 9.2 ด้านการทำร้ายทางเพศ ร้อยละ 2.7 และด้านร่างกาย ร้อยละ 2.2 ความรุนแรงที่เกิด เป็นความรุนแรง ในระดับมาก ร้อยละ 22.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.5 และระดับน้อย ร้อยละ 1.4 ผู้กระทำความรุนแรง ได้แก่ ลูก หลาน และคู่สมรส พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เชื่อฟัง ได้เลี้ยงไม่เคารพ ร้อยละ 33.9 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรง ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรสและรายได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส อายุ รายได้ ร่วมกันพยากรณ์การเกิดความรุนแรงได้ ร้อยละ 2.6 พิจารณาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ด้านผู้กระทำและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่ร่วมพยากรณ์การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ได้แก่ บุคลิกภาพของผู้กระทำ ผู้กระทำมีปัญหาและความเครียด บุคลิกภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมที่นำไปสู่ความรุนแรงของผู้กระทำ โดยพยากรณ์ได้ร้อยละ 25.1 ($R^2 = .251$) 4. วิธีการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้หลายวิธีร่วมกัน คือ เลือกใช้แบบหลีกเลี่ยงและ/หรือใช้กลไกทางจิตโดยไม่แก้ปัญหา ร้อยละ 93.0 วิธีที่เลือกใช้มากที่สุดคือ การทำบุญตักบาตรหรือทำกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้จิตใจสงบ ร้อยละ 76.6
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากการถูกระทำรุนแรงคือการถูกทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ 2. การผลักดันให้ออกจากบ้าน การทอดทิ้งส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหาทางออกโดยการพึ่งศาสนา

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัย มรรยาพร รุจิวิทย์และ ศิริพร ศรีวิชัย

วารสารที่ตีพิมพ์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(1), 21-30 (ปี 2547)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. ศึกษาอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง ลักษณะความรุนแรง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ยินดีร่วมวิจัย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน
Setting ของงานวิจัย	ในชุมชน อ. บ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ
ระเบียบวิธีวิจัย	วิธีวิจัยเชิงพรรณนา
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วย - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มี 13 ข้อ - ส่วนที่ 2 ระดับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว 27 ข้อ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ (คะแนน 0-4) - ส่วนที่ 3 การเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวมี 27 ข้อ ตอบเป็นแบบ เคย (1 คะแนน) ไม่เคย (0 คะแนน) - ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว
ผลการวิจัย	1. อับัติการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 48.50 เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาในระดับประถม ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ระดับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการทารุณกรรมทางเพศมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.15 (S.D. = 0.79) 3. ลักษณะความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า มีความรุนแรงด้านจิตใจ/อารมณ์ ร้อยละ 44.50 การทอดทิ้ง ร้อยละ 21.25 ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน ร้อยละ 8.75 ทางเพศ ร้อยละ 3.50 และด้านร่างกาย ร้อยละ 2.25

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4. ลักษณะความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า มีความรุนแรงด้านจิตใจ/อารมณ์ ร้อยละ 44.50 การทอดทิ้ง ร้อยละ 21.25 ด้านการเงิน/ทรัพย์สิน ร้อยละ 8.75 ทางเพศ ร้อยละ 3.50 และด้านร่างกาย ร้อยละ 2.25 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า บุคลิกภาพของผู้กระทำ พฤติกรรมที่นำสู่ความรุนแรงของผู้กระทำ ประสิทธิภาพที่ถูกผู้สูงอายุกระทำรุนแรง ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้กระทำ และพฤติกรรมที่นำสู่ความรุนแรงของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า บุคลิกภาพของผู้กระทำ พฤติกรรมที่นำสู่ความรุนแรงของผู้กระทำ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และประสิทธิภาพที่ถูกผู้สูงอายุกระทำรุนแรง มีผลต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ความรุนแรงด้านจิตใจและการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ผลที่เกิดขึ้นคือภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ไร้ค่า ว่าเหวจากการถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลในสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพ เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น 2. สายสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี การอาศัยอยู่ด้วยกันเกิดการกระทำรุนแรง ทอดทิ้งเป็นเวลาดำเนินการ เรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลสิ่งจำเป็น อาหาร ยา ฯลฯ เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2. ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในระดับปานกลาง เรียงลำดับการปฏิบัติจากมากไปน้อย พบว่า ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการป้องกันปัญหา โดยการจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาเป็นบทบาทด้านการพัฒนาโดยการสนับสนุนให้ครอบครัวแสดงบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาและอันดับสามคือ บทบาทในการแก้ไขปัญหาโดยวิธีการประสานงานกับครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ 3. ทักษะของผู้นำชุมชนต่อแนวทางในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าผู้นำชุมชนมีทักษะต่อการปฏิบัติการและการให้ความช่วยเหลือมากกว่าการวางแผนและการแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือ และการประเมินสถานะปัญหา
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	การปฏิบัติงานในชุมชน หัวใจของการปฏิบัติงานคือการทำงานเป็นเครือข่าย ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทต่อการปฏิบัติงานในด้านสุขภาพกับพยาบาลชุมชน จะทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิผลมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการดูแลกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เป็นการป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ เช่นกิจกรรมต่างๆของชุมชน ที่เชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมต่างๆของชุมชนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และการได้รับการดูแลการเจ็บป่วยที่ดี ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีได้ตามศักยภาพ และสังคมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีไทย

ผู้วิจัย โรจน์ย์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวังและศิริรัตน์ ปานอุทัย

วารสารที่ตีพิมพ์ วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม- กันยายน 2549

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย 2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย 3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 304 ราย
Setting ของงานวิจัย	Community (8 ชุมชน ในเขต อ.เมือง จ.เชียงใหม่)
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์เปรียบเทียบ (case-comparison descriptive study)
เครื่องมือ	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2. เครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว (The Elder Abuse Scale) คำถามประกอบด้วย 40 ข้อ แบบปรมาณมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยการทำร้าย 5 ด้าน ได้แก่การทำร้ายร่างกาย 8 ข้อ การทำร้ายด้านจิตใจ 12 ข้อ การแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ การถูกทอดทิ้ง จำนวน 12 ข้อ และการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเริ่มต้นของการทำร้ายเริ่มจาก 1 (สถานการณ์การถูกทำร้ายไม่เกิดขึ้นเลย) ถึง 3 (สถานการณ์การถูกทำร้ายเกิดขึ้นบ่อยครั้ง) ค่าความน่าเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของเครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวรายด้าน คือ การทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางด้านจิตใจ การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทอดทิ้งและการละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.91, 0.91, 0.62, 0.90, 0.82 ตามลำดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	3. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว (The Modified Health Attitude Living Arrangement Finance Assessment Tool; H. A. L. F.) ที่ได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ทักษะจิตของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ และสภาพทางเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนสูงจะแสดงถึงโอกาสเสี่ยงของการถูกทำร้ายสูง ค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของกรอบบาทของแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวรายด้าน คือ ภาวะสุขภาพ ทักษะจิตของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสภาพทางเศรษฐกิจมีค่าเท่ากับ 0.85, 0.94, 0.89, 0.77 ตามลำดับ 4. ดัชนีบาร์เคลอติแอลและดัชนีจุพาเอติแอล ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ดัชนีบาร์เคลอติแอลและดัชนีจุพาเอติแอล เท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ 5. กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69.24 ปี (SD 5.65) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.0 สถานภาพหม้ายร้อยละ 51.6 มีบุตรอย่างน้อย 1 คนร้อยละ 88.8 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 49.7 ระดับการศึกษาชั้นประถม ร้อยละ 64.5 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 53.9 มีรายได้น้อยกว่าเส้นแบ่งความยากจนของประชาชนไทยในเขตภาคเหนือร้อยละ 60.9 ได้รับเงินช่วยเหลือในการดำรงชีพจากบุคคลอื่นเช่นบุตร พี่น้อง ร้อยละ 69.4 ไม่ทราบรายได้ของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือนร้อยละ 84.5 ผู้สูงอายุรับรู้รายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ ร้อยละ 83.2 ครอบครัวไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 98 ครอบครัวมีรายงานว่าสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรและคู่สมรส ดื่มเหล้าและ/หรือเสพยาเสพติด ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่างร้อยละ 71.1

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	1. กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69.24 ปี (SD 5.65) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.0 สถานภาพหม้ายร้อยละ 51.6 มีบุตรอย่างน้อย 1 คนร้อยละ 88.8 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 49.7 ระดับการศึกษาชั้นประถม ร้อยละ 64.5 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 53.9 มีรายได้น้อยกว่าเส้นแบ่งความยากจนของประชาชนไทยในเขตภาคเหนือร้อยละ 60.9 ได้รับเงินช่วยเหลือในการดำรงชีพจากบุคคลอื่นเช่นบุตร พี่น้อง ร้อยละ 69.4 ไม่ทราบรายได้ของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือนร้อยละ 84.5 ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ ร้อยละ 83.2 ครอบครัวไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 98 ครอบครัวมีรายงานว่าสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรและกลุ่มสมรส ดื่มเหล้าและ/หรือเสพยาเสพติด ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่างร้อยละ 71.1 2. ร้อยละ 46.4 ของผู้สูงอายุสตรีไทยมีประสบการณ์ของการถูกทำร้ายอย่างน้อย 1 ชนิด พบอัตราความชุกของการทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุสตรีไทย ร้อยละ 39.5 การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.4 การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.5 การทอดทิ้งร้อยละ 11.2 และ การทำร้าย ร้อยละ 6.2 3. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทย พบว่า ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและ/หรือเสพยาเสพติด การรับรู้ความพอเพียงของรายได้ และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$, $p < 0.01$, และ $p < 0.005$ ตามลำดับ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว สถานภาพเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ส่วนความบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากดัชนีบาร์เรอเอตี้แอลและดัชนีจูพาแอลตี้แอล มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทย พบว่า ประวัติดสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและ/หรือเสพสิ่งเสพติด การรับรู้ความพอเพียงของรายได้ และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$, $p < 0.01$, และ $p < 0.005$ ตามลำดับ และการรับรู้ภาวะสุขภาพทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว สถานภาพเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ส่วนความบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากดัชนีบาร์เธลและดัชนีจูพาแอลดีแอล มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$ 5. ผู้สูงอายุสตรีไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุไม่ดี มีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 9.7 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยค่าความเชื่อมั่น (95% CI) อยู่ระหว่าง 4.97-19.13 ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.01$ ครอบครัวสตรีไทยที่มีสมาชิกครอบครัวดื่มเหล้าและ/หรือสารเสพติดมีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 4.6 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติดื่มเหล้าและ/หรือสิ่งเสพติดที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.01$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 1.71- 12.62 ผู้สูงอายุสตรีไทยที่สภาพความเป็นอยู่ไม่ดี มีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีมีระดับนัยสำคัญ $p < 0.005$ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.18- 7.69 ผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสถานภาพของเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ดีและต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันมีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 2.8 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวดีและไม่ต้องพึ่งพากันที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.24- 6.31 ผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีการรับรู้สุขภาพที่ไม่แข็งแรงมีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 2.2 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีการรับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.12-4.20

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อ สุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายหรือถูกระทำรุนแรงมีปัญหาด้านสุขภาพอยู่เดิม อยู่ในภาวะพึ่งพาเรื่องการครองชีพ 2. ทักษะที่ไม่ดีและการดื่มเหล้า/สิ่งเสพติดของสมาชิกในครอบครัว เป็นเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการทำร้ายกับผู้สูงอายุ 3. การถูกทำร้ายของผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นอยู่เดิม อาการเป็นมากขึ้นหรือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้



เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง Elder abuse in Canada and Australia: implications for nurses

ผู้วิจัย Corinne Trevitt and Elanine Gallagher (1996)

วารสารที่ตีพิมพ์ Int. J. Nurs. Stud. Vol. 33 No. 6

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในแคนาดาและออสเตรเลียเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุและการจัดการปัญหา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน setting ต่าง ได้แก่ Long term care, community nursing, Age-care community, Acute care hospital, mental health ในแคนาดาและออสเตรเลีย
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	Questionnaire มี 3 ส่วน ส่วนแรกสอบถามเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่พบขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน ส่วนที่สองเป็นแบบวัดความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน โดยใช้ Likert Scale (1-5) ส่วนอื่นๆ จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการปัญหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ
ผลการวิจัย	1. พยาบาลวิชาชีพในทั้งสองประเทศไม่มีข้อแตกต่างกันในเรื่องของทักษะ ความรู้ของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ 2. พยาบาลทั้งสองประเทศ (Self report) สามารถที่จะบอกถึงการใช้ความรุนแรงได้ว่าที่ไหนที่เสี่ยงต่อการเกิดการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ การเขียนบันทึก การประเมิน และการให้บริการ รวมทั้งการให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมาย แต่ก็พบอุปสรรคในการปฏิบัติงาน การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศยังไม่มีความรู้และยังไม่มีทักษะในการให้การดูแลที่ดีได้ แต่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งด้านร่างกายได้เป็นอย่างดี

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. อุปสรรคในการปฏิบัติงาน (Self report ของพยาบาล) ทั้งสองประเทศคือ รูปแบบในการสื่อสาร การประสานงาน ทั้งระหว่างองค์กร ยังประสบปัญหาอยู่ เช่นมีความล่าช้า ขาดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ยังให้ความสนใจในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย และรูปแบบการให้การดูแลและจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุยังกระจุกกระจายไม่เป็นไปในทางเดียวกัน อีกทั้งนโยบายดำเนินงานยังไม่ชัดเจน พยาบาลปฏิบัติงานในชุมชนยังได้รับความสนใจน้อย
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. พยาบาลชุมชนเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกัน การจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะอยู่ที่บ้านหรือชุมชน มากกว่าในสถานพยาบาล 2. การให้ความรู้กับพยาบาล การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับประเด็นการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุของพยาบาลชุมชนมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน นอกเหนือจากการปฏิบัติงานประจำ เพราะผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพอันเกิดจากการกระทำรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการและต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายหน่วยงานให้การช่วยเหลือและการจัดการปัญหาร่วมกัน

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่อง Detecting and Management elder abuse: challenges in primary care

ผู้วิจัย Paul Krueger, & Christopher Patterson. (1997)

วารสารที่ตีพิมพ์ Canadian Medical Association 157(8), 1095-1100.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาการรับรู้ของแพทย์ครอบครัวต่ออุปสรรคและกลยุทธ์ในการบริหารจัดการกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในหน่วยบริการปฐมภูมิ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	แพทย์ครอบครัว
Setting ของงานวิจัย	ในเขตเทศบาลเมือง Hamilton-Wentworth, Ont (ชุมชน)
ระเบียบวิธีวิจัย	Questionnaire survey
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	Questionnaires เกี่ยวกับปัญหาในการบริหารจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ และถามกลยุทธ์หรือแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป
ผลการวิจัย	1. แพทย์ครอบครัวตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ 65 อุปสรรคในการประเมินและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ - ครอบครัวและผู้สูงอายุปฏิเสธว่าไม่มีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.8 - ครอบครัวและผู้สูงอายุปฏิเสธการช่วยเหลือจากแพทย์ครอบครัว หลังพบว่ามีการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุจริง ร้อยละ 72.9 - แพทย์ครอบครัวไม่ทราบว่าต้องขอความช่วยเหลือได้จากแหล่งใดบ้าง ร้อยละ 72.0 - ไม่มีแนวทางชัดเจนในการประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 65 - ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 62.5 - ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนต่อสถานการณ์การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 - กลัวการแก้แค้นจากผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.3 - ยากที่จะอธิบายเรื่องการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.9

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ยังขาดความรู้เกี่ยวกับความชุกของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.8 2. กลยุทธ์ที่แพทย์ครอบครัวเสนอและต้องการคือ - ให้มีแหล่งช่วยเหลือที่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้เมื่อพบว่าการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.9 - ให้มีแหล่งบริการและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.7 - สร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการประเมิน การบริหารจัดการกรณีการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.8 - ให้มีการศึกษาเรื่องของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 68.1 3. แพทย์ครอบครัวตระหนักเรื่องของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การศึกษาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมในมิติของปัญหา ทำให้ขาดองค์ความรู้ที่จะนำมาในการปฏิบัติงาน 2. ในการบริหารจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อที่จะได้มีแนวปฏิบัติสำหรับวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนองค์กรต่างๆ ในการปฏิบัติงานทั้ง องค์กรด้านครอบครัว บุคลากร หน่วยงาน 3. การปฏิบัติงานในด้านสุขภาพในชุมชน นอกเหนือจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อมในผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุจากการถูกระทำรุนแรงได้ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนควรตระหนักถึงประเด็นนี้

เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่อง Elder Abuse; Implications for Staff Development

ผู้วิจัย Erinor J. Pettee

วารสารที่ตีพิมพ์ Journal of nursing staff Delvelopment Vol. 13 No. 1 1997

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างและ Setting ของงานวิจัย	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน setting ต่างๆ ได้แก่ ชุมชน ห้องฉุกเฉิน ในหอผู้ป่วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Survey study
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสอบถามประสบการณ์พบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง และแบบสอบถามความรู้เรื่องของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ
ผลการวิจัย	1. พยาบาลส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง ร้อยละ 60 มีการรายงาน ร้อยละ 34 ประเภทของการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ การทอดทิ้ง พบ ร้อยละ 37 การทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 32 การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 22 และการใช้ความรุนแรงด้านจิตใจร้อยละ 19 2. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบว่าพยาบาลยังส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้ คือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ การรายงาน (Mandatory report law) หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ หรือ Adult Protective Service 3. พยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ คือ ความหมาย (deffinition of elder abuse) การประเมิน (Assessment of elder abuse) การใช้กฎหมาย การให้บริการช่วยเหลือผู้ถูกระทำหรือ โปรแกรมต่างๆ ที่ช่วยในการปฏิบัติงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ จะช่วยในการประเมิน การดูแล และการจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ 2. การมีความรู้ในเรื่องการประเมิน การดูแลและการจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในขณะปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลช่วยเหลือภาวะการเจ็บป่วย การบาดเจ็บอันเกิดจากการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุได้ สามารถลดอัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

เรื่องที่ 9

ชื่อเรื่อง

Elder Abuse in the Community: Prevalence and Consequences

ผู้วิจัย

Hannie C. Comijs, Anne Margriet Pot, Johannes H. Smit, Lex M. Bouter, & Cees Jonker

วารสารที่ตีพิมพ์ Journal of American Geriatrics Society Vol. 46 Issue 7 (July 1998)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อประเมินความชุกและผลกระทบต่อผู้สูงอายุจากการถูกรบกวนว่าเป็นเวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน (chronic verbal aggression) การกระทำความรุนแรงด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุ (Physical aggression) การเอาทรัพย์สินหรือผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ (financial mistreatment) และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน 2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่นำไปสู่การใช้ความรุนแรงและแนวทางในการจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) ที่อยู่ในชุมชนใน Amsterdam (Netherlands) จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากช่วงอายุ 5 ปี คือ ช่วงอายุ 65-69, 70-74, 75-79 และ 80-84 ปี ให้ได้แต่ละช่วงอายุจำนวนเท่าๆ กัน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 4051 ราย
Setting ของงานวิจัย	Community, เมือง Amsterdam (Netherlands)
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study โดยการติดตามเป็นเวลา 1 ปี
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	Conflict Tactics Scale ในแบบสัมภาษณ์ จะสอบถามถึงความถี่ของการถูกระทำความรุนแรงในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับเหตุผลและผลกระทบจากการกระทำความรุนแรง เป็นคำถามที่ประเมินความรุนแรงด้านร่างกาย ทรัพย์สิน ด้านจิตใจ การตอบสนองทางอารมณ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด และคำถามสุดท้ายถามถึงการป้องกันตนเองจากการถูกระทำความรุนแรงซ้ำ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	1. จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มต้นศึกษาทั้งหมด 4051 ราย หลังการติดตามกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างได้เพียง 1954 ราย เนื่องจาก เสียชีวิต (10.1%) ป่วยหนักและเสียชีวิต (8.6%) ปฏิเสธการสัมภาษณ์ (16.3%) ไม่สามารถติดต่อได้ (5.7%) จากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดตามได้นี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (poor health) กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามได้จะ ไปอยู่ที่สถาบันดูแลผู้สูงอายุ/สถานพยาบาล 2. ภายในเวลา 1 ปี พบความชุกของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุร้อยละ 5.6 ซึ่งพบมากที่สุดเป็น Verbal aggression (คำว่า พุดจาหยาบคาย รุนแรง) ร้อยละ 3.2, Physical aggression (ผลัก หยิก ตะแถก ชก ใช้อาวุธ มีด ปืนข่มขู่) ร้อยละ 1.2, financial mistreatment (เอาเงินทรัพย์สินไปใช้ หรือเอาไปให้ผู้อื่นหรือหญิงอื่น) ร้อยละ 1.4 และ Neglect ร้อยละ 0.2 3. ความชุกของการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุไม่มีข้อแตกต่างกันทั้งเพศและอายุ 4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่าหลังจากถูกระทำรุนแรงจะมีพฤติกรรมทางอารมณ์ตอบสนองทันที (emotional reaction) และผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท ผลกระทบจากการถูกระทำรุนแรงคือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมตอบสนองต่อผู้กระทำรุนแรง เช่นต่อต้าน ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีแผลตามร่างกาย แผลเป็น แผลฟกช้ำ มี 1 รายบาดเจ็บอย่างรุนแรง 5. ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 70 ที่ถูกระทำรุนแรงสามารถหยุดการถูกระทำรุนแรงได้โดยตัวผู้สูงอายุและจากการช่วยเหลือจากผู้อื่น 6. ผู้กระทำรุนแรงคือบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุและเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไวใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล จากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย 2. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย สุขภาพไม่ดี มีความบกพร่องทางด้านร่างกายและความคิด การถูกกระทำรุนแรงดังกล่าวส่งผลให้การเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจมีอาการมากขึ้น 3. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีปฏิกิริยาหรือการตอบสนองจากการถูกกระทำรุนแรงออกมาทางอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ ต่อต้าน เครียด ซึมเศร้า ปฏิเสธการดูแล 4. การป้องกันการให้ความรุนแรงควรมุ่งเน้นไปที่ครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการป้องกันการให้ความรุนแรงในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้

เรื่องที่ 10**ชื่อเรื่อง** The Mortality of Elder Mistreatment**ผู้วิจัย** Mark S Lanchs, Christianna S Williams, Shelley O'Brien, Karl A Pillemer and Mary E. Charison (1998)**วารสารที่ตีพิมพ์** JAMA, 280 (5), 428-432.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่เกิดจากการกระทำรุนแรง ในที่อยู่อาศัยในชุมชน
Setting และกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย	Community dwelling กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่ถูกกระทำรุนแรงและถูกทอดทิ้ง ที่ได้รับรายงาน ยืนยันและส่งต่อจากหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือต่างๆ เช่น Adult Protective Service
ระเบียบวิธีวิจัย	Prospective cohort study โดยการติดตาม case ที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งในผู้สูงอายุ เป็นเวลา 9 ปี โดยแบ่งช่วงทุก 3 ปี มีการติดตามและประเมินทั้งภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย สาเหตุการเสียชีวิต
ผลการวิจัย	9 ปี ของการติดตาม พบว่า - มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานช่วยเหลือผู้ใหญ่ (APS) พบว่า ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 5.7 ถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 17.5 เอาผลประโยชน์ ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 72.7 เป็นการทำร้ายตนเอง - วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากร โรคเรื้อรัง functional status, social network, cognitive status และ depressive symptomatology จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุเคยถูกกระทำรุนแรง (odds ratio, 3.1; 95% confidence interval, 1.4-6.7) หรือมีการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ (odds ratio, 1.7; 95% confidence interval, 1.2-2.5)

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	- การถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุจะทำให้การเสียชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - นอกเหนือจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุกลายเป็นภาวะที่คุกคามสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



เรื่องที่ 11

ชื่อเรื่อง How Geriatricians Identify Elder Abuse and Neglect

ผู้วิจัย Regina Harrell et al

วารสารที่ตีพิมพ์ The American journal of the medical sciences, January 2002 Vol No.1

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาว่าแพทย์ได้ให้ความหมาย การวินิจฉัยการถูกระทำรุนแรง และทอดทิ้งในผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	แพทย์ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานใน setting ต่างๆ ในเมือง Texas
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	A standardized set of open-ended questions
ผลการวิจัย	1. แพทย์ผู้สูงอายุพบผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเฉลี่ย 8.7 ราย ต่อปี 2. แพทย์ส่วนใหญ่อธิบายว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงเป็นผลที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ดีของผู้ดูแล ที่อาจเกิดจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล 3. หลังจากที่แพทย์ได้ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้สูงอายุ การประเมินผู้ดูแลลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีลักษณะดังนี้ เรียงลำดับที่พบมากไปน้อย ตามจำนวนแพทย์ที่ระบุ (คน) ● มีรอยฟกช้ำ บาดแผล แผลถลอก หรือผิวหนังฉีกขาด พบมากที่สุด (10 คน) ● สุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี (8 คน) ● ภาวะขาดสารอาหาร (6 คน) ● ภาวะขาดน้ำ (6 คน) ● ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออก (6 คน) ● แผลกดทับ (5 คน) ข้อยึดติด (2 คน) ● มีเหา หิด ตามร่างกาย (2 คน) ● ผู้สูงอายุกลัวการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (2 คน) ● สูญเสียระบบสัมผัส (1 คน)

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งเป็นลักษณะของการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ที่อาจมองได้ว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในวัยชรา หรือเกิดจากโรคหรือภาวะของผู้สูงอายุเอง 2. การประเมินผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาการหรือการเจ็บป่วยควรตระหนักในประเด็นว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงมาหรือไม่



เรื่องที่ 12

ชื่อเรื่อง Elder Abuse and Neglect social problems revealed from 15 autopsy case

ผู้วิจัย Kayoko Akaza, et al.

วารสารที่ตีพิมพ์ Legal medicine 5(2003) 7-15

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงหรือถูกฆาตกรรมในบ้าน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ศพของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตอย่างผิดธรรมชาติใน Department of Legal Medicine, Gifu University School of Medicine (Japan) จำนวน 15 ศพ
ระเบียบวิธีวิจัย	A retrospective review (of Autopsy case) ในระหว่างปี 1990 และ 2000 อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มี subject 125 case พบว่า 15 case เสียชีวิตจากการถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้ง
ผลการวิจัย	- จากการชันสูตรศพทั้ง 15 case พบว่า มีอายุระหว่าง 66-87 ปี อายุเฉลี่ย 74.5 ปี อัตราส่วนชายต่อหญิง เป็น 1:2 มีจำนวน 5 case ที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรอันเนื่องมาจากโรคสมองเสื่อม และความผิดปกติของร่างกาย - การถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตมากที่สุด ตามมาด้วยการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ การทอดทิ้ง และการเอาผลประโยชน์ตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการถูกกระทำรุนแรงทางเพศ - การเสียชีวิตจากการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายคือ มี subdural hemorrhage พบมาถึง 6 case รองลงมาคือเสียชีวิตจากภาวะ Hypothermia และการกระโดดน้ำตาย หลังจากถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจ การทอดทิ้งที่ทำให้เสียชีวิตคือ ภาวะขาดสารอาหารและน้ำ รวมทั้งการล่อลวงอาหารเข้าหลอดลมทำให้หายใจไม่ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4. การเสียชีวิตจากการถูกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บซ้ำหรือถูกระทำรุนแรงซ้ำๆ (repeated physical abuse) 5. การเสียชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 15 case เกิดในครอบครัว (Domestic elder abuse) ผู้กระทำคือบุตร รองลงมาเป็นหลาน สะใภ้ ตามลำดับ ผู้กระทำความรุนแรงนั้นไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพ มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เลย ผู้กระทำความผิดเจ็บป่วยทางจิตจำนวน 4 คน และ 2 คนเป็นโรคจิตสุราเรื้อรัง
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายคือ ภาวะขาดสารอาหารและน้ำ การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ 2. การใช้ความรุนแรงและทอดทิ้งผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคือ เครียด ซึมเศร้า และการทำร้ายตนเอง 3. การถูกระทำรุนแรงต่อเนื่องๆ ซ้ำๆ ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต

เรื่องที่ 13

ชื่อเรื่อง Identifying Older People at Risk of Abuse during Routine Screening Practice

ผู้วิจัย Lisa R. Shugarman, Brant E. Fries, and Rosalie S. Wolf

วารสารที่ตีพิมพ์ American Geriatrics Society, 51(1), 24-31. 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้สูงอายุในชุมชนและแนวโน้มการถูกระทำรุนแรง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุในชุมชน อายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (home care and community base service) เมือง Michican ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 1996-เดือน ตุลาคม 1997 จำนวน 701 คน
Setting	Community (Public community based long term care)
ระเบียบวิธีวิจัย	Cross sectional design.
เครื่องมือ	Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC)
ผลการวิจัย	1. Cognitive patterns ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำระยะสั้นมีความสัมพันธ์กับลักษณะที่เป็นไปได้ว่าถูกระทำรุนแรง (OR=2.66; 90% CI=1.28-5.34) 2. Disease Diagnose โรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงคือ การเจ็บป่วยทางจิต (OR=2.48; 90% CI=1.18-5.23) 3. Physical function ไม่พบความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ 4. Behavioral problems ได้แก่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับลักษณะที่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง (OR=10.26, 90% CI=2.73-38.5) 5. Social functioning and support โครงสร้างและการทำหน้าที่ทางสังคมหรือการช่วยเหลือจากสังคมมีความสัมพันธ์กับลักษณะที่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง ได้แก่ มีแหล่งช่วยเหลือน้อย (OR=3.5 90% CI=1.5-8.1) ผู้สูงอายุมีความรู้ดีกว่าอยู่อย่างโดดเดี่ยว (OR=2.4, 90% CI=1.3-4.5) และผู้สูงอายุมีลักษณะที่แสดงถึงความขัดแย้งในครอบครัว เพื่อน (OR=2.4, 90% CI=1.2-4.3)

หัวข้อ	รายละเอียด
	6. ลักษณะที่เป็นไปได้กับผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงได้แก่ ● กลัวสมาชิกหรือคนในครอบครัว (fearful of family) ร้อยละ 24.2, ● สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี (poor hygiene) ร้อยละ 39.4, ● มีการบาดเจ็บตามร่างกายที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดได้ (unexplained injuries) ร้อยละ 6.1, ● ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแล (neglect or mistreated) ร้อยละ 21.2, และ ● ถูกผูกมัดร่างกาย (physical restrained) ร้อยละ 15.2
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อ สุขภาพ)	1. ลักษณะที่ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงเป็นลักษณะของภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (older personal' health) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน (Quality of life) 2. ลักษณะที่อาจเป็นไปได้กับผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง เป็น สัญญาณเตือนให้พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ได้ 3. ลักษณะที่เป็นไปได้กับผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงเป็นภาวะที่คุกคามสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย 4. ลักษณะที่เป็นไปได้กับผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง พยาบาลชุมชนสามารถทำการประเมินและคัดกรองการถูกระทำรุนแรงได้ เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นในขณะปฏิบัติงานประจำได้

เรื่องที่ 14

ชื่อเรื่อง Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk factors in Hong Kong Chinese Families

ผู้วิจัย Elsie Chau-Wai Yan and Catherine So-Kum Tang

วารสารที่ตีพิมพ์ Journal of Family violence, vol. 19 No.5 October 2004

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อประมาณการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวชาวจีน ในประเทศฮ่องกง
กลุ่มตัวอย่างและ Setting	ผู้สูงอายุจำนวน 276 คน ที่อาศัยอยู่เป็นการถาวรในฮ่องกง และอาศัยอยู่กับครอบครัว (Community)
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลประชากรทั่วไปและการประเมินภาวะพึ่งพา 2. ประเมินการถูกระทำรุนแรง (Assessment of Abuse) โดยใช้เครื่องมือ The Revised Conflict Tactic Scale (CTS2) และ 3. Assessment of Physical and Cognitive Function
ผลการวิจัย	1. ความชุกของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง (ถูกกระทำรุนแรงตั้งแต่ 1 ครั้งหรือมากกว่า ในเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา) พบ ร้อยละ 2.75 2. ผู้กระทำเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร คู่สมรส หลาน ผู้ดูแล 3. ประเภทของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ เรียงลำดับที่พบมากที่สุดไปน้อยดังนี้ verbal abuse ความชุกอยู่ที่ร้อยละ 26.8 physical abuse และ violation of personal right ร้อยละ 2.5 และ 5.1 ตามลำดับ ไม่สัมพันธ์กับเพศ และ ร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุ คือ อายุมาก สภาพไม่ดี ความจำบกพร่อง มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง และอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง การถูกกระทำรุนแรงและการทอดทิ้งทำให้อาการของโรค การเจ็บป่วยเป็นมากยิ่งขึ้น และการเจ็บป่วย ความบกพร่องของร่างกายและความคิด อายุมากทำให้มีภาวะพึ่งพิงมากจึงเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ 2. การป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ควรมุ่งไปที่ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจในความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

เรื่องที่ 15

ชื่อเรื่อง A study of elder abuse and risk factors in Japanese families: Focused on the Social Affiliation Model

ผู้วิจัย Tokei Anme

วารสารที่ตีพิมพ์ Geriatrics and Gerontology International, 2004; 4:S262-S263.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความชุก (prevalence) และปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวของชาวญี่ปุ่น
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
Setting	ผู้สูงอายุชุมชน ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมใกล้ตัวเมือง ในประเทศญี่ปุ่น
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ด้วย 2 วิธี คือ การส่งจดหมาย (survey I) ในกรณีผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และมีผู้ดูแล และการสำรวจโดยการเยี่ยมบ้าน (survey II) ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย
เครื่องมือ	แบบสอบถามการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจร้อยละ 9.0 ถูกทอดทิ้งร้อยละ 7.7 ด้านทรัพย์สิน ร้อยละ 6.4 ความรุนแรงด้านร่างกาย ร้อยละ 3.8 ด้านการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.8 และการทำร้ายตนเอง ร้อยละ 2.6 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางความคิด ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุ เช่นภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและความต้องการในการดูแล 3. ใน survey I ผู้สูงอายุ เชื่อว่าถ้าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องยอมรับและเชื่อฟังคนในครอบครัว และเชื่อว่าหากคนในครอบครัวไม่ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งคมจะตำหนิ และการดูแลผู้สูงอายุคือภาระที่หนักจะต้องจัดหาบริการที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ถึงอย่างไรผู้สูงอายุก็ไม่ได้ต้องการบริการดังกล่าว

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4. ใน survey II ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงพบว่ามีอาการเจ็บป่วย มีอายุมาก ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีปัญหาปัสสาวะและอุจจาระเล็ด มีการรับประทานอาหารในปริมาณมาก พุดจาและเคลื่อนไหว มีปัญหาเรื่องระบบสัมผัส (sensory disorder) โดยพบว่าผู้กระทำรุนแรงในผู้สูงอายุคือ สะใภ้ โดยผู้ดูแลได้ถูกคาดหวังจากสังคมในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ การถูกกระทำรุนแรง ทอดทิ้งเป็นการเพิ่มความรุนแรงของการเจ็บป่วย 2. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุคือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะดีหรือไม่ดีอยู่ที่ผู้ให้การดูแล 3. ผู้สูงอายุในแถบเอเชียต้องการการดูแลจากครอบครัวมากกว่าการจัดบริการจากภาครัฐหรือเอกชน

เรื่องที่ 16

ชื่อเรื่อง Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia

ผู้วิจัย Margot J. Schofield and Gita D. Mishra

วารสารที่ตีพิมพ์ Quality of life Research 13: 1043-1052 (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาผลในระยะยาวของปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพ (Health outcome) และทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ VASS ที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุหญิงจำนวน 10,421 คน อายุ 73-78 ปี คัดเลือกโดยการสุ่มจากที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล การบริการทางสังคมและได้รับการคัดกรองว่าถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้ง
Setting ของงานวิจัย	ชุมชน
ระเบียบวิธีวิจัย	Longitudinal study ศึกษาและติดตามกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 3 ปี ทำการทดสอบซ้ำ (ปี 1996 และ 1999) ด้วยเครื่องมือ VASS เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มศึกษาในปี 1996 ได้กลุ่มตัวอย่างหญิงสูงอายุ จำนวน 12,939 คน ติดตามเป็นเวลา 3 ปี เหลือกลุ่มตัวอย่าง 10,421 คน กลุ่มตัวอย่างที่หายไปเนื่องจากการเสียชีวิต การเจ็บป่วยอย่างรุนแรง และไม่สามารถติดต่อได้
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. Vulnerability to Abuse' Screening Scale (VASS) 2. Indicator of Health outcome โดยใช้ Medical Outcomes Study Health Survey-Short form (SF-36) ที่ใช้ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
ผลการวิจัย	1. เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่าภาวะสุขภาพในการประเมินครั้งแรกดีกว่าครั้งที่ 2 (ใช้ SF-36)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	2. VASS ที่มี 12 items วัดซึ่งเป็น Self report โดยวัด 4 ปัจจัยคือ ความเปราะบาง (vulnerability), การข่มขู่ (Coercion) ภาวะพึ่งพา (Dependence) และ ความโศกเศร้า (Dejection) ผลคือ ภาวะสุขภาพกาย (Physical health) สุขภาพจิต (Mental Health) ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีการเสื่อมถอยลงเป็นอย่างมาก ทั้งด้าน physical และ mental และ เครื่องมือมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างในระดับปานกลางถึงดี 3. ผู้สูงอายุหญิงในออสเตรเลียโดยเฉลี่ยถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 1-6 และมีอายุระหว่าง 70-75 ปี มีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท 4. ผู้สูงอายุหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงได้เข้ารับการรักษาสถานพยาบาลด้วยอาการ การบาดเจ็บทางร่างกาย ความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และระบบทางเดินอาหาร อารมณ์อื่นๆ ได้แก่ ความเมื่อยล้า ปวดศีรษะ ซึมเศร้า วิดกกังวล
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงถือเป็นภาวะคุกคามต่อภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต 2. การถูกกระทำรุนแรงของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีอายุที่สั้นลงจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้น 3. การถูกกระทำรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและสุขภาพจิต และมีอาการคล้ายผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า อาจทำให้นุเคราะห์ทางสุขภาพมองข้ามหรือคิดว่า อาการดังกล่าวมีสาเหตุจากความชรา 4. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงจะเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล เมื่อมีการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยด้านร่างกายเกิดขึ้น หรือมีปัญหาสุขภาพจิต

เรื่องที่ 17

ชื่อเรื่อง Intervention from Home-Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment

ผู้วิจัย John Heath, Fred A. Kobylarz, Merle Brown, and Susan Castano.

วารสารที่ตีพิมพ์ American Geriatrics Society, 53, 1538-1542, 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่ออธิบายรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงที่ถูกส่งต่อมายังหน่วยช่วยเหลือผู้ใหญ่ (APS)
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 211 ราย เป็นผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง
Setting	In-home geriatric assessment (community) New Jersey countries.
ระเบียบวิธีวิจัย	Retrospective cohort study (finding form June 1999-April 2002) พยาบาลเวชปฏิบัติ, แพทย์ผู้สูงอายุและทีมนักสังคมสงเคราะห์ ทำการประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงดังนี้ การตรวจร่างกายทั่วไปต่าง เช่น การวัดความดัน ทำทางการเดิน การทดสอบการได้ยิน ภาวะการเจ็บป่วยโรคต่างๆ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และการประเมินด้านสติปัญญา การประเมินภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ก่อนถูกส่งต่อไปยังหน่วยช่วยเหลือผู้ใหญ่
เครื่องมือ	1. Minimal State Examination (MMSE) 2. Geriatric Depression Scale
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ร้อยละ 74 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 77 ปี เป็นผู้ที่อยู่เพียงลำพังถึงร้อยละ 60, ผิดขาว ร้อยละ 80 ผิดสี ร้อยละ 12 เป็นชาวเอเชีย ร้อยละ 3 อื่นๆ ร้อยละ 2 2. ประเภทของการถูกกระทำรุนแรงคือ self neglect ร้อยละ 76 , Caregiver neglect ร้อยละ 47, financial exploitation ร้อยละ 29, physical abuse ร้อยละ 15 3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขณะถูกกระทำรุนแรง คือ เป็น dememtia ร้อยละ 62 depression ร้อยละ 37, hypertention ร้อยละ 36, involuntary weight loss ร้อยละ 34, pain ร้อยละ 32, falling ร้อยละ 26, incontinence ร้อยละ 23, sensory impairment ร้อยละ 22

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. สถานที่ที่รับผู้สูงอายุไว้และได้ให้การดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ Home Health Agency Service คือร้อยละ 46.4 ซึ่งการดูแลมีตั้งแต่ 2 อย่างหรือมากกว่า รองลงมาคือสถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ (institutional placement) ศูนย์พิทักษ์สิทธิคุ้มครองผู้สูงอายุ และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลตามลำดับ 5. ลักษณะของผู้สูงอายุที่ถูกส่งตัว คือ uncontrol pain (correlation coefficient (R)= 0.45, $P<.001$) ภาวะซึมเศร้า (R=0.26, $P<.01$), หกล้ม (R=0.21, $P<.002$) และ sensory impairment (R=0.16, $P<.02$) ซึ่งเป็นลักษณะที่สัมพันธ์กับการกระทำความรุนแรง ละเลย และต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในขณะที่ถูกกระทำความรุนแรง ผลของการถูกกระทำความรุนแรงทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น และต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนทางการแพทย์ 2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการกระทำความรุนแรง ทอดทิ้ง จะพบเมื่อมีอาการแสดงที่มากหรือจนเป็นที่สังเกตได้จึงได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ 3. หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นผู้ที่ให้การดูแลและป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้ 4. หากมีการประเมินและคัดกรองเบื้องต้น สามารถลดภาวะการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และสามารถป้องกันการใช้ความรุนแรงและทอดทิ้งในผู้สูงอายุ ในชุมชนได้ เพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกกระทำความรุนแรงหรือทอดทิ้งส่วนใหญ่จะพบได้ในชุมชน

เรื่องที่ 18**ชื่อเรื่อง**

Adressing elder abuse: Western Australian case study

ผู้วิจัย

Duncan Boldy, Barbara Homer, Kathy Crouchley, and Margaret Davey

วารสารที่ตีพิมพ์ Australasian Journal on Ageing, vol 24 No 1 March 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการขยายตัวของปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถูกระทำและผู้กระทำรุนแรง ปัจจัยเสี่ยง การให้การช่วยเหลือ ความรู้และแนวทางการช่วยเหลือที่มีในออสเตรเลีย ตะวันตก
กลุ่มตัวอย่าง	แพทย์เวชปฏิบัติในองค์กรต่างๆ จำนวน 129 คน ในหลายหน่วย ได้แก่ หน่วยงานทางสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ day care, home care และ community providers
ระเบียบวิธีวิจัย	ส่งแบบสอบถามทางอีเมล แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มถูกระทำรุนแรง ระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา
ผลการวิจัย	1. ความชุกของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ พบร้อยละ 0.58 เป็นเพศหญิง มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป ความถี่ของการถูกระทำรุนแรงมากกว่า 1 ครั้ง โดยผู้กระทำรุนแรงเป็นคนเดิมที่เคยกระทำ ผู้กระทำรุนแรงเป็นบุตร หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (บุตรสาว ร้อยละ 22, บุตรชาย ร้อยละ 21, คู่สมรส ร้อยละ 18, สะใภ้ ร้อยละ 5 และผู้ที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ ร้อยละ 17) 2. การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุด้านทรัพย์สินพบ ร้อยละ 55 ด้านจิตใจ ร้อยละ 30 ด้านร่างกาย ร้อยละ 25 ทอดทิ้ง ร้อยละ 17 ทางเพศ ร้อยละ 4 3. การรายงานการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีเพียง ร้อยละ 5 และต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 20 ของแพทย์เชื่อว่าการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุมีมากกว่านี้ แพทย์ให้เหตุผลในการไม่รายงาน คือ กลัวผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุและครอบครัวและ health care professional และปัญหานี้สังคมยังไม่ได้ให้การยอมรับและไม่ทราบว่าจะต้องรายงานกับหน่วยงานใด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	4. ปัจจัยเสี่ยงของการถูกระทำรุนแรงของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้กระทำความรุนแรง ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจได้เอง อันเนื่องมาจาก ภาวะสมองเสื่อม มีฐานะยากจน รู้สึกความรู้สึกรู้ค่า มองตัวเองเป็นภาระ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ร้อยละ 76 ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เองนี้ถูกระทำความรุนแรง ร้อยละ 43 5. รูปแบบการดูแลที่แพทย์ให้กับผู้ที่ถูกระทำความรุนแรง ดังนี้ การให้คำปรึกษา ร้อยละ 68 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 49 การช่วยพิทักษ์สิทธิ ร้อยละ 49, อื่น ร้อยละ 13 6. แพทย์เสนอรูปแบบการป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ดังนี้ ให้ความรู้เรื่องการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุกับบุคลากรทางสุขภาพ หน่วยงาน/องค์กร ทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิ แนวทางการให้ความช่วยเหลือ มีบ้านพักชั่วคราวช่วยเหลือผู้สูงอายุ
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การถูกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นประเด็นทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง เพราะผู้ที่ถูกระทำความรุนแรงเป็นผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บ และมีการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ 2. เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล หากพยาบาลชุมชนมีการประเมินเบื้องต้นได้ สามารถลดอัตราการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการถูกระทำความรุนแรงได้ 3. การป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุควรเริ่มต้นบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ในประเด็นนี้ เห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ตรงตามสาเหตุ มีการทำงานเป็นเครือข่าย และการประสานงานที่ดีทั้งระหว่างวิชาชีพและองค์กร

เรื่องที่ 19

ชื่อเรื่อง The Prevalence and Incidence of intimate partner violence in Older Women in Primary care practice

ผู้วิจัย Therese Zink, Bonnie S. Fisher, Saudra Regan, and Stephanie Pabst

วารสารที่ตีพิมพ์ Journal of General International Medicine, 20, 884-888. (2005)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของการใช้ความรุนแรงในคู่สมรสของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา
Setting	Primary care office (Ohoi, USA)
ระเบียบวิธีวิจัย	Survey Study (Contacted by phone)
เครื่องมือ	แบบสอบถามที่ใช้ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต (เช่นพฤติกรรมทำร้าย ลูกถาม ทำให้เกิดการบาดเจ็บด้านร่างกาย) การใช้ความรุนแรงด้านร่างกาย ทางเพศ ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20-45 นาที
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD 8.35) มีประสบการณ์จากการถูกระงับความรุนแรงโดยคู่สมรส ร้อยละ 8.6 2. ผู้สูงอายุหญิงถูกระงับความรุนแรงด้านร่างกายโดยคู่สมรส มีความชุก (prevalence) ร้อยละ 1.52 อุบัติการณ์ (incidence) ร้อยละ 0.41 การใช้ความรุนแรงทางเพศ ความชุก (prevalence) ร้อยละ 2.14 อุบัติการณ์ (incidence) ร้อยละ 1.12 ความรุนแรงด้านจิตใจความชุก (prevalence) ร้อยละ 2.43 อุบัติการณ์ (incidence) ร้อยละ 1.21

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ถูกระทำรุนแรง มีดังนี้ • มีอาการปวดเรื้อรัง (เช่นปวดหลัง ปวดศีรษะ) ร้อยละ 50.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ถูกระทำรุนแรงมีอาการปวดเรื้อรังดังกล่าว ร้อยละ 36.8 • อาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ร้อยละ 49.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ถูกระทำรุนแรงมีอาการดังกล่าว ร้อยละ 30. • มีความผิดปกติในระบบการย่อยอาหาร(เช่น ลำไส้แปรปรวน แผลในกระเพาะอาหาร แสบขอดอก) ร้อยละ 34 • ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีปัญหาเรื่องหัวใจ ร้อยละ 59.6 • โรคหลอดเลือดสมอง เส้นประสาท ร้อยละ 17
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรืออาการที่เป็น Psychosomatic disorder ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า 2. การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ผู้กระทำส่วนใหญ่คือบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ หรือเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้ใจ 3. การใช้ความรุนแรงในคู่สมรสในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาของครอบครัวแต่มีผลกระทบต่อสังคม ผู้ถูกระทำรุนแรงต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นจากสถานพยาบาล สถานสงเคราะห์ รวมทั้งการช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย 4. ผลกระทบอื่นๆ ที่ไม่สามารถประเมินได้ นอกเหนือจากการบาดเจ็บการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคล เป็นต้น

เรื่องที่ 20**ชื่อเรื่อง**

A study of elder abuse in Korea

ผู้วิจัย

Jinjoo Oh, Hesook Suzie Kim, Diane Martins, and Heegul Kim

วารสารที่ตีพิมพ์ International journal of Nursing Sciences, 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาอัตราการเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี
กลุ่มตัวอย่าง	ประชากรผู้สูงอายุในชุมชน
Setting	community
ระเบียบวิธีวิจัย	Survey (old persons interviewed at there home)
เครื่องมือ	Structured interview มี 5 section คือ a) ข้อมูลประชากรทั่วไปและลักษณะของบุคคล b) ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย c) ข้อคำถามเกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรง d) ลักษณะของครอบครัว e) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งหมดเป็นคำถามปลายปิด ใช้แบบ Likert scale
ผลการวิจัย	1. ความชุก (prevalence) ของผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง พบร้อยละ 4 แบ่งตามประเภท ดังนี้ - Physical abuse ร้อยละ 1.9 ผู้กระทำ พบว่าเป็นบุตรชาย ร้อยละ 38.8, สะใภ้ ร้อยละ 22, บุตรสาวและคู่สมรส ร้อยละ 12.2 - Emotional abuse ร้อยละ 4.2 ผู้กระทำ พบว่าเป็นบุตรชาย ร้อยละ 37.8, สะใภ้ ร้อยละ 37.5 - Economic abuse ร้อยละ 4.1 ผู้กระทำ เป็นบุตรชายและสะใภ้ ร้อยละ 35.5 เท่ากัน รองลงมาเป็นบุตรสาว ร้อยละ 8.7 คู่สมรส ร้อยละ 8.5 - Verbal abuse ร้อยละ 3.6 ผู้กระทำเป็นบุตรชาย ร้อยละ 40 สะใภ้ ร้อยละ 35.4 บุตรสาว ร้อยละ 8.8 คู่สมรส ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
	● Neglect ร้อยละ 2.4 ผู้กระทำเป็น สะใภ้ ร้อยละ 38.8 เป็นบุตรชาย ร้อยละ 34.8 คู่สมรส ร้อยละ 8 บุตรสาว ร้อยละ 7 ตามลำดับ 2. ลักษณะของครอบครัวที่ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง ● ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง ร้อยละ 8.3 อาศัยกับบุตรที่ไม่ได้สมรส ร้อยละ 6.5 ● รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 11.2 รายได้ปานกลาง ร้อยละ 4.4 ● สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมากๆ (very bad) ร้อยละ 49.7 ระดับไม่ดี (bad) ร้อยละ 14
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงโดยบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่บุตร หลาน ซึ่งเป็นการกระทำรุนแรงด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากที่สุด 2. การถูกกระทำรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแย่ลง และผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้ว เมื่อถูกกระทำรุนแรงทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น

เรื่องที่ 21**ชื่อเรื่อง**

Mandatory reporting of Elder Abuse between a Rock a Hard Place

ผู้วิจัย

Michael A. Rodriguez, Steven P. Wallace, Nicholas H. Woolf, and Carol M. Mangione

วารสารที่ตีพิมพ์ Annals of family medicine Vol. 4 No. 5, 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาทัศนคติของแพทย์ต่อการรายงานการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุตามข้อบังคับของกฎหมาย
กลุ่มตัวอย่างและ setting ในการวิจัย	Primary care physician, Los Angeles
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	Seminstructured interview – Open end interview Questions (individual in-dept 30-60 minute) recorded and transcribed verbatim
ผลการวิจัย	1. แพทย์ร้อยละ 40 มีประสบการณ์ พบผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ในจำนวนนี้ มีการรายงาน ร้อยละ 50, ไม่รายงาน ร้อยละ 10 2. จากการถอดแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นที่แพทย์ไม่รายงานการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ คือ ● 1) การรายงานจะมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ● 2) การรายงานจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ ● 3) หากรายงานอาจทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาท่อเนื่อง

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การบันทึกรายงานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ เป็นประเด็นทางจริยธรรมอย่างหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องตัดสินใจ 2. หากมีระบบป้องกันในการรายงาน ในเรื่องความปลอดภัยของผู้รายงาน ผู้สูงอายุอาจทำให้มีการรายงานมากขึ้น 3. การใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน คัดกรองทำให้การรายงานมีความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้ ลดปัญหาทางจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานได้

เรื่องที่ 22**ชื่อเรื่อง**

Indicator of Elder Abuse: A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and Other determinants in the Ad-HOC study

ผู้วิจัย

Claudia Cooper, Cornelius Katona, Harriet Finne-Soveri, Eva Topinkova, G Iain Varperter, and Gill Livingston

วารสารที่ตีพิมพ์ American Journal of Geriatric Psychiatry Volume 14 Number 6 June 2006

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาข้อบ่งชี้ ความรุนแรงของการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่าง และ Setting ของงานวิจัย	ผู้สูงอายุในชุมชน อายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการด้านสุขภาพ/สังคมของชุมชน (health or social community service) โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (computer-driven randomization)
ระเบียบวิธีวิจัย	Descriptive study โดยการสัมภาษณ์ (interview)
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	แบบสัมภาษณ์ minimum dataset home care ซึ่งการสัมภาษณ์นั้นได้รวมถึง การคัดกรอง (include an abuse screen) การถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุด้วย คำถามในเครื่องมือประกอบด้วย ข้อมูลประชากร การเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยทางจิต การรับรู้ของผู้สูงอายุ
ผลการวิจัย	- พบจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.6 มีข้อบ่งชี้ว่าถูกระทำรุนแรง ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามความบกพร่องด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงมีอาการแสดงคือ แสดงอาการซึมเศร้า (Depression) มีสับสน (Delusion) มีแผลกดทับ (Pressure sore) มีพฤติกรรมต่อต้านการดูแล (resisting care) แสดงความขัดแย้งกับครอบครัว (expressed conflict with family)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. สัญลักษณ์หรือสิ่งที่ยบ่งบอกว่าถูกระทำรุนแรง (Markers of suspect Abuse) เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี (poor person hygiene) พบร้อยละ 67 การผูกมัดร่างกายของผู้สูงอายุ (physically restrained) พบร้อยละ 58 แสดงอาการกลัวสมาชิกในครอบครัวตนเองของผู้สูงอายุ (fearful of family member) พบร้อยละ 41 การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ (unexplained injuries) พบร้อยละ 14 และการทอดทิ้ง พบร้อยละ 15 ตามลำดับ
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านต่างๆ ของร่างกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ถูกระทำรุนแรง 2. ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงมีผลกระทบต่อสุขภาพกายคือ สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี มีแผลตามตัว เกิดแผลกดทับ ผลด้านจิตใจคือ ซึมเศร้า สับสน มีพฤติกรรมต่อต้าน 3. การป้องกันการใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุสามารถป้องกันการเจ็บป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ 4. ผลกระทบจากการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ออกมาในรูปแบบของการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ทั้งร่างกายและจิตใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพต้องเข้าไปเกี่ยวข้องเนื่องจากผลที่เกิดขึ้นคือภาวะสุขภาพอันเกิดจากการถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งในผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 23

ชื่อเรื่อง Elder Homicide: A 20- year study

ผู้วิจัย Kim A. Collins, & S. Erin Presnell (2006)

วารสารที่ตีพิมพ์ The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 27(2)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ระบุว่าเกิดจากการถูกฆาตกรรม
กลุ่มตัวอย่างและ setting ของงานวิจัย	ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่ได้รับการส่งต่อจากกรมพิสูจน์หลักฐาน ทำการศึกษาใน ห้องปฏิบัติการของ Medical University of South Carolina เป็นเวลากว่า 20 ปี ในระหว่างปี 1985-2004
เครื่องมือและระเบียบวิธีวิจัย	โดยการชันสูตรพลิกศพผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ สัญชาติ เพศ สาเหตุการเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต เหตุจูงใจ ผู้กระทำ สารพิษ ร่องรอยการข่มขืนทางเพศ
ผลการวิจัย	- จากจำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่ศึกษาว่า 20 ปี มีจำนวน 2,137 ราย พบว่าเสียชีวิตโดยธรรมชาติ 1,506 ราย อุบัติเหตุ 344 ราย ฆ่าตัวตาย 139 ราย ถูกฆาตกรรม 127 ราย ยังไม่ได้ระบุสาเหตุ 21 ราย - นำกรณีที่ถูกฆาตกรรมมาศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 73 ราย (58%) เป็นเพศหญิง 54 ราย (42%) ผิวสี 70 ราย (55%) ผิวขาว 57 ราย (45%) ผู้ที่ถูกฆาตกรรมมีอายุ 65-94 ปี มีจำนวน 12 รายที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 85 ปี - สาเหตุการเสียชีวิตคือ ผลจากการถูกยิง (31%) ได้รับบาดเจ็บจากของไม่มีคม (28%) ถูกแทง (22%) จากภาวะขาดออกซิเจน (13%) และอื่นๆ (6%) ได้แก่ ถูกทอดทิ้ง ไฟไหม้ - สถานที่ที่เสียชีวิต ได้แก่ ที่บ้านรวมทั้งที่พักอาศัยอื่นๆ เช่น Nursing home/ Care facility สูงถึง 83% ฤดูที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ ฤดูใบไม้ผลิและฤดูใบไม้ร่วง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	5. ผู้กระทำเป็นคนที่รู้จักกัน(28%) เป็นคนแปลกหน้า (29%) ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ทางกฎหมายได้ (20%) โดยที่ผู้กระทำเป็นชาย 83% เป็นหญิง 17% 6. ผู้กระทำที่เป็นคนรู้จักได้แก่ เพื่อน สามิ บุตร หลาน ซึ่งลักษณะการทำร้ายคือ การใช้อาวุธที่ไม่มีคม การบีบหรือรัดคอ การแทง ไม่พบเหตุจูงใจที่จำเพาะ มีการใช้สารพิษคือ ethanol 17% 7. ผู้ที่เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการข่มขืนทางเพศ จำนวน 13 ราย ซึ่งพบร่องรอยคือบาดแผลที่อวัยวะเพศ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (spermatozoa and prostatic acid phosphatase)
สรุปประเด็นเพื่อการนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. การกระทำรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุเป็นเวลานานหรือเรื้อรัง (Chronic abuse and/ or neglect) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตในที่สุด และถือว่าเป็นการฆาตกรรมอย่างหนึ่ง 2. การถูกกระทำรุนแรงและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากเดิมที่มีโรคประจำตัว หรือโรคอันเกิดจากความเสื่อมที่ไม่ได้รับการดูแลและรักษาที่ถูกต้องจนเป็นเหตุให้เกิดอาการของโรคเป็นมากขึ้น หรือเกิดการเจ็บป่วยในสาเหตุที่ไม่ควรเกิดซึ่งอาจเกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง 3. การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันการถูกกระทำรุนแรง การพิทักษ์สิทธิจึงเป็นเรื่องที่พยาบาลนำมาเป็นประเด็นที่จะนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ เพราะการกระทำรุนแรงและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นภายในครอบครัวมากกว่าในสถาบัน

เรื่องที่ 24**ชื่อเรื่อง** Elder Neglect and the Pathophysiology of Aging**ผู้วิจัย** Kim A. Collins and S. Erin Presnell**วารสารที่ตีพิมพ์** The American Journal of Forensic Medicine and Pathology

Volume 28 Number 2 June 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาสาเหตุของการเสียชีวิตจากการถูกรุ้ทำรุนแรงและถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ
ระเบียบวิธีวิจัย	Retrospective reviewd (ศึกษาย้อนหลัง)
กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการถูกรุ้ทำรุนแรงและถูกทอดทิ้ง จำนวน 8 ราย โดยการชันสูตรศพ
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตมีอายุ 74-94 ปี ผิวขาว 2 ราย ผิวสีจำนวน 6 ราย เป็นชาย 1 ราย หญิง 7 ราย 2. สาเหตุการเสียชีวิตคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจากการมีแผลกดทับ (sepsis due to decutitus ulcers) จำนวน 5 ราย และภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง (Severe dehydration) จำนวน 3 ราย :ซึ่งปัญหาทางการแพทย์อย่างอื่นที่พบรวมทั้งการที่ร่างกายขาดการบำรุง ทำให้ซูบผอม (Cachexia) ร่างกายหดเกร็ง (contractures) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) สมองขาดเลือด (cerebral infarction) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคลมชัก (suizure) เนื้องอกในสมอง (maningioma) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ช่องคลอดอักเสบ (vaginitis) ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศภายนอกลอกเปื่อยอย่างรุนแรง (perineal excoriations) กระดูกสันขาและซี่โครงหัก 3. ผู้กระทำ (perpetrator) พบว่า เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ถูกรุ้ทำ (ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต) จำนวน 5 ราย บุคคลดังกล่าวคือ บุตร หลาน สามี 4. การเสียชีวิต สถานที่เกิดคือที่บ้านของผู้สูงอายุ และอีกจำนวน 3 ราย เป็นผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้กระทำคือผู้ที่ดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. สาเหตุของการเจ็บป่วยคือการขาดการดูแลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการกระทำที่เป็นการทำร้ายต่าง ๆ มีผลทำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุล อันเป็นเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย การได้รับน้ำอาหารที่ไม่เพียงพอ การดูแลที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด 2. ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะเรื่องของการให้ความรู้กับผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุตามภาวะการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง การได้รับน้ำ อาหาร ยา ที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลเรื่องๆ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถลดอัตราการรักษาอันเกิดจากการเจ็บป่วย ที่ต้องใช้จ่ายสูงในการรักษาตามสถานพยาบาลต่างๆ ได้

เรื่องที่ 25**ชื่อเรื่อง**

Cross-Sectional Association Between Behavioral Symptoms and Potential Elder Abuse Among Subjects in Home Care in Italy: Result from the Silvernet Study

ผู้วิจัย

.Luciana Ogioni, Rosa Liperoti, Francesco Landi, Manuel Soldato, Roberto Bernabei, and Graziano Onder

วารสารที่ตีพิมพ์ American Geriatric Psychiatry, 2007, 15(1), 70-78.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาความชุกของอาการที่บ่งชี้การใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกระทำรุนแรงและพฤติกรรม การแสดงออกของผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 4,630 ราย อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป
Setting ของงานวิจัย	Community (home care)
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้เครื่องมือ Minimum Data Set for Home Care assessment 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 เป็นการประเมินซ้ำหลังจากประเมินครั้งแรกไปแล้ว 3 วัน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. Minimum Data Set for Home Care assessment (MDS-HC) 2. The Cognitive Performance Scale (CPS) 3. Activities of daily living
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 80.5 ปี (SD 7.7) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีแสดงอาการถึงการถูกระทำรุนแรง ร้อยละ 9 ไม่แสดงอาการถึงการถูกระทำรุนแรง ร้อยละ 17 2. อาการของผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง พบความชุก ดังนี้ ● แสดงอาการกลัว ร้อยละ 0.7, ● สุขวิथाส่วนบุคคลไม่ดี ร้อยละ 2.6 , ● การบาดเจ็บที่ไม่สามารถอธิบายได้ กระดูกหัก แผลไหม้ ร้อยละ 0.2, ● ถูกทอดทิ้ง ละเลยไม่ดูแล ร้อยละ 0.3, ● ถูกยึดครองร่างกาย ร้อยละ 6.6 และ ● มีอาการแสดงถึงการถูกระทำรุนแรงมากกว่าหนึ่งประเภท ร้อยละ 10

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. การถูกระทำรุนแรงของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก สถานภาพหม้าย มี physical disability, cognitive impairment, urinary and bowel incontinence ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ delirium, dementia, parkinsonism, stroke และมีภาวะปวดเรื้อรังตามร่างกาย จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกระทำรุนแรง 4. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและรู้สึกโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรง 5. พฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Odds ratio (OR) 1.56; 95% confident interval (CI): 1.21-2.00)
สรุปประเด็น เพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงจะมีพฤติกรรมหรืออาการแสดงออกหรือการตอบสนองจากการถูกระทำรุนแรง ถือเป็นสัญญาณเตือนให้พยาบาลทราบ 2. อาการและอาการแสดงจากการถูกระทำรุนแรง เป็นอาการแสดงที่เกิดขึ้นทางกายและเป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ แผลไหม้ กระดูกหัก แผลจากการถูกทำร้าย ผูกมัด การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวมีการมากขึ้น 3. การถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งในผู้สูงอายุมีผู้กระทำคือผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 26

ชื่อเรื่อง Difficulties Experienced by care managers who are care workers managing elder abuses in the Japanese lon gterm care insurance system

ผู้วิจัย Shizuko Omote, Kazuko Saeiki, and Akemi Sakai (2007)

วารสารที่ตีพิมพ์ Health and Social care in the community 15(6), 569-576

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อที่จะอธิบายความยากต่อการบริหารจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ของผู้จัดการรายกรณี
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้จัดการรายกรณีที่ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 21 คน (เป็นพยาบาล) และเป็นปฏิบัติงานดูแลที่บ้าน (Home care)
Setting ของงานวิจัย	Community (Japan)
ระเบียบวิธีวิจัย	Qualitative method study (In-depth interview ใช้เวลาตั้งแต่ 80-130 นาที)
เครื่องมือ	แบบสัมภาษณ์ ที่สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นคำถามปลายเปิด โดยตอบคำถาม ดังนี้ เมื่อต้องปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง คุณมีความคิดเห็นอย่างไร รู้สึกอย่างไร อะไรคือสิ่งที่ยากสำหรับการปฏิบัติงาน และจะอย่างไร เพราะอะไร และคำถามอื่นๆ ที่จำเป็น
ผลการวิจัย	1. ผู้จัดการรายกรณี (เป็นพยาบาลในชุมชน) มีประสบการณ์พบผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง เป็นการให้ความรุนแรงด้านร่างกายจำนวน 11 คน ความรุนแรงด้านจิตใจ 15 คน การเอาผลประโยชน์จำนวน 4 คน และการทอดทิ้ง 12 คน และพบว่าผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท 2. ผู้กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นชาย 7 คน เป็นหญิง 16 คน อายุ 30 ถึง 80 ปี เป็นสะใภ้ 8 คน บุตรชาย 7 คน บุตรสาว 3 คน เป็นสามี 3 คน ภรรยา 3 คน 3. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นชาย 4 คน เป็นหญิง 17 คน มีอายุตั้งแต่ 65 ปี จนถึงมากกว่า 80 ปี และผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงอาศัยอยู่กับผู้กระทำและอยู่คนเดียวจำนวน 21 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. ผู้ดูแลที่เป็นผู้กระทำรุนแรงมีอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุเหนือผู้จัดการรายกรณี (tacit control) ซึ่งรูปแบบของ Long term Care Insurance สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียงการประทับประคองเท่านั้น, ผู้ดูแลมีอำนาจที่จะยกเลิกการใช้ Insurance ได้, ผู้ดูแลตัดสินใจในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุเอง โดยที่ care plan จากผู้จัดการรายกรณีจะต้องได้รับการยอมรับจากผู้ดูแล ถึงแม้ care plan โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้สูงอายุก็ตามแต่หากผู้ดูแลปฏิเสธก็ไม่สามารถให้การดูแลตามแผนนั้นได้
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล ซึ่งคุณภาพของการดูแลหมายถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะใช้รูปแบบของ Long term Care Insurance เข้ามาช่วยในการจัดการรายกรณี โดยผู้จัดการรายกรณี แต่ญาติผู้ดูแลญาติผู้ดูแลที่ไม่ยอมรับแผนการดูแลนั้น และการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลเองทำให้เกิดการละทิ้ง ทอดทิ้ง หรือการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากคุณภาพของการดูแลที่ไม่ดีก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลจำกัดอาหารจำกัดการดูแลที่จำเป็นอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้อาการของโรคมากขึ้น 2. การจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ควรยึดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และการให้การดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับความเห็นชอบ ยินยอมจากญาติผู้ดูแลก่อน เพราะเป็นค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องรับภาระและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

เรื่องที่ 27

ชื่อเรื่อง Do Medica Examiners Determine Elder Mistreatment as a Cause of Death?

ผู้วิจัย Lucia Choe Kim, Stacey Mitchell, and Carel Bitondo Dyer

วารสารที่ตีพิมพ์ Forensic Science, Medicine and Pathology, 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจของแพทย์กับการที่จะอธิบายการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอธิบายสาเหตุของการเสียชีวิต
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	Medical examiner
ระเบียบวิธีวิจัย	Survey study
ผลการวิจัย	- จากการสอบถามแพทย์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า - แพทย์ ร้อยละ 73 ไม่รายงานต่อหน่วยงานช่วยเหลือ (APS) เมื่อพบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้ง - ร้อยละ 27 มีการรายงาน 1-5 ครั้ง - สิ่งที่แพทย์อธิบายว่าพบผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งมากที่สุด เรียงตามลำดับจากที่พบมากไปน้อยคือ - ผู้สูงอายุมีสิ่งแสดงถึงการถูกระทำรุนแรงมากกว่าหนึ่งอาการ, - ผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร, - มีการบาดเจ็บ แผลตามร่างกาย, - มีอาการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย อย่างเรื้อรัง, - อาการอื่นๆ ที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ดี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. ลักษณะอาการอื่นๆที่แพทย์อธิบายลักษณะที่พบว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง เรียงลำดับจากที่พบมากที่สุดไปน้อยได้แก่ • สุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี, มีแผลกดทับอย่างรุนแรง, • บาดแผลตามร่างกายไม่พบสาเหตุของการเกิดหรืออธิบายไม่ได้, • ขาดการรักษาที่ดี, มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง, • เป็นผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้, • มีภาวะขาดสารอาหาร, และ • มีกะโหลกศีรษะแตกร้าว 4. ลักษณะของผู้สูงอายุที่แพทย์<u>ยากต่อการที่จะอธิบายว่า</u>ถูกระทำรุนแรงหรือไม่ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ ได้แก่ ลักษณะอาการดังต่อไปนี้ • ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีอาการของโรคมารุนแรงขึ้น, • ผลของการตรวจต่างๆ ยังไม่สามารถระบุได้ หรือยังหาสาเหตุไม่ได้, • ผู้สูงอายุหกล้มบ่อยเพราะความบกพร่องของร่างกาย, • ผู้สูงอายุมีภาวะโรคสมองเสื่อม, อยู่ระยะสุดท้ายของโรค, • มีภาวะคุกคามชีวิตอื่นๆ ร่วมด้วย, • ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจ • ไม่พบผู้สูงอายุในขณะที่ได้รับการบาดเจ็บ • การประเมินเรื่องของการดูแลเป็นไปได้ยาก, • ขาดการบันทึกการประเมินอาการต่างๆ และขาดการให้ความหมายของคำว่าทอดทิ้ง ละทิ้งของผู้ดูแลที่เป็นรูปแบบหรือแนวทางเดียวกันของแพทย์และทีมสุขภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	5. ด้านการบันทึกทางการแพทย์ จากการสอบถามแพทย์ให้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกการชักประวัติและ ตรวจร่างกายด้านการนำมาใช้ประโยชน์ได้มากร้อยละ 55 และสามารถช่วยในการระบุถึงลักษณะที่เป็นไปได้ ว่าถูกระทำรุนแรง ร้อยละ 46
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรงส่งผลให้มีการบาดเจ็บและ การเจ็บป่วย ที่มากขึ้น 2. การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจะมีลักษณะคล้ายและ เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะสุขภาพเดิมของผู้สูงอายุจึง ยากต่อการที่จะระบุว่าเป็นอาการที่เกิดจากการกระทำ รุนแรง 3. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และความเสื่อมของร่างกายตามวัย การถูกระทำรุนแรง ทอดทิ้งจะทำให้อาการของโรค รุนแรงมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตเร็วขึ้น 4. การประเมินการถูกระทำรุนแรงและทอดทิ้งในผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชนสามารถทำการประเมินได้มากกว่าแพทย์ ที่อยู่สถานพยาบาล เพราะแพทย์พบเมื่อมีอาการมากแต่ ไม่พบหรือเห็นปัจจัยอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง

เรื่องที่ 28

ชื่อเรื่อง The Prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review

ผู้วิจัย Claudia Cooper, Amber Selwood, & Gill Livingston

วารสารที่ตีพิมพ์ Age and Aging 2008; 37 151-160

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษารายงาน ความชุกของการใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ทั้งจากผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ
ระเบียบวิธีวิจัย	ทบทวนวรรณกรรม โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการสืบค้นตาม referent list จาก Article ที่สืบค้นได้ ได้รับการ Validity จากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ซึ่งใช้ standardised checklist, Search strategy ในการสืบค้นจากฐานข้อมูล Allied and Complementary Medicine, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO โดยใช้ keyword “incidence or prevalence, elder abuse, elder and abuse, potentially harmful behavior of carer, abuse and nursing home and residential home or care home
ผลการศึกษา	1. จำนวนรายงานการศึกษาที่ inclusion criteria มีจำนวน 49 เรื่อง 7 เรื่องได้รับการทดสอบทั้ง reliability และ validity 2. พบจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 6 และพบว่าร้อยละ 5.6 เป็นการใช้ความรุนแรงโดยคู่สมรส โดยเป็นการกระทำรุนแรงร่างกาย (ใน 1 ปีที่ผ่านมา) 3. ร้อยละ 5 ของญาติผู้ดูแล (family caregiver) มีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (care recipient) ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ใน 1 ปีที่ผ่านมา (3 รายงาน) 4. ร้อยละ 16 ของการดูแลที่บ้าน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจาก Psychological abuse และร้อยละ 1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกายและการทอดทิ้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	5. การบันทึกในรายงานทางการแพทย์ที่ระบุว่ามีการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5 และการรายงานต่อ Home management หรือ Adult Protective Service (APS) ร้อยละ 1-2 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง
สรุปประเด็นเพื่อนำไปใช้ (ผลกระทบต่อสุขภาพ)	1. ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงและทอดทิ้งก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทางกาย ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และเป็นการกระทำโดยบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ 2. บุคลากรด้านสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุเนื่องจากผลกระทบด้านสุขภาพ 3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสถูกกระทำรุนแรงจากผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องทางความคิด 4. แนวทางการป้องกันการใช้ความรุนแรงในผู้สูงอายุควรเริ่มที่ครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องของการดูแล เช่น การให้ความรู้ มีแหล่งช่วยเหลือ 5. การประเมินการถูกกระทำรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว โดยการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ได้ง่าย การสอบถามผู้สูงอายุเป็นการคัดกรองเบื้องต้นของการใช้ความรุนแรงและการทอดทิ้งในผู้สูงอายุได้โดยพยาบาลชุมชนสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยการบาดเจ็บได้

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)

	Very Good	Good	Poor	Very Poor	Unable to Assess
I. General Assessment					
1. Clothing					
2. Hygiene					
3. Nutrition					
4. Skin integrity					
5. Additional Comments:					
	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
II. Possible Abuse Indicators					
6. Bruising					
7. Lacerations					
8. Fractures					
9. Various stages of healing of any bruises or fractures					
10. Evidence of sexual abuse					
11. Statement by elder re: abuse					
12. Additional Comments:					
III. Possible Neglect Indicators					
13. Contractures					
14. Decubiti					
15. Dehydration					
16. Diarrhea					
17. Depression					
18. Impaction					
19. Malnutrition					
20. Urine burns					
21. Poor hygiene					
22. Failure to respond to warning of obvious disease					
23. Inappropriate medications (under/over)					
24. Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
25. Statement by elder re: neglect					
26. Additional Comments:					
IV. Possible Exploitation Indicators					
27. Misuse of money					
28. Evidence of financial exploitation					
29. Reports of demands for goods in exchange for services					
30. Inability to account for money/property					
31. Statement by elder re: exploitation					
32. Additional Comments:					
V. Possible Abandonment Indicators					
33. Evidence that a caretaker has withdrawn care precipitously without alternate arrangements					
34. Evidence that elder is left alone in an unsafe environment for extended periods of time without adequate support					
35. Statement by elder re: abandonment					
36. Additional Comments:					
VI. Summary					
37. Evidence of abuse					
38. Evidence of neglect					
39. Evidence of exploitation					
40. Evidence of abandonment					
41. Additional Comments:					
VII. Comments and Follow-up					

Fulmer, 2003

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	น.ส.รัชยากร บุญมาก
วัน/เดือน/ปีเกิด	1 มิถุนายน 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว)
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศิริราช ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ โทรศัพท์ 02-4198340
ที่อยู่	43/55 ซ. วิจิต ถ.เพชรเกษม แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 02-8919722, 089-8152669 Email: Rathayakorn_b@hotmail.com