

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง



นางสาวสุวราภรณ์ ไพธีรัมย์

ศูนย์วิทยพัทยากร  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF REGISTERED NURSES IN CARING FOR ABUSED ELDERLY



MISS SUWARAPORN PHOROMYEN

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูก  
กระทำรุนแรง

โดย

นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์รัมย์เย็น

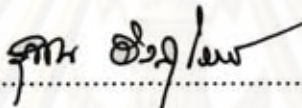
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

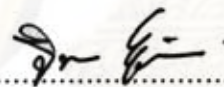
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน ชังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

  
..... กรรมการ  
(พ.ท. หญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

ศูนย์ทรัพยากรพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรารภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง. (EXPERIENCES OF REGISTERED NURSES IN CARING FOR ABUSED ELDERLY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 183 หน้า.

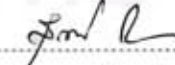

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแล หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 10 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ประกอบด้วย

1. การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การกระทำที่สร้างความทุกข์และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า โดยการที่ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา

2. ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยความรู้สึกในครั้งแรกเมื่อรับรู้ปัญหา คือ หดหู่ เศร้าใจ สงสาร และเห็นใจทั้งสองฝ่าย และเห็นว่าปัญหายังถูกเจ้าหน้าที่มองข้ามและขาดการตระหนักถึง อีกทั้งยังเป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงของสังคม 2) การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา โดยการรู้รายละเอียดปัญหาลึกซึ้ง และมีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม 3) การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา โดยการเป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเข้าไปแก้ไขปัญหที่สาเหตุด้วยการสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการปลุกจิตสำนึกแก่ลูกหลานในครอบครัว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา 2552

ลายมือชื่อนิติศ   
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก 

# #5077629036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ELDERLY ABUSE / REGISTERED NURSE / CARING / EXPERIENCES

SUWARAPORN PHOROMYEN: EXPERIENCES OF REGISTERED NURSES  
IN CARING FOR ABUSED ELDERLY. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN  
KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 183 pp.

This research was conducted with the objective of studying the experiences of registered nurses in caring for abused elderly. The methodology employed was phenomenology qualitative research. The subjects providing the majority of the data were ten registered nurses with experience in caring for or assisting elderly patients who have been abused. The data was collected by in-depth interviews and recorded by tape. The data obtained was handled by verbatim transcription and the data analysis was performed by content analysis.

The research findings on the experiences of registered nurses in the care for abused elderly included the following:

1. According to the knowledge of the registered nurses, abuse of the elderly mean actions that created suffering and made the elderly feel worthless wherein their children and grandchildren were not appreciative of them. The events that occurred were the result of changes in emotions that could take place at any time.

2. The experiences of the registered nurses in caring for elderly who had been abused included three main topics or themes: 1) No expectations of having this type of problem occur in Thai society with feelings of despair, sorrow, pity and empathy on both sides when the first abuse took place. Furthermore, they held the opinion that staff overlooked the problem and were not conscientious about it. Moreover, it was still a problem stemming from economical problems and societal changes; 2) Finding ways to solve the problem by knowing the details of the problem in depth and having skills in proper assessment; 3) Finding problem-solving and assistance methods by being a mediator in generating understanding for the elderly and their families, including going in to solve the problems at the cause by giving the elderly encouragement, so they would be self-reliant, and trying to raise consciousness among younger generation and other family members.

Field of Study : .....Nursing Science.....

Student's Signature

Academic Year : .....2009.....

Advisor's Signature

*Suwaraporn Phomyen*  
*Jiraporn K. Wattana*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิงจากรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และกราบขอบพระคุณพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ด้วยความรักรความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ ที่นี่ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่งและจะจดจำไว้ในใจตลอดไป อีกทั้งกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาครั้งนี้

กราบขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่า มาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตร เอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยความรักรความปรารถนาดีเสมอมา ทำยที่สุดขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ จนทำให้สามารถสำเร็จการศึกษาอย่างภาคภูมิใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	10
ทฤษฎีการสูงอายุ.....	10
การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	16
ความหมายของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	16
สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	20
สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	25
รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	30
ผลของปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ.....	39

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
แนวคิดของสังคมเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ.....	40
มาตรการทางกฎหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง.....	41
บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	46
บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล.....	46
บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน.....	47
กลวิธีในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ.....	51
การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง.....	56
การวิจัยเชิงคุณภาพแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	59
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	71
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การพิทักษ์สิทธิ.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย.....	81
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	83
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	115
สรุปและอภิปรายผล.....	116
ข้อเสนอแนะ.....	129
รายการอ้างอิง.....	131
ภาคผนวก.....	144
ภาคผนวก ก.....	145
คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	146
ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	147
ใบรับรองโครงการวิจัย.....	148
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	149
หนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	150



สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก ข.....	154
แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	155
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	159
แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น.....	160
แบบบันทึกภาคสนาม.....	161
แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ.....	162
ภาคผนวก ค.....	163
คำถามเบื้องต้นเพื่อคัดกรองพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรง ต่อผู้สูงอายุ.....	164
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย.....	165
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	172



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย.....	74



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. สรุปความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ.....	84
2. สรุปประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง.....	89



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีอายุขัยยืนยาวขึ้น แต่การพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ก็ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตร่วมกันในสังคม และผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างยิ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คือกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เกิดปัญหาโรคเรื้อรังและนำไปสู่ภาวะพึ่งพาในที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น จะเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคม ที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ต้องปรับเปลี่ยนสถานภาพ และบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแลผู้อื่นมาเป็นผู้พึ่งพา (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545) โดยภาวะพึ่งพาเป็นตัวอย่างที่สำคัญ ที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ทั้งจากปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ก็จะทำให้เกิดปัญหาความเครียดของบุตรหลาน ผู้ดูแลในครอบครัว ตลอดจนอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามมาในที่สุด (Fulmer and Ashley, 1989; Bennett and Ebrahim, 1995)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้เกิดการย้ายถิ่นของสมาชิกในครอบครัว จากชนบทสู่สังคมเมือง บุตรหลานในครอบครัวต้องไปทำงานต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง และอยู่ตามลำพังสูงขึ้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2544; วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2548) อีกทั้งในปัจจุบันยังพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.3 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 17.61 ในปี 2553 และจะเพิ่มสูงถึง 40.93 ภายในปี 2573(คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัยของคนไทยในปี 2550 ยังมีการอยู่แบบครอบครัวเดี่ยวตามวัฒนธรรมตะวันตก เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุร้อยละ 7.7 ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ ร้อยละ 27.5 ต้องประสบปัญหาขาดคนดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย และต้องหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2550; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่ความรุนแรงเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งปัญหายังซ่อนเร้น และมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง อีกทั้งยังขาดความสนใจใน

การแก้ไขอย่างจริงจัง ทั้งจากภาครัฐและจากสังคม (Harris, 2006) ซึ่งส่วนใหญ่ปัญหาความรุนแรง มักให้ความสนใจต่อเด็กและสตรี หรือปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่ภรรยาถูกสามีทำร้ายเท่านั้น ประกอบกับความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุของประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยหรือการประเมินมีความยาก แยกจากปัญหาของโรคและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุลำบาก (วราห์ แห่งฟุ่ม, 2547; Fulmer, 1998) พยาบาลวิชาชีพคือผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิด ในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ในหอผู้ป่วย และในชุมชน ซึ่งมีโอกาสพบปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้มากที่สุด (Fulmer, 2004; Baker and Heitkemper, 2005) จึงนับได้ว่าพยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Staab and Hodges, 1996; Miller, 2004)

ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะความรุนแรงด้านจิตใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุตามมาเสมอ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีภาวะทุพโภชนาการ นอนไม่หลับ มีบาดแผลเรื้อรัง ขาดการรักษาต่อเนื่อง เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่สนใจตนเอง คิดฆ่าตัวตาย และทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเสียชีวิตที่เร็วกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (Le, 1997; Stanley, 2005; Baker, 2007; WHO, 2008a) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ มองข้ามความสำคัญ ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการดูแลแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง (Kingston and Penhale, 1995; Hogstel and Curry, 1999) การสืบค้นหาสาเหตุ การคัดกรอง การบันทึกรายงาน การเฝ้าระวัง และการประเมินปัญหา รวมถึง การหากลวิธีช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการ และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือในโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเหล่านี้ ต้องเป็นผู้ที่พบ สภาพ ลักษณะ และอาการของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ก่อนบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ การมีความรู้ความเข้าใจต่อเหตุปัจจัย ลักษณะ และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกระทำรุนแรงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด (Staab and Hodges, 1996; Baker and Heitkemper, 2005; Miller, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่มุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความชุก และความสัมพันธ์ ที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเช่น จุฬารัตน์ สมรูป และ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์

(2541) ทำการศึกษา ภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อการได้รับการทารุณกรรมในบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีภาวะเสี่ยงต่อการได้รับการทารุณกรรมในบ้านถึงร้อยละ 76 โดยระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการกระทำทารุณกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2544) ได้ศึกษาการทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ถูกทารุณกรรมด้านจิตใจมากที่สุด โดยการกระทำที่พบคือ การไม่ฟัง หรือเพิกเฉยต่อความคิดเห็น การแสดงความรำคาญ รวมถึงการไม่พาไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปวัด งานบุญต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ บุญเสริม (2546) ซึ่งศึกษาความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้าจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ความรุนแรงด้านจิตใจ พบถึงร้อยละ 44.5 ซึ่งการกระทำส่วนใหญ่เป็นการได้เถียงไม่เชื่อฟัง ทะเลาะ หรือพูดกับผู้สูงอายุในลักษณะห้วนๆ ไม่เคารพ สอดคล้องกับการศึกษาของภณทิลา อธิรุรัตน์ (2547) ซึ่งทำการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงส่วนใหญ่ เป็นความรุนแรงด้านอารมณ์และจิตใจ แตกต่างจากรายงานของคณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ (2546) ซึ่งรายงานว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มในเรื่องการละเลยทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ผู้สูงอายุ มากกว่าแบบอื่นๆ แต่การรายงานยังมีน้อย เนื่องจากสังคมไทย ให้ความสำคัญกับการเคารพนับถือผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เมื่อมีการกระทำดังกล่าว จึงมีการปกปิดภายในครอบครัว

ส่วนการศึกษาเชิงลึกในประเทศไทยนั้น งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาถึงความหมาย ของการกระทำรุนแรง ตามการรับรู้และความเข้าใจของผู้สูงอายุโดย โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2545) ทำการศึกษาความหมายและองค์ประกอบของการทำร้ายผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การทำร้ายผู้สูงอายุ เป็นการกระทำใดๆที่มีต่อผู้สูงอายุ ทั้งที่มีเจตนาและไม่เจตนา ผลของการกระทำ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บด้านร่างกายหรือทุกข์ทรมานจิตใจ การกระทำอาจกระทำชั่วคราวหรือต่อเนื่อง ต่อมาสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2547) ได้ศึกษา ประสพการณ์การทารุณกรรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายของการทารุณกรรมว่า เป็นการไม่ได้ รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ การถูกบังคับ และการขัดใจจากสมาชิกในครอบครัว โดยผู้สูงอายุ ระบุว่า สาเหตุของการกระทำที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากผู้กระทำรุนแรง และตัวผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อีกทั้งยังมีปัญหาสุขภาพ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว

สำหรับการศึกษากการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในแง่มุมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้เลย เนื่องจากเป็นปัญหาที่ยังซ่อนเร้น และแฝงอยู่กับปัญหาสุขภาพ ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องหรือบุคลากรด้านต่างๆพบเพียง 2 เรื่อง ซึ่งเป็น

การศึกษาของนักสังคมสงเคราะห์ โดย พรพิมล นวนกุล และคณะ (2549) ศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชน ในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยทำการศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอชนบท ของจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชน มีทัศนคติต่อการปฏิบัติการและการให้การช่วยเหลือ มากกว่าการวางแผน การแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือ และการประเมินภาวะปัญหา โดยผู้นำชุมชนเหล่านี้มีบทบาทมากที่สุด ในเรื่องการป้องกันปัญหา โดยการจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว และการศึกษาของนักกฎหมาย โดย วรวิทย์ แห่งพุ่ม (2547) ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมต่อคนชราโดยบุคคลในครอบครัว โดยทำการศึกษาวิจัยจากเอกสารต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า มาตรการทางกฎหมาย ในการคุ้มครองคนชราในต่างประเทศ ถือว่าการทำร้ายและการทอดทิ้งคนชรา เป็นความรุนแรงในครอบครัว และมีการบัญญัติกฎหมายกำหนดให้บุคคลที่มีความใกล้ชิด โดยอาศัยการประกอบวิชาชีพของคนเหล่านั้น มีหน้าที่แจ้งการทำร้ายที่เกิดขึ้น แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือคนชราที่ถูกทำร้ายต่อไป ส่วนมาตรการทางกฎหมายของไทย พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติการให้ความคุ้มครองคนชรา จากการใช้ความรุนแรง ในลักษณะกว้างๆ เชิงนโยบาย แต่ไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายใดๆออกมารับรองสิทธิตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ ส่วนมาตรการทางอาญานั้นการลงโทษผู้กระทำผิด มากกว่าการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด

การศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาทั้งจากประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่ง Miller (2004) ได้ศึกษาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยการตรวจหา ประเมิน และวางแผนในการช่วยเหลือป้องกัน โดยเฉพาะการรายงานปัญหาแก่หน่วยงานภาครัฐ ส่วน Hardin and Hudson (2005) ได้ศึกษาบทบาทในการประเมินผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรง ของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในรัฐแคลิฟอร์เนียพบว่า พยาบาลยังขาดการตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวัง การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ที่ซ่อนเร้นอยู่ในอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ เนื่องจากปัญหาการอคติต่อความชรา นอกจากนี้ Nusbaum et al (2006) ได้ศึกษาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการค้นหาและประเมินความเสี่ยง ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในรัฐอิลลินอย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการประเมินผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงแล้วทั้งสิ้น ส่วนในกลุ่มเสี่ยงกลับไม่ได้รับการคัดกรองไว้ล่วงหน้า ส่วน Day (2007) ศึกษา คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูก

กระทำรุนแรง ของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ มีความรู้ ในการค้นหาปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้ แต่ยังไม่ทั่วถึงในทุกรัฐของออสเตรเลีย เนื่องจากการ กำหนดความหมาย การพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน และแหล่งให้คำปรึกษายังมีไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้สูงอายุกึ่งถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่ ไม่สามารถบอกปัญหา แก่หน่วยงานที่ช่วยเหลือได้ โดยตรง เนื่องจากการถูกขู่จากผู้กระทำรุนแรง และกลัวการถูกไล่ออกจากบ้าน

จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งของทีมสุขภาพ ในการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่บทบาทในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมินและ รายงานปัญหา รวมถึงการวางแผนในการป้องกันช่วยเหลือผู้สูงอายุกึ่งได้รับความรุนแรง การมี ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึง ปัญหาที่แท้จริง และสามารถนำมาวางแผนให้การพยาบาล แก่ผู้สูงอายุดังนี้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป (Bennett and Ebrahim, 1995; Fulmer, 1996; Wieland, 2000; Videbeck, 2001) เพื่อช่วยให้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังนี้ เกิดความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจต่อกันภายในครอบครัว (Sengstock et al., 2004; Baker and Heitkember, 2005)

การศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกึ่งถูกกระทำรุนแรง จึงเป็น โอกาสที่จะทำให้เกิดการค้นหาข้อค้นพบใหม่ ๆ เกี่ยวกับประสพการณ์การรับรู้ ในด้านความหมาย และประสพการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกึ่งถูกกระทำรุนแรง ของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการ กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนัก และเข้าใจปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้ ได้ชัดเจน มากยิ่งขึ้น โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการนำไปปฏิบัติการ พยาบาล รวมทั้งการประเมิน และการให้การดูแลผู้สูงอายุกึ่งได้รับความทุกข์ จากการถูกกระทำรุนแรง ได้อย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

### คำถามในการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้อย่างไร
2. ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้ เป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุดังนี้ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที มีประสพการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกึ่งถูกกระทำรุนแรง
2. เพื่อศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุกึ่งถูกกระทำรุนแรง



## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความหมาย ของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้กำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งทราบได้โดยผู้วิจัยทำการสอบถามความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ และเมื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักได้แล้ว ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทป สำหรับพื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ที่คาดว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ทั้งนี้พื้นที่ๆเลือกในการเก็บข้อมูล จะมีใช่ประเด็นหลักในการกำหนดลักษณะผู้ให้ข้อมูล แต่งานวิจัยนี้จะสนใจที่ผู้ให้ข้อมูล ที่มีประสบการณ์ในประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถาม(Interview guideline) ซึ่งเป็นคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความหมาย และการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งคำถามทั้งหมด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

## ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เนื่องจากเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจง ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550; Schultz and Stevens, 2004) โดยการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัย ดังนั้นจึงอาจเกิดข้อค้นพบ จากผลการวิจัยที่สะท้อนมุมมอง ภูมิหลัง หรือแนวคิดจากทัศนะของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ได้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา และเข้าถึงข้อค้นพบ

ของความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มากยิ่งขึ้น

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

**ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ** หมายถึง พฤติกรรม หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสม ทั้งการปล่อยปละละเลย หรือการกระทำที่เกินปกติ โดยบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งการกระทำอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือต่อเนื่อง โดยการกระทำทั้งหมดส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บปวด และเกิดความทุกข์ หรือได้รับอันตรายต่อสุขภาพ โดยสุขภาพในที่นี้หมายถึง สุขภาวะของกาย ใจ ปัญญา สังคม และความเชื่อ ซึ่งทั้งหมดเกี่ยวข้อง และส่งผลต่อความผาสุกทั้งทางกายและทางใจของผู้สูงอายุ โดยความรุนแรงทั้งหมดประกอบด้วย

ความรุนแรงด้านร่างกาย คือ การกระทำโดยใช้ความรุนแรง จากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ กระทำต่อผู้สูงอายุจนเกิดการบาดเจ็บ หรือมีความเจ็บปวดต่อร่างกาย โดยการทุบตี ตบ หรือ ทำร้ายร่างกาย รวมถึงการล่วงละเมิดทางเพศ ต่อผู้สูงอายุ

ความรุนแรงด้านอารมณ์หรือจิตใจ คือการกระทำของบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุ ปวดศีรษะ เสียใจ ทั้งโดยการกระทำหรือโดยคำพูด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกต่ำต้อย อับอาย ด้วยการ ดุ ต่ำ ตะคอก ว่าให้เสียหาย ดุฎก หรือแสดงความรังเกียจ

การเอาเปรียบ คือ การกระทำของบุคคลในครอบครัว ที่เป็นการเอาเปรียบ การใช้ทรัพย์สินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง การนำเงินไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือการเข้าครอบครองสมบัติ รวมถึงการปลอมเอกสารต่างๆของผู้สูงอายุ

การทอดทิ้ง คือ การกระทำของบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการละเว้น เพิกเฉย ไม่สนใจ ปล่อยปละละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือปล่อยให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย

**พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาทางการพยาบาล ตั้งแต่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชนไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติ หรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

**ประสบการณ์** หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ได้ประสบ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ตามความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งที่ผ่านมาและกำลังดำเนินอยู่

**การดูแล** หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ ความรุนแรงในลักษณะต่างๆ
2. เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ ความรุนแรง
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินและให้การ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวและสถานพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และพัฒนากลวิธีในการป้องกัน และให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว และสถานพยาบาลต่างๆต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระสับการณของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
  - 1.2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 2.1 ความหมายของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 2.2 สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
    - 2.2.1 สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในต่างประเทศ
    - 2.2.2 สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย
  - 2.3 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 2.4 รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 2.5 ผลของปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
    - 2.5.1 การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่สัมพันธ์กับอายุ
    - 2.5.2 ปฏิกริยาของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
    - 2.5.3 ผลกระทบของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ
  - 2.7 แนวคิดของสังคม เกี่ยวกับเจตคติ ที่มีต่อผู้สูงอายุ
  - 2.8 มาตรการทางกฎหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง
    - 2.8.1 มาตรการทางกฎหมายในต่างประเทศ
    - 2.8.2 มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทย
3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
  - 3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
  - 3.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน
  - 3.3 กลวิธีในการป้องกัน และแก้ไขปัญหความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
4. การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

5. การวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมาย ของผู้สูงอายุทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

เนื่องจากสิ่งมีชีวิตเกือบทั้งหมดมีอายุขัยจำกัด และปรากฏลักษณะของการสูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับกลไกของการสูงอายุขึ้นในหลายศาสตร์สาขา เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์การสูงอายุที่เกิดขึ้น ทำให้มีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมายหลายทฤษฎี แต่ไม่สามารถที่จะอธิบายกลไกของการสูงอายุได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีการสูงอายุประกอบด้วย ทฤษฎีใหญ่ๆ 3 ทฤษฎี (Ebersole and Hess, 1998; Aldwin and Gilmer, 2004) คือ

1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theory of aging) เป็นทฤษฎีที่แสวงหาคำตอบ เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระวิทยา (Physiological process) โดยเชื่อว่า ทุกอวัยวะในร่างกายของสิ่งมีชีวิต จะมีการแก่หรือเสื่อมลงในอัตราที่แตกต่างกัน แม้จะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทเดียวกัน ทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1.1.1 Stochastic theories อธิบายการสูงอายุว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วงๆ และการเสื่อมจะมีการสะสมมากขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

ก) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติเปลี่ยนไป เซลล์ตายและไม่สามารถทำหน้าที่ได้

ข) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีก จากการถูกทำลายโดยอนุมูลอิสระ เป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่างๆ เช่น ไอโซนรังสีต่างๆ โดยทั่วไปอนุมูลอิสระเหล่านี้จะเข้าทำปฏิกิริยากับโมเลกุลของเซลล์ เกิดปฏิกิริยาเคมี

ในเซลล์ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ หรือทำให้เซลล์อ่อนแอลง และเกิดความเสียหาย เซลล์มีการบวมหรือขาดน้ำ ทำให้สูญเสียภาวะสมดุลย์ (homeostasis) จนในที่สุดทำให้เกิดการตายของเซลล์ หรือบางครั้งเซลล์อาจเกิดการกลายพันธุ์ (mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเซลล์ของกล้ามเนื้อ และระบบประสาท ทำให้เกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น และเกิดสารที่เรียกว่า lipofuscin ซึ่งสะสมมากในผู้สูงอายุ ทำให้มีการตกรกระ หากสาร lipofuscin มีการสะสมมากก็จะมีผลเปลี่ยนแปลงของเซลล์มากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกขัดขวางในการรับ oxygen และสารอาหารต่างๆ จนเนื้อเยื่อเกิดการตายในที่สุด

ค) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linkage theory or Connective tissue theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงปฏิกิริยาทางเคมี ทำให้เกิดพันธะที่แข็งแรง ระหว่างโครงสร้างของโมเลกุล เกิดความผิดปกติในการเชื่อมต่อกันของโมเลกุล ทั้งในและนอกเซลล์ ทำให้เกิดการเพิ่มของโมเลกุล collagen และมีพื้นที่ลดลง ทำให้เกิดคุณสมบัติของเซลล์ และเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนไปจากเดิม ส่งผลให้ขาดความแข็งแรง และความยืดหยุ่น ของโครงสร้างของร่างกายเมื่อสูงอายุขึ้น

ง) ทฤษฎีความเสื่อมสลาย (Wear-and-tear theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเสื่อมสลายของเซลล์ จากระยะเวลาการทำงานที่นาน เซลล์เกิดภาวะเสื่อมถอยลง ทั้งจากตัวเซลล์เอง และจากสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความล้มเหลว ในการซ่อมแซมเซลล์ และส่วนต่างๆ เป็นเหตุให้เซลล์เสื่อมหน้าที่ และตายลง เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก รวมทั้งลดการสร้างใหม่ของเซลล์ ที่สามารถสร้างทดแทนได้ นอกจากนี้ความเครียด และการสะสมของการบาดเจ็บ หรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ จะเป็นตัวกระตุ้นให้กระบวนการสูงอายุก่อเกิดเร็วขึ้น

1.1.1.2 Nonstochastic theories เป็นทฤษฎีสูงอายุ ที่อธิบายถึงการสูงอายุ ว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้ เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขในการกำหนดทฤษฎี

ก) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Programmed aging theory or Genetic clock) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย ที่เกิดขึ้นในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์ และระบบต่างๆของผู้สูงอายุ ได้ถูกจัดตั้งระยะเวลาการเข้าสู่วัยสูงอายุไว้แล้ว

ข) ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine control theory) ทฤษฎีนี้มุ่งพิจารณาการดำรงชีวิต โดยฮอร์โมนจากระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนตาย เมื่อสูงอายุขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนต่างๆ เมื่อระบบสร้างฮอร์โมนเสื่อมลง ทำให้มีผลต่อระบบการทำงานต่างๆของร่างกายให้ทำงานผิดปกติ และเสียชีวิตในที่สุด

ค) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน(Immunologictheory) อธิบายกระบวนการ การสูงอายุ ว่าเป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดสภาพลงทีละน้อย จนร่างกายไม่สามารถ ปกป้องตนเองจากอันตราย เช่น โรคหรือสิ่งแปลกปลอมได้ (บรรลु ศิริพานิช, 2542)

1.1.2 ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theories of aging) ทฤษฎี การสูงอายุเชิงจิตวิทยา ได้กล่าวถึงการพัฒนาที่เกิดขึ้นตลอดของช่วงอายุซึ่งมีมุมมองที่กว้างขวาง และได้รับอิทธิพลทั้งสังคม และชีวภาพ ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎี (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2540; ศรีเวื่อน แก้วกั้งวาล, 2545)

1.1.2.1 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of human need theory) โดยแบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาดและความต้องการทางเพศ ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย ความต้องการ ความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ ความต้องการการเคารพในตนเอง และความต้องการทำสิ่ง ที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง

1.1.2.2 ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight stage of life theory) โดยErikson เป็นการพัฒนาด้านจิตวิทยา ที่ได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมและสังคม พัฒนาการที่ เน้นในทฤษฎีนี้คือ โครงสร้างของอัตตาของตนเอง หรือการรับรู้ตนเองในแต่ละขั้น จะมีข้อขัดแย้งทาง จิตใจ ถ้าบุคคลสามารถแก้ภาวะสับสนขัดแย้งนี้ได้ ก็จะเข้าถึงชีวิตที่สมปรารถนาตามวัย และเข้าสู่วัยอื่นๆ ด้วยดีตามลำดับ หากไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ไปได้แต่ละขั้น ก็จะเกิดความขัดแย้งทางจิตใจและ ความไม่สมหวัง

1.1.2.3 ทฤษฎีจิตสังคม 3 ขั้น ของเพค กล่าวว่า การยึดมั่นถือมั่นสภาพ ในอดีต จะแย้งกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบันของผู้สูงอายุ บุคคลใดสามารถลดความยึดมั่นเดิมนั้นๆ และยอมรับสภาพชีวิตยามสูงอายุได้อย่างดี จะต้องมีการพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา เป็นไปตามขั้นตอน ด้วยดี คือ มีการเตรียมตัวดี มีพัฒนาการในวัยต่างๆผ่านมาด้วยดี

1.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theories) ทฤษฎีนี้มุ่ง พิจารณาที่การเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ในสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1.3.1 ทฤษฎีปล่อยวาง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า วิธีการปรับตัวเมื่อเข้าสู่สูงอายุคือ การปล่อยวาง ผู้สูงอายุควรลดบทบาทต่างๆทางสังคม ควรอยู่ อย่างเงียบๆเรื่อยๆ ไม่เข้าไปวุ่นวายกับภาระกิจในสังคมและครอบครัวมากนัก เมื่อผู้สูงอายุมีความ ต้องการและเกี่ยวข้องกับสังคมน้อย วิธีนี้จะเป็นวิธีที่รักษาคุณภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และ ร่างกาย

1.1.3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Engagement theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า หากผู้สูงอายุไม่ยุ่งหรือไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม สังคมก็จะห่างจากผู้สูงอายุ ซึ่งความจริงในส่วนนี้แล้วผู้สูงอายุยังต้องการการสังคม ผู้สูงอายุยังพอใจและมีความสุขถ้าเขายังคงได้ทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขในยามสูงอายุตัดสินได้จาก ความสามารถที่ผู้สูงอายุทำอะไรแก่สังคมได้มากน้อยเพียงไร ดังนั้น ถ้าเขาวางมือจากงานหนึ่ง เขาก็ควรหางานอื่นทดแทน เป็นต้น

1.1.3.3 ทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (Role theory) ทฤษฎีนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรม แต่มองในแง่สังคมวิทยา โดยมีแนวคิดที่ว่า มนุษย์มักผูกพันกับความสุข ความพอใจของตน กับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีบทบาท และตำแหน่งมากมายก่อนวัยสูงอายุ การลดบทบาทลง ทำให้ตนเองเสียความมั่นคงของชีวิตในด้านต่างๆ ดังนั้น การปรับตัวที่ดีคือการหาบทบาท ตำแหน่งใหม่ๆ ซึ่งคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันกับบทบาทเท่านั้น

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย จะทำหน้าที่ได้สูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังจากอายุ 30 ปีแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีระวิทยาจะลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2548)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงในส่วนของระบบโครงร่าง และผิวหนัง โดยจะพบว่ารูปร่างจะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกมากขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น น้ำหนักตัวลดลง ใบหน้ามีรอยเหี่ยวย่นโดยจะเกิดบริเวณหน้าผากก่อนบริเวณอื่น รอยย่นจะลึกขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ มีการสูญเสียปริมาตรของกระดูกโดยกระดูก บริเวณแกนกลาง จะสูญเสียเร็วกว่ากระดูกบริเวณรอบนอก โดยกระดูกเชิงกราน จะเริ่มมีการสูญเสียปริมาตรตั้งแต่อายุ 30 ปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) การสูญเสียมวลกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) กระดูกอ่อนในบริเวณข้อต่อต่างๆ (Articular cartilage) จะบางลงและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้กระดูกอ่อนทนต่อแรงกระแทกได้น้อยลง (อรพิชญา ไกรฤทธิ, 2550) ผิวบางลงและแตกง่าย ผิวลอกหลุดง่าย หน้าที่ของ Melanocytes เปลี่ยนไปทำให้สีผมและขนหงอกขาว ชั้นหนังแท้จะมีความหนาแน่นน้อยลง ความยืดหยุ่นน้อยลง จำนวนหลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำได้ไม่ดี ต่อมเหงื่อและต่อมกลิ่นจะลดลง ทำให้เหงื่อออกน้อย กลิ่นตัวน้อยลง ต่อมไขมันโตขึ้นแต่หลังน้ำมันออกน้อยลงทำให้เส้นผมบริเวณศีรษะบางลง

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและระบบประสาท การรับความรู้สึกลดน้อยลง การประสานและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมลดลง สมองจะมีน้ำหนัก



ลดลง และมีบางส่วนของสมองมีการเหี่ยวลงแต่การเหี่ยวจะไม่สม่ำเสมอ บางส่วนอาจเหี่ยวมากหรือบางส่วนอาจเหี่ยวน้อย เซลล์สมองในบริเวณต่างๆมีการตายและไม่มีทดแทน การมองเห็นเสื่อมลงจากเซลล์เรตินาลดลง เลนส์ตาหนาขึ้นยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้การปรับโฟกัสในระยะใกล้ลำบาก เกิดปัญหาสายตาวัว หูชั้นนอกจะมีผนังบางลง และแห้งมากขึ้น กระดูกอ่อนที่ผนังหูชั้นนอกยุบตัว เกิดการสะสมของขี้หูแห้งๆง่ายขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันได้มากขึ้น หูชั้นกลาง แก้วหูจะกว้างและหนาขึ้น หูชั้นในจะมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทใน cochlea และ auditory nerve ทำให้การได้ยินลดลงจากปัญหาที่ receptor และการสูญเสีย hair cell จากเลือดมาเลี้ยงที่ cochlea ลดลง การทรงตัวเสื่อมลง มีอาการเวียนศีรษะ การได้กลิ่นและการรับรสลดลง

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดลงจากการขาดโปรแตสตีเมียในกล้ามเนื้อทำให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีแรง มีการเสื่อมสลายของเอ็นไซม์ไมโทคอนเดรีย มีการสลายตัวของโปรตีนที่ใช้ในการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กำลังของกล้ามเนื้อลดลง

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจมีคอลลาเจน และมีการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงลิ้นหัวใจมีไขมันและแคลเซียมสะสม ร่วมกับการเสื่อมของคอลลาเจน ลิ้นหัวใจจึงมีการเคลื่อนไหวและเปิด-ปิดน้อยลง มีการลดลงของระบบสื่อไฟฟ้าในหัวใจหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว จากการมีแคลเซียมและไขมันมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A node ทำงานน้อยลง การไหลเวียนเลือดเข้าสู่เวลติเคิลซ้ายลดลง ปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจขณะพักลดลง หลอดเลือดแข็งตัว เพิ่มขึ้นจากการมีไขมันและแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว

1.2.5 ความเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ ปริมาณความจุของปอดลดลงจากการขยายตัวของผนังทรวงอกได้น้อยลง จากกล้ามเนื้อในการหายใจมีแรงลดลง ทุกลมจะ แบน บาง และมีการยืดหยุ่นน้อยลง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอด และทรวงอก ลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้น และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมยืดหยุ่นน้อยลง เส้นผ่านศูนย์กลางแคบลง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง มีประสิทธิภาพน้อยลง

1.2.6 ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร ในผู้สูงอายุจะมีฟันแข็งแรงและคงสภาพสมบูรณ์ดีหรือเลว ขึ้นอยู่กับการดูแลป้องกันสุขภาพอนามัยของช่องปาก ของแต่ละคน กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดและน้ำย่อยลดลง ถ้าใส่เหล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน มีการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง ส่วนโปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันจะดูดซึมได้มากขึ้น และวิตามินดีจะดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่า ดูดซึมแคลเซียมได้

น้อยลง เยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้ ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง มีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง ตับอ่อนจะมีพังผืดเพิ่มขึ้น และมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ตับมีขนาดเล็กลงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง ท่อน้ำดีมีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น

1.2.7 ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าหลอดเลือดมาเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือด ลดลง ช่องขับถ่ายปัสสาวะ และกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพพลดต่ำลง

1.2.8 ความเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ พบว่าในผู้สูงอายุต่อมใต้สมอง จะมีการเหี่ยวลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ต่อมธัยรอยด์สร้าง Thyroxine ลดลง ต่อมหมวกไต พบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลง ทำให้ dehydroepiandrosterone ลดลง

1.2.9 ความเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ ในผู้สูงอายุ เพศชายอัณฑะจะมีขนาดเล็กลง การสร้างเชื้ออสุจิในแต่ละวันจะลดน้อยลง และการเคลื่อนไหวของอสุจิจะลดลง แต่ความสามารถในการผสมกับไข่ยังไม่เปลี่ยนแปลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ส่วนเพศหญิงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวลง ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง มดลูกจะมีขนาดเล็ก รังไข่จะฝ่อเล็กน้อย และหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

1.2.10 การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ และสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว(สุขภาพจิตไม่ดี)ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิดกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อย แล้วแต่บุคคล

โดยสรุปแล้ว การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่วนใหญ่จะมีลักษณะไปในทางเสื่อมถอยลง ทั้งที่เห็นชัดเจน และไม่ชัดเจน ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนภายนอก เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวลง ตกกระ การเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น รับรู้ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงภายในที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆและอาจเห็นไม่ชัดเจน เช่น กระดูกบาง แดกหักง่าย ผั่งหลอดเลือดแข็งตัว เปราะ และแตก

ง่าย น้ำหนักสมองน้อยลง สมองมีคุณภาพลดลง ทำให้การจำ หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ซ้ำลง โดยระดับความเสื่อมถอยต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคลนั้น ( ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) และความเสื่อมถอยจากความสูงวัย ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ และโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ง่าย จนอาจทำให้ผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ซึ่งภาวะพึ่งพา เป็นปัจจัยหนึ่งนำไปสู่การปฏิบัติอันไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และทำให้เกิดปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นในที่สุด

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

มีการกล่าวถึงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุไว้หลากหลาย ซึ่งปัญหาการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้น ยังไม่มีผู้ใดให้คำจำกัดความที่ชัดเจน เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากแต่ละสังคม มีความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน (Phillips, 2000) ถึงอย่างไรก็ตาม ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ยังคงปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และยังต้องการการป้องกัน ช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 2.1 ความหมายของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

มีผู้ให้ความหมาย และกล่าวถึงความรุนแรงหรือการทารุณกรรม ไว้ในลักษณะที่แตกต่างกันไป ชาวอเมริกัน ใช้คำว่า abuse เป็นคำกริยา หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความเลวร้าย โดยการทำร้าย พุดจาหยาบคาย ดูหมิ่น แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ให้เกิดความเจ็บปวด ส่วน Abuse ในคำนาม หมายถึง การใช้อำนาจอย่างไม่ถูกต้อง ไม่สุภาพหรือไม่เหมาะสม โดยมีการจัดการที่ผิดไปจากวิธีปฏิบัติ ส่วนชาวอังกฤษ จะใช้คำว่า abusen หมายถึงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ซึ่งคำว่า abuse มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน จากคำว่า abuti ซึ่งแปลว่า ใช้ไปจนหมด โดย ab หมายถึง การหลีกหนี และ uti หมายถึง การใช้ (Ayres and Woodtli, 2001)

Phillips (1983) กล่าวว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นการกระทำผิดหรือละเว้นการกระทำ ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตราย และกระทบต่อความผาสุก หรือความปลอดภัยของผู้สูงอายุ โดยการกระทำอาจเป็นการกระทำเฉพาะบุคคล หรือโดยกลุ่มบุคคล ด้วยความตั้งใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย หรือการลงโทษทำให้เสียใจ ซึ่งผู้กระทำอาจเป็นผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

Fulmer (1996) ให้นิยามการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำโดยตรง ด้วยความตั้งใจ หรือกระทำโดยทางอ้อมด้วยความไม่ตั้งใจซึ่งการกระทำทั้งหมด ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ

ของร่างกายและความเจ็บปวดของจิตใจ การละเลยทอดทิ้ง การเอาประโยชน์ในทรัพย์สิน และการนำเงินและสิทธิทางกฎหมายของผู้สูงอายุ ไปใช้ในทางที่ผิด โดยผู้สูงอายุไม่เต็มใจ หรือไม่รู้เท่าทัน

The National Clearinghouse on Family Violence (1999) ของประเทศแคนาดาใช้คำว่า **abuse of seniors** ในการกล่าวถึงความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยให้ความหมายว่าเป็นการกระทำใด ๆ อันไม่เหมาะสมโดยบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ

Giurani and Hasan (2000) ให้ความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการทำร้ายร่างกาย หรือจิตใจของผู้สูงอายุ จากผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยการใช้อำนาจที่เหนือกว่า โดยมีการกระทำซ้ำๆ หลายครั้ง ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุ

Wolf (2000) ให้ความหมายของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลที่กระทำต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการทำร้ายร่างกาย จิตใจ หรือทางเพศ รวมทั้ง การละเลย หรือใช้อำนาจบังคับต่อผู้สูงอายุ

American Health Care Association (2001) ให้ความหมาย การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าเป็นความตั้งใจ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ การกักขังหน่วงเหนี่ยวอย่างไม่มีเหตุผล การคุกคามข่มขู่ หรือการลงโทษ ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายต่อร่างกาย ความเจ็บปวด หรือเกิดความปวดร้าวต่อจิตใจ โดยผู้กระทำอาจเป็นคนใกล้ชิด หรือผู้รับจ้างดูแล ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจเกิดขึ้นแล้ว หรือกำลังเกิดขึ้นอยู่ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นต่อร่างกาย อารมณ์ หรือความผาสุกทางจิตใจ ซึ่งเหตุทั้งหมดสามารถคาดการณ์ได้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002a) ให้ความหมายความรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำใดๆก็ตาม ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา ซึ่งการกระทำอาจเกิดขึ้นครั้งเดียว หรือเกิดขึ้นซ้ำๆ โดยการกระทำดังกล่าว ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการทำร้ายร่างกายให้ได้รับความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บ การทำร้ายจิตใจให้เกิดความเสียหายด้วยการแสดงท่าทางหรือคำพูด รวมถึงการเอาเปรียบหรือหาประโยชน์ทางทรัพย์สิน ซึ่งการกระทำทั้งหมด ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ สูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

Ebersole et al (2004) กล่าวว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นการตั้งใจกระทำรุนแรงต่อร่างกาย ทางเพศ ทรัพย์สิน และการทำร้ายจิตใจ ซึ่งทั้งหมดเป็นการละเมิดสิทธิและคุณค่าของความเป็นมนุษย์

Lachs and Pillemer (2004) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดโดย การทำร้ายร่างกาย เช่น การตบ ตี หรือการชกต่อย จนทำให้

รู้สึกเจ็บ มีรอยช้ำหรือได้รับบาดเจ็บเป็นแผล รวมถึงการทำร้ายจิตใจ โดยมีพฤติกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ เช่น การใช้คำพูดที่ก้าวร้าว ถูกเหยียดหยาม จนเกิดความขายหน้า รวมทั้งการไม่สนใจดูแลรักษาผู้สูงอายุในสถานพยาบาลหรือในครอบครัว การลักขโมยยั๊กยอกทรัพย์สิน การปล่อยให้พลละเลยในการดูแลผู้สูงอายุ

The National Research Council (2003) ให้ความหมายเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย หรือเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย โดยผู้ดูแล หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้วยการไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น หรือไม่ป้องกันอันตราย ให้แก่ผู้สูงอายุ

Action on Elder Abuse (2004) ให้ความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าหมายถึงการกระทำเพียงครั้งเดียว หรือการกระทำซ้ำๆ ซึ่งเป็นการปฏิบัติอันไม่เหมาะสม จากบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ และมีความเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยการกระทำดังกล่าว ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความตึงเครียด ต่อผู้สูงอายุ

Konig and Kallberg (2006) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการทอดทิ้งไม่สนใจ หรือ การทารุณทางด้านจิตใจให้เจ็บปวด กลัดกลุ้ม การขู่โก่งทรัพย์สิน การวิตรอนความเป็นอิสระส่วนตัว และการทำร้ายร่างกายให้ได้รับบาดเจ็บ ต่อผู้สูงอายุที่ไม่มีทางสู้หรือป้องกันตัว

The Ministry of Health and Age Concern New Zealand (2007) ให้คำจำกัดความของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำหรือละเว้นการกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้งซึ่งส่งผลหรือมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดอันตรายหรือความตึงเครียดต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ทางเพศ และทรัพย์สิน

Nation Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCEA, 2008) กล่าวถึงความรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำใดๆ จากบุคคลในครอบครัว หรือ ผู้ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งการกระทำทั้งหมด ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย หรือ เกิดความตึงเครียด ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ การหาประโยชน์ การเอาเปรียบ ละเลย ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ผู้สูงอายุ โดยการละเลยทอดทิ้ง รวมถึงการที่ผู้สูงอายุไม่สนใจ ดูแลเอาใจใส่ตนเอง จนเกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และความปลอดภัยในชีวิตด้วย

Buzgova and Ivanova (2009) กล่าวถึงคำจำกัดความของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของประเทศสาธารณรัฐเช็ก ซึ่งกำหนดโดยThe nation academy of sciences ว่าเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจของผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่ให้การดูแลช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางและอ่อนแอ โดยการกระทำอาจเป็นการไม่ดูแล การไม่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ หรือการไม่ปกป้องอันตรายอันอาจส่งผลต่อผู้สูงอายุ

ส่วนในประเทศไทยนั้น มีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุไว้เช่นกัน คือ

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2544) ได้กล่าวถึง การทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการกระทำโดยบุคคลที่เป็นที่ไว้วางใจ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ การทอดทิ้ง การเอาประโยชน์ทางทรัพย์สินเงินทอง

โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2545) ให้ความหมายของการทำร้ายผู้สูงอายุว่าหมายถึง การกระทำใดๆที่กระทำต่อผู้สูงอายุทั้งมีเจตนาและไม่มีเจตนา และการกระทำนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บทั้งทางด้านร่างกาย และหรือทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะกระทำเพียงชั่วคราว หรืออาจจะกระทำต่อเนื่องกันไป การกระทำดังกล่าวรวมไปถึง การทำร้ายทางด้านร่างกาย การทำร้ายทางด้านจิตใจ การเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง และการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมาย การทารุณกรรม หมายถึง บุคคลที่ถูกกระทำอย่างโหดร้ายทั้งร่างกายและจิตใจ จากบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ สังคม

คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา (2546) ให้ความหมายความรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการล่วงละเมิด หรือการทำร้าย เอาเปรียบ ละเลยและทอดทิ้งผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการถูกกระทำโดยตรง หรือถูกละเลยทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม

ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในมาตรา๑๑

(๘) (๙) มาตรา ๑๑ วรรคสาม และมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.๒๕๔๖ การทารุณกรรมหรือการกระทำรุนแรง หมายความว่า การกระทำหรือเว้นการกระทำด้วยประการใดๆจนเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสื่อมเสียเสรีภาพ หรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ หรือการกระทำ ความผิดทางเพศต่อผู้สูงอายุทั้งนี้โดยคำนึงถึงสภาพจิต หรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุ สภาพสังคมสิ่งแวดล้อม หรือ ศีลธรรมอันดีของประชาชน ไม่ว่าผู้สูงอายุนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

สุจิตี อินต๊ะประเสริฐ (2547) ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าหมายถึง การทำร้ายทั้งทางด้านร่างกาย ทางเพศ ทางจิตใจ ทางการเงิน ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยทั้งการตั้งใจ (เจตนา)หรือไม่ได้ตั้งใจ หรือเป็นผลจากการละเลย ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นระยะสั้นหรือระยะยาว

สิทธิลักษณะ โสมานุสรณ์ (2547) ให้ความหมายของการทารุณกรรม ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุว่า คือการไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ การถูกบังคับและการขัดใจจากผู้อื่น โดยการไม่ดูแล การไม่ร่วมสนทนา การเบียดเบียนทรัพย์สิน การดูแลหลาน การทำงานบ้าน และการไม่ให้ร่วมกิจกรรมของครอบครัว

พระราชบัญญัติผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ.2550 ให้ความหมายความรุนแรงในครอบครัว หมายถึงการกระทำใดๆโดยมุ่งประสงค์ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพหรือกระทำโดยเจตนา ในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือ สุขภาพของบุคคลในครอบครัว (สามี ภรรยา เด็ก หรือคนชรา หรือบุคคลอื่นที่อาศัยในครอบครัว) หรือบังคับหรือใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรม ให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการหรือไม่กระทำการหรือยอมรับการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีความหลากหลาย เนื่องจากแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและกระบวนการสูงอายุ จึงเป็นการยากที่จะกำหนดความหมายหรือคำจำกัดความที่ชัดเจนและสมบูรณ์แบบ (Hogsteland and Curry, 1999; Ayres and Woodtli, 2001) การศึกษาส่วนใหญ่ จึงมุ่งให้ความสำคัญต่อผลที่เกิดขึ้นจากการถูกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Hamilton, 1989; Hogstel and Curry, 1999; Woof, 2000; Harries, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ หมายถึงการกระทำที่ไม่เหมาะสม ทั้งการปล่อยปละละเลยหรือการกระทำที่เกินปกติ โดยบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งการกระทำอาจเกิดขึ้นชั่วคราว หรือต่อเนื่อง โดยการกระทำทั้งหมดส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บปวด และได้รับอันตรายหรือเกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสุขภาพรวมถึงการละเมิดสิทธิ การเอาประโยชน์ต่อทรัพย์สิน และการทอดทิ้งไม่ดูแล

## 1.2 สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันทั่วโลกเริ่มให้ความสนใจปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุมากขึ้น และขยายกว้างจากกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วแถบตะวันตก เช่น อเมริกา อังกฤษ สหุณานาประเทศในกลุ่มที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี ค.ศ.2025 แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 2 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีอัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงมากกว่าเดิมถึง 4 เท่า เช่น โคลัมเบีย อินโดนีเซีย

เคนยา รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของ ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน และ คุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก (WHO, 2002a)

2.2.1 สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในต่างประเทศ โดยในต่างประเทศนั้น เริ่มมีการกล่าวถึงการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elder abuse) ตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 16 ในบทประพันธ์ของ William Shakespeare เรื่อง King Lear ซึ่งเป็นเรื่องราวโศกนาฏกรรมของพระราชาสูงวัย ที่ถูกบุตรสาวกระทำรุนแรง หลังจากสละราชบัลลังก์ โดยเชื่อกันว่า เป็นเรื่องราวที่อิงมาจากประวัติศาสตร์ของพระราชาในสมัยโรมัน (Rinker, 2007) แต่ยังไม่มีการคิดว่าเป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ต่อมาระหว่างปี ค.ศ.1970-1975 ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ถูกนำมากล่าวถึงอีกครั้งในประเทศอังกฤษ โดยใช้คำว่า “Granny Battering” และ “Granny bashing” กับการทุบตีหญิงชรา ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร The British Medical Journal and Nursing Mirror โดย Baker และต่อมาในปี ค.ศ.1980 งานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เริ่มมีแพร่หลายเป็นที่รู้จักต่อสาธารณชน หลังจากนั้น ประเด็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ได้ถูกนำเสนอต่อรัฐสภาของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1981 (Curry & Stone, 1994; Hogstel & Curry, 1999; Rinker, 2007; Miller, 2009) ส่งผลให้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ได้รับความสนใจ และขยายกว้างจากกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แถบตะวันตก เช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา สวีเดน สุนานาประเทศในกลุ่มที่กำลังพัฒนา

ถึงแม้ว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลก จะไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่ แต่อัตราการเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุ พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่งผลให้อุบัติการณ์และความเสี่ยงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2008a) และส่งผลกระทบต่อสังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสนใจ และมีความตระหนักต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมาก (WHO, 2002b) จึงได้ร่วมกับ The International Network for the Prevention of Elder Abuse หรือ INPEA ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักภาคเอกชนที่สำคัญของสหรัฐอเมริกา ที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง ผ่านเครือข่ายและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วโลก รวมทั้งเป็นผู้ริเริ่มให้มีการกำหนดวันรับรู้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุโลกขึ้น (World Elder Abuse Awareness Day : WEAAD) โดยให้วันที่ 15 มิถุนายนของทุกปี เป็นวันรับรู้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุโลก โดยในวันดังกล่าว จะมีการสัมมนาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งในปี 2009 นี้ จะมีการจัดสัมมนาวิชาการขึ้นในวันที่ 15 มิถุนายน ณ



กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส โดยเป็นการจัดประชุมครั้งที่ 4 นับจากเริ่มกำหนดให้มีวันรับรู้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุโลกขึ้น เพื่อช่วยทำให้นานาประเทศทั่วโลก เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหามากยิ่งขึ้น ( WHO, 2002a; Rinker, 2007; INPEA Announces 4<sup>th</sup> World Elder Abuse Awareness Day 2009, <http://www.inpea.net>)

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงสถานการณ์ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั่วโลกว่า ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในประเทศแถบยุโรป มีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 4-6 โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง เช่นในประเทศอังกฤษ พบการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 5-9 โดยการกระทำที่พบส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงด้านจิตใจเช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลีย พบการกระทำรุนแรงด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุมากกว่า การกระทำรุนแรงประเภทอื่น สอดคล้องกับการรายงานของประเทศเยอรมันนี้ พบการกระทำรุนแรงด้านจิตใจ โดยการกระทำส่วนใหญ่คือการใช้คำพูด และในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าหลังจากผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง มักมีอาการผิดปกติทางจิตตามมาถึงร้อยละ 54.1 (Wang, 2005; Konig and Kallberg, 2006 ; WHO, 2008a)

สำหรับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกานั้น แม้จะยังมีการรายงานปัญหาเพียง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงก็ตาม (Ebersole et al, 2004) แต่จากการรายงานของหน่วยงานที่รับเรื่องและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง หรือ APS (Adult protective services) พบว่า อัตราการถูกรกระทำรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นถึงเกือบร้อยละ 29 ในช่วงปี 2000-2004 โดยพบปัญหาผู้สูงอายุทอดทิ้งหรือไม่สนใจตนเอง มากที่สุดถึงร้อยละ 29 รองลงมา เป็นการกระทำรุนแรงโดยผู้ดูแล ร้อยละ 26 การล่วงละเมิดสิทธิ มีร้อยละ 19 การทำร้ายจิตใจหรืออารมณ์ พบร้อยละ 12 เช่นเดียวกับการกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ซึ่งพบร้อยละ 12 เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหญิงชราถึงร้อยละ 66 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ในบ้านหรือครอบครัวตนเอง ส่วนผู้กระทำรุนแรงพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุเอง (Miller, 2009)

ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นอีกประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การกระทำรุนแรงที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาการละเลยทอดทิ้ง แต่เนื่องจากประเทศนิวซีแลนด์มีลักษณะเป็นเกาะ และมีประชากรหลากหลายชนเผ่า ทั้งที่อพยพเข้ามา และเป็นชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งประชากรผู้สูงอายุของนิวซีแลนด์ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในชนบท และเป็นชนเผ่าพื้นเมืองหลักของประเทศ เช่น เมารี ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงประสบปัญหาและได้รับผลกระทบต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้น ในลักษณะการไม่ได้รับความผาสุกในชีวิต ทำให้ภาครัฐโดยคณะกรรมการครอบครัวแห่งชาติ (Families Commission Act) จัดทำโครงการวิจัย

ระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกันและการลดความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในเชิงลึกขึ้น โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ปกติทั่วไป รวมถึงการสนทนากลุ่ม กับผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ฯลฯ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ ในครั้งนี้ รัฐบาลนิวซีแลนด์ มุ่งให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุเป็นหลัก เพื่อนำมากำหนด และพัฒนาเป็นแนวทางการป้องกันช่วยเหลือในระดับชาติต่อไป จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 15 ราย โดยเป็นหญิง 12 ราย ชาย 3 ราย มีอายุระหว่าง 76-95 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 4 รายถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจ ผู้สูงอายุ 3 ราย บ่นถึงการถูกเอาเปรียบและหาประโยชน์ในทรัพย์สิน ผู้สูงอายุอีก 3 ราย บอกว่า ถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจร่วมกับถูกโกงเงินและหาประโยชน์ต่อทรัพย์สิน และมี 2 ราย ถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจร่วมกับการถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์ ส่วนใหญ่ มีปัญหาทางสุขภาพ ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่กระทบต่อความผาสุกทางกาย และจิตใจ ของผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์อย่างมาก ซึ่งโดยสรุปแล้วพบว่า ผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์แต่ละราย ถูกกระทำรุนแรงได้มากกว่าหนึ่งชนิด โดยผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีปัญหากการถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นปัญหาหลัก ที่ได้จากการรายงานปัญหาตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (Peri et al, 2008) ซึ่งนับว่าเป็นการค้นพบปัญหาที่แตกต่างจากการวิจัยเดิม ทำให้คณะรัฐบาล ค้นหาแนวทางการแก้ไข และพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรงได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

รัฐบาลประเทศบราซิล เริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เมื่อปี 1997 จากการที่คณะรัฐบาลได้รับการรายงานปัญหาของ Brazilian adult protection services เกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการหกล้ม และอุบัติเหตุจากการจราจร จากการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้คณะรัฐบาลของประเทศบราซิล เริ่มค้นหาสาเหตุการเสียชีวิตในลักษณะดังกล่าว ผลการค้นหาสาเหตุพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการดูแลเอาใจใส่ของบุตรหลานในครอบครัว เนื่องจากปัญหาความล้มเหลวในการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียด ทั้งจากปัญหาเศรษฐกิจ และการขาดความรู้ความเข้าใจต่อสภาพผู้สูงอายุ ทางคณะรัฐบาลจึงเร่งดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อลดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และขาดการสนใจดูแล (WHO, 2008b)

ส่วนในแถบเอเชีย ปัญหาคความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ยังมีความซ่อนเร้นและมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง เช่นในสังคมประเทศจีน แทบจะไม่มีกรกล่าวหรือเอ่ยถึงการทำร้าย หรือการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเลย การรายงานปัญหาพบว่ามีน้อยมาก เนื่องจากการยึดมั่นในคำวาทักตัญญูต่อผู้มีบุญคุณ อย่างเคร่งครัด ทำให้ไม่มีใครนึกถึงปัญหานี้ แม้แต่ในปัจจุบัน ก็ยังไม่ค่อยมี

การรับรู้ ถึงปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศเกาหลีนั้น ส่วนใหญ่เชื่อว่า ความ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การสามัคคีกัน ของคนในครอบครัว เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต มากกว่าการกำหนด หรือการคอยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับชาวญี่ปุ่น พวกเขาเชื่อว่า สิ่งที่ดีที่สุดที่ทำให้เกิดความสุข ทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว คือ การอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยมีครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง และมีความเข้มแข็งตามบรรทัดฐาน ของสังคม โดยเฉพาะเรื่องความกตัญญูรู้คุณ (WHO, 2002a; Watanabe, 2003; Yan and Tang, 2004) ในบางสังคม ผู้สูงอายุอาจถูกกระทำรุนแรงจาก ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี หรือแม้แต่ จากบรรทัดฐานทางสังคม เช่น ในประเทศอินเดีย หญิงชราที่มีสถานะหม้าย มักยากจน และขาด คนดูแลเอาใจใส่ และมักจะถูกกระทำในลักษณะโหดร้ายทารุณ เช่น การไล่ออกจากบ้าน การถูก ล่วงละเมิดทางเพศ โดยการให้หญิงหม้าย ต้องปรณนิบัติพี่ชายหรือน้องชายของสามีตนเองด้วย เป็นต้น (WHO, 2008b)

2.2.2 สถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย สำหรับประเทศไทย พบว่า ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ยังเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้น และขาดการรายงานปัญหาที่ แท้จริง รวมทั้งขาดการรับรู้จากประชาชนและสังคม เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญ กับความกตัญญูต่อบุคคล และเคารพนับถือผู้อาวุโส จึงทำให้ประชาชนทั่วไปไม่คิดว่าจะมีการ กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นจริง และมองว่าเป็นปัญหาในครอบครัว ไม่ควรไปเกี่ยวข้อง อีกทั้งตัว ผู้สูงอายุเองก็ไม่กล้าบอกหรือเล่าให้ผู้อื่นฟังว่าตนเองถูกกระทำรุนแรง เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีความ รักและผูกพันต่อผู้กระทำรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว รวมทั้งอาจกลัวหรืออาย ต่อ สิ่งที่เกิดขึ้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2544; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545; วราห์ แห่งพุ่ม, 2547; Chompunud, 2007) การศึกษาวิจัยในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มักจะเป็นการกระทำรุนแรงด้านจิตใจหรืออารมณ์ โดยการใช้อวาจา คำพูด และกิริยาท่าทางต่างๆ ที่แสดงถึงความไม่เคารพ การไม่เห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ ปวดร้าว หรือร้องไห้ ซึ่งผู้กระทำ รุนแรงมักเป็นสมาชิกในครอบครัว (โรจน์ จินตนาวัฒน์, 2545; สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์, 2547; ภัณฑิลา อิศูรัตน์, 2547; ดัชนี สุวรรณคม, 2548)

ซึ่งโดยความจริงแล้ว ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ส่งผลกระทบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมาก อีกทั้งยังไม่มี การจัดเก็บสถิติของการกระทำรุนแรง ต่อผู้สูงอายุ ไว้อย่างเป็นทางการ ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จึงได้จากข่าวหนังสือพิมพ์ หรือการรายงาน จากองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนน้อย เมื่อเทียบกับ ความเป็นจริง รวมทั้งยังขาดความเฉพาะเจาะจง ในการช่วยเหลือ (คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุวุฒิสภา, 2546) เช่น ข้อมูลการรายงานทางโทรศัพท์สายด่วน 191 ในช่วง

มิถุนายน 2551 – ธันวาคม 2551 เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกทารุณ หรือได้รับความรุนแรง พบการรายงานปัญหาเพียง 7 ราย โดยไม่ได้ระบุปัญหาการถูกรังแก รวมถึงประเภทของการกระทำรุนแรง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงมหาดไทย, 2551) นอกจากนี้ในปี 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานปัญหา เด็ก เยาวชน สตรี และผู้สูงอายุได้รับความรุนแรงทั้งสิ้น 14,382 ราย เป็นวัยผู้ใหญ่รวมถึงผู้สูงอายุ จำนวน 7,218 ราย โดยไม่ได้แยกผู้สูงอายุออกจากผู้ใหญ่ ซึ่งสาเหตุความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากผู้กระทำรุนแรงติดยา และดื่มสุรา โดยผู้กระทำรุนแรงเป็นคู่สมรสหรือคนใกล้ชิด ร้อยละ 35.53 เป็นสามี ร้อยละ 26.26 และเป็นญาติ ร้อยละ 14.27 ส่วนในปี 2550 ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุขก็ได้รวบรวมสถิติจากโรงพยาบาล 297 แห่งทั่วประเทศ พบเด็ก เยาวชน สตรีและผู้สูงอายุได้รับความรุนแรงจำนวน 19,068 ราย ซึ่งก็ไม่ได้แยกกลุ่มผู้สูงอายุออกมาจากกลุ่มอื่น เช่นกัน ส่วนการรายงานข้อมูลของศูนย์ประชาบดี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ ปี 2548 – 2550 พบผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง 277 ราย แบ่งเป็นชาย 107 ราย หญิง 160 ราย หรือเฉลี่ยเดือนละ 7 ราย (คม ชัด ลึก , หนังสือพิมพ์, 18 กุมภาพันธ์ 2550) และจากสถิติข้อมูลผู้ใช้บริการของศูนย์ประชาบดี กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่าตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2548 -31 พฤษภาคม 2552 มีประชาชนโทรศัพท์ติดต่อเข้ามาขอคำปรึกษากับสายด่วนถึง 32,000 กว่าราย โดยเป็นการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุถึง 6,643 ราย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงมหาดไทย, 2551)

ถึงแม้ว่าภาครัฐจะเริ่มให้ความสนใจ และนำประเด็นปัญหามาพิจารณา และมีกำหนดพระราชบัญญัติต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือ และคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงแล้วก็ตาม แต่การให้ความช่วยเหลือ ยังไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุรวมอยู่กับประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาส หรือพิการ เช่น กลุ่มเด็ก สตรี หรือผู้พิการ ทำให้ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ถูกมองข้าม จากความไม่ชัดเจน และขาดความเข้าใจ ส่งผลให้ปัญหาขาดการป้องกัน หรือแก้ไขอย่างเหมาะสม และนับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงและรุนแรงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; วราห์ แห่งฟุ่ม, 2547)

### 1.3 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีการรับรู้ปัญหาเพียงบางส่วน เปรียบเหมือนภูเขาน้ำแข็ง “iceberg” ที่โผล่พ้นขึ้นมา เพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น (Stanley, 2005) เนื่องจากความรุนแรงต่อผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ไม่มีความแตกต่างทางสังคมหรือชนชั้น เกิดได้ทั้งในบ้าน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ แหล่งให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ และสถานพยาบาล (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547; Connor and Rowe, 2005) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีผู้

พยายามอธิบายสาเหตุ หรือปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นไว้หลากหลาย ดังนี้

Bennett and Ebrahim (1995) กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่อาจถูกกระทำรุนแรง ดังนี้

1. มักจะเป็นหญิงชรา ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และ ไม่มีบทบาทในครอบครัว หรือสังคม
2. ร่างกายเสื่อมโทรม มีปัญหาสุขภาพ เช่น เคลื่อนไหวลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่
3. เจ็บเหงา และหวาดกลัวง่าย มองโลกในแง่ลบ
4. พักอาศัยอยู่กับบุตรชาย หรือหลานสาว

ส่วน Wieland (2000) ได้อธิบายลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ และมักปิดบังการถูกกระทำรุนแรง
2. ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม หรือมีความบกพร่องเกี่ยวกับระบบความจำ ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชี้อารมณ์ และหวาดระแวง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการไม่พอใจและกระทำรุนแรงตอบโต้กลับได้
3. ผู้กระทำรุนแรง มีความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง หรือติดยาเสพติด ทำให้มีปัญหาทางจิต ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม
4. ผู้กระทำรุนแรงต้องพึ่งพาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ทางด้านการเงินและทรัพย์สิน
5. ผู้สูงอายุและผู้กระทำรุนแรง พักอาศัยอยู่ร่วมกัน
6. ปัจจัยภายนอกต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อครอบครัว เช่น ปัญหาด้านรายได้ และเรื่องราวที่ทำให้เกิดความตึงเครียดต่อสมาชิกในครอบครัว
7. ผู้สูงอายุที่ขาดการติดต่อ หรือปฏิสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลอื่น
8. ประวัติครอบครัว คู่สมรสที่ผ่านมา มีการกระทำรุนแรงต่อกัน
9. ผู้ดูแลมีความเครียด ทำให้มีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย

Bronfenbrenner (1977) และ Schiamberg and Gans (2000) มองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาของระบบครอบครัว ซึ่งเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับสังคม ที่ครอบครัวนั้นดำเนินชีวิตอยู่ โดยถือว่าระบบครอบครัว และระบบสังคมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง และพึ่งพาซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยสิ่งมีชีวิต และสิ่งไม่มีชีวิต ที่มาประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของระบบนิเวศ โดยทุกสิ่งทุกอย่างเหล่านี้มีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นพลวัตร

1. ความสัมพันธ์ (Relationship) โดยเชื่อว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นจุดรวมของระบบนิเวศน์ และเป็นกระบวนการที่เคลื่อนที่ โดยแต่ละเหตุการณ์มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน

2. การมองแบบองค์รวม (Holistic approach) เป็นการศึกษาการดำเนินชีวิตของสิ่งมีชีวิต โดยเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้มีความเกี่ยวเนื่องกันทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็น คน สัตว์ สิ่งของ และรวมไปถึง ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ซึ่งเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์

สอดคล้องกับแนวคิดของ Gordon and Brill (2001) ซึ่งได้อธิบายกระบวนการเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า การกระทำรุนแรงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองโดยลำพัง แต่เกิดจากปัจจัยหลายชนิดซึ่งมีความเชื่อมโยงเกี่ยวของกันอย่างเป็นระบบ โดยให้ข้อสังเกตว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้น เป็นผลลัพธ์ของเรื่องราว ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะพิเศษ ซึ่งนำไปสู่จุดเริ่มต้นของพฤติกรรมหรือการกระทำอันไม่เหมาะสมถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว เป็นตัวกระตุ้นหรือผลักดันให้เกิดความเครียดแบบเฉียบพลันในลักษณะต่างๆขึ้น โดยรูปแบบความเครียดที่เกิดขึ้นอาจมีหลายลักษณะ กระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมา จะเกิดขึ้นวนเวียนเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ข้อ คือ

1. ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ที่หนักเกินไปทั้งการทำงานเลี้ยงชีพ และจากการต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมถึงการไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม
2. ผู้ดูแลมีความผิดปกติทางจิต จากการมีพยาธิสภาพในสมอง และการติดยาเสพติด
3. ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพ
4. มีการเรียนรู้พฤติกรรมความรุนแรงจากครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน ทำให้เกิดการทำตามและเคยชินกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัว
5. การพึ่งพา ทั้งจากการที่ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้ดูแล และผู้ดูแลต้องการพึ่งพาผู้สูงอายุ
6. ผู้สูงอายุเคยกระทำรุนแรงต่อผู้ดูแลมาก่อน เมื่อผู้สูงอายุต้องถูกดูแล ผู้ดูแลจึงกระทำรุนแรงคืนตามที่ตนเองต้องการ

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002a) ยังได้อธิบายถึงปัญหาความรุนแรงโดยแสดงเป็น ecological model เป็น 4 ระดับคือ

1. ระดับบุคคล (Individual) ซึ่งเป็นการประเมินในส่วนของชีวประวัติ การดำเนินชีวิต ส่วนตัวของบุคคล เป็นการค้นหาความเป็นไปของชีวิตที่ทำให้บุคคลนั้น กลายเป็นผู้ถูกกระทำ หรือผู้กระทำรุนแรง
2. ระดับของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Relationship) ซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว ระดับเพื่อน ระดับตำแหน่งหน้าที่การงานเดียวกัน และในระดับคู่รักหรือคู่สมรส ซึ่งสามารถนำระดับความสัมพันธ์เหล่านี้มาประเมินความเสี่ยงที่จะทำให้นบุคคลเหล่านั้น กลายเป็น

ผู้ถูกระทำรุนแรง หรือ เป็นผู้ถูกระทำรุนแรงเสียเอง เช่น ถ้าเด็กคนหนึ่งเติบโตท่ามกลางครอบครัวที่มีความรุนแรง เด็กคนนั้นย่อมมีแนวโน้มหรือเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ถูกระทำรุนแรง หรือกลายเป็นเหยื่อของการถูกระทำได้

3. ระดับชุมชน (Community) เป็นการค้นหาในลักษณะเชิงสังคม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน ที่ทำงาน และเพื่อนบ้าน ซึ่งทั้งหมดสามารถนำมาประกอบในการค้นหา หรือบ่งบอกถึงรูปแบบ หรือแนวโน้มว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรงขึ้นหรือไม่ เช่น ถ้าชุมชนนั้นมีคนติดยา เป็นชุมชนแออัดยากจน หรือมีการประกอบอาชีพที่ผิดกฎหมาย ชุมชนเหล่านั้น ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรงขึ้นมากกว่าชุมชนทั่วไป

4. ระดับสังคม (Society) เป็นการมองในมุมกว้างขั้นสุดทำในสังคมนั้นๆ ว่าจะมีองค์ประกอบทางสังคม ที่เอื้อต่อการถูกระทำรุนแรงได้มากน้อยเพียงใด ไม่ว่าจะเป็น บรรทัดฐานทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ รวมไปถึงนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายด้านเศรษฐกิจ นโยบายด้านการศึกษา และนโยบายด้านสังคม ซึ่งนโยบายทั้งหมด อาจเป็นการส่งเสริมให้เกิดการถูกระทำรุนแรง หรือป้องกันการถูกระทำรุนแรงขึ้นในสังคมนั้นก็ได้

สำหรับในประเทศไทย คณะกรรมการกิจการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุวุฒิสภา (2546) และ สุธีร์ อินตะประเสริฐ (2547) ได้กล่าวถึงสาเหตุและปัจจัยที่อาจนำไปสู่ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

#### 1. ผู้สูงอายุ

1.1 มีภาวะพึ่งพา ซึ่งภาวะพึ่งพาเป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงให้เกิดการถูกระทำรุนแรงขึ้นต่อผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียสถานะภาพด้านการเงิน ความอ่อนแอและเจ็บป่วย เช่นเมื่ออายุมากขึ้นสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติทางสติปัญญา เช่น สมองเสื่อม เป็นอัมพาต พิกการ ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องคอยสนับสนุนด้านการเงิน เป็นผลให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด หรือ ไม่พอใจ

1.2 ลักษณะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่อาจทำให้เกิดความรุนแรง เช่น พุดบ่น ลุงจี้ ขี้โมโห ดุด่า และทำร้ายผู้อื่น ซึ่งอาจมาจากปัญหาทางจิต หรือการติดสารเสพติด เช่น สุรา นอกจากนี้ ยังอาจมาจากความผิดปกติของสมอง จากการได้รับอุบัติเหตุ จากพยาธิสภาพของโรค (ภัณฑิลา อธิรัตน์, 2547)

1.3 มีบุคลิกแยกตัว ไม่สนใจตนเองและผู้อื่น และมีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้ที่ไม่มีบุตรหรือญาติ ผู้สูงอายุที่อยู่นในบ้านหรือไม่เข้าสังคม ไม่มีการพบปะกับผู้อื่น เป็นกลุ่มที่อาจถูกกระทำรุนแรง โดยไม่มีใครสังเกตเห็น เพราะโดยปกติผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงจะไม่บอกให้คนอื่นทราบ อาจปกป้องคนในบ้าน กลัวถูกทำร้ายมากขึ้น หรือกลัวต้องเข้าสถานสงเคราะห์คนชรา

## 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.1 มีประวัติเติบโตในสภาพที่มีความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งมีการเรียนรู้ และแสดงอาการก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น การกระทำรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ จนเกิดความเคยชินจึงก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการกระทำอันไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้ (Curry and Stone, 1994; Fulmer, 1998)

2.2 มีบุคลิกลักษณะที่ผิดปกติ (Character Disorder) และการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness) โดยมาจากพันธุกรรม ความผิดปกติของสมอง และการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้

2.3 มีลักษณะบุคลิกในเชิงลบ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ ชอบดูหรือว่าผู้สูงอายุ ไม่ค่อยมีความเห็นอกเห็นใจในความต้องการต่างๆของผู้สูงอายุ มักจะคอยตำหนิ หรือจู้จี้กับผู้สูงอายุโดยไม่อนุญาตให้ผู้สูงอายุได้พูดหรืออธิบาย ผู้สูงอายุจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความหงุดหงิด โมโหง่าย และมีความเสี่ยงของการดูแลที่ไม่ดีตามมาเสมอ

2.4 การมีความเครียด ซึ่งอาจมาจากการที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหา ที่ตนเองเผชิญได้ การมีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยเรื้อรัง การอ่อนเพลียพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือมีปัญหาส่วนตัว ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้อื่นหลายคน ต้องรับผิดชอบการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวคนเดียว ความเครียดเป็นผลกระทบทางด้านลบ เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดความกดดัน และเป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

## 3. สังคมและวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลง

3.1 การอพยพ ย้ายถิ่น ของคนหนุ่มสาวจากชนบท เข้ามาทำงานในเมือง ครอบครัวขยายลดลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ตามค่านิยมทางตะวันตก ทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยทอดทิ้ง

3.2 ผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสดมีเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการเกิดมีน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหลานดูแลในยามสูงวัย และอาจมีแนวโน้มต่อการถูกละเลยทอดทิ้งจากสังคม



โดยสรุป สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม โดยแนวโน้มของการกระทำรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของท้องถิ่นนั้นๆ แต่ทั้งหมดมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยง และมีความซับซ้อนละเอียดอ่อน การค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัย จึงอาจไม่สามารถบอกได้ว่า เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยสิ้นเชิง

#### 1.4 รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

การกระทำรุนแรงส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดขึ้นในบ้าน ผู้กระทำรุนแรงมักเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของผู้สูงอายุ แต่บางครั้งผู้สูงอายุอาจเป็นผู้กระทำรุนแรงต่อตนเอง นอกจากนี้การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นในสถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุมารับบริการด้วย (Curry and Stone, 1994; Pillemer et al., 2007)

Fulmer (1998) แบ่งการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. Physical abuse การตั้งใจที่จะกระทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย การทำให้ได้รับบาดเจ็บ เจ็บปวด
2. psychological /Emotion abuse การทำให้ได้รับความปวดร้าวทางจิตใจ การทำให้เกิดความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุ
3. Sexual abuse เป็นความสัมพันธ์ทางเพศที่ผู้สูงอายุไม่ได้ยินยอม
4. Neglect การปล่อยปละละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจที่จะกระทำก็ตาม
5. Abandonment การไม่ใส่ใจสนใจต่อผู้สูงอายุ การหนีผู้สูงอายุไปโดยไม่กลับมาสนใจดูแลอีกเลยด้วยความตั้งใจ การปล่อยให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย

ส่วน Hogstel and Curry (1999) ได้แบ่งรูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้สูงอายุกระทำตนเอง (Self abuse) การทำร้ายตนเอง เช่น การปฏิเสธการรับประทานอาหารและยา อาจเนื่องมาจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น คิดว่าลูกหลานไม่รัก ไม่สนใจ หรือ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านอารมณ์ มีสติปัญญาเสื่อมถอย เป็นต้น

2. ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงหรือการทอดทิ้งจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยบุคคลเหล่านี้ปฏิเสธการดูแลหรือการให้การดูแลที่ไม่เหมาะสม การกระทำดังกล่าวมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การกระทำโดยตั้งใจ (Active Neglect) เป็นการกระทำลงไปทุกอย่างที่รู้ถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น เช่น ไม่จัดหา น้ำ อาหาร ยา ให้รับประทานจนทำให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะขาดน้ำ

(Dehydration) ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) การให้ยานอนหลับในปริมาณที่มากเกินไป หรือญาติไม่จัดหาแว่นตา หูฟัง หรือ อุปกรณ์ที่ช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ไม่ทำให้ผู้สูงอายุ

2.2 การละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่ได้ตั้งใจ (Passive Neglect) แต่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การเตรียมอาหารเฉพาะโรคให้ผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง เนื่องจากการขาดความรู้ หรือ ลืมทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุร้องขอ

ส่วน National center on elder abuse (NCEA, 1998) และ World Health Organization (WHO, 2002a) แบ่งความรุนแรงผู้สูงอายุไว้เช่นกันดังนี้

1. ความรุนแรงด้านร่างกายเป็นการทำร้ายผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่างๆ ให้ได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ็บปวด ที่พบบ่อย คือ การตบหน้า ทูบตี การผูกมัด การใช้ยาจำนวนมากเกินไป

2. ความรุนแรงด้านจิตใจ เป็นการใช้พฤติกรรมต่างๆ แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เช่น คำพูด ที่ก้าวร้าว คำว่าไม่ให้เกียรติแสดงท่าทางดูถูก ซึ่งมักเกิดร่วมกับการกระทำทารุณกรรมประเภทอื่น

3. ความรุนแรงทางเพศ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการยินยอมจากผู้สูงอายุ

4. ความรุนแรงด้านทรัพย์สินและวัตถุ เป็นการแสดงเจตนา ต้องการประโยชน์จาก ทรัพย์สินเงินทอง หรือใช้ทรัพย์สินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง การนำเงินไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือ การเข้าครอบครองสมบัติ รวมถึงการปลอมเอกสารต่างๆ

5. การละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ เป็นการทำร้ายผู้สูงอายุอีกประเภทหนึ่ง เช่น การบังคับให้ผู้สูงอายุกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ การส่งผู้สูงอายุเข้าไปในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น เกิดการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความอิสระทางด้านร่างกาย และ จิตใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย ขาดโอกาสในการตัดสินใจเลือกและวางแผนการรักษา

6. การทำร้ายตนเอง เช่น การปฏิเสธการดูแล การช่วยเหลือใดๆ การไม่รับประทาน อาหารและยา สวมใส่เสื้อผ้าไม่เหมาะสม มีแนวโน้มในการคิดฆ่าตัวตาย

7. การเพิกเฉย โดยการที่ผู้ให้การดูแลเพิกเฉยต่อการดูแลที่จำเป็น

8. การทอดทิ้งผู้สูงอายุ โดย

8.1 ทางด้านร่างกาย (Physical neglect) เป็นการปล่อยปะละเลย ในเรื่อง เครื่องนุ่งห่ม การเคลื่อนไหว ความสะอาด ความปลอดภัย ซึ่งอาจจะไม่ได้ดูแลเอาใจใส่หรือปฏิเสธ ไม่ให้การดูแล

8.2 ด้านการแพทย์ โดยการไม่พาไปตรวจรักษาโดยอ้างว่า เป็นอาการปกติอันเนื่องมาจากวัยของผู้สูงอายุเอง มักพบร่วมกับการละเมิดสิทธิด้านร่างกาย

8.3 ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ตะโกนหรือพูดเสียงดังมากเกินไป การปล่อยให้ได้รับกลิ่นและเสียงที่ผู้สูงอายุไม่ชอบ

สำหรับในประเทศไทย โรจนี จินตนาวัฒน์และคณะ (2548) แบ่งความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. การทำร้ายด้านร่างกาย เป็นการใช้พลังกำลังทางกายต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย และหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับทางเพศ โดยที่ไม่ได้รับการ ยินยอมจากผู้สูงอายุ

2. การทำร้ายทางด้านจิตใจ เป็นการกระทำโดยการใช้อำนาจ และหรือไม่ใช้อำนาจต่อ ผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ หรือความเจ็บปวดทางอารมณ์

3. การเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ เป็นการเอาเปรียบผู้สูงอายุโดยการให้แรงงาน หรือ การเอาประโยชน์จากทรัพย์สินสมบัติของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาซึ่งการได้ประโยชน์ส่วนตน หรือมี ทรัพย์สินเพิ่มเติม

4. การทอดทิ้งเป็นการละเลยหรือการไม่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

5. การล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำที่จำกัดหรือปฏิเสธสิทธิส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัว หรือชุมชน

นอกจากนี้ยังได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญ (Attribute) ที่มักพบในการกระทำรุนแรงต่อ ผู้สูงอายุไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. เจตนาของการกระทำที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถเป็นได้ ทั้งการกระทำที่ เจตนาและไม่เจตนา

2. เป็นการกระทำใดๆก็ตามที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือความทุกข์ทรมาน ทางด้าน ร่างกายและหรือทางด้านจิตใจโดยไม่จำเป็นซึ่งการกระทำดังกล่าว จะถูกจำแนกตามองค์ประกอบ ของความรุนแรง เช่น ความรุนแรงด้านร่างกาย ความรุนแรงด้านจิตใจ เป็นต้น

3. การกระทำที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้สูงอายุ อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือเกิดขึ้น ต่อเนื่องยาวนาน

ส่วน สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2547) แบ่งความรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การไม่ดูแล เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวไม่ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้สูงอายุในด้าน การดำรงชีวิตประจำวัน ในยามปกติและเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุต้องพยายามดูแลตนเองทั้งที่ไม่มี ความสามารถเพียงพอในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

2. การไม่ร่วมสนทนา คือ การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการพูดคุย ทักทาย ซักถามทุกข์สุข ทั่วไป จากสมาชิกในครอบครัว

3. การเบียดเบียนทรัพย์สิน เป็นการที่สมาชิกในครอบครัว มารบกวนขอความช่วยเหลือ ด้านทรัพย์สิน เงินทอง รวมถึงการยึดทรัพย์ไปจากผู้สูงอายุ

4. การให้ทำงานบ้าน เป็นการที่สมาชิกในครอบครัว ใช้ให้ผู้สูงอายุทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า หุงข้าว ทำกับข้าว โดยต้องทำงานเกือบตลอดเวลา ไม่ได้หยุดพัก ทำให้รู้สึกเหมือนเป็นคนรับใช้

5. การให้ดูแลบ้าน โดยการที่สมาชิกในครอบครัว มอบหมายให้ผู้สูงอายุ เฝ้าบ้าน เพียงลำพัง ขณะที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่ายกับการต้องอยู่คนเดียว ไม่ได้ออกไปนอกบ้านเป็นระยะเวลาานาน

6. การให้ดูแลหลาน โดยสมาชิกในครอบครัวให้ผู้สูงอายุดูแลหลาน อย่างเต็มเวลาทำให้ผู้สูงอายุไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดโอกาสในการทำสิ่งที่ตนเองต้องการ

7. การไม่เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว คือการที่สมาชิกในครอบครัวให้ผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ด้วย ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองตามลำพัง เช่น การรับประทานอาหารคนเดียว หุงหาอาหารรับประทานเอง ให้ออนเพียงลำพัง ไม่ให้ร่วมดูโทรทัศน์ ไม่ให้ไปท่องเที่ยวด้วย ซึ่งแสดงถึงความไม่ให้ความสนใจ หรือยอมรับในตัวผู้สูงอายุว่าเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว

จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สามารถแบ่งประเภทได้หลายลักษณะ และมีความแตกต่างไปจากปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี เนื่องจากปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (WHO, 2008) ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ต่อผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาที่สะสม และซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ยังเกี่ยวข้องกับจริยธรรม ประเพณี รวมทั้งวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นนั้นๆด้วย (Stevenson, 2008) ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย ความรุนแรงด้านร่างกาย ซึ่งรวมถึงความรุนแรงทางเพศด้วย ความรุนแรงด้านจิตใจ การเอาประโยชน์ทั้งการละเมิดสิทธิและทรัพย์สิน การทอดทิ้ง ซึ่งทั้งหมด ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมาน และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

## 2.5 ผลของปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ยากต่อการที่จะหาทฤษฎี หรือแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งมาอธิบายถึงสิ่งที่นำไปสู่การกระทำรุนแรง ได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยหรือความเสี่ยงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น อาจเกิดจากทั้งผู้ดูแลและตัวผู้สูงอายุเอง และปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ผู้กระทำรุนแรง รวมไปถึง ครอบครัว สังคมอีกด้วย แนวคิดและปฏิกิริยา ที่เกิดจากการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีผู้อธิบายไว้ หลากหลาย และมีความแตกต่างกันไป ดังนี้ คือ

2.5.1 การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่สัมพันธ์กับอายุ (Age-related change) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Social breakdown model) ได้อธิบายกระบวนการแบบวัฏจักรคือเมื่อผู้สูงอายุถูกประเมินหรือตีตราในเชิงลบจากภายนอก เพราะการสูญเสียบทบาท บรรทัดฐานหรือกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเป็นการประเมินในเชิงอรรถประโยชน์ทางสังคมเศรษฐกิจ ผลของกระบวนการ หรือการตีตราที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการตีตราตนเองในเชิงลบ ว่าเป็นผู้ที่หมดสมรรถภาพ และสูญเสียทักษะในการปรับสภาพจิตใจและพฤติกรรม (Penhale and Kingston, 1997; Nadien, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา โตมานะ และ ระวีวรรณ ศรีสุชาติ (2548) ซึ่งศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคมนอกบ้าน และไปร่วมกิจกรรมชมรม จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวก สอดคล้องกับทฤษฎีบทบาทและทฤษฎีกิจกรรมที่ว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทหน้าที่ต่อเนื่องในสังคม และมีกิจกรรมต่อเนื่อง จะมีบุคลิกภาพกระฉับกระเฉง มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่า ผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือหน้าที่ใดๆ อีกทั้งยังมีความรู้สึกภาคภูมิใจ พอใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวก (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) การมีปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อโรครุนแรงขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะยิ่งต่ำลงเนื่องจากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความมีคุณค่าในตนเอง (Muehlbauer and Crane, 2006) เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกไร้อิสระ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้การยอมรับในคุณค่าตนเองต่ำลง

ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และมีเป้าหมายในชีวิต ที่เต็มไปด้วยความสุขและความหวัง เพื่อน ญาติพี่น้อง บุตรหลานมีความรัก ความเข้าใจ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสุขกับชีวิตในบั้นปลาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) แต่ในสังคมปัจจุบันปัญหาจากปัจจัยภายใน เช่น การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มาจากความเสื่อม หรือปัญหาโรคเรื้อรัง และปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุด้วย หากผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ หรือมีปัญหาในการปรับตัว สิ่งที่เกิดตามมาก็คือ ความท้อแท้ หหมดหวังและความต้องการการได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกื้อกูลจากคนในครอบครัว (Diloreto, 1999)

ความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง การเกิดความรู้สึกในแง่ลบกับสิ่งต่างๆ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลถึงผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดปัญหาและความไม่พอใจ การไม่สนใจ หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุขึ้น จนเกิดการทารุณกรรมในรูปแบบต่างๆซึ่งเป็นปัญหาสังคมทั่วโลก ณ ขณะนี้

2.5.2 ปฏิกริยาของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออกเมื่อ ตนเอง ถูกกระทำรุนแรง โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออกต่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ได้มีผู้อธิบายถึงปฏิกริยา หรือ อากาที่ผู้สูงอายุแสดงออก เมื่อถูกกระทำรุนแรง ไว้หลายลักษณะดังนี้

Curry and Stone (1994) ได้กล่าวถึงปฏิกริยาของผู้สูงอายุ เมื่อได้รับความรุนแรงว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ในขณะที่ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง ถ้าอยู่ในช่วง นาทีแรก - 1 ชั่วโมง จะมีอาการ คล้ายอาการช็อค งด รู้สึกชา ไม่เชื่อว่าจะเป็นจริง หรืออาจมีอาการอ่อนแรง ช่วยตนเองไม่ได้ และ เมื่อเวลาผ่านไปหลังจาก 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน ผู้สูงอายุจะมีอาการตกใจง่าย เริ่มแยกตัว อารมณ์อ่อนไหวง่ายหรือมีพฤติกรรมถดถอยลง และเมื่อเวลาผ่านไปได้ 1 วัน ผู้สูงอายุจะเริ่มมี อาการโมโหง่าย กระวนกระวาย นอนไม่ค่อยหลับ และเริ่มเกิดอาการไม่สบายเหมือนเจ็บป่วย อัน เป็นผลมาจากความวิตกกังวล

2. เมื่อได้รับความรุนแรงในระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน โดยในช่วงสัปดาห์แรก ผู้สูงอายุจะมีอาการเงิบ สีหน้าเศร้า อาจร้องไห้ หวาดกลัว หรือมีอาการหงุดหงิด ขุนเคียว เมื่อ ผ่านไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ ผู้สูงอายุจะพยายามถามตนเองว่า เพราะเหตุใดตนจึงถูกกระทำเช่นนั้น ซึ่งอาจจะโทษตนเอง หรือ ครุ่นคิดว่าเพราะอะไรที่ทำให้เกิดเรื่องเช่นนั้นขึ้น ต่อมาอาจเริ่มกลัวจนไม่ สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้ จนเก็บไปฝันร้าย และเริ่มแสวงหาคนมาคอยดูแลเอาใจใส่ ซึ่งดูเหมือนเป็นการเรียกร้องความสนใจ และหลัง 3 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน อารมณ์ผู้สูงอายุอาจไม่ คงที่ บางครั้งมีอาการโกรธง่าย บางครั้งอาจมีอาการหวาดกลัว หรือรู้สึกสงสารตัวเอง โทษตนเอง ว่าเป็นผู้ผิด บางครั้งจะกลัวว่าตนอาจถูกกระทำรุนแรงอีก จึงอาจหาวิธีแก้แค้นได้

3. ถูกกระทำรุนแรงต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 6 เดือน ผู้สูงอายุจะมีลักษณะอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกท้อแท้ หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไร้ค่า มักจะชอบพูดถึงแต่เรื่องราว ในอดีต ซึมเศร้า ขาดมนุษยสัมพันธ์ และมักจะแสดงออกในลักษณะอาการเจ็บป่วยทางกายใน ลักษณะอาการปวดต่างๆ

ส่วนในประเทศไทย สุธีร์ อินตะประเสริฐ (2547) กล่าวถึงปฏิกริยาของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. การปฏิเสธ (denial) เพราะคงเป็นความรู้สึกที่ยากที่จะให้การยอมรับได้ว่าตนเอง ถูกกระทำรุนแรงโดยผู้ใกล้ชิด ผู้สูงอายุอาจรู้สึกกลัวผู้ที่กระทำรุนแรง จึงไม่กล้าบอกปัญหาที่เกิดขึ้นกับใคร ในขณะที่เดียวกันอาจรู้สึกกลัว และไม่แน่ใจเกี่ยวกับอนาคตว่าจะมีใครมาดูแลตน แทน บุคคลที่มักกระทำตนหรือไม่ (Hogstel and Curry, 1999)

2. บุคลิกภาพหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปมากอย่างกะทันหัน หรือโดยไม่คาดคิด บางคน ที่ชอบออกไปสังคมกลับกลายเป็นคนเก็บตัวเงียบ ไม่อยากพูดคุยกับใคร หรือปฏิเสธที่จะร่วมใน

กิจกรรมต่างๆกับผู้อื่น ส่วนคนที่เคยเจ็บอาจกลายเป็นคนพูดจา หรือแสดงท่าทีโกรธโมโหรุนแรง ง่าย หรือมีอาการก้าวร้าวผิดปกติมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

นอกจากนี้ โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2548) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว จะมีปฏิกิริยาต่อปัญหา คือ การนั่งเงียบไม่ได้ตอบ อดทน หนีออกจากบ้าน และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น พูดคุยทำความเข้าใจกับสมาชิกที่ทำร้ายตนเอง ตักเตือน สอนศีลธรรม แจ้งตำรวจพยายามฆ่าตัวตาย และไล่สมาชิกในครอบครัวที่ทำร้ายตนเองออกจากบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2547) พบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการทุกข์และเจ็บปวดทางใจ จนทำให้ต้องร้องไห้ เสียใจ น้อยใจ และต้องการหลบหนีไปจากครอบครัว หรือหากได้รับความรุนแรงอย่างมาก ก็จะทำให้มีความท้อแท้ หดอาดลัยในชีวิต ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก

โดยสรุปแล้ว ปฏิกิริยาที่ผู้สูงอายุแสดงออกเมื่อได้รับความรุนแรง อาจแสดงออกได้หลายลักษณะ พยาบาลวิชาชีพจึงควรสังเกต และประเมินอย่างรอบคอบ ไม่ควรปล่อยให้ปัญหาผ่านไป โดยไม่ได้แก้ไข หรือมองปัญหาว่า เนื่องมาจากความชรา และโรคเรื้อรังต่างๆไปของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล พยาบาลวิชาชีพจึงควรวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary teams) เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด (Fulmer, 1998; Sengstock et al, 2004)

2.5.3 ผลกระทบของความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ส่งผลผลกระทบต่อสุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงสถาบันครอบครัว และประเทศชาติโดยส่วนรวม นับเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องไม่ควรละเลย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545; อูมานน พวงทอง, 2550; Day, 2007) ซึ่งผลกระทบต่างๆ ได้แก่

2.5.3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ การกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราอัตราการตายของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

ก) ด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การมีบาดแผลฟกช้ำตามใบหน้า การมีรอยไหม้ต่างๆตามร่างกาย ร่างกายชubbผอมขาดอาหาร ผิวหนังเหี่ยวย่น ตาลึก ปากแห้ง มีแผลกดทับ หลายที่ กระดูกหัก ข้อยึดติด การหกล้มโดยไม่ทราบสาเหตุ การได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือการติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ และนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (Fulmer, 1998; Sengstock et al., 2004; Day, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2544) ซึ่งพบว่า การให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆในบ้าน เพื่อช่วยเหลือ

และลดภาระของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้าจนเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุขณะทำงานบ้าน พบว่ามีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 32 ของกิจกรรมที่เกิดอุบัติเหตุทั้งหมด และในการศึกษาของ Le (1997) ซึ่งศึกษาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุชาวเวียดนามที่อพยพเข้ามาอยู่ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผลของการกระทำรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุคือ ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย หรือ อ่อนเพลีย

ข) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกาย หรือจิตใจ ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมาน ปวดร้าว หวาดกลัว หวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปสู่อาการหวาดผวาและก้าวร้าว อารมณ์รุนแรงขึ้นหมดอาลัยในชีวิต ซึมเศร้า และอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (Le, 1997; Jones and Holstege, 1997) ซึ่ง Lachs (1997) และ Baker (2007) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ กับอัตราการเสียชีวิตว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง จะมีแนวโน้มการเสียชีวิตได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความรุนแรง โดย

1. ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของร่างกาย และความชราเร็วขึ้น ทำให้เกิดความล้มเหลวของระบบต่างๆ เกิดการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ และกระตุ้นให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และมีภาวะพึ่งพาสูงขึ้น

2. ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อฮอร์โมน และกลไกที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทในสมอง โดยจะเกิดการกระตุ้นให้สมองส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) หลั่ง corticotrophin-releasing hormone (CRH) จากสมองส่วน hypothalamus ซึ่งฮอร์โมนนี้ จะไปกระตุ้นสมองส่วน pituitary ให้หลั่ง corticotrophic hormone ออกมากระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง cortisol hormone ออกมามากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการทำลายของระบบประสาทในสมองส่วน hippocampus ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ และการจดจำ นอกจากนี้ cortisol hormone ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของ catecholamines ,epinephrine และ norepinephrine ทำให้ระบบการเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ ระบบการย่อยอาหารถูกรบกวน ระบบภูมิคุ้มกันถูกกด เกิดปัญหาในการนอนหลับ รวมถึงส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด จนอาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคหัวใจ มีอาการกำเริบ และเสียชีวิตได้สูงขึ้น ส่วนในประเทศไทย อูมามน พวงทอง (2550) ได้กล่าวถึงความรุนแรงต่อผู้สูงอายุกับปัญหาทางจิตใจไว้ดังนี้



1. มีภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเป็นภาวะที่วินิจฉัยยาก เนื่องจากหลายครั้งอารมณ์และพฤติกรรมซึมเศร้าของผู้สูงอายุไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน

2. มีภาวะสับสน (Confusion) ทำให้การมีความสามารถทางพุทธิปัญญาลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการพึ่งพาผู้อื่น

3. กระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care ability) ถ้าผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลตนเองไม่ดี จะเพิ่มความเสี่ยงทั้งต่อการไม่ดูแลตนเอง (Self neglect) และต้องการการพึ่งพาผู้อื่นสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Le (1997) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงร้อยละ 30 จะสูญเสียความสนใจในชีวิต และ พบว่ามีถึงร้อยละ 20 ที่คิดอยากฆ่าตัวตาย

2.5.3.2 ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุที่ถูกสมาชิกในครอบครัวกระทำรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย และ จิตใจ ต้องเข้ารับบริการ ในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพกาย และ จิตอารมณ์ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ถูกกระทำรุนแรง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ถูกสมาชิกในครอบครัวกระทำรุนแรง อาจมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง เนื่องจากปัญหาการบาดเจ็บทางร่างกาย หรือ ความไม่พร้อมทางจิตใจ อารมณ์ต่อการพบปะเพื่อนฝูง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าอยากฆ่าตัวตายได้

2.5.3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สถาบันครอบครัวไม่มั่นคง ชัดแย้ง ขาดความสงบสุข สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี วิถีชีวิตในครอบครัวเบี่ยงเบน ขาดการยอมรับจากผู้อื่นและสังคม

2.5.3.4 ผลกระทบต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาสังคมด้านต่างๆ เช่น ปัญหาผู้สูงอายุเร่ร่อนไม่มีที่อยู่อาศัย ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ปัญหาการนำผู้สูงอายุมาใช้งาน ทำให้ทรัพยากรบุคคลถูกใช้งานไปในทางไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นขุขนิยบุคคลที่ควรให้ความเคารพนับถือ ทำหน้าที่อบรมบุตรหลานให้เป็นคนดี แต่สภาพสังคมปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้จิตใจเสื่อมลงและขาดจริยธรรม ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงและการทอดทิ้งผู้สูงอายุขึ้นส่งผลให้ภาพพจน์ของประเทศเสียหายสูญเสียเวลา ทรัพยากร และงบประมาณในการแก้ปัญหา

กล่าวโดยสรุป ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะเป็นเพียงปัญหาหนึ่งของสังคมแต่ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพร่างกาย และ จิตใจ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จึงถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติ ซึ่งทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญ ใส่ใจ และ เข้าใจ เนื่องจากปัญหาที่ซ่อนเร้นเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของสังคมในอนาคต (WHO, 2008b) ถึงแม้ว่าความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จะเป็น

ความรุนแรงในครอบครัว แต่ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นั้น มีความแตกต่างจากความรุนแรงต่อเด็ก และความรุนแรงในครอบครัว เนื่องจากความชรา และ ความเสื่อมตามธรรมชาติ ส่งผลต่อการประเมิน หรือการวิเคราะห์สาเหตุปัญหา การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรง และกระบวนการชรา (Miller, 2009) จึงทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ได้รับความรุนแรง ต้องได้รับความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตไป โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือ วินิจฉัยหาสาเหตุที่ถูกต้องแท้จริง

### 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ

สังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรม และเป็นสังคมพุทธ ค่านิยมประเพณีจึงได้รับอิทธิพลจากทั้งวิถีการดำเนินชีวิตแบบเกษตรกรรม และแนวคำสอนในพุทธศาสนา ซึ่งเน้นความสำคัญของบิดามารดา ค่านิยมในสังคมไทยจึงเปรียบผู้สูงอายุเป็น “ผู้ให้” เป็นผู้ที่มิบุญคุณต่อครอบครัวและสมควรได้รับการยกย่องเชิดชูจากสังคม การชี้ให้เห็นโทษที่รุนแรงมากของการทอดทิ้ง ละเลย และทำร้ายบิดามารดา ตลอดจน ผลบุญที่ได้จากการปฏิบัติตนเป็นผู้กตัญญู แสดงถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจริยธรรม ในระบบความสัมพันธ์ของเครือญาติ (วิภาวี เอี่ยมวรเมธ และ อัจฉรา เอ็นท์, 2548)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2545) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัว ที่มีต่อผู้สูงอายุ ว่าบทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไป พร้อมกับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจ และความรับผิดชอบจากสมาชิกคนหนึ่ง ไปยังอีกคนหนึ่ง โดยมีปัจจัย 2 ประการที่สำคัญคือ

1. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อกูลต่อสมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอย แต่ยังมีสุขภาพที่ดี และไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะยังคงดำรงบทบาทผู้ให้ และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อกูลทางสังคม และกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่จะมีการเปลี่ยนถ่ายโอนอำนาจ และความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป โดยเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง และความขัดแย้งทางความคิดเห็นอาจเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะมีบทบาทเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

2. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ และเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเกื้อกูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจากผู้ให้เป็นผู้รับ ระยะเวลาเปลี่ยนจะสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว หรือแม้แต่ความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ที่ต้องเข้ารับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาท และวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ดังนั้น บทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุนดูแล ซึ่งหมายถึงการให้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้าที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติ และเจ็บป่วย การช่วยเหลือในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจการเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ทั้งในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม

### 1.6 แนวคิดของสังคมเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ

การมีอคติในทางลบ หรือการเหมารวมผู้สูงอายุ (Ageism) ถือเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย และการให้การช่วยเหลือ (Fulmer, 1998) การมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่ไม่ดี เป็นการมองผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ทุพพลภาพ โดยคิดว่าผู้สูงอายุทุกคนคือผู้ที่อ่อนแอ มีระดับความสามารถที่ลดลง มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มอายุอื่น ซึ่งนำไปสู่การเหมารวมผู้สูงอายุขึ้น (Stereotype) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเอง น่ารังเกียจ น่าเบื่อ ซึมเศร้า และหมดกำลังใจ และอาจปฏิเสธความสามารถของตนเอง (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2550) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้ประชาชน และผู้ที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และสมาชิกในครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุไปในทางบวกได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ กับผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ มีเพิ่มขึ้น (Curry and Stone, 1994)

McGown (1996) และ Fulmer (1998) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่นๆไว้ดังนี้คือ

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ (Disease in old age) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุ แต่การเจ็บป่วยในบางเรื่องอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากความชรา การเจ็บป่วย และความรุนแรงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตน และรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 มักจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคก็ตาม แต่การกำเริบอาจเกิดขึ้นในลักษณะเฉียบพลันจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาจมาจากปัญหาการขาดการดูแล หรือเอาใจใส่ เช่น สภาพผิวหนังของผู้สูงอายุที่ได้รับยา steroids อาจแยกจากสภาพผิวหนังโดยทั่วไปของผู้สูงอายุได้ลำบาก เนื่องจากการขาดความยืดหยุ่น หรือมีการพอกพูนของไขมันในชั้นผิวหนัง แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับยากลุ่ม steroids อาจหลีกเลี่ยงการเกิดแผลกดทับได้ยากกว่าผู้สูงอายุ

ทั่วไป ดังนั้นจึงควรมีการสังเกต และซักประวัติ ก่อนการตัดสินใจว่าปัญหาเกิดจากสภาพการเปลี่ยนแปลงจากความชราเพียงอย่างเดียวหรือไม่

2. ผู้สูงอายุอาจมีพยาธิสภาพหลายระบบ จากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากปัญหาโรคเรื้อรัง และเกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จนอาจทำให้การประเมิน การวินิจฉัยโรค ผิดพลาด จากการคิดว่าเป็นอาการปกติ เช่นปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ แต่ประเมินว่าเป็นความปกติในวัยสูงอายุ หรือการหกล้ม จากปัญหาระดับไซเดียมในร่างกายต่ำ จากการได้รับยาขับปัสสาวะ แต่ประเมินว่า เกิดจากอ่อนเพลีย อายุมาก เป็นต้น

3. ผู้สูงอายุอาจมีอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้อาการนำไม่ชัดเจน เช่น อาการปวดอึดเสบ อาจไม่มีไข้ ไม่มีไอ แต่อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงและอาจมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งอาการนำส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ มักจะมีปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรต่างๆ ลดลง เช่น ไม่อยากเดิน ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่พูด หรือซึมลงเนื่องจากอาการที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เมื่อเข้ารับการรักษา ถ้าช้ากว่าวัยอื่น เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการปกติในผู้สูงอายุ จนอาจทำให้อาการรุนแรง และเข้าสู่ภาวะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะที่อันตราย และวิกฤตต่อชีวิตได้

4. การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มักจะมีการฟื้นฟูช้ากว่าวัยอื่น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ง่าย ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่นๆ

ดังนั้น การมีทัศนคติและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาจทำให้อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุต่ำกว่าความเป็นจริง ตั้งเป้าหมายต่ำ และมองข้ามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการดูแล หรือแก้ไข จนอาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุในที่สุด การให้ความสำคัญและใส่ใจในรายละเอียดของผู้สูงอายุ ไม่มองข้ามปัญหาเพียงเพราะความชรา จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ ได้ถูกต้องเหมาะสม และตรงกับปัญหามากที่สุด

### 1.7 มาตรการทางกฎหมายที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ถือเป็นแนวทางหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัย และเพื่อเป็นการเตรียมให้การดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆต่อไป (Fulmer, 1996; Hinchliffe, 2004) การตระหนักต่อปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ ทำให้มีหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน จัดตั้งขึ้นทั้งในรูปแบบของหน่วยงาน หรือองค์กรสาธารณกุศล ซึ่งทั้งหมดมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนรับทราบ และช่วยเหลือปกป้องคุ้มครองผู้สูงอายุ ที่ได้รับความ

รุนแรงให้ได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (The National Clearinghouse on Family Violence. 1999; WHO, 2008b)

2.7.1 มาตรการทางกฎหมายในต่างประเทศ ผู้สูงอายุคือประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต และเป็นกลุ่มประชากรในสังคม ที่มีสิทธิในการได้รับความคุ้มครองจากการถูกระทำรุนแรง เนื่องจากปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ ในหลายๆประเทศ จึงพยายามสร้างมาตรการทางกฎหมาย และกำหนดนโยบายต่างๆให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การหาประโยชน์ การล่วงละเมิดสิทธิต่างๆ รวมถึงการละเลยทอดทิ้ง อันส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายและเกิดความทุกข์ทรมาน (Gerald, et al, 2003; WHO, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ หรือ คิวีนส์แลนด์ ล้วนมีนโยบาย และ มาตรการทางกฎหมายในการให้การคุ้มครอง และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง เช่น ในสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง เรียกว่า APS (Adult protective Service) ซึ่งเป็นศูนย์บริการคุ้มครองให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง ซึ่งจัดตั้งโดยรัฐบาลกลาง (Gerald et al, 2003) พร้อมทั้งมีการบัญญัติกฎหมายที่เรียกว่า Mandatory reporting law เพื่อกำหนดให้กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแล หรือติดต่อกับผู้สูงอายุ ต้องมีหน้าที่รายงานและแจ้งการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ แก่ศูนย์บริการของรัฐ เมื่อพบหรือสงสัยว่าเกิดการกระทำรุนแรงขึ้น โดยมีกฎหมายลงโทษผู้ที่ละเลยหรือไม่แจ้งปัญหาความรุนแรงดังกล่าว แก่หน่วยงานที่กำหนด ทำให้ในแต่ละรัฐของสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยเฉพาะ และมีการกำหนดกฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุของตนเอง ในแต่ละรัฐด้วยเช่นกัน (Curry and Stone, 1994; Pillemer et al, 2007)

ในประเทศแคนาดา ก็มีกฎหมายในลักษณะเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกาเช่นกัน เรียกว่า Adult Protection Act เพื่อกำหนดวิธีการคุ้มครองผู้สูงอายุ ให้สามารถเข้าถึงการบริการที่รัฐบาลจัดให้ และกำหนดให้ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลหรือเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ต้องแจ้งปัญหาการได้รับความรุนแรงของผู้สูงอายุต่อหน่วยงานที่รัฐจัดขึ้น เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุ และดำเนินการให้การช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้ยังกำหนดโทษผู้ที่ไม่แจ้ง โดยมีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 1,000 เหรียญ หรือทั้งจำทั้งปรับ และผู้แจ้งการพบเห็นผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ภาครัฐมีการบัญญัติกฎหมายให้ความคุ้มครองขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้แจ้งได้ นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานและองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือร่วมด้วย เช่น CCAC( Community Care Access Centres ) เพื่อรับแจ้งปัญหา และประสานงานในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง (Trevitt and

Gallagher, 1996; Wahl and Purdy, 2007) ส่วนในประเทศอังกฤษ ภาครัฐมีนโยบายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยมีหน่วยงานที่เรียกว่า NCSC (Nation care standards commission) ให้ความช่วยเหลือและเป็นศูนย์รับรายงานข้อร้องเรียนปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Hincliffe et al, 2004)

ในรัฐควีนส์แลนด์ มีหน่วยงานป้องกันความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเรียกว่า Elder Abuse Prevention Unit (EAPU) ให้บริการช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์แก่รัฐต่างๆ ในควีนส์แลนด์ ที่มีปัญหาด้านความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเสนอแนวทางการร่วมกับภาครัฐ ในการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง การประสานงานกับองค์กรเครือข่ายในชุมชน ที่เรียกว่า CCRS (Coordination Community Responses) เพื่อรับเรื่องและเก็บข้อมูลสถิติปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเพื่อนำมาวิเคราะห์และสนับสนุนการวิจัย เพื่อหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาในระดับชาติต่อไป ส่วนในประเทศนิวซีแลนด์ ถึงแม้จะไม่มีกฎหมายประจำประเทศ แต่รัฐบาลท้องถิ่นทั่วประเทศได้รวบรวมกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทำให้ความคุ้มครอง ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ได้รับความรุนแรงขึ้น โดยมีกำหนดกฎหมาย ในระดับชาติร่วมกันมีองค์หลักคือ Families Commission Act ที่ให้ความช่วยเหลือ ทั้งในรูปแบบการเข้าไปช่วยเหลือโดยผ่านเครือข่าย รวมถึงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ป้องกัน ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายของแต่ละท้องถิ่นจะประสานงาน เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท เนื่องจากนิวซีแลนด์ไม่มีการแบ่งภาค จังหวัด หรือเขตต่างๆ การดูแลจึงมีระบบบริการที่เรียกว่า Elder Abuse and Neglect Prevention Service จำนวน 22 หน่วยทั่วนิวซีแลนด์ (Peri et al, 2008)

2.7.2 มาตรการทางกฎหมายในประเทศไทย สำหรับมาตรการทางกฎหมายในประเทศไทยนั้น มีการกำหนดนโยบายและกฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงไว้ดังนี้

2.7.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ถือเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ ในส่วนที่เป็นการคุ้มครองป้องกันการทำร้ายผู้สูงอายุ การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น รัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ในมาตราที่ 53 ซึ่งกล่าวว่า “เด็ก เยาวชน และ บุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับการคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่มีการระบุลงไปเฉพาะกับผู้สูงอายุก็ตามแต่ก็เป็นคุ้มครองโดยภาพรวม

2.7.2.2 ประมวลกฎหมายอาญา เป็นมาตราทางกฎหมาย ที่คุ้มครองป้องกันผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จากการทำร้ายและถูกทอดทิ้ง เช่น มาตรา 307 ได้กล่าวว่า

ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ภัยพิภพหรือจิตพิภพ ทอดทิ้งผู้ที่ดูแลตนเองไม่ได้ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จะถูกจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ หรือในมาตรา 398 ได้บัญญัติไว้ว่า ผู้ใดกระทำการด้วยประการใดๆอันเป็นการทารุณต่อเด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปี คนป่วยหรือคนชรา ซึ่งต้องพึ่งผู้อื่นในการดำรงชีวิต จะถูกลงโทษโดยการจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ

จากการทบทวนมาตรา ในประมวลกฎหมายอาญา พบว่าการกำหนดกฎหมายอาญานี้มุ่งเน้นแต่การลงโทษผู้กระทำผิดมากกว่าการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด หรือการปกป้องคุ้มครองผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักเลือกที่จะไม่ดำเนินคดีอาญากับผู้กระทำผิด เพราะคนเหล่านั้นคือญาติ บุตรหลานของตนเอง และที่สำคัญผู้สูงอายุเหล่านั้นยังต้องพึ่งพาคนเหล่านี้อยู่ ถ้าผู้สูงอายุดำเนินคดีกับผู้กระทำรุนแรง ผู้สูงอายุอาจกลัวว่าจะไม่มีคนคอยดูแลตนเอง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2544; วราห์ แห่งพุ่ม, 2547) ซึ่งในปัจจุบันได้มีการกำหนด และออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องและให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.7.2.3 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นบทบัญญัติ เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ ที่ให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยบัญญัติว่าผู้ที่เลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นคนชรา มีสิทธิได้รับลดหย่อนภาษี ทำให้เกิดแรงจูงใจแก่บุตรในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆไว้ด้วย เช่น สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับอันตราย จากการทารุณกรรมหรือ แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ ด้วยกฎหมาย หรือ การทอดทิ้ง รวมทั้งสิทธิในการได้รับคำแนะนำ บริการ ดำเนินการอื่นๆที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือ ในทางการแก้ไขปัญหาคอขวด การดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุนั้น กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุ เสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อพิจารณา และ ประกาศกำหนดให้หน่วยงานของกระทรวง หรือทบวงในราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค หรือส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ เป็นผู้มีอำนาจรับผิดชอบดำเนินการ

2.7.2.4 ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2548 โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกระทำรุนแรงต่างๆ เช่น การแสวงหาประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทำร้าย หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุ โดยนำพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11(8) (9) และ มาตรา 24 ซึ่งกำหนดให้ผู้ทีพบเห็นผู้สูงอายุถูกระทำความรุนแรง ให้แจ้งต่อหน่วยงานของรัฐโดย

ก) ในท้องที่เขตกรุงเทพมหานคร ให้แจ้งกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานให้นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้การช่วยเหลือต่อไป

ข) ในจังหวัดอื่น ให้แจ้งอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานให้นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้การช่วยเหลือต่อไป

ค) การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยให้แยกผู้สูงอายุไปพักอาศัยในสถานที่อื่น ซึ่งมีความปลอดภัยและเหมาะสม โดยคำนึงถึงความสมัครใจ หลังจากนั้นนำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสอบถามข้อเท็จจริงต่างๆที่เกิดขึ้น

ง) ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ในกรณีที่ไม่สามารถฟื้นฟูความสัมพันธ์ได้ให้ดำเนินการส่งผู้สูงอายุเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ คนชรา เว้นแต่ผู้สูงอายุไม่ยินยอม

จ) กรณีถูกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำทารุณ หรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ด้วยกฎหมาย ให้แจ้งความดำเนินคดี โดยรวบรวมพยานหลักฐานอันเกิดจากการตรวจร่างกาย หรือจากการสอบข้อเท็จจริงส่งพนักงานสอบสวน

ฉ) กรณีการกระทำรุนแรงเกิดจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยด้วยและเป็นเรื่องไม่ร้ายแรง ให้นักสังคมสงเคราะห์ให้คำแนะนำ แก่ครอบครัว หรือ บุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุไม่ให้ถูกกระทำรุนแรงได้อีก แต่กรณีที่เป็นการกระทำที่ร้ายแรง ให้ดำเนินการทางกฎหมาย และแจ้งความดำเนินคดีต่อไป

2.7.2.5 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 การกระทำความรุนแรงในครอบครัว เป็นการกระทำที่มุ่งให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพของบุคคลในครอบครัว หรือเป็นการบังคับใช้อำนาจที่ไม่เหมาะสม ให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำหรือไม่กระทำ หรือยอมรับการกระทำ โดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท ซึ่ง บุคคลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันด้วย เช่น บุตร คู่สมรส รวมถึงผู้สูงอายุด้วย โดยกำหนดเป็นกฎหมายในมาตรา 4 ว่า หากผู้ใดกระทำรุนแรง ต่อบุคคลในครอบครัว จะถูกจำคุก 6 เดือนหรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้ยังกำหนดให้ผู้กระทำรุนแรง หรือผู้ที่พบเห็นการกระทำรุนแรงในครอบครัว แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ หากกระทำไปโดยสุจริตก็ไม่ต้องรับโทษทางแพ่ง ทางอาญา และทางปกครอง โดยการแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ อาจแจ้งด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ หรือสื่อต่างๆทาง



อิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นๆได้ และเมื่อเจ้าหน้าที่ได้เข้าไปตรวจสอบ เจ้าหน้าที่มีอำนาจในการให้การช่วยเหลือ หรือให้ผู้กระทำรุนแรงเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ และขอคำแนะนำจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ได้ นอกจากนี้ เมื่อมีการดำเนินคดี หรือมีการแจ้งเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงขึ้นในครอบครัว กฎหมายได้กำหนดไม่ให้มีการเผยแพร่ตีพิมพ์ภาพ หรือข้อมูลต่อสาธารณชน เนื่องจากอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้กระทำรุนแรง หรือผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง หากผู้ใดฝ่าฝืนจะถูกลงโทษ จำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

จะเห็นได้ว่า กฎหมายและนโยบายของประเทศไทย เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ส่วนใหญ่ ไม่ได้กล่าวถึงการคุ้มครองแบบเฉพาะเจาะจงไปที่ผู้สูงอายุ แต่รวมผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วย ด้อยโอกาสทางสังคม เด็กและสตรี หรือผู้พิการ ซึ่งโดยแท้จริงแล้ว ผู้สูงอายุมีความแตกต่างทั้งทางร่างกาย และ จิตใจ จากบุคคลทั่วไป การคุ้มครองผู้สูงอายุแบบไม่เฉพาะเจาะจง อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง เพราะปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับบุคคลใกล้ชิด และมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการทำร้ายระหว่างบุคคลทั่วไป ในปัจจุบัน มีการกำหนดพระราชบัญญัติผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวขึ้นมา ซึ่งครอบคลุม และให้การคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงทั้งหมด ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัว โดยมุ่งให้ความช่วยเหลือ มากกว่าการลงโทษผู้กระทำผิด เน้นการสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง เพื่อลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว

### 3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

พยาบาลวิชาชีพ มีส่วนสำคัญในการประเมิน ใฝ่ระวัง วางแผน และหากลวิธีเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อร่วมกันวางแผนช่วยเหลือป้องกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงอย่างครอบคลุมทุกมิติ (Staab and Hodges, 1996)

**3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล** โดยเมื่อผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือสถานดูแล เมื่อผู้สูงอายุได้รับอนุญาตให้กลับบ้านหลังจากได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว พยาบาลวิชาชีพอาจพบว่า ผู้ดูแลบางคนอาจมีความเครียด และไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจว่า จะดูแลผู้สูงอายุได้ จึงพยายามบ่นายเบี่ยงไม่รับผู้สูงอายุกลับบ้าน โรงพยาบาลสามารถเป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยการให้คำแนะนำปรึกษา และแนะนำกลุ่มช่วยเหลือ เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม วิธีหนึ่งที่จะ

ป้องกันการละเลยการดูแลผู้สูงอายุคือ การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล การให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถที่จะดูแลที่บ้าน รวมทั้ง การต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล พยาบาลช่วยเสริม และ ให้กำลังใจ จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้สูงอายุได้เองที่บ้าน อย่างถูกต้อง (Fulmer et al, 2000; Muehlbauer and Crane, 2006)

นอกจากนี้ Dayer and Rowe (1999) ได้อธิบายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการประเมินร่างกายผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมาด้วยอาการทางกาย เช่น บาดแผล รอยขีด หรือ การแตกหักของกระดูก ซึ่งอาจเนื่องจากการถูกทำร้ายจากบุคคลในครอบครัว พยาบาลแผนกฉุกเฉิน จึงต้องแยกความแตกต่างจากปัญหาสุขภาพทั่วไป หรือการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแนวทางการประเมินมีดังนี้

1. การประเมินสภาพทั่วไป โดยเมื่อผู้สูงอายุเพิ่งเข้ามาในแผนกฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพประจำแผนก ควรประเมินในสิ่งต่อไปนี้ ซึ่งอาจบ่งว่า ผู้สูงอายุรายนี้ อาจถูกกระทำรุนแรง

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยที่ได้ไม่ชัดเจน หรือ มีความขัดแย้งกันในตัวเอง

1.2 ประเมินสภาพร่างกาย ความสะอาด ทั้งของผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุมาตรวจ และตัวผู้สูงอายุ ซึ่งอาจพบว่า มีความแตกต่างกันมาก

1.3 ประเมินสภาพผู้สูงอายุ อาจพบปากแห้ง หรือแสดงถึงภาวะขาดน้ำ อิดโรย และมีภาวะขาดสารอาหาร

2. การประเมินรอยฟกช้ำบริเวณผิวหนังที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของรอยช้ำได้ โดย

2.1 รอยช้ำในแต่ละแห่ง มีระยะของการหายไม่พร้อมกัน บางแห่งเป็นรอยใหม่ และบางแห่งเป็นรอยเก่าที่ใกล้หาย เป็นต้น

2.2 รอยช้ำที่เกิดขึ้นมีลักษณะเป็นปื้น คล้ายรอยนิ้วมือกด หรือ ขยี้

2.3 มีรอยช้ำเกิดขึ้นในบริเวณที่ร่างกายสามารถปกป้องได้ เช่น ขาหนีบด้านใน ท้องแขน ต้นแขนด้านใน หน้าท้อง ลิ้นปี่ สะโพก ใบหน้า ริมฝีปาก เป็นต้น

3. การประเมินรอยไหม้บริเวณผิวหนัง ที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของรอยไหม้ได้ เช่น อาจมีรอยคล้ายบุหรี่จี้ ที่ฝ่ามือ สันเท้า หรือ มีรอยดำเป็นวงรอบบริเวณ ข้อมือ ข้อเท้า หรือ พบมีรอยไหม้คล้ายรอยฟาด หรือตีอย่างแรง บางครั้งพบรอยไหม้เป็นวงที่สะโพกหรือบริเวณอวัยวะเพศ

**3.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน** พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงปัญหา และให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่ง Baker and

Heitkemper (2005) ได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไว้เช่นกัน ดังนี้

3.2.1 บทบาทในการสืบค้นปัญหา เป็นบทบาทโดยตรงอีกบทบาทหนึ่ง ของพยาบาลวิชาชีพ การสืบค้นปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นบทบาทที่พยาบาลวิชาชีพต้องกระทำ ก่อนที่จะทำการประเมินปัญหา เนื่องจาก การสืบค้นเป็นจุดเริ่มต้นที่เกิดจากความสงสัย ใคร่รู้ในเรื่องนั้น การประเมินความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นับว่า เป็นสิ่งที่ประเมินได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจาก เป็นประเด็นปัญหาที่ซับซ้อน และถูกปกปิด (Miller, 2009) การสืบค้นปัญหา จึงถือว่าเป็นบทบาทเชิงรุก ในการเข้าถึงปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ โดยพยาบาลจะทำงานร่วมกันเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักจิตวิทยา การสืบค้นปัญหา จะทำการสืบค้นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น ในชุมชนต่างๆ สถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล และสถานดูแลผู้สูงอายุ

3.2.2 บทบาทในการประเมินและการคัดกรอง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพยาบาลจะพบ สภาพลักษณะ และอาการของผู้สูงอายุที่มารับบริการตั้งแต่เริ่มแรก การประเมินปัญหาความรุนแรง จึงควรกระทำควบคู่ไปพร้อมๆกับการประเมินปัญหาสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ ควรคำนึงถึงเสมอว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการ อาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลวิชาชีพ จึงควรประเมินปัญหาความรุนแรง ในผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการ โดยอาจใช้แบบประเมินอย่างง่าย ในการคัดกรองปัญหา รวมถึงการประเมินลักษณะ ที่อาจแสดงถึงการถูกรุ้กระทำรุนแรง และควรมีการจดบันทึกข้อมูลประวัติไว้ในแฟ้มประวัติหรือฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เพื่อง่ายต่อการสืบค้น การส่งต่อ และ การประเมินที่ต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

3.2.3 บทบาทในการรายงานปัญหา โดยพยาบาลวิชาชีพ ควรต้องทราบถึงกฎหมายและนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลนั้นควรมีความรู้ในด้านกฎหมาย นโยบายต่างๆที่รองรับ และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เช่น ในสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ ต้องรายงานปัญหาที่พบ แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ DSHS (Department of Social and Health Services) โดยเฉพาะการทำร้ายร่างกายและการละเมิดทางเพศ ต้องรายงานทันทีที่พบ โดยมีหน่วยงานด้านกฎหมายเข้ามาดูแล และให้ความคุ้มครอง ร่วมกับการประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ ในการติดตามเยี่ยม และประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

3.2.4 บทบาทในการดูแล ถือเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงาน โดยให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน การดูแลในระยะฉุกเฉิน การดูแลในระยะพักฟื้น และการดูแลในระยะยาว เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านร่างกาย อาจมีสาเหตุมาจากการถูกระทำรุนแรงได้ เช่น ผู้สูงอายุอาจมาด้วยปัญหาทางร่างกาย คือกระดูกหัก และ แผลกดทับ ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องจากการมีภาวะซีมีเศร่า หรือ อาการสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุขึ้นได้ โดยเฉพาะการทอดทิ้ง เป็นปัญหาหลักที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมิน ใฝ่ระวัง และให้การดูแล ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบ เพื่อวางแผน และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ร่วมกับการกระตุ้นและสนับสนุนให้สังคมเห็นความสำคัญของปัญหา พร้อมทั้งให้การประดับประคองทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ช่วยเหลือ ให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัย จากผลกระทบของปัญหาความรุนแรงดังกล่าว

นอกจากนี้ Miller (2009) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การประเมินผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ และแตกต่างจากการประเมินทางการพยาบาลทั่วไป ไว้ดังนี้

1. ควรมีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายมารองรับให้เหมาะสมกับปัญหา เนื่องจากการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ มีลักษณะของสถานการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งการกำหนดมาตรการควรเน้นในเรื่องความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการประเมินผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน ที่มุ่งเน้นความสำคัญไปที่ความปลอดภัยของชีวิต ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุก็เช่นกันการให้ความสำคัญกับความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง โดยการสนับสนุน และช่วยเหลือทั้งแบบเร่งด่วน และควรต้องคำนึงถึงความต้องการอื่นๆของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ในระยะต่อมาด้วย

2. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงนั้น นอกจากจะคำนึงถึงความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุแล้ว ทีมสหสาขา ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วย บางครั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล อาจมีความต้องการ หรือเรียกร้องในเรื่องที่แตกต่างจากความคิดเห็นของทีมที่ช่วยเหลือได้ ถึงแม้ว่า การประเมินความเสี่ยงในด้านความปลอดภัย จะเป็นสิ่งที่ต้องประเมิน แต่เนื่องจากบางครั้ง กฎหมายที่รองรับในเรื่องนี้ อาจให้การช่วยเหลือเฉพาะในสถานการณ์ที่มีอันตรายหรือมีความเสี่ยงสูงเท่านั้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรในทีมสหสาขาเพียงผู้เดียว ที่ใกล้ชิดและพบสถานการณ์จริงโดยตรง จึงถือเป็นผู้ประเมินหลัก ในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือที่เป็นไปได้ รวมทั้ง เป็นแกนหลักในการนำปัญหาที่พบ จากประสบการณ์จริงของตนเอง สู่ระบบ

นโยบายและกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการหาวิถีในการป้องกัน ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงต่อไปได้เหมาะสมที่สุด

3. ในบางครั้ง พยาบาลอาจพบการต่อต้าน หรือไม่ยอมรับทั้งจาก ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำและผู้ดูแลที่เป็นผู้กระทำรุนแรง พยาบาลควรค้นหาสาเหตุของการต่อต้านนั้น และพยายามสร้างมิตรภาพ ให้เกิดขึ้น เพื่อให้ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ก่อนที่จะเข้าไปประเมินหรือช่วยเหลือในขั้นตอนอื่นๆ

4. ในการเข้าไปประเมินปัญหา มักพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ จะเริ่มการประเมินไปที่ปัญหาสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุก่อน ทำให้ พยาบาลได้ข้อมูล หรือปัญหามาไม่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของผู้สูงอายุ พยาบาลควรประเมินบุคคลรอบๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่เขามี เพื่อเป็นพื้นฐานในการประเมินไปถึง ปัญหาที่เสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุต่อไป ข้อมูลที่ได้ ถือว่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปวิเคราะห์ และประเมินปัญหาร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยสิ่งที่พยาบาลควรประเมิน ประกอบด้วย

4.1 เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนของผู้สูงอายุ

4.2 ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับญาติพี่น้องคนอื่นๆ ที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

4.3 ลักษณะของผู้ที่รับผิดชอบ จากองค์กร หรือหน่วยงานที่ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลสถานพยาบาล หัวหน้าสถานีนอนามัย ฯลฯ

4.4 แพทย์ หรือ บุคลากรทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุไปรับบริการ

4.5 สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรม เช่น วัด ชมรมต่างๆ

5. ในการนำแนวทางด้านกฎหมาย เข้ามาแก้ไข หรือให้ความช่วยเหลือ ควรพิจารณาถึงความจำเป็น ร่วมกัน จริยธรรม ในการนำผู้กระทำรุนแรงมาลงโทษ อาจมีการพิจารณาเป็นกรณีไป โดยทั้งหมด ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจ และความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วย

6. ในการเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากบางสถานการณ์ ผู้ดูแลที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ อาจไม่พอใจ หรือ มองว่าเป็นความวุ่นวายที่มีบุคคลอื่นเข้ามายุ่งเกี่ยว อาจทำอันตรายแก่พยาบาลได้ พยาบาลจึงควรคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเอง โดยควรประเมินสถานการณ์ สถานที่ที่เข้าไปเยี่ยม ซึ่งบางครั้ง อาจต้องติดต่อหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น หัวหน้าชุมชน ผู้นำชุมชน ร่วมด้วย เพื่อช่วยปกป้อง หรือคุ้มครองความปลอดภัยแก่พยาบาลที่เข้าไปดูแลประเมินปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าว

นอกจากนี้ Wieland (2000) ได้กล่าวถึง หลักในการประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง สำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงาน ซึ่งจะต้องพบและให้บริการผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง ดังนี้

1. การซักประวัติ และการสัมภาษณ์ ถือว่าเป็นการประเมินอันดับแรกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องซักประวัติ และสัมภาษณ์ทั้งตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล การซักถามข้อมูลควรแยกผู้สูงอายุกับผู้ดูแลออกจากกัน ไม่ควรซักประวัติหรือพูดคุยปัญหาพร้อมกัน เนื่องจากอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ซึ่งอาจมาจากความอาย ความกลัวการถูกลงโทษจากผู้ดูแล การสนทนา ควรเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปก่อน อาจพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความปลอดภัยในบ้าน แล้วจึงเจาะลึกเข้าสู่รายละเอียดอื่นๆ การซักถามควรอยู่ในที่ส่วนตัว ไม่เปิดเผยเกินไป

2. การประเมินร่างกาย ควรประเมินสภาพร่างกายทั้งหมดของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ความเหมาะสมของเสื้อผ้า ความชุ่มชื้นของผิวหนัง รอยขีด รอยข้ำ รอยไหม้ รอยแผลต่างๆ รวมทั้งร่องรอยการหักของกระดูก น้ำเสียง การพูด ซึ่งแสดงถึงการได้รับยา เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท

3. การประเมินทางด้านจิตใจ ควรประเมินอาการที่ผู้สูงอายุแสดงให้เห็น เช่น อาการกลัว ตื่นเต้น หรือซึมเศร้า ซึ่งอาจมาจากการถูกทำร้าย หรือ การข่มขู่จากผู้ดูแล

4. การประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ โดยสังเกตความลำบากในการเดิน หรือนั่ง อาจมีเลือด หรือรอยขีดบริเวณอวัยวะเพศ และอาจต้องประเมิน ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. การประเมินการได้รับการตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ เช่น การได้รับยา การไปตรวจรักษาตามนัด หรือการไม่ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม หรือ ไม้เท้า

6. การประเมินในด้านการหาประโยชน์ทางทรัพย์สิน เงินทอง โดยพยาบาลวิชาชีพ ควรสังเกต รายได้ หรือทรัพย์สินที่ถูกนำไปใช้อย่างผิดปกติ เช่น เงินถูกเบิกออกไปมากเกินไป หรือ ของมีค่าหายไปโดยไม่ทราบสาเหตุ

จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อทีมสุขภาพ ทั้งในด้านการประเมิน การคัดกรอง การสืบค้น การเฝ้าระวัง การดูแลช่วยเหลือ และการวางแผนเพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหา โดยสิ่งสำคัญที่สุดที่พยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึงคือ ความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ความปลอดภัยต่อตนเอง โดยทั้งนี้ การเข้าถึงปัญหาที่แท้จริง ของผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง นับเป็นเรื่องที่ทำนายต่อพยาบาลวิชาชีพทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และในชุมชน

ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถเข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่แท้จริงได้ คือการทำให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความจริงใจ และการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

เพื่อให้การสืบค้น การเฝ้าระวัง การหาแนวทางป้องกัน และการช่วยเหลือ มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม เข้าถึงปัญหา และเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมากที่สุด

### 3.3 กลวิธีในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

#### 3.3.1 จุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ก) จุดประสงค์สำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรง คือต้องการให้ผู้สูงอายุปลอดภัย พยาบาลและทีมที่จะเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุ ควรประเมินความปลอดภัยเป็นอันดับแรก โดยควรจะทราบว่าในขณะที่มีอะไรที่เป็นอันตรายกับผู้สูงอายุบ้างหรือไม่ มีบุคคลอื่นในสิ่งแวดล้อมนั้นๆที่จะได้รับอันตรายอีกหรือไม่ เจ้าหน้าที่ผู้เข้าไปหาข้อมูลเพิ่มจะได้รับอันตรายหรือไม่ ในรายที่มีการทำร้ายผู้สูงอายุรุนแรง ควรต้องประเมินระดับความรุนแรง และช่วยเหลือผู้สูงอายุและบุคคลอื่นให้ปลอดภัย (Fulmer, 1998; Pillemer et al, 2007)

ข) ยุติการกระทำรุนแรงและการทอดทิ้ง โดยการให้การช่วยเหลือครอบครัว เพราะการที่ผู้สูงอายุถูกทำร้ายหรือละเลยการดูแล มักร่วมกับมีบุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เจ็บป่วยทางกายหรือมีปัญหาทางจิต จึงควรให้การดูแลรักษาคนในครอบครัวด้วย หลังจากนั้นควรติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เคยถูกทำร้ายหรือละเลยการดูแลหรือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และเข้าใจการให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้เห็นคุณค่าของตนเองในลักษณะการคิดเชิงบวก ร่วมกันการประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตสังคม แก่ครอบครัวต่อไป ((Fulmer,1998; Thompson and Priese, 2005)

3.3.2 แนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือ ปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนในการเข้าถึงปัญหา (Curry and Stone,1994; Lachs and Pillemer, 1995; Vickrey, 2004) ซึ่งแบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

3.3.2.1 ระดับปฐมภูมิ (Primary intervention) โดยการให้ความรู้ (Education) ซึ่งเป็นกลยุทธ์หลักที่มุ่งเน้นในการป้องกันปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ก) ในสถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์คนชราเป็นที่ที่ผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงได้มาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อม สื่อสารไม่ได้ ไม่มีญาติ เจ็บป่วยหนัก ผู้ที่ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งหมด พยาบาลวิชาชีพควรป้องกันโดยมีการพัฒนาความรู้ในการดูแลแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นระยะๆ เช่น การให้ผู้ดูแลเข้าใจลักษณะและการป้องกันการทอดทิ้ง การกระทำรุนแรง วิธีการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

ข) ในชุมชนนั้น การเยี่ยมบ้านมีส่วนสำคัญในการสังเกตการณ์เกี่ยวกับ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุในบ้าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนอาจช่วยสอนหรือ แนะนำผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตามความต้องการพื้นฐาน การจัดการกับพฤติกรรม ผิดปกติ ปรับวิธีการรักษาที่ยุ่งยากให้ง่าย อาจเขียนโยงเป็นลำดับเพื่อให้เข้าใจง่าย ถ้าสังเกตว่า ผู้ดูแลเครียดมาก ควรแนะนำแหล่งที่ปรึกษา อาจแนะนำให้บริการลดความเครียดของผู้ดูแล พยาบาลสามารถซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส และให้คำแนะนำที่ เหมาะสม ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อช่วยให้ ผู้สูงอายุที่บ้านได้รับการดูแล และผู้ดูแลไม่เครียด โดย

- 1) การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสม เพื่อลดความรับผิดชอบ ของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณค่ามากขึ้น เช่น การฝึกพูด การทำกายภาพบำบัด การทำอาชีพ บำบัด ช่วยการสื่อสารและฟื้นฟูการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2) แนะนำผู้สูงอายุให้ใช้กายอุปกรณ์ช่วย เพื่อลดภาระของผู้ดูแล และเป็นการป้องกันอุบัติเหตุ
- 3) บริการลดความเครียดของผู้ดูแล โดยการแนะนำให้ผู้ดูแล ได้ปรึกษาปัญหาทางจิต หรือหาแหล่งช่วยดูแลผู้สูงอายุ เช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน (Day care)
- 4) สื่อต่างๆเป็นเครื่องมือที่มีผลอย่างมากต่อการให้ความสนใน กับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วารสารต่างๆ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ อาจประสานกับผู้นำชุมชน ในการจัดโครงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และคนในชุมชน โดย อาจจัดทำเทปวีดีทัศน์ หรือ โปสเตอร์ เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ การ ป้องกันและช่วยเหลือ เพื่อให้คนในชุมชน มีความรู้ และ เกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความ รุนแรงมากขึ้น

3.3.2.2 ระดับทุติยภูมิ (Secondary intervention) ในระดับทุติยภูมิ จะเน้นการ ประเมิน การค้นหา และการวินิจฉัยปัญหาความรุนแรงที่พบในเวลานั้น และให้ความช่วยเหลือโดย

ก) ทำการประเมินประวัติทั่วไป เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ใน ส่วนที่ต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนก่อน โดยมีคำถามที่ใช้ในการประเมิน ระดับความรุนแรงต่อ ผู้สูงอายุ และ ทำการจดบันทึกรายละเอียด ตั้งแต่สภาพร่างกายที่พบ สภาพแวดล้อม และอาการที่ เห็น เพื่อนำมาประเมินและตรวจร่างกายที่ละเอียดต่อไป

ข) แพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ ทำการตรวจประเมินสภาพร่างกาย ดู ร่องรอย ซึ่งมีการดูข้อมูลเพิ่มเติมจากการจดบันทึกประวัติก่อนมาโรงพยาบาล การประเมินต้อง



ระวังเกี่ยวกับการอคติต่อความชรา (Ageism) ซึ่งจะทำให้การประเมินผิดพลาดได้ การถูกละเลยทอดทิ้งจะสังเกตได้จากสภาพร่างกายที่อืดโรย ขาดน้ำ ร่างกายสกรปรก มีกลิ่นปัสสาวะ มีแผลกดทับ หรือแผลที่เกิดจากการหมักหมมของปัสสาวะ

3.3.2.3 ระดับตติยภูมิ (Tertiary intervention) ในระดับนี้ จะเน้นในเรื่องการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งต้องใช้เวลาและ อาจต้องให้แพทย์เฉพาะทางจิตวิทยาเป็นผู้ดูแล การให้ผู้สูงอายุย้ายมาอยู่ที่ที่จัดไว้ให้ ก็อาจจะสร้างความเครียดแก่ผู้สูงอายุได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม หากการเจ้าหน้าที่อยู่มีปลอดภัยและมีความจำเป็นที่จะต้องย้าย ก็เป็นทางเลือกที่ต้องกระทำให้แก่ผู้สูงอายุการฟื้นฟู โดยการยอมรับในปฏิกิริยา ที่ผู้สูงอายุแสดงออกมาต่อเจ้าหน้าที่ (Brogan et al, 1994) พยายามให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นศักยภาพ และคุณค่าของตนเอง ค่อยๆฟื้นฟู โดยอาจเริ่มต้นที่การฝึกให้รับประทานอาหารบนรถเข็น การพาไปดูสถานที่ที่ผู้สูงอายุต้องพักอาศัย ให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ที่แห่งนี้มีความปลอดภัย ช่วยลดความเครียดและความกลัว ของผู้สูงอายุได้วิธีหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีโทรศัพท์สายด่วน เพื่อคอยให้คำปรึกษา หรือการประสานงานให้หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือได้รับข้อมูล และให้การช่วยเหลือได้ทันที่ด้วย เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูก่อนกลับบ้านในส่วนของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลที่รับผู้สูงอายุทั้งภาวะเฉียบพลัน และ เรื้อรัง สามารถวางแผนร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน ก่อนให้ผู้สูงอายุกลับบ้าน ควรจะสอนจนแน่ใจว่าญาติหรือผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ถ้าผู้สูงอายุมีการดูแลที่ยุ่งยาก อาจต้องส่งต่อให้พยาบาลเยี่ยมบ้านได้ติดตามเยี่ยมต่อไป

### 3.3.3 กระบวนการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

3.3.3.1 การทำงานเป็นทีม (Teaming) ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน และยากต่อการประเมิน ผู้ประเมินจึงต้องมีความชำนาญที่เฉพาะ และเป็นการยากที่พยาบาลจะสามารถจัดการ หรือแก้ไขปัญหาคารกระทำรุนแรง ได้เพียงลำพัง (Fulmer, 1996) การบำบัด และ จัดการเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ต้องทำงานเป็นทีมแบบสหสาขา โดยทำแต่ละเรื่องต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ทำให้ได้ปัญหา และความหลากหลายของความคิดเห็นแต่ละสาขา ซึ่งมีความถนัดที่เฉพาะออกไป ปัญหาที่วิเคราะห์ได้ ทีมจะนำมาสรุปเป็นแนวทาง เพื่อนำไปใช้กับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในแต่ละรายด้วยรูปแบบที่เฉพาะ และเหมาะสมต่อไป (Brogan et al, 1994; Penhale and Kingston, 1997; Fulmer, 1998)

3.3.3.2 ตั้งเป้าหมายและดำเนินการตามแผน (Goal of intervention) ต้องตั้งเป้าหมายโดยต้องคิดและวางแผนการดำเนินการเข้าไปช่วยเหลือตามรูปแบบที่วิเคราะห์ไว้ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นหลัก

ก) ทีม ต้องประเมินความเสี่ยงก่อนว่า เมื่อเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงกับชีวิต และความเป็นอยู่หรือไม่ วิธีการที่นำไปใช้สร้างปัญหา หรือความเดือดร้อนแก่ผู้สูงอายุหรือไม่ คำถามที่ใช้ต้องไม่เกิดปัญหากับผู้สูงอายุ ขณะถามปัญหา พยาบาลวิชาชีพ ต้องพิจารณาเป็นอันดับแรก

ข) การหยุด หรือ ระงับวงจรการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดย 1) การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในระยะยาว (Long term care) เพื่อป้องกันการกระทำรุนแรงซ้ำ และเป็น การประเมินผู้สูงอายุเป็นระยะด้วย ในส่วนนี้เมื่อประเมินแล้ว พบว่ายังเกิดปัญหาอาจต้องใช้ กฎหมายเข้ามาช่วยเหลือต่อ 2) การช่วยเหลือต้องช่วยเหลือทั้งครอบครัว โดยต้องคิดว่าครอบครัว และผู้สูงอายุคือผู้รับบริการ เพราะปัญหาความรุนแรงมาจากสาเหตุหลักคือครอบครัว (White, 2000; Vickery, 2004; Rodriguez et al, 2006) ต้องหาสาเหตุให้ได้ว่า การที่คนในครอบครัวทำ ร้าย หรือกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเพราะอะไร และดำเนินการแก้ไข เช่น จากปัญหายาเสพติด หรือ ปัญหาการดื่มสุรา อาจนำผู้ดูแลเหล่านี้ไปบำบัดรักษาต่อไป

ค) มีความรอบคอบและระมัดระวัง โดยพยาบาลวิชาชีพ ต้องมีความ รอบคอบ ดูสิ่งแวดล้อมด้วยว่าขณะสอบถาม มีบุคคลที่จะมาทำร้ายหรือไม่ และทีมจะปกป้อง ผู้สูงอายุได้หรือไม่ (Thomson and Priest, 2005) กรณีผู้สูงอายุที่ทำร้ายหรือไม่สนใจตนเองนั้น เป็นปัญหาที่ต้องส่งต่อให้ จิตแพทย์ดูแลแก้ไขต่อไป (White, 2000)

3.3.3.3 เสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ (Empowering the elderly) เป็นการ กระตุ้นจิตใจให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ที่อาจถูกกระทำรุนแรงสูง ได้มีพลังในการต่อสู้กับผลกระทบ ต่างๆที่ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตนเอง (Fulmer, 1991; Levine, 2003) โดยหลังจากที่ทีมได้ร่วมกัน ใช้วิธีการช่วยเหลือในรูปแบบเฉพาะกับผู้สูงอายุแล้ว การกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแล ตนเองตามวิธีการที่ทีมได้แนะนำและผู้สูงอายุ สามารถบูรณาการการดูแลตนเอง กับการดำรงชีวิต ครอบครัว และชุมชนได้ (Lunch and Pillemer, 1995; John, 2005) ถึงแม้ว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่นผู้สูงอายุกลุ่มอาการสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตจะไม่สามารถ ทำในส่วนนี้ได้ก็ตาม แต่ถือว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในส่วนอื่นๆนั้นยังสามารถ ทำได้อยู่ ซึ่งยังเป็นวิธีที่มีประโยชน์ต่อปัญหาความรุนแรง

การแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ พยาบาลไม่ควรมีอคติต่อความชรา (Ageism) ควรรู้จักที่จะฟังผู้สูงอายุ ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะไม่สนใจฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด เพราะเห็นว่าผู้สูงอายุ พูดคุยสับสน อายุมากแล้ว จู้จี้ พูดมาก หลงลืม เชื่อถือไม่ได้ ฯลฯ (Lunch and Pillemer, 1995; McGowan, 1996) นอกจากนี้พยาบาลควรสร้างความเชื่อถือต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้เกิดความ ไว้วางใจ โดยพยาบาลจะต้องมีความซื่อสัตย์ และรักษาความลับของผู้สูงอายุ เพราะการที่ผู้สูงอายุ

จะไว้วางใจคนภายนอกนั้น เป็นสิ่งที่ยากและต้องใช้เวลา และเชื่อมั่นว่าตนเองปลอดภัยพอที่จะเปิดเผยได้ ถ้าผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ทำอะไรในการแก้ปัญหาที่นั้นๆ พยาบาลควรเคารพในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ เพราะบางครั้งสิ่งที่พยาบาลพอจะทำได้ก็คือ การเป็นผู้รับฟังเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาล ควรเสนอแนะทางเลือกต่างๆให้กับผู้สูงอายุด้วย แต่ผู้สูงอายุจะยอมรับหรือปฏิเสธทางเลือกใดนั้น พยาบาลจะต้องให้ความเคารพ และคอยช่วยเหลือการตัดสินใจของผู้สูงอายุ ในการเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น(สุธีร์ อินตะประเสริฐ, 2547; Kingston and Penhale, 1995; Fulmer, 1998)

#### 4. การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ โดยเริ่มจากพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะ สภาพ และสาเหตุของปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง อันตราย และวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด ซึ่ง Diloreto (1999) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความรุนแรงไว้ดังนี้

4.1 การประเมินความเสี่ยงของปัญหา โดยพยาบาลควรประเมินถึงการถูกกระทำรุนแรง เพื่อประเมินว่า ณ ขณะนั้น ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงหรือไม่ หรือมีแนวโน้มว่าอาจถูกกระทำรุนแรง โดยการประเมินเริ่มต้นจากการสังเกตสภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ตั้งแต่สิ่งที่ปรากฏภายนอก เช่น ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า สังเกตตั้งแต่ผิวหนัง เล็บ ผม ว่ามีความสะอาดมากน้อยเพียงใด สังเกตกลิ่น สภาพผิวหนังแห้ง ขาดน้ำ บวม มีรอยขีด ถลอก รอยเขียวคล้ำตามข้อมือ ข้อเท้า หรือไม่ ซึ่งอาจพบรอยการถูกกัด รอยไหม้ รอยบุหรือจี้ รอยไหม้จากการถูกความร้อนลวก ที่อาจแสดงถึงการขาดความเอาใจใส่ในการดูแล หรือเป็นผลมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว ความโกรธของญาติที่ดูแล รอยแดง และรอยถลอกตามข้อมือ ข้อเท้า อาจบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุถูกผูกมัด และมีการตีรุนแรงเพื่อให้เป็นอิสระ

4.2 การสังเกต โดยพยาบาลควรเริ่มสังเกตสภาพผิวหนังที่ถูกเสื้อผ้าปกปิดไว้ เช่นบริเวณ สะโพก ก้น มีรอยแดง แผลกดทับ จากการไม่ได้รับการเปลี่ยนท่านอน จากปัญหาผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประเมินศีรษะ และลำคอ ว่ามีจ้ำ รอยขีด หรือมีแผล จากการกระแทก การหกล้ม หรือไม่ ตามลำตัวมีร่องรอยบาดแผลหรือไม่ ซึ่งพยาบาลอาจพบรอยขีด หรือรอยนิ้วมือที่แสดงถึงการบีบเค้น

4.3 ประเมินสภาพในช่องปาก ฟันมีสภาพการหัก ที่เกิดจากการกระแทก ร่องรอยการหักใหม่ๆของฟันแต่ละซี่ สังเกตโพรงจุมูกมีรอยซ้ำ เลือดออก ซึ่งเกิดจากการถูกกระแทกด้วยข้อศอกหรือหัวเข่า หรือไม่

4.4 ประเมินสภาพเส้นผม มีร่องรอยการหลุด การขาด โดยเฉพาะการหลุดหายของเส้นผมเป็นหย่อมๆ จากการถูกดึง กระทบ พยาบาลต้องประเมินและสังเกตลักษณะดังกล่าว

4.5 การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ADL เพื่อประเมินภาวะพึ่งพาและการช่วยเหลือตนเอง

4.6 การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี เป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเปิดเผยเรื่องราวที่เกิดขึ้นของตนเองแก่พยาบาล

4.7 พยาบาล ควรจัดสถานที่ในการพูดคุย ให้มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้กระทำรุนแรง เช่น บุตรหลาน หรือคนในครอบครัว อยู่ในบริเวณที่สัมผัสภาวะพูดคุย

4.8 พยาบาลควรฟัง สังเกต และพิจารณาคำพูดของผู้สูงอายุทุกคำ สังเกตน้ำเสียง การเลือกใช้คำ ลักษณะการพูด การสบตา ท่าทาง และอากัปกริยาของผู้สูงอายุที่แสดงออกในขณะที่ให้สัมภาษณ์พูดคุย

4.9 คำถามที่ใช้ในการสอบถามผู้สูงอายุ ควรมีความเฉพาะ กระชับ และไม่เป็นการคาดคั้นเอาคำตอบ รวมทั้งพยาบาล ควรพิจารณาและประเมินถึงระดับการศึกษา ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ

4.10 หากตรวจสภาพร่างกาย พบร่องรอยคล้ายการกระแทกการล้ม พยาบาลควรสอบถามที่ปัญหาดังกล่าว โดยพยาบาลควรใช้วิธีในการสอบถามที่นุ่มนวล และแสดงถึงความห่วงใย เช่น “พอจะจำได้ไหมคะว่า ล้มครั้งสุดท้ายไปเมื่อไหร่” “คุณยายเป็นยังไงบ้าง เจ็บตรงไหนบ้างไหม” ซึ่งคำถามในลักษณะเช่นนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความกลัว หรือความกังวลต่อผลที่จะตามมาได้

4.11 พยาบาลควรสอบถามถึงอาหาร การเตรียม และเวลาในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในช่วงรอบวัน รับประทานอาหารกี่ครั้ง ตอนไหนบ้าง ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ในการประเมินความจำของผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงประเมินปัญหาการถูกทอดทิ้งปล่อยปละละเลย ของญาติที่ดูแลได้ด้วย หรือการหาประโยชน์ โดยอาจสังเกตและประเมินถึงอาหารและแหล่งอาหาร ซึ่งอาจเป็นการให้ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ไปซื้ออาหาร หรือสิ่งต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ โดยซื้อมาในราคาที่แพงหรือสูงเกินจริง

4.12 ขณะพูดคุย หากเป็นการไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พยาบาลควรสังเกตสภาพบ้าน เช่น ห้องครัว ว่ารอบๆมีอาหาร หรือ จาน ชาม สภาพต่างๆ เป็นอย่างไรบ้าง พยาบาลควรสังเกตและจดบันทึกเอาไว้ เพื่อให้ประกอบในการประเมินปัญหาต่อไป

4.13 พยาบาลควรสังเกตการใช้จ่าย สิ่งของ และทรัพย์สิน ของผู้สูงอายุ พูดคุยว่า เคยมีปัญหาเงินทองหาย หรือ ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเอกสารต่างๆบ้างหรือไม่ เพื่อเป็นการประเมินถึงการถูกเอาเปรียบหรือเอาประโยชน์ด้านทรัพย์สินเงินทอง

4.14 พูดคุยสอบถาม และสังเกต ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหลับหรือไม่ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย อาการท้องผูก การมีเลือดออกทางทวารหนัก รอยแดงรอบๆทวารหนัก ผื่นคัน หรืออวัยวะเพศ การมีเลือดออกผิดปกติทางก้น หรืออวัยวะเพศ ซึ่งอาจประเมินไปถึงปัญหาการถูกรักษารุนแรงทางเพศได้

4.15 การประเมินการกระทำรุนแรงด้านจิตใจ พยาบาลควรเริ่มสังเกตสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว การพูดคุย น้ำเสียง ท่าทางที่ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงออกต่อกัน

4.16 พยาบาลคอยสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ เช่น ไม่สบตา นิ่ง ซึม หรือแยกตัว มองโลกในแง่ลบ หวาดกลัวง่าย ขี้ระแวงและกังวล หรืออาจแสดงกิริยาก้าวร้าว หงุดหงิดฉุนเฉียว ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจบ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุถูกรักษารุนแรงมาแล้ว

4.17 นำการประเมินสภาพจิตมา ใช้ร่วมในการประเมินสภาพผู้สูงอายุ เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสุขภาพจิต

4.18 หากประเมินได้ว่าผู้สูงอายุ และญาติเกิดความตึงเครียดจากการดูแล พยาบาลควรช่วยแนะนำและหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน การให้มีอาสาสมัคร เข้ามาช่วยช่วยเหลือ การมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพคอยให้คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษา การช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ เช่นศูนย์ช่วยเหลือต่างๆ เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือ การหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ฟันปลอม แว่นตา ไม้เท้า รถเข็น เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

4.19 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง การให้คำปรึกษา และการประคับประคองด้านจิตใจ แนะนำแนวทางแก่ผู้สูงอายุและญาติ ให้พวกเขาได้เลือกทางออกของปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจและพึ่งพาตนเองได้

4.20 การให้ความรู้เรื่องการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และประชาชน จะช่วยให้ทุกคนเข้าใจปัญหา และร่วมกันป้องกัน แก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล การดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลตัวผู้สูงอายุ รวมไปถึงญาติผู้ดูแล เนื่องจาก

ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงและมีความซับซ้อน พยาบาลต้องมีทักษะประสบการณ์ในการให้การดูแล ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การประเมิน การสังเกต และการให้การดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกมิติมากที่สุด (Harris, 2006)

## 5. การวิจัยเชิงคุณภาพแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา

5.1 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สำหรับการศึกษาระดับปริญญาโท (Phenomenology) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อค้นหา คำจำกัดความ การรับรู้ และเข้าใจความนึกคิดที่แท้จริงของผู้มีประสบการณ์นั้นๆ (Streubert and Carpenter, 2003) โดยแนวทางในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยตั้งคำถามการวิจัยที่เหมาะสมที่จะศึกษา และตั้งวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริง ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลซึ่งต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

3. เครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัย (researcher as instrument) โดยผู้วิจัยต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีทักษะที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่ารายละเอียดที่เป็นจริง จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด และผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพ และมีการสนทนาในเชิงแลกเปลี่ยน โดยไม่ไปวิพากษ์วิจารณ์ข้อมูลของผู้เล่าประสบการณ์นั้น และต้องสร้างความไว้วางใจ รวมทั้งเคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (นิศา ชูโต, 2548; Fossey et al, 2002; Streubert and Carpenter, 2003) และการสัมภาษณ์ควรให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยอิสระและเป็นธรรมชาติ ไม่มีการแนะนำหรือชี้นำเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา โดยใช้คำถามปลายเปิดถามเพื่อความกระจ่าง และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อย หรือมีอาการอ่อนไหวกับคำถามควรหยุดการสัมภาษณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะให้ข้อมูล จึงเริ่มการสนทนาหรือสัมภาษณ์ต่อ นอกจากนี้ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ และตรวจสอบความถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ตั้งใจในการรับฟังข้อมูล และไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ กรรณิการ์ สุขเกษม, 2547; Streubert and Carpenter, 2003)

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการเข้าถึงข้อมูลโดยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เมื่อได้ข้อมูลมาต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ และอาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป ซึ่งก่อนเข้าไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรฟังเทปการสนทนาซ้ำ และทำความเข้าใจ เพื่อเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้นและข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) ที่ดีและควรเลือกใช้คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด การบันทึกเทปและถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม ซึ่งเป็นการบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมารวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อจบการสัมภาษณ์ รวมทั้งนำมาช่วยในการสำรวจข้อมูลที่บันทึกในเทป (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550; Fossey et al, 2002)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นสำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549; Omery and Mark, 1995) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์แบบใดขึ้นอยู่กับผู้วิจัย ที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด นำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ (essence or elements or constituents or common themes) หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงองค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน และทำการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆหลายๆครั้ง แล้วทำการจำแนกและ

ดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ พร้อมทั้งให้รหัส หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จ ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

6. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) Guba and Lincoln (1989) กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือไว้ 4 ประการคือ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นว่าข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือโดยต้องระบุนการตรวจสอบไม่ว่าจะเป็น ระยะเวลาในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้มีความรู้ความชำนาญ (Peer debriefing) และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คือการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์นั้นเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง 3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) คือความสามารถในการติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ ซึ่งอาจมีการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บข้อมูล โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังอาจต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อร่วมกันตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล 4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) จะเกิดขึ้นได้เมื่อผ่านขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอนแล้ว ไม่ว่าจะมีความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอน และความสามารถในการพึ่งพา นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ทั้งจากเทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวันว่ามีข้อมูลที่ตรงกันและสอดคล้องกันหรือไม่

5.2 การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยใช้ประเด็นแนวคำถามกว้างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สนทนาเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยไม่ใช้แบบสอบถาม แต่จะมีแนวของข้อคำถาม ให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้สอบถามผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะการเจาะลึก และต้องอาศัยความสามารถพิเศษของผู้สัมภาษณ์ ในการค้นหารายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549; Knaack, 1984; Low, 1998; Schultz and Stevens, 2004) ซึ่งลักษณะคำถามจะแยกเป็นคำถามหลัก (main question) คำถามเจาะประเด็น (probe) และคำถามติดตาม (follow up) การสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกคำตอบที่นักวิจัยคิดไว้ก่อน หรือสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว แต่ต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ให้คำอธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับความสำคัญ ของเรื่องและสถานการณ์ ตลอดจนความเชื่อ ความหมายต่างๆอย่างลึกซึ้ง โดยเน้นข้อมูลที่เป็น



มุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดยใช้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าให้ฟัง โดยมีบรรยากาศของการสนทนา ที่มีอิสระ ในการถาม-ตอบอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นกันเอง (Mose, 2002; Streubert and Carpenter, 2003) คำตอบที่ได้้นอกจากจะได้คำตอบจากการสนทนาแล้ว ยังรวมถึงคำตอบที่ได้จากการสังเกตลักษณะท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า และพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาด้วย โดยผู้วิจัยไม่นำมุมมองหรือความคิดเห็นของตนเองมาเกี่ยวข้อง และในระหว่างการสนทนา อาจมีข้อคำถามอื่น ๆ เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ (Rubin and Rubin, 1995; สุภางค์ จันทวานิช, 2543ก; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540; อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549)

5.2.1 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ถือเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้วิจัย ดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์ และปรับเข้ากับสภาพจริงของสนามได้ง่าย และช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดในการสัมภาษณ์ได้ (นิศา ชูโต, 2548) โดยมีขั้นตอนการเตรียมตัวคือ

ก) ผู้วิจัย ควรมีความรู้ในแก่นของเรื่องที่จะทำวิจัย มีความคุ้นเคย และรู้ประเด็นคำถาม และแน่ใจในประเด็นที่ตนเองต้องการจะขุดค้น เจาะลงไปให้ลึกซึ้ง และชัดเจนเกี่ยวกับประเด็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ไม่ใช้ภาษาวิชาการหรือสูงเกินไป มีความสุภาพ เป็นนักฟังที่ดี สามารถเข้าถึงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ เปิดเผย เห็นใจ เข้าใจ รับรู้ ติดตาม ตอบโต้ต่อรอง เพื่อให้รู้ความจริง โดยไม่รับข้อมูลเพียงผิวเผิน สร้างความสัมพันธ์ และควรสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการปรับปฏิสัมพันธ์ และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลด้วย

ข) การเตรียมสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยต้องสร้างหัวข้อและแนวคำถามต่างๆ ให้ชัดเจนว่าจะถามในประเด็นและเรื่องราวอะไร ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของ การวิจัย เป็นเรื่องที่ต้องการรู้อย่างลึกซึ้ง เรื่องราวที่ยังต้องการ หรือขาดหายไปและต้องการคำตอบ (Patton, 2002)

ค) การเตรียมวิธีการซักถาม เพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ โดยผู้วิจัยต้องเรียนรู้รูปแบบและวิธีการถาม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ คำถามที่เป็นวาจา และคำถามที่เป็นภาษาท่าทาง ง) ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตรวจสอบเครื่องบันทึกเทป เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในสภาพใช้งานได้ และสามารถใช้งานได้ตลอดการวิจัย การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

5.2.2 การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวทางดังต่อไปนี้

ก) สร้างบรรยากาศในการสนทนาที่เป็นธรรมชาติ ด้วยการเริ่มต้นสนทนาแบบทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพ (Small talk) พูดคุยถึงประสบการณ์ทั่วไป แล้วจึงเริ่มพูดคุยถึง

เหตุการณ์ สถานการณ์ ประสบการณ์ร่วม ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่เรื่องราว ที่เป็นเป้าหมายของการ สัมภาษณ์เชิงลึก

ข) การชี้แจง โดยเมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี และมีสภาวะการเป็นคู่สนทนา เกิดขึ้นแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการชี้แจงถึงการวิจัย โดยต้องแนะนำตัว และวัตถุประสงค์ ของการวิจัย สิ่งที่ต้องการจากผู้ให้ข้อมูล และความสำคัญของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยควร แสดงความใส่ใจ สนใจอย่างแท้จริงในตัวผู้ให้ข้อมูล โดยไม่มีการตัดสินคุณค่าว่าดี ไม่ดี ถูกหรือผิด เหมาะสมไม่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย

ค) ดำเนินการสนทนาตาม ประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยต้องใช้ทักษะการ สื่อสารสร้างสัมพันธภาพตลอดการสนทนา เพื่อให้การสนทนาในประเด็นต่างๆ เกิดความราบรื่น และควรเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ ไม่คุกคามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความ มั่นใจในการเล่าประสบการณ์ มีความกระตือรือร้นในการให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยควรใช้ภาษา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกที่ผู้วิจัยเป็นคู่สนทนาในเรื่องนั้นจริงๆ หรือรู้สึกที่ผู้วิจัยมีประสบการณ์ ใกล้เคียงกัน ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่เห็นด้วยกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูล แต่ผู้วิจัยไม่ควรแสดงออก ถึงความไม่เห็นด้วย ควรแสดงถึงความสนใจ และเข้าใจในความคิดเห็นนั้น

ง) ผู้วิจัยควรแสดงความเข้าใจเรื่องราว ที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกกล่าว เมื่อการ สนทนาดำเนินต่อไป เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยเรื่องราว ความคิดที่ลึกกว่าในช่วงแรก โดยไม่ รู้สึกกลัว อึดอัดที่จะเล่าหรือสนทนา

จ) สนทนาให้ได้ความจริง เมื่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สนทนา เป็นไปได้ ด้วยดีแล้ว ผู้วิจัยจะสามารถใช้คำถามนำไปสู่หัวใจของการสนทนา ตามประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัย ที่ชำนาญจะรู้ว่าเมื่อใดผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวที่ลึก หรืออ่อนไหว (Sensitive) มากขึ้น

ฉ) การตั้งคำถามแก่ผู้ให้ข้อมูลนั้น การถามคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลยากที่จะ ตอบควรถามเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความผ่อนคลายและมีความเชื่อใจต่อผู้ให้ข้อมูลแล้ว โดยผู้วิจัยต้อง เคารพต่อความจริงที่ถูกเปิดเผยขึ้น คำถามที่ตอบยาก อาจถามซ้ำในช่วงต่างๆของการสนทนา ด้วยวิธีการหรือแง่มุมที่ต่างออกไปจากครั้งก่อน ซึ่งผู้วิจัยอาจพูดย้ำเรื่องระบบการบันทึก และการ รักษาความลับที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้การเงิบหรือรื้อที่สะดุดในประเด็นต่างๆ อาจเกิดจาก ผู้ให้ข้อมูลกำลังทำความเข้าใจกับประเด็นหรืออาจรู้สึกกังวลกับการเล่าเรื่องได้

ช) การลดระดับอารมณ์ความรู้สึก โดยเมื่อผู้วิจัย ได้ข้อมูลเชิงลึกตาม ต้องการแล้ว ผู้วิจัยควรสนทนาในประเด็นข้อมูลทั่วไปที่ตอบง่าย ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ความรู้สึกของ ผู้ให้ข้อมูลกลับเป็นปกติ

ช) การปิดการสนทนาควรมอบของที่ระลึก ประกอบการกล่าวขอบคุณ และ ย้ำถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ ควรขออนุญาตเพื่อติดต่อกลับมาอีก ในกรณีที่ต้องการ ข้อมูลเพิ่มเติม

5.2.3 หลังการสัมภาษณ์เชิงลึก ในระหว่าง และหลังทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องทำการบันทึกข้อมูล จากการสัมภาษณ์ ซึ่งการบันทึกข้อมูล มีทั้งการบันทึกเทป และ การจดบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัย ที่สมบูรณ์ที่สุด โดยมีแนวทางดังนี้

ก) ผู้วิจัยต้องปราศจากอคติ โดยบันทึกเทปข้อมูลคำพูด ของผู้ให้ข้อมูล แบบคำต่อคำ ซึ่งสามารถเก็บคำพูดทุกคำได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้วิจัยมีสมาธิในการฟังและ สังเกตผู้ให้ข้อมูล

ข) การจดบันทึกตามประเด็นสำคัญของการสัมภาษณ์ โดยจดบันทึกการ สังเกตของสีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งบรรยากาศในการสัมภาษณ์ การจดบันทึกควรจด บันทึกคำพูดที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลและคำถามที่ผู้วิจัยต้องการถามเพิ่มเติม เพราะประเด็นที่จด บันทึก จะนำไปสู่การวิเคราะห์เบื้องต้น เมื่อจบการสัมภาษณ์ และช่วยในการสำรวจความครบถ้วน ของข้อมูล ที่บันทึกในเทป

ค) การทบทวนข้อมูลทันที หลังการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบข้อมูลคร่าวๆ ว่ามีความชัดเจนหรือไม่ ถ้ายังไม่ชัดเจน ควรติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ซึ่งการทบทวน และจัดเก็บ ข้อมูลทันที หลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมคุณภาพข้อมูล (Quality control of data)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬารัตน์ สมรูป และ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ (2541) ศึกษาภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อการได้รับการทารุณกรรมในบ้าน และภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมในบ้านสูงถึงร้อยละ 76 โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแล และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีผลที่ไม่ต่างกัน ต่อภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุที่ได้รับการทารุณกรรมในบ้าน แต่ระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่ต่างกัน ส่งผลต่อความเสี่ยงของการทารุณกรรมผู้สูงอายุในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉราพร สิริบุญวงศ์ (2544) ศึกษาการทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย พบว่า การทารุณกรรมส่วนใหญ่ เป็นการทารุณกรรมทางด้านจิตใจ ส่วนการเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุพบ

น้อยที่สุด พฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัว กระทำต่อผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การไม่รับฟัง หรือเพิกเฉยต่อความคิดเห็น การแสดงความรำคาญ การไม่พาไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2545) ศึกษาความหมาย และ องค์ประกอบของการทำร้ายผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการทำร้ายผู้สูงอายุ เป็นการกระทำใดๆที่มีต่อผู้สูงอายุทั้งที่มีเจตนาและไม่เจตนา ผลของการกระทำ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บด้านร่างกาย หรือทุกข์ทรมานจิตใจ การกระทำอาจกระทำชั่วคราวหรือต่อเนื่อง

พัชรินทร์ บุญเสริม (2546) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การทารุณกรรมที่พบมากที่สุดคือด้านจิตใจ พบร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ การทอดทิ้ง พบร้อยละ 21.25 การเอาประโยชน์ทางการเงิน พบร้อยละ 8.75 ส่วนการทารุณกรรมทางเพศ และทางร่างกายพบร้อยละ 3.5 และ 2.25 ตามลำดับ

คณะกรรมาธิการกิจการสตรี เยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา (2546) ได้ทำการสำรวจความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 349 ราย ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานะภาพหม้าย และมีโรคเรื้อรัง ความรุนแรงที่พบส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงด้านจิตใจ โดยพบถึงร้อยละ 80.9 และในปีเดียวกัน ยังได้ทำการสำรวจความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย โดยทำการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 171 ราย ใน 68 จังหวัดทั่วประเทศ ผลการสำรวจ พบว่า การกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการทอดทิ้ง ละเลย รองลงมาเป็นการกระทำรุนแรงด้านจิตใจ

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2547) ศึกษาประสบการณ์การทารุณกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ให้ความหมายของการทารุณกรรมว่า เป็นการที่ตนเองไม่ได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือ การถูกบังคับ และการขัดใจจากผู้อื่น โดยการไม่ดูแล การไม่ร่วมสนทนา การเบียดเบียนทรัพย์สิน การดูแลหลาน การทำงานบ้าน และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว โดยสาเหตุมาจากทั้งตัวผู้สูงอายุเอง และผู้กระทำทารุณกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ภณิติลา อธิรัตน์ (2547) ได้ทำการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การทารุณกรรมส่วนใหญ่ เป็นการทารุณกรรมทางด้านจิตใจ รองลงมาคือ การทอดทิ้ง และพบว่า การทารุณกรรมทางร่างกายมีน้อยที่สุด ส่วนลักษณะการทารุณกรรมที่พบมากที่สุดคือ การได้เถียง ไม่เชื่อฟัง ไม่เคารพต่อผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และ รายได้

วราห์ เห่งพุ่ม (2547) ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมต่อคนชรา โดยบุคคลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองคนชราในต่างประเทศถือว่า การทำร้ายและการทอดทิ้งคนชราเป็นความรุนแรงในครอบครัว และมี

มาตรการและการบัญญัติกฎหมาย กำหนดให้บุคคลที่มีความใกล้ชิด โดยอาศัยการประกอบวิชาชีพของคนเหล่านั้น มีหน้าที่แจ้งการทำร้ายที่เกิดขึ้นแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้การช่วยเหลือคนชราที่ถูกทำร้าย ส่วนมาตรการทางกฎหมายของไทย พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติการให้ความคุ้มครองคนชรา จากการใช้ความรุนแรง ในลักษณะกว้างๆ เชิงนโยบาย แต่ไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายใดๆ ออกมารับรองสิทธิตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้แต่อย่างใด ส่วนมาตรการทางอาญา เน้นการลงโทษผู้กระทำผิดมากกว่าการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด

โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2548) ศึกษาความชุกและปัจจัยความเสี่ยง ของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีไทย ในชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การถูกทำร้าย การทำร้ายส่วนใหญ่คือด้านจิตใจ รองลงมาเป็นการเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ การล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง ส่วนการทำร้ายร่างกายนั้นพบน้อยที่สุด และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการรับรู้รายได้ที่ไม่เพียงพอของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด การมีประวัติดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทักษะชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ

เกศกัญญา จิรัตติกุล (2548) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการทารุณกรรมผู้สูงอายุ ในภาคใต้ พบว่า การทารุณกรรมที่พบมากที่สุดคือ การทารุณกรรมทางจิตใจ และพบการทารุณกรรมทางร่างกายมีน้อยที่สุด ปัญหาการดื่มสุรา การติดสิ่งเสพติดของสมาชิกในครอบครัวอายุ สถานภาพทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ แต่ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว เพศ ภาวะสุขภาพ ทักษะชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ที่มีต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ

ดัชนี สุวรรณคม (2548) ศึกษาการทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม พบว่า การทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนมมีความชุกถึงร้อยละ 60 โดยพบว่า การทำร้ายได้จิตใจพบมากที่สุดถึงร้อยละ 51.5 รองลงมาเป็นการทอดทิ้งพบร้อยละ 32 การเอาประโยชน์พบร้อยละ 28.25 การล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุพบร้อยละ 23.5 และการทำร้ายด้านร่างกายพบร้อยละ 5.5

กิงดาว การะเกด (2549) ศึกษาปัจจัยคัดสรร ที่เกี่ยวข้องกับการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า การทารุณกรรมที่พบมากที่สุด คือการเอาประโยชน์พบร้อยละ 64.58 รองลงมา เป็นการทำร้ายด้านจิตใจ พบร้อยละ 60.42 และพบว่าสภาพสังคม ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์ต่อการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุ

พรพิมล นวนกุล และคณะ (2549) ศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชน ในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยทำการศึกษาในอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา

พบว่าผู้นำชุมชนมีทัศนคติต่อการปฏิบัติกร และการให้ความช่วยเหลือมากกว่าการวางแผน และการแสวงหาเครือข่ายความร่วมมือ และการประเมินสภาวะปัญหา ซึ่งบทบาทในการจัดการปัญหาที่พบมากที่สุดคือบทบาทในการป้องกันปัญหา โดยการจัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว

Chompunud (2007) ศึกษาเกณฑ์การวิจัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุ ในเขตลาดกระบังด้วยเกณฑ์ที่พัฒนาใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ของพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.7 และเมื่อประเมินโดยใช้เกณฑ์ที่พัฒนาขึ้น พบมีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยว่า ผู้สูงอายุถูกกระทำร้อยละ 26 และ วินิจฉัยว่าน่าจะเป็น ร้อยละ 74 โดยพฤติกรรมที่สร้างทุกข์คือการสร้างทุกข์ด้านจิตใจ

อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ (2551) ศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมในจังหวัดชลบุรีพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพา และมีปัญหาสุขภาพ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาเกี่ยวกับโรคปวดข้อ และปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น

Carson (1995) ศึกษาปัจจัยและความเสี่ยงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุชาวอินเดียแดงในสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการทารุณกรรมคือ ปัญหาความยากจน การขาดสวัสดิการในการช่วยเหลือ การว่างงานของคนในครอบครัว การไม่ได้รับการศึกษา การเกิดช่องว่างระหว่างวัยระหว่างผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นหัวหน้าเผ่า กับคนรุ่นใหม่ที่ไม่สนใจประเพณี ความเชื่อและค่านิยมประจำเผ่า มีการอพยพไปทำงานในเมือง การทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่กับเผ่า ทำให้เกิดปัญหาการขาดการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในด้านอุปนิสัยพื้นฐานของผู้สูงอายุชาวอินเดียแดงไม่ชอบเข้าสังคม และมีการรักษาวัฒนธรรมของตนเองอย่างเหนียวแน่น ทำให้ขาดการเข้าถึงสวัสดิการของภาครัฐ

Pablo and Braun (1997) ศึกษาการรับรู้ความรุนแรง และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ และรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์ และเกาหลีที่อาศัยอยู่ในฮอนโนลูลูในฮาวาย พบว่าผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์ มีการศึกษาและฐานะดีสูงกว่าผู้สูงอายุชาวเกาหลี แต่ทั้งผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์และชาวเกาหลี ต่างเป็นผู้อพยพกลุ่มน้อยที่เข้ามาที่หลังกลุ่มชาวจีน ญี่ปุ่น และส่วนใหญ่ครอบครัวจะมารับจ้างทำไร่อ้อย ผู้สูงอายุชาวเกาหลีมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงมากกว่าชาวฟิลิปปินส์ เนื่องจากมีการศึกษาและมีฐานะดีกว่าชาวฟิลิปปินส์ แต่การได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐยังมีน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่แยกตัวและมีสังคมที่จำกัด

Le (1997) ทำการศึกษาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุชาวเวียดนามที่อพยพเข้ามาอยู่ในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เป็นการทารุณกรรมด้านจิตใจ ผู้กระทำทารุณกรรมมักเป็นลูกสะใภ้ การทารุณกรรมจะกระทำโดยการดูถูกเหยียดหยาม ด้วยกิริยาท่าทาง เมินเฉย ไม่เห็นผู้สูงอายุอยู่ในสายตา เหมือนผู้สูงอายุไม่มีตัวตนอยู่ในบริเวณนั้น ปัญหาการไม่เข้าใจกันระหว่างบุตรหลาน กับ การรับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามา การเกิดปัญหาทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ การนอนไม่หลับ การรับประทานอาหารไม่ได้ อาการปวดศีรษะหาสาเหตุไม่ได้ และการขาดการสนใจในชีวิต รวมทั้งการคิดฆ่าตัวตาย

Sharon and Zoabi (1997) ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอาหรับ ในประเทศอิสราเอล พบว่า ความรุนแรงส่วนใหญ่ เป็นความรุนแรงด้านจิตใจ ซึ่งผู้กระทำรุนแรงเป็นบุตรชายที่พักอาศัยอยู่คนละบ้านกับผู้สูงอายุ รongลงมาเป็นความรุนแรงด้านทรัพย์สิน และการเอาประโยชน์โดยบุตรสะใภ้ซึ่งอยู่คนละบ้านกับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหญิงมุสลิมอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสถานะภาพหม้าย มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบประสาท และความพิการทางร่างกาย

Comijs et al (1998) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในชุมชนประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าการพูดจากร้าวร้าวตลอดเวลา มักจะเกิดกับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ไม่ดี การที่ผู้ดูแลมีปัญหาเก็บกด ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ การเอาประโยชน์ในทรัพย์สินมักเกิดกับผู้สูงอายุชายที่มีสถานะภาพโสด และอยู่ตามลำพัง มีลักษณะบุคลิกเก็บกด เงียบขรึมและมีภาวะซึมเศร้า

Watanabe (2003) ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น และการออกกฎหมายรองรับแก่ผู้ดูแล พบว่า ปัญหาความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุตอนปลาย เพศหญิง ที่มีปัญหาสมองเสื่อม การกระทำรุนแรงมักเกิดในบ้าน ผู้กระทำเป็นลูกสะใภ้ ซึ่งเป็นภรรยาของบุตรชายคนโต การกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางด้านจิตใจ ปัจจัยในการทำให้เกิดการกระทำรุนแรงส่วนใหญ่ เป็นปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัว รongลงมาคือจากความเครียดของผู้ดูแล และปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจต่อภาวะสมองเสื่อมจากผู้ดูแล

Yan and Tang (2004) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุชาวจีนฮ่องกงโดยผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถูกกระทำรุนแรงมากกว่าหนึ่งรูปแบบ ความรุนแรงที่พบมากที่สุดเป็นความรุนแรงด้านคำพูด โดยการพูดว่าให้เสียเสีย พบ ร้อยละ 23.6 รongลงมาเป็นการเหยียดหยามดูถูก หรือการตะโกนพร้อยละ 19.9 ส่วนการกระทำรุนแรงด้านร่างกายพบในลักษณะการผลักและการตบ พร้อยละ 2.5

Miller (2004) ศึกษาทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการตรวจหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่ การประเมิน และการหากลวิธีในการช่วยเหลือหรือป้องกัน และพบว่าพยาบาลมักจะให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเมื่อพบปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัว หรือญาติของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่ ถูกกระทำรุนแรงซ้ำจากครอบครัวอีก เนื่องจากการขาดความไว้วางใจในตัวพยาบาลจากญาติ และไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุบอกเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นในครอบครัวแก่ผู้อื่น

Erlingsson et al. (2005) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรง ของผู้สูงอายุชาวสวีเดน โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในประเทศสวีเดน ด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ จำนวน 37 ราย ที่อาศัยอยู่ในย่านธุรกิจ และในชนบทของสวีเดน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมองการกระทำรุนแรงว่า เป็นการปล้น หรือ ทุบตี ขโมยทรัพย์สิน การทำร้าย หรือทำให้เกิดความหวาดกลัว ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น ซึ่งเป็นผู้อพยพเข้ามาอยู่ในสวีเดน ไม่มีการศึกษา หรือขาดการดูแลสนับสนุนจากภาครัฐ ชอบก่อความวุ่นวายตามย่านธุรกิจ การกระทำรุนแรงด้านจิตใจ เป็นเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพกับบุตรหลาน และการเปลี่ยนแปลงไปของสังคม เป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การหาแนวทางแก้ไขนั้นผู้สูงอายุเสนอให้มีการจัดการอบรมแก่บุตรหลาน ทั้งจากพ่อแม่ และจากโรงเรียน การรับรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงของผู้สูงอายุในสวีเดน ส่วนใหญ่รับรู้เรื่องราวจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต

Hardin and Hudson (2005) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ที่ทำการประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งมารับบริการในแผนกฉุกเฉินพบว่าพยาบาลยังขาดการสนใจ และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และตระหนักถึงการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ซ่อนเร้นอยู่ในอาการ และอาการแสดงจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ เนื่องจากปัญหาการอคติต่อความชรา

Erlingsson et al. (2006) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ของผู้เชี่ยวชาญ และอาสาสมัครที่ทำงานให้บริการผู้สูงอายุในสวีเดน โดยการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 4 ประเด็นคือ 1) ความตั้งใจดีของผู้กระทำรุนแรง อาจไม่ถูกใจหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้กระทำรุนแรงถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโกรธ จนกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุมักจะไม่ยอมรับว่าตนถูกระทำรุนแรง ซึ่งอาจมาจากปัญหาความบกพร่องต่างๆ เช่น สมองเสื่อม และภาวะทางจิต หรือการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันไม่ได้ 3) ความล้มเหลวในการรายงานปัญหาความรุนแรง เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่เกิดในครอบครัว จึงไม่มีใครอยากที่จะบอกปัญหา จากความอาย ความกลัว และการอคติต่อความชรา การขาดการสนับสนุนทางสังคม 4) การป้องกันความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางที่ทุกคนให้ความเห็น



ตรงกันทุกกลุ่มคือ การให้ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การมีเวลาพูดคุยกันในครอบครัว การปลูกฝังคุณธรรมแก่เยาวชน

Racic et al (2006) ศึกษาความชุก ของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาทางจิตในระดับปฐมภูมิ พบว่าการกระทำรุนแรงที่พบมากที่สุด เป็นการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย ผู้กระทำมักเป็นพี่สาวหรือพี่ชายของผู้สูงอายุ การกระทำรุนแรงด้านจิตใจ พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุซึมเศร้า โดยการพุดจาตูดถูก การดูดำ ผู้กระทำรุนแรงมักเป็นบุตรชาย ผู้สูงอายุกลุ่มอาการสมองเสื่อม จะถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการทำร้าย หรือการละเลยไม่ดูแลด้านร่างกาย และผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหญิง

Flanders and Clark (2006) ศึกษาทัศนคติของชาวบราซิลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรง และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ พบว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในบราซิลส่วนใหญ่คือ การทอดทิ้งและการไม่สนใจดูแลหรือปล่อยทิ้งผู้สูงอายุไปโดยไม่กลับมาเหลียวแลอีกเลย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากภาวะเศรษฐกิจและความยากจน ซึ่งชาวบราซิลมองว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเสมอเป็นปกติประจำ แต่ชาวบราซิลเห็นว่า การพุดจាក้าวร้าวเป็นปัญหาที่ตนให้ความสนใจมากกว่าการทอดทิ้ง เพราะการที่ต้องทอดทิ้งผู้สูงอายุนั้นมาจากความยากจน เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการอยู่รอด แต่การพุดจាក้าวร้าวทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุมาก จากปัญหาเหล่านี้จึงทำให้ชาวบราซิล ส่วนใหญ่ขาดการรับรู้ และขาดความตระหนักในปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

Konig and Kallberg (2006) ศึกษาทัศนคติชาวเยอรมัน เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ พบว่าความรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการกระทำรุนแรงจากบุตรที่กระทำต่อบิดามารดา โดยพบการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการทอดทิ้งไม่ดูแล ผู้สูงอายุที่มักถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย เช่นการทุบตี การหยิก ตบ จะเป็นผู้สูงอายุชาย ส่วนการทอดทิ้งไม่สนใจดูแลมักเกิดในผู้สูงอายุหญิง เช่น การปล่อยทิ้งในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเป็นต้น ส่วนปัญหาความรุนแรงด้านจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นการข่มขู่เอาเงิน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ และเสียใจ

Nusbaum et al (2006) ศึกษาแนวทางของพยาบาล ในการค้นหาและประเมินความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ในรัฐอิลลินอยของสหรัฐอเมริกา ซึ่งการประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญ ในการคัดกรองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดการเห็นประโยชน์ของรายละเอียด ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยคัดกรอง และค้นหาความเสี่ยงในการได้รับความรุนแรงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินส่วนใหญ่ จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงแล้วทั้งสิ้น ส่วนในกลุ่มที่มีความเสี่ยงนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการคัดกรองไว้ล่วงหน้า

Day (2007) ศึกษาคุณภาพของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรงในประเทศออสเตรเลีย พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และสามารถค้นหาปัญหาความรุนแรงในผู้สูงอายุที่มารับบริการได้ แต่ยังไม่ทั่วถึงทุกรัฐของประเทศออสเตรเลีย เนื่องจากการกำหนดความหมาย การพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน และแหล่งให้คำปรึกษา ยังมีไม่เพียงพอ และยังไม่ครอบคลุมรวมทั้งผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอก หรือรายงานปัญหาแก่หน่วยงานที่ช่วยเหลือได้โดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องจาก การถูกขู่จากผู้กระทำรุนแรง และการถูกไล่ออกจากบ้าน

Selwood et al (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลในครอบครัว ต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีการจัดการที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเลือกวิธีการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดการส่วนใหญ่คือ การผูกมัดไว้กับเก้าอี้ ส่วนพฤติกรรมในการจัดการกับผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จากผู้ดูแลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการทอดทิ้ง ไม่ดูแลเอาใจใส่โดยเฉพาะเกี่ยวกับความสะดวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 7. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่แนวคิดเกี่ยวกับ การให้ความหมายความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ชัดเจน และสมบูรณ์ เนื่องจาก แต่ละสังคม มีพื้นฐานความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นการกระทำที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย หรือได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และกระทบกระเทือนถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสาเหตุและปัจจัยของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น เกิดจากทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยปัจจัยทั้งหมด มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน จนกลายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพและจิตสังคม โดยเฉพาะความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคูคนในครอบครัว ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด ทั้งจากความไม่เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม ส่งผลทำให้เกิดการกระทำรุนแรงในด้านต่างๆขึ้นต่อผู้สูงอายุตามมา โดยกระทำรุนแรง เกิดขึ้นได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การหาประโยชน์ การละเมิดสิทธิต่างๆ รวมทั้งการละเลยทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง อาจมีปฏิกิริยาที่แสดงออก ต่อ

ปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลากหลายลักษณะ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออกในช่วงแรก มักจะเป็นการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นต่อตนเองจะเป็นจริง ต่อมาจะมีอาการเจ็บ ซึม หรือแยกตัว บางครั้ง อาจมีบุคลิกเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างกระทันหัน เมื่อการกระทำรุนแรงเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการแสดงทางสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย และอาจรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ รวมถึงทำให้โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ มีอาการกำเริบ และมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกายเร็วขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเสียชีวิตได้ง่ายขึ้น

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และถูกปกปิด การสืบค้นเป็นกลวิธีเชิงรุกที่เกิดจากความสงสัยใคร่รู้ พยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ใกล้ชิด และพบเห็นปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ก่อนบุคลากรด้านอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า นอกจากกระบวนการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติและให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ต้องมีความเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ชัดเจน เพื่อสืบค้นปัญหา และทำการประเมินสภาพ อาการของผู้สูงอายุที่ได้รับ ความรุนแรงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับ ความรุนแรง ทั้งในระยะเร่งด่วน และระยะยาวต่อไป เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) โดยให้ผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ได้อธิบายถึงเรื่องราวต่างๆที่ตนเองประสบ ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อค้นหาคำจำกัดความ การรับรู้ ความนึกคิดที่แท้จริงที่เกิดขึ้น (Streubert and Carpenter, 2003; Schultz and Steven, 2004)

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ หรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ถูกระงับการดูแล ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูล จากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ ที่อยู่ในความสนใจของผู้วิจัย ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้คุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา (Informative case) โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria) ดังนี้คือ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล หรือในชุมชนมาไม่น้อยกว่า 3 ปี ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาล ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จะมีความสามารถในการพัฒนาทักษะ ประสบการณ์ และการแสวงหาความรู้ที่ดี มีความยืดหยุ่น และมีทักษะในการวางแผนการพยาบาล สามารถประสานการดูแลที่จำเป็นและซับซ้อนได้อย่างลึกซึ้ง รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ได้อย่างครอบคลุม และเป็นองค์รวม (Benner, 1984 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระงับการดูแล ซึ่งผู้วิจัยจะประเมินคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอีกครั้ง โดยการสอบถามถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระงับการดูแล (แสดงรายละเอียดคำถามที่ใช้ในการสอบถามไว้ในภาคผนวก ค)

3. สำหรับพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ที่คาดว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ หรือมีประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกระงับการดูแล ทั้งนี้พื้นที่ๆเลือกในการเก็บข้อมูลจะมีใช้ประเด็นหลักในการกำหนดลักษณะผู้ให้ข้อมูล แต่ งานวิจัยนี้ จะสนใจที่ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตรง

ตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 10 ราย ทั้งหมดปฏิบัติงานอยู่ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยรู้จัก และทราบว่ามีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง จำนวน 2 ราย ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน 1 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์ 1 ราย และอีก 8 ราย เป็นพยาบาลที่ได้รับการแนะนำมาจากพยาบาลวิชาชีพ 2 รายแรก โดยพยาบาลที่ถูกแนะนำแก่ผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย 2 ราย ปฏิบัติงานอยู่แผนกฉุกเฉิน 1 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลศูนย์ 5 ราย

#### 4. ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งสิ้น จำนวน 10 ราย และใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งแสดงเป็นตารางดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย

ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	การได้มาของข้อมูล	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	หญิง	43	คู่	ผู้วิจัยรู้จัก	ปริญญาโท	20	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
2	หญิง	35	คู่	ผู้วิจัยรู้จัก	ปริญญาโท	12	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
3	หญิง	36	โสด	การแนะนำ	ปริญญาโท	17	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
4	หญิง	43	โสด	การแนะนำ	ปริญญาโท	18	ศูนย์สุขภาพชุมชน
5	หญิง	33	คู่	การแนะนำ	ปริญญาตรี	10	แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน
6	ชาย	31	โสด	การแนะนำ	ปริญญาตรี	8	สถานีอนามัย
7	หญิง	30	โสด	การแนะนำ	ปริญญาตรี	8	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
8	หญิง	44	คู่	การแนะนำ	ปริญญาตรี	20	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
9	หญิง	33	โสด	การแนะนำ	ปริญญาตรี	11	หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์
10	หญิง	46	คู่	การแนะนำ	ปริญญาตรี	21	สถานีอนามัย

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 10 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลระหว่าง 8-21 ปี โดยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 6 ราย ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย จำนวน 2 ราย ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 ราย และปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 1 ราย โดยเป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 9 ราย มีอายุระหว่าง 31-46 ปี ทั้งหมด

นัปถีสาศนาพุทฺธ สถานะภาพสมรสคู่ 5 ราย สถานะภาพโสด 5 ราย จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีด้านการพยาบาล จำนวน 6 ราย และจบการศึกษาในระดับปริญญาโทด้านการพยาบาล จำนวน 4 ราย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 ตัวผู้วิจัย

2.2 เครื่องบันทึกเสียง

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.4 แนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในที่ศนะของพยาบาลวิชาชีพ

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น(Interview guideline)เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ตามกระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตนเองดังนี้

3.1.1 การมีความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ รหัสรายวิชา 3600626 จำนวน 3 หน่วยกิต ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับการที่ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเอง จากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา และแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามที่สามารถหาคำตอบในระดับลึก และให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเอง เกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความ การให้ความหมายของข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

3.1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคำนึงถึงการป้องกัน และลดความอคติจากการคาดเดา โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าเรื่องราวของตนเอง ผู้วิจัยฝึกฝนตนเอง เกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และจริยธรรมในการวิจัย

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 นำหนังสือแนะนำตัว จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน แผนกฉุกเฉิน สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ผู้วิจัยทราบว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และจากการแนะนำของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งเสนอเค้าโครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณา เพื่อขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคน ของสนามการวิจัย

3.2.2 เมื่อได้รับการตอบรับ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าแผนก และหัวหน้าสถานีอนามัยที่ได้รับการแนะนำ เพื่อขอความร่วมมือ และสอบถามความสมัครใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

3.2.3 เมื่อทราบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ในการให้สัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละแผนกที่ได้ติดต่อไว้ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี พร้อมทั้งตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.2.4 หลังจากได้ทำการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด มีความยินดีในการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อ นัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยขอสัมภาษณ์พูดคุย ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสะดวก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงทำการอธิบายซ้ำในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้ความยินยอมโดยใช้วาจา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีความสะดวกในการให้ข้อมูลที่หอพักพยาบาล และห้องพักเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย

### 3.2.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการดังนี้

1) ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth-interviews) โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล หรือให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง เสียง หรือมีแนวโน้มถูกระทำรุนแรง (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ

ก. ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวม และคัดเลือกประเด็นคำถามต่างๆไปเกี่ยวกับประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และทำการจำแนกคำถามเป็นหัวข้อกว้างๆ ในลักษณะคำถามปลายเปิด และมีความยืดหยุ่น เพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ รวมทั้งได้นำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาแนวทางการสัมภาษณ์และทำการปรับแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้แนวทางการสัมภาษณ์มีความเหมาะสม และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้มากที่สุด

ข. ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ผู้วิจัยได้ทำการถอดความแบบคำต่อคำ(Verbatim)ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำอีก 4-5 รอบ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า ข้อคำถามบางข้อยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสม และได้เพิ่มข้อคำถามที่ยังไม่ครบถ้วน เพื่อให้ได้ข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก อาจยังให้ข้อมูลไม่ครบ หรือผู้วิจัยไม่แน่ใจในคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้จดข้อคำถามหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจบางประการไว้ และกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดความกระจ่าง (Clarifying)

ค. กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพิ่มเติมจนข้อมูลอิ่มตัว คือไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักซ้ำอีก 2 ราย รายละ 2 ครั้ง โดยสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรายต่อไป

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

3) การบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไข และผลการแก้ไข ที่เกิดกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยใช้ทั้งวิธีการจดบันทึก และการบันทึกเสียง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง



3.3 **ขั้นตอนการสัมภาษณ์** ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการสัมภาษณ์ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ และภายหลังการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

### 3.3.1 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1) ทำการติดต่อนัด วัน เวลา สถานที่ที่สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งผู้วิจัยรู้จักและทราบว่า มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการนัดหมายแต่ละครั้งผู้วิจัยคำนึงถึง ความสงบ การเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 รายประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยรู้จักและทราบว่า มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย และได้รับการแนะนำแบบบอกต่ออีก 8 ราย ซึ่งทั้งหมดมีความยินดี และสะดวกในการให้ข้อมูล ในช่วงเวลาหลังเลิกปฏิบัติงาน โดยสามารถให้สัมภาษณ์ได้ในห้องพักพยาบาล และในห้องพักของสถานีนามมาย

2) ผู้วิจัยได้แนะนำตัว และอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายเหตุผล ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียง ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และการรักษาความลับของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

3) เมื่อผู้วิจัยประเมินได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจ และมีความพร้อมในการให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงจะเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

### 3.3.2 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ผู้วิจัยได้พูดคุยซักถามเรื่องราวทั่วไป ของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดบรรยากาศของความเป็นกันเอง และไม่เกิดความตึงเครียดในระหว่างการสนทนา โดยผู้วิจัยได้พูดคุยเกี่ยวกับการทำงานที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ได้ปฏิบัติงานในแผนกที่รับผิดชอบของผู้ให้ข้อมูลหลัก การใช้เวลาว่างเมื่ออยู่บ้าน ผู้วิจัยได้พูดคุย โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างอิสระ ไม่เร่งรัด ไม่พูดคุยวิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ ไม่แสดงอารมณ์ต่อข้อมูลที่ที่ได้รับ ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักพูด และคอยสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงออก ขณะให้การสัมภาษณ์ เช่น อ่อนเพลีย ง่วงนอน หรือเหนื่อยล้า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายเพิ่งเสร็จสิ้นภาระกิจจากการปฏิบัติงานมา แต่ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีสีหน้าสดชื่น และยินดีให้สัมภาษณ์ และไม่พบว่ามีผู้ใดแสดงอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน หรือเหนื่อยล้า ขณะพูดคุยให้สัมภาษณ์เลย

2) ในขณะที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อบันทึกการสัมภาษณ์ โดยใช้เทปบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก และปิดการสัมภาษณ์ตามเวลาที่ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักไว้ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง

### 3.3.3 ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1) ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก พร้อมทั้งได้มอบของที่ระลึกเล็กน้อยๆ หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักซ้ำอีก 2 ราย ระยะเวลา 2 ครั้ง เนื่องจาก ข้อมูลยังไม่อิ่มตัว และยังมีประเด็นที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนเพิ่มเติม เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งการสัมภาษณ์ซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 ราย ยินดีให้ข้อมูลซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการนัดวันเวลา สถานที่ ล่วงหน้าทางโทรศัพท์ก่อนมาสัมภาษณ์ซ้ำ ประมาณ 1 อาทิตย์ และอธิบายซ้ำถึงการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ โดยเก็บไว้เป็นความลับ และทำการทำลายข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด ภายหลังการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ภายใน 1 เดือน

2) ภายหลังการสัมภาษณ์ยุติลง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้ซักถามในประเด็นเรื่องการดูแล หรือ การประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ในหออผู้ป่วย เช่น การให้คำแนะนำที่จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล เกิดปัญหาต่อกัน ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ รวมถึงปัญหาความเครียดจากญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งยินดีให้คำแนะนำ หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาในวัยสูงอายุ แก่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความสนใจ

## 4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสนามวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด และตามความยินยอมอย่างสมัครใจ ของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย ทำการปกปิดชื่อและสถานที่ผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปราย

เผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ขณะให้สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บใบยินยอม และข้อมูลต่างๆไว้อย่างปลอดภัย

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิเคราะห์ข้อมูล จะกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และการให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

5.1 หลังจากทำการสัมภาษณ์เสร็จแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดความเป็นคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำ ร่วมกับการอ่านบทสนทนาออกมาเป็นตัวอักษร และนำข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่ได้ มาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.2 นำข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษามาวิเคราะห์ และกลับมาอ่านบทสนทนาซ้ำอีกครั้ง แบบบรรทัดต่อบรรทัด ไม่ต่ำกว่า 4-5 รอบ เพื่อให้เกิดความคิด ความเข้าใจรอบยอดเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย พยายามจับประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่ และตั้งประโยคหรือข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ สาเหตุ ลักษณะ และผลที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยการขีดเส้นใต้ และเขียนแยกข้อความสำคัญนั้นไว้

5.3 นำข้อความ หรือประโยคสำคัญที่ทำการแยกไว้ มากำหนดความหมายในแต่ละข้อความประโยค เพื่อให้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อความ

5.4 นำข้อความ หรือประโยคที่กำหนดความหมาย แล้วนำมาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะความหมายที่เป็นทำนองเดียวกัน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการถอดรหัสข้อความ (Coding) ไว้ข้างบนบทสนทนาที่อ่าน และพิจารณาคำต่าง ๆ ที่ถอดรหัสออกมา และนำมาจัดหมวดหมู่ (Category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) สรุปประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก (Theme) และนำผลการถอดรหัส การจัดหมวดหมู่ และ

การจัดประเด็นย่อยต่างๆ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการถอดรหัสและการจัดหมวดหมู่อีกครั้ง

5.5 นำประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้ มาเขียนแผนภูมิเพื่อสื่อข้อมูลที่ได้ ตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ที่ค้นพบ เพื่อบรรยายการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นภาพ และสื่อสารผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น

5.6 ทำการคัดเลือกบทสนทนา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่คิดว่าให้รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อย รวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก ใช้เทคนิคตัดปะโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วย พร้อมอ้างอิงหมายเลขกลุ่มสนทนาและบรรทัดที่อ้างอิงไว้ตอนท้ายบทสนทนาที่คัดเลือกมา

5.7 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อสรุปความตรง ของปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นประสบการณ์จริงที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยนำประเด็นของข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย ที่สามารถสื่อสารอธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative case) โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 ราย ที่ได้รับเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ดีที่สุด และมีความยินดีที่จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์แก่ผู้วิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้ เป็นการตรวจสอบว่า ข้อสรุปที่ได้มีความเป็นจริงตามที่อธิบายไว้หรือไม่ (Member checking) เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์ และเป็นข้อความ ที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้อธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่มีข้อมูลยังไม่ชัดเจน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 ราย ได้แนะนำเกี่ยวกับการให้ความหมาย การอธิบายลักษณะของการกระทำรุนแรง แก่ผู้วิจัยเพิ่มเติม ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัย ได้นำผลสรุปและแผนภาพทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และให้คำแนะนำอีกครั้ง เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

## 6. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการควบคุมคุณภาพงานวิจัย โดยการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของข้อมูล กับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพได้ดังนี้

6.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง เชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้กระทำดังนี้คือ เข้าไปสร้างความคุ้นเคย พูดคุยด้วยความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ก่อนจะเข้าประเด็นในการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจ และเมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบท

สัมภาษณ์อีกครั้ง โดยการฟังเทปซ้ำ รวมทั้งรวบรวมบันทึกสั้นๆ ที่ผู้วิจัยกระทำไว้ทุกครั้งภายหลัง สิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำสิ่งที่วิเคราะห์ ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 ราย ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ได้ (Member check) ว่ามีความถูกต้องหรือไม่ และเข้ากันได้กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเสนอแนะ ถ้าหาก ข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้อง ตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งผู้วิจัยยังได้นำข้อสรุปที่ได้ไปให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบอีกครั้ง

6.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิง ในกรณีเป็นปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักและอยู่ในลักษณะ สังคม และบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลัก คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลหรือ ให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานเอนามัย ใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

6.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บ รวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูล ด้วยความระมัดระวัง ครบถ้วน เพื่อช่วยให้ผู้อ่าน สามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะ ขั้นตอนการถอดรหัส และการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ กับพยาบาลที่จบปริญญาโทด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ราย

6.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดการบันทึกข้อมูล ให้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูดของ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำเสนอข้อมูล และมีการนำภาพสรุปของประเด็นการcode, category ต่างๆ มาปรึกษา และทบทวนกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นระยะ ตลอดการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการหรือดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง รวมถึงการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในด้าน ความหมาย เหตุปัจจัย ลักษณะ และผลที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีนอนามัย มาไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแล หรือให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยดังนี้

**ส่วนที่1:** ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การกระทำที่สร้างความทุกข์และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า 2) ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ 3) เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา

**ส่วนที่2:** ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง ซึ่งมีประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย 2) การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา 3) การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่1: ความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สามารถแบ่งได้เป็น3 ประเด็นหลัก คือ 1) การกระทำที่สร้างความทุกข์ และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดคุณค่า ด้วยการแสดงกิริยาที่ไม่เคารพความเป็นบุคคล การถูกแบ่งแยกหรือถูกปฏิเสธจากสังคม จนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต 2) ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ โดยการแสดงอาการรังเกียจที่พ่อแม่ยากจน ไม่มีทรัพย์สินเงินทองจะให้ และการไม่สนใจดูแลเอาใจใส่ 3) เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา ซึ่งเป็นเรื่องของความหงุดหงิดต่อกันระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สามารถแสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้

## แผนภาพที่ 1 สรุปความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ



จากแผนภาพ สามารถนำมาอธิบายรายละเอียดผลการวิจัย ได้ดังนี้

### 1. ความหมายเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ได้ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของตนเองว่า เป็นการกระทำที่สร้างความทุกข์และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า โดยการที่ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา และสามารถพบเห็นได้ในชีวิตประจำวันของคนในครอบครัว การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้น นอกจากจะเป็นการทำร้ายร่างกายแล้ว ยังรวมถึงกับการไม่ใส่ใจดูแล การไม่ตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ ที่เคยอุ้มชูเลี้ยงดูลูกหลานมาก่อน การไม่ให้ความเคารพนับถือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดร้าว ท้อแท้สิ้นหวัง จนไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

1.1 การกระทำที่สร้างความทุกข์และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดคุณค่า คือการที่ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง ด้วยการกระทำในลักษณะต่างๆ จากลูกหลาน หรือผู้อื่นทั้งบุคคลที่ผู้สูงอายุรู้จักและไม่รู้จัก มาคุกคาม หรือทำร้ายให้ผู้สูงอายุ เกิดความทุกข์ หรือรู้สึกด้อยคุณค่า ทั้งการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายจิตใจด้วยการใช้คำพูด การแสดงกิริยาที่ไม่เคารพความเป็นบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกรังเกียจ ถูกแบ่งแยก หรือถูกปฏิเสธจากสังคม จนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกดดัน ปวดร้าวในจิตใจ ท้อแท้สิ้นหวัง และหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“การที่เราจะใช้คำพูดโดยที่เราไม่คิดนี้ มันทำให้ความรู้สึกจิตใจ ความมีคุณค่าของเขาด้อยลง เพิ่มภาวะที่มันกดดันจิตใจ คุกคามทั้งการกระทำ หรือว่าคำพูด บางทีไม่พูดว่า แต่เข้าถึง

เวลากิน กินซี่ กินไม่เสร็จซะที กินชักช้าอยู่ได้ จะเก็บของแล้วนะ เออใครจะไปกินลงวะ เป็นชั้นฉันทัน ก็ เออ เอาไปเก็บเลย อิ่มแล้ว บางทีของทำมา น้ำเงี้ยว ผุ่น มด แมลงเต็มเลย มีตะกัน ตะกอนเต็มเลย มาบอก เข้าทำไมไม่กินล่ะ ใครมันจะกินลงวะ วางบ๊ีบ บัง ๆ มีนะ (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 961-965, 987, 989-993) คำพูดหรือกิริยาท่าทางที่เขาแสดงออกมา เหมือนกับมันไม่เคารพความเป็นตัวบุคคล สภาพจิตใจมันก็สะท้อนว่า เออเราก็ต้องมีคนที่เราจะพึ่งพาได้ หรือมีคนคอยช่วยเหลือได้ ถ้าเกิดเรายังเจอลูกหลานที่แสดงพฤติกรรมอย่างเนี่ย ก็สะท้อนความรู้สึกคนไข้ว่า "ไม่อยากจะอยู่ต่อไป" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 48-49, 53-56)

"สิ่งที่มันจะทำให้ผู้สูงอายุคนนึง เกิดความทุกข์กายทุกข์ใจ หรือว่าไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตได้ตามแบบแผนของมันควรจะเป็นอย่างนี้ ซึ่งก็คืออาจจา...เช่น ความรุนแรงทางด้านคำพูด อย่างเนี่ย มันก็จะทำให้เกิดความทุกข์ ความเศร้า ความรู้สึกไม่อยากไปกินข้าวร่วม หรือบางทีก็ถูกแบ่งแยกออกไป อย่างเนี่ยมันก็เป็นความรุนแรงอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมันอาจจะไม่ชัดเจนมากนัก แต่ถามว่า มันทำร้ายจิตใจไหม ก็ทำร้ายจิตใจ ก็แปลว่า มันไม่ได้นึกถึงความรุนแรงด้านร่างกายอย่างเดียว ทางด้านจิตใจ ทางด้านเรื่องของการที่เขาถูกปฏิเสธทางสังคมอะไรอย่างเนี่ยก็มีผล" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 529-536)

"มันคือทุกอย่างนั่นแหละ ที่ทำให้คนไข้มีความทุกข์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทั้งกาย จิต แล้วก็สังคม ทุกๆอย่างที่ได้รับจากผู้ดูแลหรือจากญาติหรือทุกคนที่มาเกี่ยวข้อง"(ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 721-723)

"สิ่งต่างๆที่ผู้สูงอายุถูกกระทำ ไม่ว่าจะเป็ทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุท่านนั้น อาจจะทำให้เกิดความเจ็บป่วย ไม่สบายใจ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หดหวั่น มันส่งผลทั้งสองอย่าง ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ ซึ่งคนที่กระทำรุนแรงส่วนใหญ่ที่เห็นผ่านๆมาคือคนในครอบครัว แล้วก็มาจากบุคคลภายนอกก็คือ บุคคลอื่นๆทั่วไปที่ไม่รู้จัก หรือว่าจากเราที่เป็นผู้ให้บริการ ก็อาจจะเป็บุคคลภายนอกที่ไปกระทำกับตัวผู้สูงอายุ" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 565-569, 571-572)

"มองว่าคำพูดหรือกิริยาท่าทางที่เขาแสดงออกมาเหมือนกับมันไม่เคารพความเป็นตัวบุคคลนะ มันเหมือนมันสะท้อนว่า ในเมื่อเราเป็นลูกเป็นหลาน หรือว่า เราเป็นคนดูแลที่ไม่ใช่ลูกหลานโดยแท้จริง หรือลูกหลานโดยสายเลือดอย่างเนี่ย มันก็น่าจะมีอะไรที่ถนอมความรู้สึกคนไข้กลุ่มเนี่ยบ้าง" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 47-51)



“ถ้ามันเกิดขึ้น เขาก็จะไม่มีความสุข ผู้สูงอายุนะ ไม่ว่าจะป็นด้านร่างกายหรือว่าด้านจิตใจ ต่างแค่บางที่ ผู้สูงอายุ แม่กับลูกอยู่กัน แค่ว่าพูดบางคำพูดนี้ มันก็ทำให้เขารู้สึกเจ็บอยู่ข้างใน รู้สึกปวดร้าว” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 216-218)

“ก็ทำร้าย อาจจะทางร่างกายและจิตใจ บางทีบางคนไม่ได้ทำร้ายร่างกายเลย แต่พูดจา บั่นทอนความรู้สึก แล้วก็เหมือนบั่นทอนจิตวิญญาณที่อยากจะใช้ชีวิตอยู่นะ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 182-183)

**1.2 ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ** หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่าการที่ลูกหลานในครอบครัวทำร้ายผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ ด้วยการทอดทิ้งไม่ใส่ใจดูแล ถือว่าเป็นการไม่ตอบแทนบุญคุณ และเป็นการไม่รู้จักต้ญญูรู้คุณต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเลี้ยงดูลูกหลานมาก่อน เช่น การปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง การพูดจาดูถูก การแสดงอาการรังเกียจที่พ่อแม่ยากจน ไม่มีทรัพย์สินที่จะให้แก่ลูกหลาน ซึ่งการกระทำที่เกิดขึ้นทั้งหมด ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“มันคือการทำร้ายผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ แล้วก็การทอดทิ้ง ไม่ใส่ใจไม่ดูแลอะไรอย่างนี้ หรือคำพูดอย่างเนี้ย คำพูดที่มีต่อผู้สูงอายุ การไม่ดูแล ตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 152-154) ลูกหลานไม่ดูแลปู่ ย่า ตา ยาย การทอดทิ้งก็เป็นส่วนหนึ่งของการทารุณ...ทำ ความรุนแรงให้ผู้สูงอายุ อาจจะป็นทางด้านจิตใจ คือไม่ได้ดูแลตอบแทนผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเรามา” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 52-54)

“ก็จะเป็นแบบเหมือนกับว่า เป็นการกระทำทางจิตใจ ทางร่างกายนี้ก็คงแบบว่า ใครที่ทำพ่อแม่ทางด้านร่างกายนี้ก็ ทางสังคมไทยถือว่าเนรคุณ แต่ถ้าป็นทางด้านจิตใจเนี้ย บางทีคนทำไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังทำร้ายจิตใจผู้มีพระคุณของตัวเองอยู่ ปล่อยให้พ่อแม่เฝ้าบ้านอะไรอย่างนี้ แล้วตัวเองก็ไปทำงาน อาจจะไปอยู่หอพัก แล้วก็นานๆจะกลับมาดูพ่อแม่ซักทีหนึ่ง” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 68-73)

“ที่เราเห็นว่าเป็นการทำร้ายผู้สูงอายุก็คือ จากคำพูดคำจา แล้วก็จากการกระทำของคนในครอบครัวที่รู้สึกเหมือนมันไม่ให้เกียรติ ถูกพ่อแม่ ว่าเหมือนแกล้งแล้วไม่มีอะไรให้ไว้ แล้วก็ไม่มีจะให้ขอแล้วเงิน เขาให้ชีวิตนะ ก็นะ ...คนไม่กตัญญู แปลว่า ลูกเขาไม่กตัญญู เพราะบางทีเราก้เข้าไปเหมือนกัน ก็ได้ยินคำพูดคำจา ฟังแล้วมันรู้สึกว่ามันทำร้ายจิตใจกันเกิดไปนะ” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 318-320, 323-325)

### 1.3 เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุก

**ช่วงเวลา** หมายถึงพยาบาลรับรู้ว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงขณะ ทำให้เกิดการทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดการห้ามไม่ให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่อยากจะทำ เช่นไม่ให้รับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ หรือการไม่ให้เงินทองใช้สอย ซึ่งส่งผลให้เกิดความขัดใจต่อกัน เกิดอารมณ์หงุดหงิดต่อกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ภาวะการทารุณกรรม การทำร้าย มันสามารถเกิดได้ทุกช่วงขณะของการทำงาน การทำร้ายมันไม่ใช่เฉพาะร่างกาย มันมีคำพูด การไม่ให้เงิน การไม่ให้กินอาหารที่ชอบ อยากกินกาแฟ บอกไม่ให้กินเป็นโรคหัวใจห้ามกิน อ้าวนี่ก็ใช่ ใช่ปะ มันเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจริงๆแล้ว มันสำคัญ มันสามารถเกิดขึ้นได้ เพราะว่าเรื่องการกระทำรุนแรง เป็นเรื่องของอารมณ์ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง อารมณ์ที่หงุดหงิดเนี่ย คืออารมณ์มันเกิดขึ้นตลอดเวลา” (ID1สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 590-591, 566-569, 606-607)

### ส่วนที่2: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

1) ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยความรู้สึกในครั้งแรกเมื่อรับรู้ปัญหา คือรู้สึกหดหู่ เศร้าใจ สงสารผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง และเห็นใจทั้งสองฝ่าย อีกทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นยังถูกมองข้าม และไม่มีใครตระหนักถึง เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และคิดว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นยังเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ

2) การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา เป็นการเข้าถึงปัญหา โดยเริ่มจากการรู้รายละเอียดปัญหาที่ลึกซึ้ง ด้วยการรู้จักพื้นเพภูมิหลังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน และการเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง รวมทั้งต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ด้วยการนึกถึงจิตใจของคนรอบข้าง รวมถึงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยเฉพาะต้องมีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น รวมถึงการมีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม ที่ได้จากการสั่งสมประสบการณ์ ซึ่งทั้งหมดช่วยทำให้รู้จักหวั่นเวลาที่เหมาะสมในการเข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

3) การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา โดยการเป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจ คอยบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจคนในครอบครัว ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการ

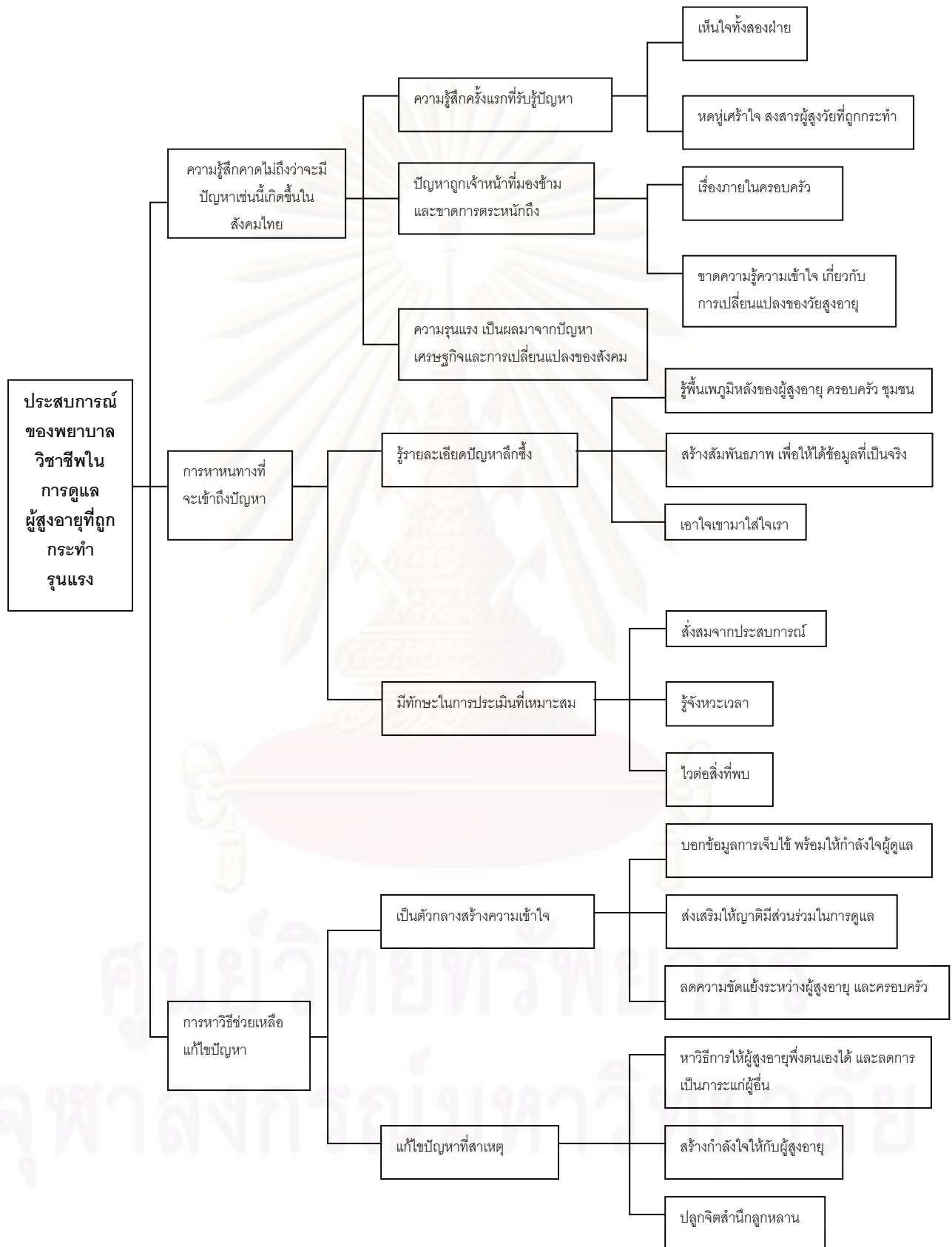
ดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งการพยายามแก้ไข ปัญหาที่สาเหตุ ด้วยการหาวิธีการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้และลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น พยายาม สร้างกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ และปลูกจิตสำนึกแก่ลูกหลาน

ซึ่งผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง สามารถแสดงเป็นแผนภาพ โดยสรุปได้ดังนี้ คือ



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่2 สรุปประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง



จากแผนภาพ สามารถนำมาอธิบายรายละเอียดผลการวิจัย ได้เป็น 3 ประเด็นใหญ่ดังนี้

### 1. ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย

ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อได้รับรู้ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นเรื่องที่ไม่คาดคิดว่าจะมีปัญหาเช่นนี้ เกิดขึ้นในสังคมไทย แต่ปัญหามีเกิดขึ้นจริง และเมื่อผู้สูงอายุที่ตนเองรู้จัก หรือให้บริการ ถูกกระทำรุนแรงจากลูกหลานในครอบครัว พยาบาลส่วนใหญ่ มีความรู้สึก หดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แต่ก็รับรู้และเห็นใจทั้งสองฝ่าย โดยเห็นว่า การที่ลูกหลานในครอบครัว มากระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นั้น เนื่องมาจากการขาดความเข้าใจในธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ลูกหลานของผู้สูงอายุต้องดิ้นรนทำมาหากิน เพื่อหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดการกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆออกไป ด้วยความไม่ตั้งใจ นอกจากนี้การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม เนื่องจากคนส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว คนอื่นไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง หรือยุ่งเกี่ยว

ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย แบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้คือ

1.1 ความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ปัญหา หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาล เมื่อได้รับรู้ปัญหาความรุนแรง ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล หรือให้บริการ โดยความรู้สึกครั้งแรกนั้น พยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกหดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แต่ก็รู้สึกเห็นใจทั้งสองฝ่ายด้วยเช่นกัน โดยพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากบุตรหลานในครอบครัวต้องออกไปทำมาหากินเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว จนเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อีกทั้งยังต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่ซ้ำซากจำเจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และเกิดอารมณ์หงุดหงิด จนทำให้เกิดการกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆออกไป ด้วยความไม่ได้ตั้งใจ เช่น การปล่อยให้ผู้สูงอายุให้อยู่บ้านตามลำพัง การดูด้วยเสียงดังๆ โดยความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ปัญหาสามารถแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้ดังนี้ คือ

1.1.1 หดหู่ เศร้าใจ สงสารผู้สูงวัยที่ถูกกระทำ เป็นความรู้สึกของพยาบาลเมื่อทราบว่า ผู้สูงอายุที่ตนเองรู้จักหรือเคยให้การดูแล ถูกกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆ ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีความรู้สึก หดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ต้องทุกข์ทรมานจากการถูกกระทำรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก มองผู้สูงอายุเสมือนเป็นญาติคนหนึ่งของตนเอง เมื่อได้พบเห็น

หรือทราบปัญหาดังกล่าว จึงรู้สึกหดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงเป็นอย่างยิ่ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ก็รู้สึก บางทีเห็นภาพมันก็เศร้านะ ก็เศร้าใจ ถ้าเกิดเป็นเราละ เป็นญาติเราละ มันจะเป็นยังไง ไข้มา อย่างเนี่ย มันก็คง ท็อกซิก (Toxic) มากนะ เพราะว่าคนที่เรารักถูกทำร้าย หรือคนที่เรารู้จักคุ้นชิน หรือเคยเห็นอยู่ แล้วมีอันเป็นไป จากเหตุถึงความรุนแรงในครอบครัว หรือในสังคมที่มีผลต่อคนเหล่านั้น ก็ค่อนข้างที่จะเสียใจนะ เพราะก็ค่อนข้างผูกพันกับคนในชุมชนที่เราดูแลอยู่” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 572-576)

“ก็รู้สึกหดหู่ นะ ว่าปล่อยแกจนไว้ แล้วมันก็มีกลิ่นฉี่กลิ่นอะไรฟุ้งขึ้นมาเนะ ว่าไม่มีคนทำให้อะไร” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 384-385)

“บางคนก็ดูหน้าสงสาร บางคนมาก็แบบว่าอาการหนักแล้วนะ ไม่มีญาติมาดูแลเลย นาน นานจะมีลูกมา ลูกมาถึงก็มาดูแลแบบๆ ก็คือไปเลย ไม่ดูแล ได้แต่บอกฝากไว้ด้วยนะหมอ บางคนถึงขนาดฝากเบอร์โทรศัพท์ไว้ ตายเมื่อไหร่โทรไปบอกด้วยก็มี นี่เห็นแล้วก็รู้สึกสงสารแล้วก็ หดหู่ใจมากๆ” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 37-39, 58)

**1.1.2 เห็นใจทั้งสองฝ่าย** หมายถึงความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความร่วมมือรู้สึกในความทุกข์ยาก ที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ และลูกหลานที่อยู่ในครอบครัว โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก มีความรู้สึกเห็นใจทั้งสองฝ่าย และเห็นว่าการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้น เกิดจากลูกหลานในครอบครัวมีความเครียด อันเนื่องมาจากความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า จากการที่ต้องดิ้นรนทำมาหากิน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว การเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิดรำคาญใจ จากการที่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ในลักษณะที่ซ้ำซากจำเจ รวมถึงการขาดความเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ จึงส่งผลทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะต่างๆออกไป ด้วยความไม่ตั้งใจ เช่น การดู การพูดว่าเสียงดัง การปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“รู้สึก โอ...มันเหมือนกับว่า ลูกหลานเขาไม่เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ หรือว่าเขาอาจจะเหนื่อยมาจากงาน หรือว่าเจอสภาพผู้สูงอายุอยู่บ้าน แล้วก็อาจจะทำปัญหาให้เขาอย่างเนี่ย เขาก็จะพูดเสียงดังว่าผู้สูงอายุ มองว่าลูกหลานเขาไม่เข้าใจผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจว่าผู้สูงอายุ

ต้องการอะไร อาจจะมาจกสภาพผู้สูงอายุที่ดูเหมือนรู้สึกว่ามันต้องดูแล แบบซ้ำซากในการดูแลนะ แล้วเขาก็ต้องทำงาน กลับมาเจอสภาพแบบนี้ หรือว่าจิตใจเขาไม่ได้รักได้ชอบการดูแล (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 209-211, 213, 215-217)

“เราจะไปโทษเขาฝ่ายเดียวก็ไม่ได้ เราต้องมองปัญหาสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติ ด้วยว่ามันจำเป็นที่เขาต้องออกไปหากิน เพราะว่าพื้นที่ที่เข้ามาหากินของเขามันไม่มีแล้ว เขาขายหมดแล้ว บางทีคนทำไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังทำร้ายจิตใจผู้มีพระคุณของตัวเองอยู่ ปล่อยพ่อแม่เฝ้าบ้านอะไรอย่างนี้ แล้วตัวเองก็ไปทำงาน อาจจะไปอยู่หอพัก แล้วก็นานๆจะกลับมาดูพ่อแม่ซักทีหนึ่ง (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 80-82, 70-73)

“มันก็รู้สึกเห็นใจแถมว่าอายุมากแล้ว ก็ยังโดนบุคคลในครอบครัวเฝ้า กระทบกับแบบ นี้อีกเนี่ย ทั้งที่แกอาจจะหวังดี (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 230-231) ก็เข้าใจว่า ลูกสาวเขาอาจถูก ยัดเยียดความรับผิดชอบหลายอย่าง ทั้งเรื่องการทำมาหากิน และการดูแลในบ้าน เรื่องอาหาร การกิน และการดูแลของตาที่ป่วยด้วย บางครั้งก็อาจจะรู้สึกเกิดความเครียดบ้าง” (ID6 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 421-423)

**1.2 ปัญหาถูกเจ้าหน้าที่มองข้ามและขาดการตระหนักถึง** หมายถึงพยาบาล เข้าใจว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่ยังขาดการตระหนักถึง ถึงแม้ว่าบางคน อาจจะทราบว่าการกระทำบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะเป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุก็ตาม พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพจึงเห็นว่า ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่มาใช้บริการ จึงมุ่งให้ความสำคัญกับอาการทางกาย ที่สามารถประเมินได้ มากกว่าที่จะให้ความสนใจ ในปัญหาที่เกิดจากการถูกรังแกรุนแรง ถึงแม้ว่า จะพบการกระทำรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การดู การบ่น การเถียงกัน หรือการทำร้ายร่างกายตั้งแต่การผลัก การกระชาก หรือการทุบตี โดยเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บรุนแรง และยังคงมองว่าเป็นเรื่องปกติ ทั่วไป ที่เกิดขึ้นได้ภายในครอบครัว เป็นเรื่องของคนในครอบครัว ผู้อื่นไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว นอกจากนี้ การขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ มองผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากวัยอื่น โดยเฉพาะพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานหรือให้บริการด้านผู้สูงอายุมาก่อน ส่งผลให้ในบางครั้ง พยาบาลและผู้สูงอายุ เหมือนจะสื่อสารกันเข้าใจลำบาก หรือพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในด้านอารมณ์ เช่น การมีอารมณ์หงุดหงิดต่อกัน จนส่งผลทำให้บางครั้ง การซักประวัติ หรือสอบถามข้อมูลสาเหตุการ

เจ็บป่วยจากผู้สูงอายุ เป็นไปด้วยความยากลำบาก ส่งผลให้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ และเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นคนแก่ที่ดื้อรั้น เรื่องมาก และเรียกร้องความสนใจ

ปัญหาถูกเจ้าหน้าที่มองข้าม และขาดการตระหนักถึง แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้ คือ

**1.2.1 เรื่องภายในครอบครัว** หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่แฝงอยู่ในชีวิตประจำวัน และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลกันในครอบครัว การที่ลูกหลานเกิดอารมณ์หงุดหงิด และมีการกระทบกระทั่งกันในครอบครัว ทั้งด้วยการใช้วาจา หรือการกระทำ เช่น การดู การบ่น การว่ากระทบกระทั่ง การตี การขูดกระชาก หรือการทุบตี ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดไม่ถึงกับทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับความเจ็บรุนแรง อีกทั้งสังคมไทยนั้น ยังยึดมั่นในหลักของความกตัญญูต่อพ่อแม่ จึงทำให้คนส่วนใหญ่คิดว่า การกระทำรุนแรงเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะมีเกิดขึ้น ส่วนการดู การเถียงกัน ในครอบครัวนั้น เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในครอบครัวทั่วไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ลูกเถียงพ่อแม่หรือว่าพี่น้องเถียงกัน หรือบางครั้งก็มีการทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว ลูกบางคนก็เห็นมาเฝ้าพ่อแม่ที่ตึ้นๆนี้ อาจจะมีลงไม้ลงมือ พัวๆเพี้ยะๆอย่างเงี้ย แต่ทุกคนก็คิดว่า มันเป็นเรื่องของครอบครัว มันไม่ถึงกับทำให้ได้รับความเจ็บ มันเหมือนกับอารมณ์ชั่ววูบของเขา ที่เค้าหงุดหงิดขึ้นมา” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 52-56)

“ในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยมีคนตระหนักเท่าไรๆ พุดง่าย ๆ เพราะว่ามันไม่ชัด มันเป็นเรื่องภายในครอบครัว ในผู้สูงอายุส่วนมากจะอยู่ในลักษณะแฝง ดูแลแล้ว ระหว่างดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก็มีการทุบตีกันบ้าง หรือขูดกระชากลากกัน พุดจาทำร้ายจิตใจอะไรอย่างนี้ มันไม่เห็นผลที่ออกมาถึงขนาดแขนขาหัก ทำร้ายร่างกาย เขียวเป็นจ้ำๆ อะไรอย่างนี้ แต่มันก็มีบ้างแต่มันไม่เยอะไร” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 56-64)

“ความรุนแรงที่เคยได้ยินส่วนมากเราจะไม่นึกถึงในผู้สูงอายุ ที่เคยได้ยินก็คือความรุนแรงต่อเด็กและสตรี หรือว่าความรุนแรงระหว่างสามี ภรรยา แต่ความรุนแรงในผู้สูงอายุเนี่ย ไม่ค่อยมีใครนึกถึง เขาคิดว่าสิ่งพวกนี้เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-52) ทุกคนคิดว่า มันเป็นเรื่องของครอบครัว มันไม่ถึงกับทำให้ได้รับความเจ็บ มันเหมือนกับอารมณ์ชั่ววูบที่เขาหงุดหงิดขึ้นมา ในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยมีคนตระหนักเท่าไร” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 55-57)



“มองว่ามันเป็นสิ่งที่แอบแฝง อยู่ในบริบทของสังคมไทย สังคมไทยคำว่ากตัญญูกตเวที เนี่ยะ มันครอบอยู่ไง ทำให้ตัวผู้สูงอายุเองที่โดนทำร้ายก็ไม่ คิดว่าตัวเองโดนทำร้าย คิดว่าเป็นเรื่องปกติเพราะเป็นสังคมที่อยู่ด้วยกัน แบบพ่อแม่ลูก เห็นกันมาตั้งแต่เด็ก มีการกระทบกระทั่งกันมั่งในครอบครัว คิดว่ามันปกติ แต่คนที่ได้รับอะ ตัวผู้สูงอายุเองจะรู้สึก คนที่ถูกกระทำน่าจะรู้สึก คนที่กระทำก็คือคิดว่ามันเป็นเรื่องปกติ คิดว่าที่ไหนมันก็เป็นแบบนี้ ถ้าคนอย่างนี้ทุกคนก็เป็นอย่างนี้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 539-542)

### 1.2.2 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ

หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่า ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ยังถูกมองข้าม เนื่องจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ รวมถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาษาและการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารโดยใช้ภาษาที่แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน และอาจทำให้เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทางสุขภาพ รู้สึกเบื่อหน่าย และเกิดความรำคาญผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุก็อาจมีรู้สึกไม่อยากเล่าเรื่องราว หรือบอกปัญหาของตนเองแก่เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้การให้ประวัติ หรือการวินิจฉัยโรคมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ เห็นว่า พยาบาลจะเข้าใจปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ดีนั้น ควรมีพื้นฐานความรู้ และมีประสบการณ์ในการดูแล หรือให้บริการผู้สูงอายุ และควรมีความเข้าใจในวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ หากบุคลากรทางสุขภาพ ไม่เคยทำงานด้านผู้สูงอายุมาก่อน หรือปฏิบัติงานในส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้การรับรู้และการทำความเข้าใจ ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เป็นไปได้โดยยาก โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ลึกซึ้งและซ่อนเร้น ต้องใช้ความใส่ใจ และความเข้าใจเป็นอย่างยิ่ง การขาดความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้น ถูกมองข้าม และขาดการตระหนักได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ความรู้ความเข้าใจ มันก็คงขึ้นอยู่กับลักษณะงานมั้ง เพราะว่า ถ้าเกิดวิชาชีพเดียวกันก็จริง แต่ไม่ได้รับผิดชอบเรื่องเหล่านี้ มันก็ไม่นึกถึงหรอกว่า เอ๊ะ เรื่องแบบนี้ผู้สูงอายุยังต้องรู้สึกอยู่หรือ อะไรประมาณนั้นะ หรือว่าเขายังรู้สึกอยู่ได้ แล้วคนเราไม่ได้อยู่ใน แวดวงของผู้สูงอายุ เขาก็จะว่า ตาย แก่ขนาดนี้แล้วยัง คือถ้าเราไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสภาพจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุเนี่ย มันจะเข้าใจเขายาก เพราะเราจะเข้าใจโดยเอาตัวเราเป็นฐานไง” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 628-633)

“การดูแลผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างจากวัยอื่น พื้นฐานของคนที่จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุต้องมีพื้นฐานที่ดี คือต้องมีพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ พัฒนาการของคนตั้งแต่วัยเด็ก และก็ต้องมีความรู้ว่ามีข้อจำกัดอะไรในผู้สูงอายุ เขามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอะไรบ้าง ก็คือต้องมีความรู้พื้นฐานการเปลี่ยนแปลงต่างๆไปก่อน สิ่งที่สำคัญก็ควรจะต้องรู้ว่า วัฒนธรรมเขามาจากภาคไหน จากความเชื่อในการดำเนินชีวิตเขา คือต้องรู้พื้นฐานของเค้าด้วย ไม่รู้แค่พื้นฐานปัจจุบัน” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 161-168)

“เรามองผู้สูงอายุแทบไม่แตกต่างจากวันอื่น ก็คิดแต่ว่าผู้สูงอายุเวลามานอนโรงพยาบาลก็มาเจ็บป่วย แต่เราก็ไม่ได้ใส่ใจรายละเอียดว่า ความเจ็บป่วยของเขามันแตกต่างจากวัยอื่น เราไม่ตระหนักไม่อะแอะถึงจุดนี้ เราก็ให้การพยาบาลไป โดยเหมือนกับว่ารักษาเสร็จแล้วก็กลับไป” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 182-190)

“อาจเป็นจากปัจจัยภายในของผู้สูงอายุด้านการสื่อสาร อย่างเช่น ผู้สูงอายุบางคนเขาไม่ได้พูดภาษาท้องถิ่นของเรา เขาพูดอีกภาษาหนึ่ง เขาพูดภาษาอะไรที่เราไม่เข้าใจอย่างเงี้ย บางทีก็จะเกิดการหงุดหงิดได้ง่าย (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 97-100) เราพูดเขาก็จะไม่เข้าใจ และเขาพูดเราก็จะไม่เข้าใจ อันเนี้ย มันจะเป็นสิ่งเหมือนทำให้เกิดความหงุดหงิดด้วยกันทั้งสองฝ่ายได้ง่าย” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 105-108)

“เพราะงานเราเป็นงานฉุกเฉิน ต้องรับคนไข้ที่แบบปัจจุบันทันด่วนก็มี อุบัติเหตุมาทำแผล ผ่าตัดอะไรอย่างนี้ ก็คือทุกอย่างเป็นสิ่งเร่งด่วนหมด แล้วถ้าเราต้องไปสัมภาษณ์ ไปพูดไปคุยนี้ แบบจะไม่ใช้เวลาเลย ปรากฏการณ์ หรือสิ่งที่เรามองเห็น อาจจะมีมองแต่ภายนอก มีการทำร้ายกัน มีแผล มีอะไรอย่างนี้ให้เราเห็นข้างนอกเลย แต่ถ้าพูดถึงด้านจิตใจเนี้ย เราไม่เคยสัมผัส ไม่เคยมุ่งไปถึง ไม่เคยคิดถึง ไม่เคยที่จะใส่ใจว่าจริงๆเขาเป็นอย่างไร มองแต่ภายนอกแค่นั้น ที่เรามองเฉพาะร่างกายนี้ อาจเพราะงานเราเป็นอย่างนี้อยู่ด้วย” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 169-171)

**1.3 ความรุนแรง เป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคมส่งผลให้ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ เนื่องจากลูกหลาน หรือคนในครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้การใส่ใจดูแลผู้สูงอายุนี้น้อยลง ส่งผลให้เกิดการปล่อยปละละเลย ด้วยความไม่ตั้งใจ อีกทั้งสังคมในปัจจุบันยังมีการเปลี่ยนแปลง จากภาคเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้คนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ต้องออกไปเช่าบ้านอยู่ใกล้ๆโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อความ

สะดวกในการเดินทาง จึงต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง และเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย ต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คนในครอบครัว ต้องหยุดงานมาคอยดูแล เกิดการสูญเสียรายได้ และมีค่าใช้จ่าย ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด และมีความหงุดหงิด โดยไม่รู้ตัว จนอาจปล่อยปละละเลย ไม่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ รวมทั้ง สมาชิกในครอบครัวอาจแยกครอบครัวออกไปแล้ว ทำให้ต้องมีภาระด้านอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบ เช่น มีบุตรเล็กๆที่บ้าน หรือต้องกลับไปดูแลครอบครัวของตนเองด้วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อาจจะเป็นปัจจัยจากผู้ดูแลต้องหยุดงานมาดูแลพ่อแม่ บางคนต้องทิ้งลูกเล็กๆไว้ที่บ้าน อาจจะทำห่วงลูกห่วงบ้าน ครอบครัวไม่มีเงินใช้ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวลดน้อยลงใช้ปะ ต้องมาเฝ้า เขาอาจจะหงุดหงิดโดยที่เขาไม่รู้ตัว สิ่งพวกนี้มันเป็นสิ่งที่ยู่ข้างใน ก็จะส่งผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงนั้นได้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 328-332, 342)

“เดี๋ยวนี้สังคมของประเทศเราเปลี่ยนแปลงไป คนในชุมชนที่...ก็จะเป็นอาชีพเกษตรกร ก็มีไม่เท่าไรแล้วละ นอกนั้นก็อาชีพรับจ้างในโรงงานหมดแล้ว ก็เลยต้องทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน แล้วตัวเองก็มาเช่าหออยู่ใกล้ๆโรงงาน เพื่อจะทำงานได้สะดวกจะ นานๆทีถึงจะกลับไปบ้าน”(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 83-86)

“มาจากปัญหาสังคม ครอบครัวของเขานั้นแหละนะ ฐานะทางเศรษฐกิจมีผลมากเลย เพราะว่าแต่ละคนก็เหมือนทำมาหากิน เราเคยถามคนใช้ มีลูก 6 คน ประกอบหน้าที่การงานดี ทุกคนเป็นข้าราชการ แบบหน้าที่การทำงานการเงินดีหมด แต่ไม่มีใครอยู่กับแม่เลยสักคนเดียวจ้างเขาเฝ้า ก็เลยว่า เออทุกคนต้องทำมาหากิน แล้วก็ครอบครัวตัวเอง ทุกคนก็เลยลืมที่จะหันมาดูแลตัวเอง จ้างคนอื่น กลายเป็นว่าเด็กศูนย์หรือว่าเจ้าหน้าที่ชุดเหลืองเป็นญาติไป” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 97-101)

## 2. การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา

การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่า การที่พยาบาล จะสามารถเข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริงนั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกต และไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลรายละเอียดของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง โดยพยาบาลต้องรู้จักและทราบข้อมูลตั้งแต่ประวัติ วิถีชีวิต พื้นเพภูมิหลัง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว

และชุมชนที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถนำรายละเอียดข้อมูลทั้งหมด มาเชื่อมโยงร่วมกับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาล ซึ่งสั่งสมมาจากการปฏิบัติ หรือให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง เพื่อช่วยให้พยาบาล สามารถประเมินช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสม ในการเข้าไปช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และครอบครัว

การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยดังนี้ คือ

**2.1 รู้รายละเอียดปัญหาหลักซึ่ง** หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ เข้าใจว่า ก่อนที่พยาบาลจะเข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น พยาบาลจะต้องทราบ ประวัติชุมชน วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งการจะรู้จักและทราบประวัติ วิถีชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนได้นั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น รู้จักสังเกต ติดตาม ฝ้าดู ตั้งแต่สภาพความเป็นอยู่ทั่วไป รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ลักษณะ สีหน้า ท่าทาง แวดตา ทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง ลูกหลานในครอบครัว และเพื่อนบ้านในระแวกที่ผู้สูงอายุพักอาศัย ด้วยการรู้จักพูดคุยไต่ถามสารทุกข์สุกดิบ และความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้สูงอายุ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน ด้วยท่าทีที่แสดงถึงความห่วงใย ซึ่งจะช่วยให้ ผู้สูงอายุ คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน รู้สึกถึงความจริงใจ และเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้รายละเอียดของข้อมูลต่างๆ ได้มากขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้ มาใช้ในการประเมิน และเข้าถึงปัญหา ได้ลึกซึ้งและชัดเจนต่อไป ซึ่งถ้าหากพยาบาลไม่สามารถทราบประวัติและรายละเอียดต่างๆ ได้ ก็จะทำให้การเชื่อมโยง ทำความเข้าใจ หรือปะติดปะต่อเรื่องราวของปัญหามีความยากลำบากขึ้น ส่งผลให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นเพียงการช่วยเหลือจากปัญหาที่พบเฉพาะในช่วงเวลานั้น โดยปัญหาที่แท้จริง อาจไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งการรู้รายละเอียดปัญหาหลักซึ่งนั้น แบ่งเป็นประเด็นย่อย ได้อีก 2 ประเด็นคือ

**2.1.1 รู้จักพื้นเพภูมิหลังและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ** หมายถึง พยาบาลจะสามารถเข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า พยาบาลควรจะต้องรู้จักประวัติ วิถีชีวิตและความสัมพันธ์ ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในขณะออกเยี่ยมชุมชน หรือขณะดูแลให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการทางสุขภาพ โดยการสังเกตร่วมกับการพูดคุยไต่ถามสารทุกข์สุกดิบ ด้วยความห่วงใย และมีท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครอบคลุม และนำมาใช้ประโยชน์ในการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ก็เวลาเจาะปัญหา ต้องมองแววตาเลย คือมองตาต้องรู้ใจเลย คือต้องดูแต่ละคน แววตา อย่างนี้เศร้ายังไง เป็นยังไง แล้วเราก็รู้ประวัติครอบครัว รู้ประวัติชุมชนเขา มันก็เอามามนวงกันก็ได้ ก็ช่วยได้” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 513-516)

“มันไม่ได้ใช้แค่การมองอย่างเดียว มันเป็นเรื่องของการที่เรารู้จักเขา เพราะเขาเป็นคนใน ชุมชนอยู่แล้ว เราออกเยี่ยมบ้านเนี่ย เวลาเราไปเยี่ยมคนอื่น ๆ เราก็จะเห็นช่วงชีวิตของคนอื่น ๆ ที่ ผ่านมาในลานสายตาเรา ขณะที่เราไปเยี่ยมบ้าน แต่ ณ ขณะนั้น คนนั้นยังไม่มีปัญหา แต่เราก็ สามารถรู้ข้อมูลได้ใช่ไหมว่า คนนี้เขาเคยมีอาชีพอย่างเนี่ย คนนี้เขาเป็นชีวิตไปเมื่อวันนั้นวันนี้ คน นี้เขาหายจากชีวิตแล้ว แล้วเขาขายตึกนะ ขายตึกแล้วเขาไปไหนละ ไปอยู่กับน้อง มันเป็นช่วงชีวิตที่ เราจะได้เรียนรู้ หรือรับทราบข้อมูลจากการออกเยี่ยมบ้านกันอยู่แล้ว” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 138-145)

“เรามีพื้นที่ของการที่จะต้องดูแล บางทีถ้าเป็นพยาบาล แล้วทำงานอยู่ในชุมชน แล้วเรา ไม่ได้ออกไปเยี่ยมบ้านเนี่ย ใช้อย่างประสบการณ์ที่เราเห็น หรือว่าช่วงชีวิตเขา แบบตามชีวิตของเขา เนี่ย มันจะไม่ถูกบันทึกในเมมโมรี่ ในสมองของพยาบาลใช่ไหมล่ะ เพราะฉะนั้น การปะติดปะต่อ หรือการที่จะให้การดูแล มันก็จะยาก มันก็จะเห็นเฉพาะตรงนั้น ดูแลแค่ตรงนั้น ในที่สุดมันก็จะจบ ด้วย ไปประคบน้ำร้อนน้ำเย็นก็แล้วกันอะไรอย่างนี้” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 125-129)

“พอคุยไปเรื่อยๆ ชักกระยะ แกจะมีน้ำตาคลอๆ และ นี่เราก็จะรู้และ แล้วเราก็จะถามว่า นี่ลูก เมาใช่ไหม แล้วลูกก็ได้เถียงกับลูกไปใช่ไหม แกก็บอกว่าใช่ มี มีพุดมีเถียงกัน แกก็เล่าว่า ลูกแกทำ ร้าย คือเราเองก็พอจะรู้พื้นหลังลูกแกอยู่บ้าง” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 226-228)

“เห็นมาเอง ตลอดระยะเวลาสี่ปีนี่ คือเราก็จะเห็นพัฒนาการของครอบครัวเขา คือ มัน เปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ คือมันไม่ได้เป็นไปในทางที่ดีเลย แยะลงๆ” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 106-108)

**2.1.2 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง** คือพยาบาลผู้ให้ ข้อมูลหลักเข้าใจว่า การที่พยาบาลมีความปรารถนาดี ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูก กระทำรุนแรง ด้วยการแสดงความห่วงใย ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวโดยการพูดคุย ทักทาย ได้ถามสารทุกข์สุกดิบ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ นอกจากนี้ความปรารถนาดีของ พยาบาล อาจแสดงออกโดยการสัมผัสผู้สูงอายุ ด้วยท่าทีที่อ่อนโยนและเป็นมิตร เพื่อช่วยให้ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว และเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลมากขึ้น รวมทั้ง

พยาบาลควรให้การช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ เมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับความทุกข์ และต้องการคำปรึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ ญาติหรือลูกหลานของผู้สูงอายุ มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล เมื่อพยาบาลให้คำแนะนำต่างๆก็เห็นความสำคัญ ของปัญหา และเกิดการยอมรับได้ง่ายขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัว มีความเข้าใจต่อกัน และ เกิดความรักความผูกพันต่อกันมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผู้สูงอายุถ้าเขาไว้วางใจเรา ถ้าเราคุ่นเคยกับเขา ทักทายเขา เจอหน้ากันทุกวันว่าลุงเป็น ยังไง หรือว่าเดินผ่านถาม สนใจรายละเอียด กินน้ำรียัง กินข้าวหรือยัง หิวไหม ปวดท้อง ปวดฉี่ อะไรเงี้ย เขาก็จะไว้วางใจเรา ทำให้เขาสบายใจที่จะอยู่โรงพยาบาล” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 152-155)

“ถ้าเราเดินผ่าน ถ้าเจอญาติเขาหน้าอ กระแทกกระทั้น พฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจอย่างเนี้ย ก็จะไปบอกให้เขาไปนั่งพักผ่อนก่อน ก็อาจจะพูดกับเขาดีๆว่า เหนื่อยแล้วเนอะ เฝ้าเหนื่อยแล้วมีคน เปลี่ยนใหม่ หรือว่าช่วงนี้ไปนั่งพักผ่อนก่อน” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 301-305)

“พอเราไปให้การสัมผัสหรือการสื่อสาร ให้คำแนะนำว่าเป็นใคร เข้าไปโดยทำทางที่เป็น มิตร เขาจะไม่มีท่าทางแสดงก้าวร้าว เราต้องใช้ลักษณะสื่อสารด้วยการสัมผัส หรือว่าโดยการ ทางด้านร่างกายโดยการเจาะเลือด หรืออะไร บ้าแกไม่ตื้อ แต่ถ้าเราจะเข้าไป เราก็ต้องบอกบ้าง เดี่ยวจะทำอันนี้ให้ (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่2 L: 168-172) เราก็ต้องเข้าไปด้วยทำทางที่เป็นมิตร ให้ แก่รู้สึกว่าคุณนี่ค่อยปลอดภัยกับแก” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่2 L: 264-265)

“แค่การสัมผัส การพูดคุยเนี้ย แค่การสื่อสาร การมองตาเนี้ย แค่นี้ การที่จะสัมผัสคนไข้ แล้วเราจะซื้อใจคนคนนั้นได้เนะ เราต้องมีการเก็บข้อมูลของคนคนนั้นมาเยอะ เราถึงจะรู้ว่าสิ่งที่เขา ขาดคืออะไร แล้วเรามีการเติมเต็มให้เขา ยังมีคนเห็นความรู้สึกที่เขาต้องการจะได้รับ เขารู้สึกว่า เขาปลอดภัย เขารู้สึกไม่อยู่โดดเดี่ยว แล้วปัญหาต่างๆที่จะตามมา การที่จะถูกทอดทิ้ง หรือการที่ จะถูกทำร้าย หรือการที่เขาจะหนีออกจากครอบครัว มันก็จะน้อยลง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่2 L: 418-422)

“รู้เนาะว่าบ้านะเหนื่อย บ้าไม่ได้นอนเข้าใจนะเข้าใจ บ้ามีคนเปลี่ยนใหม่ ถ้าบ้าอย่างเนี้ย เดี่ยวบ้าจะไม่สบายอีกคนนึงนะ เขาก็จะบอกโ หูดีจังเลย บ้าก็เหนื่อยแล้วเนี้ย แล้วยายก็หลง บ้าไม่ไหวแล้วเนี้ยตอนเนี้ย” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 270-272)

“เราก็มอบบริการด้วยความจริงใจ เต็มใจในการให้บริการ อาจจะเป็นเรื่องของการใช้คำพูด การกระทำที่เราทำลงไปกับเขาเราไม่ได้เสแสร้งหรือว่าแกล้งทำให้ผ่านไปเคสหนึ่ง” (ID6 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 308-310)

**2.1.3 เอาใจเขามาใส่ใจเรา** หมายถึง การที่พยาบาลมีความตระหนัก ต่อความคิด ความเข้าใจ รวมถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยต้องนึกถึงจิตใจของ คนรอบข้าง ให้ความสำคัญในการรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่ไปคิดแทนหรือตัดสินใจ แทนผู้สูงอายุ หรือญาติในครอบครัว โดยพยาบาลควรให้ในสิ่งที่ผู้สูงอายุ และครอบครัวต้องการ ไม่เห็นนอกเห็นใจฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงฝ่ายเดียว และรู้จักให้ความสำคัญกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะ ลูกหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยการพูดคุยด้วยความเห็นใจทั้งสองฝ่าย เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ จะช่วยทำให้ลูกหลานในครอบครัวของผู้สูงอายุเห็นคุณค่า เข้าใจเจตนาที่ดีของพยาบาล และให้ความร่วมมือในการเข้าไปช่วยเหลือมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การที่เราจะทำอะไรกับคนสักคน เราจะต้องมองคนคนนั้นเป็นคนหนึ่งคน คือคนคนนั้น มีจิตใจ มีเลือดเนื้อ มีสามัญสำนึกเหมือนกัน มีความรู้สึก ความต้องการ ความรักใคร่ผูกพัน เหมือนกัน (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 46-48) ถ้าเราให้ในสิ่งที่เขาต้องการได้ ความมีคุณค่ามันจะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการให้สิ่งของ การให้คำพูด หรือว่าการกระทำด้วยการสัมผัส ถือว่านั่นคือสิ่งที่เขาต้องการ คนที่รับเขาก็มีความสุขแล้ว เพราะฉะนั้นอย่าเอาตัวเราไปตัดสินใจแทนใคร” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 651-654)

“พูดถึงถ้าเราเป็นคนหนึ่ง สมมุติเราเป็นพยาบาลด้วยนะ แล้วมีพยาบาลคนนั้นมา แต่เขาไม่รู้หรอกว่าเราเป็นพยาบาล แต่เขามาเยี่ยมแม่เรา ซึ่งเรารู้ว่า แม่เราก็ไม่ใช่บ่อยนะเนี่ย แต่คนเนี่ยเขาดูน่าสงสารในสายตาของคนที่มาเยี่ยมกัน แล้วคุยกันใหญ่ แล้วเราเนี่ยรู้ดี ความจริงข้อเท็จจริง หรือปัญหาเนี่ย คนในครอบครัวต้องรู้ดีมากกว่าคนอื่นใช้ไหม มันก็จะก่อผลรู้สึกที่ไม่ดีต่อคนมา เพราะมันรู้สึกได้ทันทีว่าต้องเข้าใจกันมากกว่านี้ แล้วก็จะรู้สึกที่ไม่ชอบคนอื่น ที่เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุคนนี้ทุกข์กายทุกข์ใจ ทุกข์ทางสังคม” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 809-815)

“เราก็มองคิดดูด้วยตัวของเราเองเหมือนกันนะ ในขณะที่เรายังไม่แก่ แบบว่าอ๊วย ช่วงอายุของเราเนี่ย สมมุติเราอยู่ได้เต็มที่ถึง 80 ปี แล้วเรา 40 ปีขึ้นไปแล้วเนี่ย 43 เนี่ย เราจะมีชีวิตอยู่เต็มที่ไม่เกิน 37 ปีเอง ยังรู้สึกหวาดหวั่นเลยนะ หวาดหวั่นถึงเรื่องการจะตายนะ แล้วสมมุติคนมัน

80 แล้ว หรือ 70 แล้ว เออมันนับถอยหลังแล้วเนี่ย มันก็คงรู้สึกหวาดหวั่น” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1  
L: 236-241

**2.2 มีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม** หมายถึง การที่พยาบาล จะสามารถ เข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น ควรต้องเคยมีประสบการณ์ในการดูแล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมาก่อน โดยพยาบาลควรต้องมีทักษะในการสังเกต มีความไวต่อ ความรู้สึกของผู้อื่น ไม่นิ่งดูตายต่อปัญหา มีความสงสัยใคร่รู้ และต้องการค้นหาคำตอบของปัญหา ต่างๆ อยู่เสมอ การมีทักษะเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าถึงปัญหาได้ในช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสม ช่วยให้การครบครัน และผู้สูงอายุ เกิดความร่วมมือ และยอมรับการช่วยเหลือ จากพยาบาลและ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

มีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้ คือ

**2.2.1 สังเกตจากประสบการณ์** คือ การมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยประสบการณ์ที่ผ่านมา จะช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจ และสามารถนำทักษะที่ได้จากประสบการณ์การทำงานและการดูแลผู้สูงอายุ มาใช้ในการสังเกต และ ประเมินปัญหา ซึ่งการใช้ทักษะในการสังเกตนั้น พยาบาลต้องสังเกตรายละเอียดต่างๆที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ลักษณะ สีหน้า แววตา คำพูด และท่าทางของผู้สูงอายุและญาติ รวมถึงสัมพันธ ภาพ ระหว่างคนในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า ความรุนแรงต่อ ผู้สูงอายุ ยังเป็นปัญหาแฝง ที่บุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าไม่ใช่ปัญหาหลัก ที่มารับการตรวจรักษา ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ในช่วงแรก แต่ปัญหาจะ ค่อยๆเผยออกมาชัดเจนขึ้นในช่วงหลัง ซึ่งพยาบาลต้องคอยเฝ้าติดตาม และประเมินสภาพปัญหา เป็นระยะๆ จึงสามารถสังเกตเห็นปัญหาความรุนแรง ในลักษณะต่างๆได้ นอกจากนี้พยาบาลผู้ให้ ข้อมูลหลักส่วนใหญ่สังเกตพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ และเมื่อประเมินสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ จะพบว่า ผู้สูงอายุมีร่างกายซูบผอม ขาดการดูแล ความสะอาด อาจได้กลิ่นปัสสาวะ หรือกลิ่นอับสะสม ผิวหนังมีรอยขีด หรือเกิดรอยแดงตามปุ่ม กระดูก และหากสังเกตพฤติกรรมจะพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จะแสดงอาการนิ่ง เงียบ เฉย ไม่ค่อยพูด ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่อยากรับประทานอาหาร และในบางรายมีอาการตกใจง่าย หวาดกลัว หรือไม่ค่อยสนใจตัวเอง ส่วนญาติเมื่อพาผู้สูงอายุมารับบริการในโรงพยาบาล หรือ สถานเอนาณามัยแล้ว มักจะหายไป ไม่อยู่รอฟังผลการรักษา หรือถ้าอยู่ดูแลผู้สูงอายุ ก็จะมีพฤติกรรม ที่ไม่ค่อยสนใจดูแล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า



“ถ้าเราอยากจะรู้ เราก็ต้องสังเกตช่วงที่นอนโรงพยาบาลนะ เขาก็จะมีพฤติกรรม ที่เราได้จากการสังเกต ได้จากการพูดคุยเป็นระยะ(ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 148-149)พอคนไข้มานอนกับเราซักช่วงหนึ่ง เราก็จะเห็นแล้ว คนไข้เริ่มโดนแล้ว การกระทำรุนแรงมันไม่ใช่พินิจวันแรกเลยว่า คนนี้โดนกระทำรุนแรงมา เราต้องดูสาเหตุ ดูอะไรหลายๆอย่างประกอบกัน มันจะค่อยๆซึ่มออกมา ค่อยๆซึ่มมาให้เราเห็นนะค่ะ มันค่อยๆซึ่มออกมาว่า ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของเค้า ญาติก็กระทำเค้าด้วยอะไรอย่างนี้ มันจะเป็นปัญหาแฝงอย่างที่บอก มันไม่ใช่ปัญหาหลักมาโรงพยาบาล” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 423-428)

“คนไข้พวกเบตริเด้น การทำความสะอาดร่างกายจากบ้าน ก็คือไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์เหมือนอาบน้ำ ฉะนั้นคนไข้ก็จะมึนกลิ่นสะสมมา พวกนี้ทุกคนเดินผ่าน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็จะรู้ว่าเนี่ย สะสมมา คืออยู่ในภาวะที่เบตริเด้น มันจะมีกลิ่นสะสมมาจากการที่เขาไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายตนเองได้ ซึ่งพวกนี้ พอลงจากรถมาก็ได้กลิ่นตั้งแต่ไอพีดีขึ้นมาถึงตึก อันนี้แหละ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับคนไข้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 394-399)

“บางที่เราเห็นคนไข้ก่อนมา พุดกับเราดีๆ พอหลังจากนั้นนะ คนไข้เริ่มซึ่ม ไม่พุด เราก็ต้องดู เราต้องเป็นคนประเมินไง แต่ว่าญาติอาจบอกว่กดีแล้วนี่ ก็ไม่เห็นเป็นอะไร ก็วันๆก็นอนเฉยๆ หมอว่าไม่ดีหรือ ซึ่งมันไม่ใช่ไง ต้องไปเดินดูคนไข้ คุยกับคนไข้ หรือไม่งั้นก็คือจากการที่ญาติเคยมาครั้งหนึ่งแล้วก็หายไปเนี่ย อันนี้คือจะเป็นจุดที่บอกได้ว่า คนไข้เริ่มมีความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มันสะท้อนขึ้นมา หรือบางที่เราพุดกับเขา ก็แทบไม่พุดกับเราเลย ข้าवलาเขาแทบจะไม่กิน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 225-227, 229-236)

“สายตาที่แกสื่อสารแกจะมองแบบแกมองรู้ว่า คนที่เข้ามาจะไม่มาทำร้ายแก แต่ถ้ามีอะไรที่ทำให้แกรู้สึกว่แกไม่ปลอดภัย แกจะรู้สึกกลัว หรือเวลาแกนั่งอยู่ แกจะค่อยๆถอยมาข้างหลัง (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 227-229) เราดูผลเลือดก็จะพบความเสื่อมลง ที่แสดงถึงภาวะทุพโภชนาการเนี่ยมากขึ้น และภาวะทางด้านร่างกายเนี่ย เนื้อตัว ความสะอาดมันน้อยลง และความสนใจตัวเองมันน้อยลง คือแบบเนี่ย มันจะประเมินได้ว่ามันมีปัญหาคุกคามเขาด้านจิตใจ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 229-236)

“แกมึนกลิ่นอับขึ้นมาเราก็รู้แล้ว และบรรยากาศที่แกอยู่ในบ้านก็ไม่ค่อยดี เพราะไม่มีคนทำ ให้ แล้วตามกระดูกสันหลังแกก็เริ่มจะมีรอยแดงๆ ดำๆแล้ว (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 389-391) คือ ไฮยีนโดยทั่วไปของแกไม่ดีเลย อาหารก็ได้รับไม่เพียงพอ ร่างกายแกก็ซูบผอมนะ ความสะอาด

ร่างกายเหมือนกับไม่ค่อยได้ทำความสะอาดร่างกายให้กับลุงเลย จากการที่เรามอง ก็พอดูรู้ได้” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 396-398)

**2.2.2 รู้จังหวะเวลา** หมายถึง พยาบาลรับรู้ถึงความเหมาะสม ในการเข้าไปดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า พยาบาลต้องมีความรอบคอบ และต้องประเมินได้ว่าช่วงเวลาใด ควรเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งการเข้าถึงปัญหานั้น พยาบาลไม่ควรเร่งรีบเข้าไปช่วยเหลือทันที ที่รับทราบปัญหา แต่ควรประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวเสียก่อนว่าในช่วงเวลานั้น ผู้สูงอายุและครอบครัว ต้องการการดูแลช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด พยาบาลควรพิจารณาให้การช่วยเหลือ ในสิ่งที่ผู้สูงอายุและครอบครัว ต้องการหากพบว่าในช่วงเวลานั้น ผู้สูงอายุและครอบครัวยังไม่พร้อม หรือยังไม่ต้องการให้บุคคลอื่นเข้ามารับทราบเรื่องราว ในครอบครัว พยาบาลควรให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวได้ดำเนินชีวิตของตนเองต่อไปก่อนระยะหนึ่งและในขณะเดียวกันพยาบาลควรใช้ช่วงเวลานี้ เข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง แล้วจึงเข้าไปให้การดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและลูกหลานในครอบครัวต่อไป รวมทั้งติดตามประเมินปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ ซึ่งในช่วงนี้ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า หากผู้สูงอายุ อยู่ในเวลาที่รู้สึกอ่อนล้า มีความเจ็บป่วยที่มากขึ้น หรือเกิดความเศร้าในชีวิต พยาบาลควรเริ่มเข้าไปดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด ซึ่งถ้าหากพยาบาลตัดสินใจเข้าไปช่วยเหลือ ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุ และครอบครัว ยังไม่พร้อมให้ใครเข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลอาจกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมของผู้สูงอายุ และลูกหลานในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวที่มีอยู่เดิมมีเพิ่มสูงขึ้นได้ แต่ถ้าหากพยาบาล ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัว มองเห็นความปรารถนาดีของพยาบาล ทำให้เกิดความไว้วางใจ และส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ในการดูแลช่วยเหลือ จากพยาบาลได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ถ้าช่วงนั้นเขายังรับไม่ได้ ก็ต้องปล่อยเขาไปก่อน แล้วก็มีการเข้าไปแอฟโพรชใหม่ ร่วมกับการสังเกต เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และความร่วมมือก็จะดีขึ้น” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 150-152)

“คนพวกนี้ อย่างกลุ่มต่างๆ แล้วก็ไปนี้ ณ ตอนนั้น เขายังไม่พร้อมไง ยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล พี่มองว่าคนประเภทนี้เขามีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ถึงได้บอกไงว่า เราควรให้สิ่งที่เขา

ต้องการได้รับ เราอย่าให้สิ่งที่ดีสำหรับเราแล้วควรจะให้เขา มันไม่ใช่ เพราะฉะนั้นมันจะวิ่งสวนทางกัน และมันจะวกกลับมาเป็นปัญหาสำหรับเรา” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 859-862)

“ช่วงชีวิตเขาต้องดำเนินต่อไป เราก็ต้องหาช่องทางว่า เมื่อไรเราจะแอฟโพรช ต้องรู้จักหวัะเข้าจังหวะออก (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 603-604) ถ้าเข้าช่วงนั้น ฮี๊ย มันไม่ได้ อย่างนั้นเราก็ถอยออกมาก่อน แต่แปลว่าเขาไม่ได้ถูกพัก ไม่ได้ถูกทิ้งนะ เพียงแต่มันยังไม่ใช่ช่วงเวลาที่จะคุยกัน เขายังรับไม่ได้ เราก็จะปล่อยไปก่อน ให้เขาดำเนินชีวิตต่อไป ถ้าเมื่อไหร่เขาเกิดความวิต ด้วยเหตุผลใดก็แล้วแต่ ความเศร้าในชีวิต ความเจ็บป่วยที่มากขึ้นในชีวิตเนี่ย มันก็จะทำให้เรามีช่องทางที่จะสามารถคุยกันต่อเนืองได้ เขาก็จะรู้สึกถึงความตั้งใจนะ มันจริงใจนะ มันหวังดีนะ เขาก็จะเชื่อฟัง” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 607-614)

“พยาบาลเหมือนสิ่งแปลกปลอมภายนอกเหมือนกันนะ ไปแจมได้ในช่วงที่เขามีปัญหา ให้ความรู้ให้ความคิดได้ แต่การปรับตัวหรือการดำเนินชีวิตต้องเป็นเรื่องของเขา ไม่ใช่เป็นการทำให้หรือทำแทน (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 61-64) เราต้องมีวิธีการแอฟโพรช การแอฟโพรชเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลครอบครัว หรือว่าจะคลิกทำให้คนในครอบครัวที่มันดูเลวสุดเนี่ย ช่วงไหนล่ะที่เราจะคุยกับมันแล้วมันเปลี่ยนได้” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 618, 625, 630-632)

“คือเวลาเราพูดคุย เขาก็จะค่อยๆ เผยออกมา กว่าเขาจะเผยได้เนี่ย คุยกันเป็นปีเลยนะ เหมือนกับว่า เราไปถามมันเป็นจุดใครแม็กของเขานะ แล้วเขาก็จะน้ำตาไหลออกมาเอง โดยที่คำพูดนั้นมันไปจี้ใจดำเขา อะไรวางงี้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 342, 344-346)

**2.2.3 วัตถุประสงค์ที่พบ** หมายถึง การที่พยาบาลจะเข้าใจ หรือรับรู้ปัญหา ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความตื่นตัว ช่างสงสัย และให้ความใส่ใจ ต่อสิ่งที่พบเห็น รวมทั้งต้องมีความอ่อนไหว เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะสายตาต้องไว ต้องรับรู้และจับประเด็นในสิ่งที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและครอบครัวได้ ซึ่งประเด็นหรือเรื่องราวที่ได้พบ ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม และไม่ควรถือว่าเป็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องปกติธรรมดาหรือเป็นเช่นนั้นเอง เนื่องจากเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก และเกี่ยวข้องกับควมมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“คนที่เข้าใจเรื่องพวกนี้ ต้องเป็นคนที่ใช้ชีวิตที่ไว อย่ามองแค่คนรอบเดียว เหมือนเราหยิบแก้วน้ำมา ไม่ใช่เรามองแค่แก้วนี้ไม่รู้ว่า มันมีรายละเอียดของแก้วยังไง การที่จะมองคนทั้งคน

เราต้องมองให้ครบมุม เราอย่าสะท้อนมุมเดียวที่เราเห็น เพราะสิ่งที่เราเห็นอาจไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นจริง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่2 L: 702-703,709)

“บางคนก็ไปเพื่อทำแผล คือไปเยี่ยมบ้านเหมือนกัน แต่คุณภาพการเยี่ยม ไม่เท่ากันหรอก ให้อ้อย่างเราไปบิ๊บนีเย โอโฮ ไปคุย ๆ ๆ คือตั้งแต่ยังไม่ขึ้นบ้าน ก็มันเห็น เอ้า บ้านโน้นก็มี บ้านนี้ก็มี คนนั้นก็ทัก คนนี้ก็ทัก เอ๊ะทำไมเด็กคนนั้นมันเป็นอย่างนั้น อย่างเงี้ย มันก็จะอยู่ในสมองใช้มะ สายตาต้องไว ต้องรับรู้ได้ ต้องจับประเด็นได้ แล้วประเด็นนั้นน่าจะต้อง...ค่อนข้าง...คือต้องไวต่อความรู้สึกของคนที่คุณแทรค” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 665-670)

“คือคนแก่ที่มาส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นทางกายเยอะ แต่ว่าเป็นทางใจเยอะมากเลย ก็สังเกตจากอาการของลูกมากกว่า คือตอนมาอยู่ที่อืออาร์ คนส่งเวรเราเนี่ย บอกว่าอาการแย่มากๆเลย แต่พอขึ้นมาอยู่ที่เรา สักแค่พักเดียวเอง ชักชั่วโมงสองชั่วโมง หลังจากเจอเพื่อนข้างเตียง ลูกแกก็ช่วยเหลือตัวเองได้ดีทุกอย่าง ตอนมาที่ตึกที่แรกนะ นอนนิ่งมาเลย ให้ขยับให้ทำอะไรอย่างนี้แทบจะทำไม่ได้เลย แต่พอผ่านไปชักชั่วโมงสองชั่วโมง ลูกเดินปร้อ กินข้าวได้ ทำได้ทุกอย่างเลย มีแซว มีคุยกับพยาบาลแบบยิ้มแย้ม ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากไม่อยากจะอยู่บ้าน ไม่อยากจะอยู่กับครอบครัว บางทีครอบครัวอาจจะไม่เข้าใจ” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 275-276, 300-305 , 288-289)

“มีอะไรที่ผิดปกติ ก็จะงงว่าเอ๊ะ เหมือนอย่างมือยูเนสหนึ่งเป็นคนแก่ แต่ก็ไม่แก่มากนัก คือเขาโดนทำร้าย หมอก็สงสัยว่าคนไข้โดนทำร้ายมากกว่า แต่ญาติบอกว่าล้ม เพราะเคสนี้ไปผ่าสมอง ปรากฏว่า ญาติบอกว่าล้ม แต่ตำแหน่งที่เลือดออกมันไม่น่าใช่เกิดจากล้ม มันออกสองข้าง หรือไงเนี่ยแหละออกสองที่ แล้วก็มือตาเขียวตาช้ำอะไรนี่แหละ สามี่เมาสุราด้วย” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 173-175, 177-179)

“ดูแล้วไม่มีใครมาเลยไง สิทธิก็ไม่มี บัตรอยู่ไหนก็ไม่มี ก็เลยสนใจว่าทำไมถึงไม่มีใครมาเยี่ยมแกเลย แล้วแกก็ไม่มีอะไรเลย ดูผิวหนัง การดำรงชีวิต เช่นว่าผิวหนังตามตัวก็มีขี้ไคลเต็มไปหมดอย่างเนี่ยะ แกจะไม่ค่อยพูด บางคนจะไม่ค่อยพูด กับบางคนจะเรียกร้องความสนใจ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 36-38, 40)

### 3. การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา หมายถึง การที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก จะให้การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น นอกจากการดูแลด้านสุขภาพแล้ว

พยาบาลควรมองถึงปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่จะช่วยทำให้ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลแก้ไข ซึ่งเป็นการมองปัญหาแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกเหนือจากมิติด้านสุขภาพ การช่วยเหลือในเรื่องการดำรงชีวิต โดยช่วยเหลือไปถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น ลูกหลาน หรือคนที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบดูแล ซึ่งเป็นการช่วยเหลือตามกำลังความสามารถ มีใจรักในสิ่งที่ทำ และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ เช่น การอาศัยพลังชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาความรุนแรง ด้วยการมีอาสาสมัครเข้ามาช่วยดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุตามบ้าน การส่งเสริมให้เกิดความรักความสามัคคีปองดอง และความห่วงใยต่อกันระหว่างเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน รวมถึง การแบ่งปัน การมีน้ำใจให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ระหว่างคนในชุมชน วัด และโรงเรียน เป็นต้น รวมถึงการเป็นตัวกลางที่จะช่วยสร้างความเข้าใจ ระหว่างผู้สูงอายุ กับลูกหลาน หรือบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต่างๆ ด้วยการให้กำลังใจ ปลอบใจ และประสานความเข้าใจ รวมถึงส่งเสริมแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการแก้ที่สาเหตุของปัญหา โดยการให้ผู้สูงอายุรู้จักพึ่งตนเอง รวมถึงมุ่งไปที่การปลูกจิตสำนึกลูกหลานด้วยการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรักความอบอุ่นต่อกัน พร้อมทั้งให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ลูกหลาน เพื่อนฝูงญาติมิตร คอยเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ได้มีพลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป

การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา แบ่งได้ 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

**3.1 เป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจ** คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ด้วยการเป็นคนกลางในการประสานความเข้าใจ ระหว่างผู้สูงอายุ และลูกหลานในครอบครัว โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นว่า การที่จะทำให้ผู้สูงอายุและลูกหลานในครอบครัวมีความเข้าใจที่ดีต่อกันได้นั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำร่วมกับการพูดคุยให้กำลังใจ ปลอบใจ เมื่อลูกหลานญาติที่มาดูแลมีความเครียด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะช่วยให้ลูกหลานในครอบครัว มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง หรือสภาพของผู้สูงอายุได้มากขึ้น ช่วยให้อาการความรุนแรงที่เกิดขึ้นลดลง ซึ่งการเป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

**3.1.1 บอกข้อมูลความเจ็บไข้ พร้อมให้กำลังใจผู้ดูแล** คือ การที่พยาบาล คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และอธิบายถึงสาเหตุความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ แก่ญาติผู้ดูแล รวมถึง พูดคุย ให้กำลังใจ และแสดงความห่วงใย ใส่ใจ ต่อลูกหลานที่คอยดูแลผู้สูงอายุ ให้เขารู้สึกผ่อนคลาย และลดความตึงเครียด ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน นอกจากนี้พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ หรือกล่าวโทษ ในสิ่งที่ญาติหรือลูกหลานที่ดูแล กระทำไม่ถูกต้อง

ต่อผู้สูงอายุ เพราะอาจส่งผลทำให้ญาติเกิดความหงุดหงิด ไม่พอใจ และนำไปสู่การกระทำรุนแรงกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“ถ้าการให้ข้อมูลเราเพียงพอนะ ข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลเรื่องการรักษา การดำเนินของโรค ก็คือคนไข้เขาจะเป็นอะไร ยังไง รักษาอย่างไร อย่างเนี้ยะ เหตุการณ์อย่างเนี้ยะ พูดอาการให้เขาฟังว่า อาการอย่างนี้อาจจะดีขึ้น ทరుกลง หรือแยกลง การดำเนินโรคอย่างเนี้ย อืม...ก็ดูดีขึ้นนะ ถ้าเราให้ข้อมูลเขาเพียงพอ การกระทำรุนแรงก็จะน้อยลง” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 336-340)

“ก็ต้องพูดถึงความเจ็บป่วยของคนไข้ อธิบายให้เขาฟังถึงอาการ ว่าอาการมันเป็นแบบนี้ มันเกิดจากอะไร พูดถึงสาเหตุให้เขาฟังว่า ตรงนี้มันอาจเกิดจากความเจ็บป่วย ก็คือให้เขารับทราบ แต่ก็จะไม่ไปพูดถึง ไปว่าสิ่งที่เขาทำ เพียงแต่อธิบาย บอกให้เขารับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ พูดถึงว่า เออทำไมผู้สูงอายุต้องเป็นอย่างนี้ คนไข้เจ็บป่วยก็อธิบายให้เขาฟัง เพราะถ้าไปพูดอย่างนั้นมันจะกลายเป็นจุดไฟ ก็จะไปกันใหญ่ ก็จะไม่โอ เพราะการพูด บางครั้งก็ต้องให้กำลังใจเขา ว่าเฝ้าคนไข้มันเหนื่อยมากอะไรอย่างเนี้ยะ ก็ต้องผลัดกันมานะ พักผ่อนกันบ้าง หรือว่าให้ช่วงเขาพักผ่อนบ้าง” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 305-308, 319-321)

“ก็บอกว่าคนไข้หลง เขาไม่รู้ตัวหรอก อย่าไปถือโทษโกรธเขา เราก็ไปดูเขาเป็นระยะไป แต่ไม่ได้ไปว่าไปตำหนิเขาอะ เพราะยังตำหนิ ผลเสียตกคนไข้ เพราะว่าเวลาที่เราดำหนิลูกหรือตำหนิใครเนี้ย เพราะเดี๋ยวลับหลังเรานี้ ยายคนนี้โดนแน่ โดนที่รุนแรงคือถ้าเราพูดไป ผลเสียตกกับคนไข้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 269, 282, 286-287)

“ถ้าเห็นโดยตรงแล้วก็พยายามพูดคุย ถ้าเห็นที่ญาติเขาทำกับคนไข้ก็อาจจะไปพูดคุยกับญาติที่ดูแลว่า ให้เขาเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุที่เขาดูแลมากขึ้น แล้วก็ในตัวผู้สูงอายุเองที่เขาโดนกระทำ ก็อาจจะไปพูดคุย หรือว่าให้การพยาบาลที่นุ่มนวล” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 61-64)

“สิ่งที่เราช่วยได้ก็คือ พยายามให้ข้อมูลกับญาติ ข้อมูลโรค ข้อมูลอะไรอย่าง ให้ญาติรับทราบว่า อาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติของคนไข้ มันเกิดจากอะไร ให้เขามีความรู้ ไม่ใช่ ว่าคนไข้อยากทำ ผู้สูงอายุอยากทำ บางอย่างมันเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของโรค ว่าเกิดจากสารในสมอง แล้วก็พูดถึงการดูแลให้เขา ก็คือสิ่งที่ต้องให้เขาไปดูแลต่อที่บ้าน ว่าเหตุการณ์อย่างนี้มันเกิดขึ้น เขาต้องดูแลอะไรบ้าง แล้วก็ลดความเครียดระหว่างการดูแล” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 513-518)

**3.1.2 ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล** คือ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่า การที่พยาบาลสนับสนุนให้ญาติได้รับรู้ และเข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุ รวมถึงการให้คำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ลูกหลานในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ไปพร้อมๆ กับพยาบาล โดยพยาบาลคอยช่วยเหลือ แนะนำ โดยไม่ปล่อยให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ต้องดูแลผู้สูงอายุโดยลำพัง ด้วยการให้ญาติได้รับรู้แนวทางการดูแล และแผนการรักษาต่างๆ เพื่อร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจ โดยมีการเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ระหว่างพยาบาลและคนในครอบครัว เพื่อช่วยให้ญาติและผู้สูงอายุ รู้สึกถึงการที่มีคนได้ร่วมรับรู้ในความทุกข์ของครอบครัว และเป็นการช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เราก็จะมีการเสริมว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ มันจะมีการดูแลที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการดูแลเราก็อยากให้ญาติมีส่วนร่วม เราไม่ได้มองที่ว่าญาติเอาคนไข้มาปล่อยไว้ ให้เราดูแลอย่างเดียว เพราะฉะนั้น การกลับไปหลังจากจบขั้นตอนการดูแลขณะนี้ หรือช่วงที่คนไข้พักวิกฤตนี้ ครอบครัวเขาก็ต้องเข้ามามีส่วนร่วมอยู่แล้ว คือเราจะต้องมีบทบาทนี้เข้ามาด้วย (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 99-102) มันเหมือนกับว่า มีคนรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเขาด้วย คือมีคนเข้ามาช่วยแก้ปัญหา มีคนมาช่วยจัดการแก้ปัญหาของเขา ไม่ใช่ให้เขาจัดการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุอยู่แค่ฝ่ายเดียวเดียว ไม่ใช่ อะไรจะพอมมาถึง พยาบาลก็บ่นๆ เตียงเตียงไม่สะอาด คนไข้ฉี่ฉ่อเลอะเทอะ เพราะฉะนั้น เราต้องทำงานคู่ไปกับเขา” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 890-894)

“จะบอกเขาว่า เราสามารถที่จะเรียนรู้ปัญหาคนไข้ได้ ในเมื่อญาติเอาคนไข้มาให้ดู เราก็มีสิทธิที่จะดูแลร่วมกัน พยาบาลจะเป็นคนที่คอยเสริมว่า คุณจะทำยังไงต่อ ญาติควรจะดูแลหรือว่าควรจะรู้ถึงปัญหาคนไข้ที่แท้จริงยังไง อย่างนั้นมากกว่า” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 133-137)

“คือให้เขารับรู้ร่วมกัน ว่าแผนการพยาบาลของเราที่ตั้งไว้ และแผนการรักษาของหมอ ญาติต้องมีส่วนร่วมในนั้น คือต้องให้เขารับรู้ด้วย เพราะฉะนั้น ถ้าเราคุยกับเขาโดยใช้กระบวนการเอาเขามามีส่วนร่วม เขาจะรู้ว่าตอนนี้ญาติเขาเป็นแค่นั้น เขาต้องรู้ว่าตอนที่เขาได้เจอคนไข้เนี่ย อาการถึงแค่นั้นแล้ว มีภาวะอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพื่อให้เกิดการยอมรับ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 141-143, 153-154)





ต่อไป โดยสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นสิ่งเพิ่มพลังใจของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ การได้กำลังใจจาก ลูกหลาน และการเยี่ยมเยียนจากเพื่อนฝูงที่รู้จักคุ้นเคย

การแก้ปัญหาที่สาเหตุ สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

**3.2.1 หาวิธีการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น** คือ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจว่า พยาบาลไม่สามารถไปดูแลแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุได้ทั้งหมด แต่พยาบาลสามารถส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เป็นภาระต่อลูกหลานน้อยที่สุด รวมถึง ช่วยกระตุ้นให้ลูกหลานในครอบครัว และผู้สูงอายุมีการปรับตัวเข้าหากันได้ด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า พยาบาลไม่สามารถที่จะเข้าไปช่วยเหลือด้วยการทำให้ หรือทำแทน ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ทุกเรื่อง แต่พยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยพูดคุยแนะนำ ให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุและครอบครัว รู้สึกท้อแท้หมดหวัง และให้การชมเชย เมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัว หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นวิธีการส่งเสริมพลังความสามารถของผู้สูงอายุที่สำคัญ ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และพึ่งตนเองได้ โดยไม่เป็นการแก่ผู้อื่น เช่น พยาบาลอาจส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรู้จักการเก็บออมเงิน เพื่อเป็นทุนในการดูแลตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ช่วงชีวิตแต่ละคน มันก็ต้องดูแลตัวเองใช่ไหม แล้วเราจะไปให้ทั้งหมด มันเป็นไปได้ไหม ก็ช่วยเขาให้ทรงตัวได้ แล้วก็ลุกขึ้นเดินต่อไป จะไม่ทำให้เกิดการพึ่งพา หรือว่าเป็นอะไรที่แบบแบบมือขอ ไม่ใช่ อาจจะเป็นให้สวัสดิการไป เออ แล้วก็ส่งเสริมให้แก่ออมทรัพย์ด้วย คนเราถ้าไม่รู้จักออมมันก็จะไม่มีขึ้นมาใช้หรือเปล่า ก็ให้แก่ออม ยาย...ก็เป็นหนึ่งในนั้น เป็นการออม เพราะฉะนั้นเวลาเขาตายก็จะมีเงินแล้ว แล้วหลานสองคนก็จะมีโอกาสแล้วที่จะได้เรียนต่อ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 588-590, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 438-439, 441-442, 487-489)

“เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงใครได้อย่างถาวรหรอก ถ้าคนที่เจ็บป่วย หรือว่าคนที่ดูแลคนที่ดูแลคนที่เจ็บป่วย หรือคนที่ดูแลผู้สูงอายุไม่ปรับตัวกันบ้างเลย มันจะอาศัยบุคคลภายนอก คือพยาบาลไปแจมได้ในช่วงที่เขามีปัญหา แต่การปรับตัวหรือการดำเนินชีวิตต้องเป็นเรื่องของเขา ไม่ใช่เป็นการทำให้หรือทำแทนไง” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 58-60, 62-64)

“ถ้าเราเข้าใจว่าเขาต้องการอะไร แล้วถ้าเราทำอะไรให้เขานิดเดียว เขาก็สามารถทำอะไรได้เองแล้ว ที่จะไม่เป็นภาระต่อคนในครอบครัว เรากระตุ้นให้เขาสบายใจ แล้วลุกขึ้นมาทำเอง โดย

ที่เราไม่ต้องทำ แต่ให้เขาได้ทำเอง โดยคำพูดของเราที่ว่า เก่งจังเลย” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 354-356, 347-348)

**3.2.2 สร้างกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ** หมายถึง พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก เชื่อว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจต่อชีวิตนั้น พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ อยู่อย่างมีความหวัง เพื่อคนที่ตนเองรัก ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงต่อสู้อยู่ ไม่ท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุยังคงมีความหวัง มีกำลังใจ จากการได้เฝ้าดู และได้มองเห็นลูกหลานที่ตนเองรัก มีชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการที่ผู้สูงอายุยังคงมีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน ชุมชน ด้วยการได้พบปะ พูดคุย กับเพื่อนบ้าน หรือ การที่เพื่อนฝูง แวะเวียนมาคอยเยี่ยมเยียน ถามไถ่อยู่เสมอ นับเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความหวัง มีกำลังใจ และสามารถฝ่าฟันปัญหาต่างๆในชีวิต ไปได้ด้วยดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ทุกสิ่งที่จะชโลมจิตใจยาย.....อยู่ได้ด้วยหลาน สิ่งที่ต้องรับภาระดูแล มันเป็นเรื่องเจริญเติบโตงอกงามขึ้นทุกวันไง มันไม่ใช่แบบเสื่อมโทรมลง คือเด็กมันน่ารักนะ มันโตขึ้นมา คุณมันมีความหวัง แล้วมันคือ เรายอมลำบากหน่อย พอมันโตขึ้นมา มันก็จะเลี้ยงดูฉัน เพราะว่ามันเห็นถึงความสดใส ความงอกงาม เห็นทั้งเด็กตัวเล็กๆโตมา เห็นจากที่มันเรียนไม่ได้ เขียนไม่ได้ มันเขียนได้ เห็นตั้งแต่มันเล่นดนตรีไม่ได้ จนมันเล่นดนตรีได้ มันเป็น นักดนตรีไทยด้วยนะ เออ มันชื่นใจ มันชื่นใจ อันนี้ มันทำให้เราไม่ต้องดูแลมาก เพียงแต่ช่วยนิดๆหน่อยๆ ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 172, 405-409, 411-415)

“ชีวิตเหมือนมีอยู่ได้ด้วยเพื่อนนะ กับที่บ้านนี้ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกันเท่าไรนะ แก่ขึ้นบ้านทีนี้ก็เวลานอน เวลาส่วนใหญ่ของแกคือมาอยู่ใต้ถุน ซึ่งเป็นแคร่ กินอยู่ตรงนี้ นอนตรงนี้ มีไก่ เป็ด บิน แกก็เลี้ยงไก่อนะ ไก่เป็ด บินกันว่อนหมดแหละ แกจะอยู่ได้กับขี้ไก่ขี้เป็ดของแก แกก็ไม่ขึ้นบ้าน จนกระทั่งเย็นมีด ถึงจะขึ้นไปนอน บ้านมีความสำคัญกับแกแค่นั้นเองคือนอน เข้าแกตื่นมาแกก็จะต้มน้ำร้อนเป็นปี๊บเลยนะเป็นกาใหญ่ๆ แล้วก็จะจะมีเพื่อนแกมาคุยมาอะไรอย่างนี้” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 115-121)

**3.2.3 ปลูกจิตสำนึกลูกหลาน** หมายถึง การส่งเสริมให้คนในครอบครัว ให้ความรัก ความอบอุ่นต่อลูกหลาน ทำให้เกิดความผูกพันต่อกันในครอบครัว ส่งผลทำให้ลูกหลาน เกิดการซึ่ซบ และซาบซึ้ง ช่วยให้เกิดความตระหนักในบุญคุณของพ่อแม่ ปู่ ย่า ยาย ที่

ส่วนพยาบาลจะเป็นผู้คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความห่วงใยช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมไปถึง ลูกหลานของผู้สูงอายุด้วย เพื่อช่วยให้ลูกหลานมีความตระหนัก และมีจิตสำนึกที่ดี รับฟัง คำแนะนำจากคนรอบข้าง เมื่อออกนอกกลุ่มนอกทาง ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“มันต้องเลี้ยงมาตั้งแต่เด็กนะ หมายถึงต้องสั่งสอนมาตั้งแต่เด็กนะ จะเอาแค่ว่า จะให้เด็กมีคุณธรรม จริยธรรม ก็เลยจับเด็กมอไหน มอไหน ไปนั่งวิปัสสนา หรือว่าไปวัด มันกะพี้ง ไม้ได้มาจากจิตใจ มันต้องมานำพาไปทำกิจกรรมความดีร่วมกัน ไปวัดร่วมกันกับคนในครอบครัว มันจะซึมซับความอบอุ่นหรือความผูกพันซึ่งกันและกัน มันก็รู้สึกถึง อี้ย เวลาจะทำอะไร จะดูแม่ จะทำอะไรอย่างเนี่ย มันก็ต้องคิดนานหน่อย” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 550-555)

“ก็เวลาเจอเด็กในชุมชนหรือเด็กมาตรวจ เขาจะมาพร้อมกับยาย... ก็จะช่วยให้กำลังใจว่า เราต้องขยันเรียนนะ ต้องเรียนให้เก่ง เพราะว่าเราไม่มีสมบัติที่ไหน มีที่จะทำให้ชีวิตเราดีได้ก็คือการศึกษา ก็เหมือนเอ็มพาวเวอร์เด็กๆ เหล่านี้เป็นช่วงๆ อืม...แล้วก็เวลานั้นปู่บ่นเนี่ย กิจกรรมอะไรในชุมชนที่เขาอยู่ศาลเจ้าแม่เนี่ย เด็กเหล่านี้เขาก็จะมาหา มาร่วมกิจกรรมมาแล้วนิทาน พี่จะรู้ว่า ชุมชนศาลเจ้าแม่...จะค่อนข้างมีปัญหาสังคม มีปัญหาครอบครัวเยอะ เพราะว่าเด็กถูกทอดทิ้งเยอะ ก็ไม่รู้จะทำให้เด็กมันดีขึ้นยังไงก็ด้วยการใช้วิธีการเล่านิทาน ก็เอานิทานไปเล่าให้เด็กฟัง แล้วก็สอดแทรกเรื่องที่จะให้เด็กรู้จักคุณธรรม จริยธรรม” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่2 L: 353-362)

### สรุป ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

ผลการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 10 ราย แบ่งเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

**ส่วนที่1:** ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็น 3 ประเด็น คือ

- 1.1 การกระทำที่สร้างความทุกข์ และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า
- 1.2 ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ
- 1.3 เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา

**ส่วนที่2:** ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาลักษณะนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย 2) การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา 3) การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

โดยประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง สามารถอธิบายได้ดังนี้

**ประเด็นหลักที่1** ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาลักษณะนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อได้รับรู้ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ที่ตนเองดูแล หรือเคยรู้จัก โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 ความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ปัญหา โดยเมื่อพยาบาลรับรู้ปัญหาในครั้งแรก ส่วนใหญ่รู้สึกหดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง รวมทั้งเห็นใจทั้งสองฝ่ายคือทั้งผู้สูงอายุและญาติที่กระทำรุนแรง โดยเห็นว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจที่จะกระทำ แต่เนื่องด้วยปัญหาเศรษฐกิจ และการดิ้นรนทำมาหากินของคนในครอบครัว จนเกิดความเครียด และเกิดการกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆออกไป

1.2 ปัญหาถูกเจ้าหน้าที่มองข้าม และขาดการตระหนักถึง โดยส่วนใหญ่พยาบาลเห็นว่าความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นเรื่องภายในครอบครัว ที่คนอื่นไม่ควรไปยุ่งเกี่ยว รวมถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ทำให้ปัญหาถูกมองข้ามและขาดการตระหนักถึง

1.3 ความรุนแรง เป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยครอบครัวต้องออกไปทำงาน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า จากการทำงาน และการต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ

**ประเด็นหลักที่ 2** การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา หมายถึง เมื่อพยาบาลรับรู้ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว พยาบาลจะต้องรู้วิธีและการเตรียมตนเอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหา และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งการหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหานั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

2.1 รู้รายละเอียดปัญหาหลักซึ่ง โดยพยาบาล ต้องรู้พื้นเพภูมิหลังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสร้างสัมพันธภาพ รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยมีความตระหนักและนึกถึงจิตใจของคนรอบข้าง รู้จักให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลของปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างเป็นความจริงมากที่สุด

2.2 มีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม โดยการสังสมจากประสบการณ์ของการทำงานที่ผ่านมา และต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อให้สามารถรู้จังหวะเวลาที่เหมาะสมในการที่จะเข้าไปช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญห

**ประเด็นหลักที่ 3** หาวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญห หมายถึง เมื่อพยาบาลรู้รายละเอียดของปัญหาที่ถึกซึ้งและมีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม ถึงนำทักษะประสบการณ์ที่มีอยู่ทั้งหมดของพยาบาล มาเชื่อมโยงกับรายละเอียดของข้อมูลปัญหาที่ได้มา ซึ้งเป็นข้อมูลที่ถึกซึ้งและเป็นความจริง เพื่อนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรงต่อไป ซึ้งการหาวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญห แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

3.1 เป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจ โดยพยาบาลเป็นผู้ที่คอยแนะนำ และบอกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุให้ญาติเข้าใจ พร้อมทั้งคอยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อช่วย ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแล และลดความขัดแย้ง ระหว่างผู้สูงอายุ และครอบครัว

3.2 แก้ไขปัญหาที่สาเหตุ โดยการที่พยาบาลพยายามหาวิธีการ ที่จะให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น พร้อมทั้งสร้างกำลังใจ ให้กับผู้สูงอายุมีความหวัง และต่อสู้ชีวิตต่อไป รวมถึงการปลุกจิตสำนึกลูกหลาน เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรักความผูกพันต่อกัน ลูกหลานเกิดความตระหนักและซาบซึ้งในบุญคุณของพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ประเด็นแนวคำถามกว้างๆ เพื่อกระตุ้นให้คู่สนทนาเล่าเรื่องราวต่างๆอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Schultz and Stevens, 2004) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น ความเชื่อ ความเข้าใจ เพื่ออธิบายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Informant) ด้วยการสนทนาที่มีอิสระในการถาม-ตอบอย่างเป็นธรรมชาติ (Rubin and Rubin, 1995) ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแล หรือให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผลที่ได้จากการศึกษา สามารถนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยนำเสนอเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ ส่วนที่ 1 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และ ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะคือ

1. การกระทำที่สร้างความทุกข์ และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า
2. ถูกหลอกลอนไม่ตอบแทนบุญคุณ
3. เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา

**ส่วนที่ 2** ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

**1. ความรู้สึกคาดหวังว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย**

**1.1 ความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ปัญหา**

1.1.1 หดหู่เศร้าใจ สงสารผู้สูงวัยที่ถูกกระทำ

1.1.2 เห็นใจทั้งสองฝ่าย

- 1.2 ปัญหาถูกเจ้าหน้าที่มองข้าม และขาดการตระหนักถึง
  - 1.2.1 เรื่องภายในครอบครัว
  - 1.2.2 ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ
- 1.3 ความรุนแรงเป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม

## 2. การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา

- 2.1 รู้รายละเอียดปัญหาหลักซึ่ง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยคือ
  - 2.1.1 รู้พื้นเพภูมิหลังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน
  - 2.1.2 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง
  - 2.1.3 เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- 2.2 มีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่
  - 2.2.1 สังคมจากประสบการณ์
  - 2.2.2 รู้จังหวะเวลา
  - 2.2.3 ไวต่อสิ่งที่พบ

## 3. การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

- 3.1 เป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจ
  - 3.1.1 บอกข้อมูลความเจ็บไข้ พร้อมให้กำลังใจผู้ดูแล
  - 3.1.2 ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแล
  - 3.1.2 ลดความขัดแย้ง ระหว่างผู้สูงอายุ และครอบครัว
- 3.2 แก้ไขปัญหาที่สาเหตุ
  - 3.2.1 หาวิธีการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และลดการเป็นภาระแก่ผู้อื่น
  - 3.2.2 สร้างกำลังใจ ให้กับผู้สูงอายุ
  - 3.2.3 ปลุกจิตสำนึกลูกหลาน

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง แสดงถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวที่พยาบาลวิชาชีพได้ประสบ และรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่ความรู้สึกต่อปัญหาของพยาบาล เมื่อทราบว่าผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลหรือให้บริการ ถูกกระทำรุนแรง โดยสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา และการหาวิธีช่วยเหลือแก้ไข

ปัญหา รวมถึงการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัย สามารถแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ได้ดังนี้

ในส่วนของความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลให้ความหมายการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตามความเข้าใจของตนเองว่าเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ และคุกคามให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดคุณค่า โดยการที่ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา โดยการกระทำดังกล่าว สามารถพบเห็นในชีวิตประจำวันของคนในครอบครัว และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นการทำร้ายร่างกายแล้ว ยังรวมถึงกับการไม่ใส่ใจดูแล การไม่ให้ความเคารพนับถือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดร้าว ท้อแท้สิ้นหวัง และไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยการให้ความหมายเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

### **ประเด็นหลักที่ 1 การกระทำที่สร้างความทุกข์ และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดคุณค่า**

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า พยาบาลรับรู้ความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าเป็นการกระทำที่สร้างความทุกข์ และทำให้ผู้สูงอายุหมดคุณค่า ซึ่งเป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ ทั้งจากลูกหลาน และผู้อื่นที่ผู้สูงอายุรู้จักและไม่รู้จัก มาคุกคาม หรือทำร้ายให้ผู้สูงอายุ เกิดความทุกข์ หรือรู้สึกด้อยคุณค่า ทั้งการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายจิตใจด้วยการใช้คำพูด การแสดงกิริยาที่ไม่เคารพความเป็นบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกรังเกียจ ถูกแบ่งแยก หรือถูกปฏิบัติเสียดแทงจากสังคม จนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกดดัน ปวดร้าวในจิตใจ ท้อแท้สิ้นหวัง และหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Le (1997) ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวชาวเวียดนาม ที่อพยพลี้ภัยมาอาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว โดยผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่คือ ลูกสะใภ้ ซึ่งจะปฏิบัติต่อแม่สามีด้วยการไม่สนใจดูแล และเฉยเมยไม่พูดคุยด้วย เหมือนไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน ส่วนลูกหลานคนอื่นๆ มักต้องออกไปทำงาน และเรียนหนังสือ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่า ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดัชนี สุวรรณคม (2548) ศึกษาการทำร้ายผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครพนม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกทำร้ายด้านจิตใจ โดยการไม่ให้ความสำคัญและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เสมือนเป็นส่วนเกินของครอบครัว เช่น การไม่ขอคำปรึกษา การไม่สนใจความคิดเห็น และการไม่พูดคุยกับผู้สูงอายุ ค่านิยมเรื่องของคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นเรื่องที่มีพื้นฐานมาจากหลักของการเคารพบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุ เกิดจากการเห็นคุณค่าของคนในครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) และการที่ครอบครัวมีความเคารพ รัก มีความเอาใจใส่เคารพเชื้อพียง เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุได้ (เล็ก สมบัติ, 2548)



## ประเด็นหลักที่ 2 ลูกหลานไม่ตอบแทนบุญคุณ

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้เกี่ยวกับความหมายของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องของการที่ลูกหลาน ไม่ตอบแทนบุญคุณ เป็นการไม่รู้จักรักกตัญญูรู้คุณต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเลี้ยงดูลูกหลานมาก่อน เช่น การปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง การพูดจาดูถูก การแสดงอาการรังเกียจที่พ่อแม่ยากจน ไม่มีทรัพย์สินที่จะให้แก่ลูกหลาน เนื่องจากสังคมไทย มีความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งเป็นเสมือนบันทัดฐานทางสังคมที่กำหนดให้คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม ทุกศาสนามีข้อคำสอนให้คนเคารพ และอุปการะบิดามารดาของตน โดยเฉพาะพุทธศาสนา ซึ่งเป็นศาสนาที่สอนให้บุตรหลานทุกคนต้องเคารพนับถือ ผู้ที่เลี้ยงดูตนเองมา และตอบแทนเมื่อท่านอยู่ในวัยชรา ซึ่งการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา ถือว่าเป็นมงคลชีวิต สังคมจะให้การยกย่อง และสรรเสริญผู้ที่ดูแลบุพการีของตน ในทางตรงข้ามจะประณามและไม่ยอมรับ ผู้ที่ปฏิบัติไม่เหมาะสมต่อบุพการีเช่นเดียวกัน (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2540; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) เมื่อพยาบาลได้พบเหตุการณ์ หรือการกระทำที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ของผู้ดูแล ที่มารับบริการ จึงเห็นว่า การไม่ตอบแทนบุญคุณ การแสดงกิริยาที่ไม่เคารพนับถือผู้สูงอายุ การปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องดิ้นรน หรือทอดทิ้งไม่ดูแล เป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความลำบาก และเกิดความเสียใจ สอดคล้องกับแนวคิดของชาวญี่ปุ่น ซึ่งพวกเขามีความเชื่อว่า สิ่งที่ดีที่สุดที่ทำให้เกิดความสุข ทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว คือ การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง และมีความเข้มแข็งตามบรรทัดฐานของสังคม โดยเฉพาะเรื่องความกตัญญูรู้คุณ (วุฒิสาร ตันไชย, 2540; WHO, 2002a; Watanabe, 2003)

## ประเด็นหลักที่ 3 เหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา

ผลการศึกษา พยาบาลมีความเข้าใจว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในชีวิตประจำวัน และเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงขณะ ทำให้เกิดการทำร้ายร่างกาย หรือการใช้คำพูด ซึ่งเป็นกร้าวกล่าว การกระทบกระเทียบ หรือการห้ามไม่ให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่อยากจะทำ เช่น ไม่ให้รับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ หรือการไม่ให้เงินทองใช้สอย ซึ่งการกระทำดังกล่าวส่งผลให้เกิดความขัดใจต่อผู้สูงอายุ และทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2547) ศึกษาประสบการณ์การทารุณกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ให้ความหมายของการทารุณกรรมว่าเป็นการที่ตนเองไม่ได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือ การถูกบังคับ และการขัดใจจากผู้อื่น โดย

การไม่ดูแล การไม่ร่วมสนทนา การเบียดเบียนทรัพย์สิน การดูแลหลาน การทำงานบ้าน และการไม่ให้ร่วมกิจกรรมของครอบครัว

แนวคิดของ Brogan et al (1994) ได้กล่าวถึงปัญหาความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ที่ส่งผลให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นได้ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลา ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ความเครียดเป็นผลกระทบทางด้านลบ เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลเป็นสาเหตุบ่อยครั้ง ในการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งโดยธรรมชาติแล้ว ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระไปในทางที่เสื่อมถอย จึงมักจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านโภชนาการ การขับถ่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ การพักผ่อน หรือ ความปลอดภัย ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตัวผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งจะเกิดความเครียดขึ้นอย่างมาก พฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุเช่น สับสน สมองเสื่อม ร่วมกับความเครียดส่วนตัวของผู้ดูแล เช่น ไม่มีงานทำ การหย่าร้าง ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้อื่นหลายคน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกดดัน และเกิดอารมณ์หงุดหงิดขึ้น ซึ่งอารมณ์หงุดหงิดที่เกิดขึ้น อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาหรือเป็นบางช่วงขณะ ซึ่งทั้งหมดส่งผลทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นทั้งสิ้น

ในส่วนของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงนั้น ผลการวิจัย สามารถแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ได้ 4 ประเด็น คือ

### **ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย**

ความรู้สึกคาดไม่ถึงว่าจะมีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นในสังคมไทย หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อได้รับรู้ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ไม่คาดคิดว่าจะมีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นในสังคมไทย แต่ปัญหามีเกิดขึ้นจริง โดยในส่วนนี้มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ดังนี้

#### **ความรู้สึกครั้งแรกที่รับรู้ปัญหา**

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของพยาบาล ต่อปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นในสังคมไทย เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูตเวที และการเคารพนับถือผู้อาวุโส จึงทำให้ไม่มีใครคาดคิดว่าจะมีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้น และคิดว่าเป็นปัญหาภายในครอบครัวที่ผู้อื่นไม่ควรไปเกี่ยวข้อง อีกทั้งตัวผู้สูงอายุเองก็ไม่กล้าบอก หรือเล่าให้ผู้อื่นฟังว่าตนเองถูกกระทำ

รุนแรง เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความรักและผูกพันต่อผู้กระทำรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว รวมทั้งอาจกลัวหรืออาย ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2544; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545; วราห์ เห่งพุ่ม, 2547; Chompunud, 2007)

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เมื่อพยาบาลผู้ให้ข้อมูลรับทราบว่าคุณสูงอายุที่ตนเองรู้จัก หรือเคยให้การดูแล ถูกกระทำรุนแรงทั้งจากสมาชิกในครอบครัว หรือจากเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกครั้งแรกของพยาบาลเมื่อรับรู้ปัญหา คือ รู้สึกหดหู่ เศร้าใจ และสงสารผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง เนื่องจากสิ่งที่ได้รับรู้หรือได้พบเห็น เป็นสิ่งที่พยาบาลไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับคุณสูงอายุ เนื่องจากสังคมไทย เป็นสังคมพุทธ ซึ่งเน้นความสำคัญของบิดามารดาซึ่งมีบุญคุณเลี้ยงดูบุตรหลาน ค่านิยมในสังคมไทยจึงเปรียบผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีบุญคุณต่อครอบครัว ที่สมควรได้รับความเคารพเชิดชู (วิภาวี เอี่ยมวรรณ และ อัจฉรา เอ็นท์, 2548) และเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกกับคุณสูงอายุที่มารับบริการเสมือนเป็นญาติผู้ใหญ่คนหนึ่งของตนเอง เมื่อเกิดปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จึงรู้สึกหดหู่ เศร้าใจ และเกิดความสงสารผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และไม่ต้องการให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก แต่ด้วยในปัจจุบัน วิถีชีวิตของผู้คนในสังคม เปลี่ยนแปลงไปจากภาคเกษตรกรรม มาสู่การทำงานในภาคอุตสาหกรรม จึงเกิดการอพยพเข้าสู่เมือง โดยคนหนุ่มสาวมีสัดส่วนการย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองสูงกว่าคนสูงอายุ ในขณะที่คนสูงอายุส่วนใหญ่มักยังคงอยู่ในชุมชนต่อไป (นภาพร ชโยวรรณ, 2545) พยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลัก จึงเกิดความรู้สึกเห็นใจทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้กระทำรุนแรง และด้วยปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น เป็นปัญหาที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงฝ่ายเดียว แต่ปัญหาทั้งหมดเกิดจากการเชื่อมโยงของระบบครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมต่างๆ (Bronfenbrenner, 1977; Schiamberg and Gans, 2000) สอดคล้องกับแนวคิดของ Gordon and Brill (2001) ซึ่งอธิบายกระบวนการเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุว่า การกระทำรุนแรงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองโดยลำพัง แต่เกิดจากปัจจัยหลายชนิด ซึ่งมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ โดยมีข้อสังเกตว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้น เป็นผลลัพธ์ของเรื่องราว ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะพิเศษ ที่นำไปสู่จุดเริ่มต้นของพฤติกรรม หรือการกระทำอันไม่เหมาะสมถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นตัวกระตุ้น หรือผลักดันให้เกิดความเครียด แบบเฉียบพลันในลักษณะต่างๆขึ้น และนำไปสู่การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆได้

### **ปัญหาถูกเจ้าหน้าที่มองข้ามและขาดการตระหนักถึง**

ด้วยปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังเป็นปัญหาที่มีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งส่วนใหญ่มักมุ่งให้ความสนใจต่อปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี หรือปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ที่เกิดจากสามีทำร้ายภรรยา ประกอบกับความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ของประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การประเมินและการรับรู้ ปัญหาเป็นไปได้ยาก และแยกปัญหาที่เกิดขึ้นนอกจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ลำบาก (วราห์ แห่งฟุ่ม, 2547; Fulmer, 1998)

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น พยาบาลและ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความตระหนักและมองข้ามปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้พยาบาลเข้าใจว่า การกระทำรุนแรงบางอย่าง เช่น การบ่น การดู การว่ากระทบบกระทืบ การแสดงกิริยากระแทก กระทั่งในขณะดูแล หรือการดุคนกระซอก ดี หรือ ทูบผู้สูงอายุ เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ใน ชีวิตประจำวัน และเป็นเรื่องของคนในครอบครัวที่เจ้าหน้าที่ หรือบุคคลอื่นไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ Nusbaum et al (2006) ซึ่งศึกษาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการค้นหา และประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ในรัฐอิลลินอย โดยพบว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ยังขาดความตระหนัก การให้ความใส่ใจ และเห็นความสำคัญ ของการเฝ้าระวังผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงทั้งจากสมาชิกในครอบครัว และ ผู้อื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการป้องกัน และประเมินความเสี่ยง ได้ทัน่วงที และการศึกษาของ Flanders and Clark (2006) ศึกษาทัศนคติของชาวบราซิลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรง และการทอดทิ้งผู้สูงอายุ พบว่า ชาวบราซิลส่วนใหญ่ขาดการดูแลเอาใจใส่และ มักจะทอดทิ้งผู้สูงอายุในครอบครัวให้อยู่ตามลำพัง โดยชาวบราซิลเห็นว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ และไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะการที่ต้องทอดทิ้งผู้สูงอายุนั้นมาจากความยากจน เป็นสิ่งที่ จำเป็นเพื่อการอยู่รอด แต่ชาวบราซิลจะให้ความสำคัญต่อการพูดจาก้าวร้าวต่อผู้สูงอายุ ว่าเป็น สิ่งที่ไม่สมควรทำ เนื่องจากทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์มากกว่า

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า การที่พยาบาลส่วนใหญ่ยังมองข้าม และไม่มี ใครตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ทำให้ ต้องพึ่งพาลูกหลานและผู้อื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544) ซึ่งหากขาดความเข้าใจใน ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ก็จะทำให้มีความเข้าใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ ลำบาก และทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะปัญหา เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน และซับซ้อน รวมทั้งส่งผลต่อ ความรู้สึกรู้สีกของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว หากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ก็จะทำให้การเข้าถึงปัญหาเป็นไปได้ยาก เนื่องจากการมองข้าม และไม่เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว (Fulmer, 2004; Baker and Heitkemper, 2005)

จากการศึกษาของ Watanabe (2003) ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของคนในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัว และเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามมา โดยผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นลูกสะใภ้ หรือภรรยาของบุตรชายคนโต สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardin and Hudson (2005) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ที่ทำการประเมินผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง พบว่าพยาบาลยังขาดการสนใจ และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และตระหนักถึงการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ซ่อนเร้นอยู่ในอาการ และอาการแสดงจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ เนื่องจากปัญหาการอคติต่อความชรา และการขาดความเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญไปที่อาการเรื้อรังทางกายที่มารับการรักษาพยาบาลในแผนกฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่

### ความรุนแรง เป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่มีเกิดขึ้นในสังคมไทยจริง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้น เนื่องจากลูกหลาน หรือคนในครอบครัวต้องดิ้นรนทำมาหากิน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้การใส่ใจดูแลผู้สูงอายุมีน้อยลง ส่งผลให้เกิดการปล่อยปละละเลย ด้วยความไม่ตั้งใจ อีกทั้งสังคมในปัจจุบันยังมีการเปลี่ยนแปลง จากภาคเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้คนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ต้องออกไปเช่าบ้านอยู่ใกล้ๆ โรงงานอุตสาหกรรม เพื่อความสะดวกในการเดินทาง จึงต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง ซึ่งในการศึกษาของและเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย ต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คนในครอบครัว ก็ต้องหยุดงานมาคอยดูแล ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ และมีค่าใช้จ่าย อีกทั้งลูกหลานในครอบครัว อาจแยกครอบครัวออกไปแล้ว ทำให้ต้องมีภาระที่ต้องไปดูแลครอบครัวของตนเอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด และมีความหงุดหงิดโดยไม่รู้ตัว จนอาจแสดงพฤติกรรมต่างๆต่อผู้สูงอายุ เช่น ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความไม่นุ่มนวล กระแทกกระทั้น หรือ ว่ากระทบกระทั่งยบให้ผู้สูงอายุเสียใจ รวมถึงการปล่อยปละละเลย ไม่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ

สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศกัญญา จิรติติกุล (2548) ที่ศึกษาความชุก และปัจจัยทำนายการทารุณกรรมผู้สูงอายุภาคใต้ พบว่าสถานภาพทางการเงินในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ และการศึกษาของ ภัญชिता อิศูรัตน์(2547) ทำการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และในการศึกษาของ Carson(1995) ศึกษาปัจจัยและความเสี่ยงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุชาวอินเดียนแดงใน

สหรัฐอเมริกาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุคือ ปัญหาความยากจน การขาดสวัสดิการในการช่วยเหลือ การว่างงานของคนในครอบครัว และการไม่ได้รับการศึกษาของลูกหลานในครอบครัว แตกต่างจากการศึกษาของจุฬารัตน์ สมรูป และ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ (2541) ศึกษาภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ ต่อการได้รับการทารุณกรรมในบ้าน และภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่มีเศรษฐกิจฐานะแตกต่างกันในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เศรษฐฐานะที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุในบ้าน แต่ระดับการศึกษาของคนในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

## ประเด็นหลักที่2 การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา

การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหา หมายถึง เมื่อพยาบาลรับรู้ว่ามีผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล หรือ ให้บริการถูกกระทำรุนแรง พยาบาลส่วนใหญ่ จะพยายามคิดหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่แท้จริง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหานี้ แบ่งได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

### รู้รายละเอียดปัญหาหลักซึ่ง

จากการศึกษาพบว่า การที่พยาบาลจะสามารถเข้าถึงปัญหาความรุนแรง ที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการทำความเข้าใจต้องเริ่มจากการมีข้อมูลเกี่ยวกับพื้นเพภูมิหลังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากการพูดคุย ซักถามและการสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกับการรู้จักสังเกต ติดตาม ฝ้าดู ตั้งแต่สภาพความเป็นอยู่ทั่วไป รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ลักษณะ สีหน้า ท่าทาง แววตา ทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง ลูกหลานในครอบครัว และเพื่อนบ้านในระแวกที่ผู้สูงอายุพักอาศัย จนทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเกิดความไว้วางใจ ซึ่งการสืบค้นปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น ถือเป็นบทบาทที่พยาบาล ต้องกระทำ ก่อนที่จะทำการประเมินปัญหา

เนื่องจาก การสืบค้นเป็นจุดเริ่มต้นที่เกิดจากความสงสัยใคร่รู้ในเรื่องนั้น การประเมินความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นับว่าเป็นสิ่งที่ประเมินได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจาก เป็นประเด็นปัญหาที่ซับซ้อน และถูกปกปิด ซึ่งในบางครั้งพยาบาลอาจพบการต่อต้าน หรือไม่ยอมรับทั้งจากผู้สูงอายุที่ถูกกระทำและผู้ดูแลที่เป็นผู้กระทำรุนแรง พยาบาลควรค้นหาสาเหตุของการต่อต้านนั้น และพยายามสร้างมิตรภาพ ให้เกิดขึ้น เพื่อให้ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ก่อนที่จะเข้าไปประเมินหรือช่วยเหลือในขั้นตอนอื่นๆ (Miller, 2009) นอกจากนี้การสร้าง ความเชื่อถือต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้เกิดความไว้วางใจนั้น สุธีร์ อินตะประเสริฐ (2547) ได้อธิบายว่า พยาบาลจะต้องมีความซื่อสัตย์ และรักษาความลับของผู้สูงอายุ เพราะการที่ผู้สูงอายุจะไว้วางใจ

คนภายนอกนั้น เป็นสิ่งที่ยากและต้องใช้เวลา และเชื่อมั่นว่าตนเองปลอดภัยพอที่จะเปิดเผยแก่ผู้อื่นได้ ในการเข้าไปประเมินปัญหา Miller (2009) ได้อธิบายว่าพยาบาลส่วนใหญ่ มักเริ่มการประเมินไปที่ปัญหาสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุก่อน ทำให้พยาบาลได้ข้อมูล หรือปัญหาที่ไม่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงควรประเมินบุคคลรอบๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ โดยการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่เขามี เพื่อเป็นพื้นฐานในการประเมินไปถึง ปัญหาที่เสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุต่อไป ข้อมูลที่ได้ ถือว่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปวิเคราะห์ และประเมินปัญหาร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

จากผลการศึกษาพยาบาลมีความเห็นว่า การที่จะสามารถเข้าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างลึกซึ้งนั้น พยาบาลต้องรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยพยาบาลต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยต้องนึกถึงจิตใจของคนรอบข้าง ให้ความสำคัญในการรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่ไปคิดแทนหรือตัดสินใจแทนผู้สูงอายุ หรือญาติในครอบครัว โดยพยาบาลควรให้ในสิ่งที่ผู้สูงอายุ และครอบครัวต้องการ ไม่เห็นอกเห็นใจฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงฝ่ายเดียว และรู้จักให้ความสำคัญกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะลูกหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยการพูดคุยด้วยความเห็นใจทั้งสองฝ่าย ซึ่งจากการศึกษาของ Miller (2004) ศึกษาทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการตรวจหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่การประเมิน และการหาวิธีการในการช่วยเหลือหรือป้องกัน และพบว่า พยาบาลมักจะให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อพบปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ถูกกระทำรุนแรงซ้ำจากครอบครัวอีก เนื่องจากการที่ครอบครัวขาดความไว้วางใจในตัวพยาบาล และไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุบอกเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นในครอบครัวแก่ผู้อื่น

### มีทักษะในการประเมินที่เหมาะสม

การศึกษาในครั้งนี้ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า พยาบาลจะสามารถหาหนทางที่จะเข้าถึงปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น พยาบาลจะต้องมีทักษะในการประเมินปัญหาที่เหมาะสม โดยทักษะที่ได้มานั้น มาจากประสบการณ์ที่สั่งสมเรียนรู้จากการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง รวมทั้งต้องมีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด มาเชื่อมโยงกับสิ่งที่สังเกตหรือพบเห็น และนำมาพิจารณาหาช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสม ในการเข้าถึงปัญหา และให้การช่วยเหลือต่อไป

การมีทักษะในการประเมินที่ดี จะช่วยให้การเข้าถึงปัญหาเป็นไปได้อย่างราบรื่น ไม่เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากการเข้าไปรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ไม่ถูกช่วงเวลา อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับอันตราย และเกิดความไม่ปลอดภัยต่อตัวพยาบาลเอง (Fulmer,

1998; Pillemer et al, 2007) พยาบาลจึงควรมีความรอบคอบ และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ช่วยในการพิจารณาแนวทางในการเข้าถึงปัญหา เพราะปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เป็นเรื่องทีละเล็กละเอียดอ่อน และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล โดยเฉพาะคนในครอบครัว (Bennett and Ebrahim, 1995; Wieland, 2000) พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกต และมีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่ง Vickrey (2001) ได้อธิบายถึงบทบาทของพยาบาลในการสังเกตลักษณะ และการแสดงความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน เช่น น้ำเสียง การพูดคุยต่อกันระหว่างผู้สูงอายุกับญาติที่ดูแล ซึ่งน้ำเสียงของญาติ ที่อาจกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จะมีรูปแบบเฉพาะออกไป ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จะต้องสามารถจับน้ำเสียง และมีความไวต่อความรู้สึกระหว่างญาติ และผู้สูงอายุได้ จึงจะสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ทันทั่วทั้งที่

### ประเด็นหลักที่3 การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

การหาวิธีช่วยเหลือแก้ไขปัญหา คือ เมื่อพยาบาลสามารถเข้าถึงปัญหา และรู้รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุแล้ว จึงดำเนินการหาวิธีการช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหา ซึ่งการที่จะแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้นั้น นอกจากการดูแลด้านสุขภาพแล้ว พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า พยาบาลต้องมองถึงปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง และเป็นการมองปัญหาแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการศึกษา พบว่าการหาวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

#### เป็นตัวกลางสร้างความเข้าใจ

จากผลการศึกษา พยาบาลเห็นว่า การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ด้วยการเป็นคนกลาง ในการประสานความเข้าใจ ระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลานในครอบครัว รวมถึงการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ และลูกหลานในครอบครัว เมื่อเกิดความตึงเครียดระหว่างกัน โดยเฉพาะความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน ปัญหาการติดยาเสพติด การว่างงาน (Fulmer, 1996) พยาบาลจึงควรให้ข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แก่ญาติผู้ดูแลให้ชัดเจน เนื่องจากจะช่วยทำให้คนในครอบครัว มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง หรือสภาพของผู้สูงอายุ ได้มากขึ้น ช่วยแก้ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นลดลง และช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุกับคนในครอบครัวได้



เนื่องจากปัญหาความขัดแย้งและความไม่เข้าใจกัน เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้นได้ (Videbeck, 2001) พยาบาลที่ติดตามเยี่ยมบ้าน จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการช่วยยุติปัญหา ที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจต่อกัน และการเยี่ยมบ้านยังเป็นส่วนสำคัญในการช่วยสังเกตการณ์ เกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุในบ้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนอาจแนะนำผู้ดูแลและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลตามความต้องการพื้นฐาน การจัดการกับพฤติกรรมผิดปกติ ซึ่งถ้าสังเกตว่าผู้ดูแลเครียดมาก พยาบาลสามารถซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส หรือลูกหลานในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม และลดความเครียดของผู้ดูแล (Lachs and Pillemer, 1995; Vickrey, 2004) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะช่วยให้ญาติได้รับรู้ปัญหาและแนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติหรือลูกหลาน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆกับพยาบาล เพื่อให้คนในครอบครัวรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตามลำพัง อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจ โดยอาจเสนอแนวทางการดูแลร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพ ช่วยทำให้พยาบาลได้รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งจากในมุมมองของผู้สูงอายุ และมุมมองของญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาระและแบ่งเบาปัญหาความตึงเครียด ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ศึกษาภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวปัจจุบัน พบว่า ปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุ ประสบกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างยิ่ง การรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคนในครอบครัว โดยยึดถือในประเพณี และความกตัญญูของลูกหลานต่อผู้สูงอายุ และการต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุ และลดความเครียดจากการดูแลได้

### แก้ไขปัญหที่สาเหตุ

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีวิธีการในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยการหาวิธีแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา เนื่องจากปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุมีสาเหตุทั้งจากตัวผู้สูงอายุ ผู้กระทำรุนแรง และเกี่ยวข้องกับสังคม วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น (คณะกรรณมาธิการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2546; Stevenson, 2008) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุหลากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่พบบ่อย คือปัญหาผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา ที่ส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ (Fulmer and Ashley, 1989) การหาวิธีการให้ผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพาตนเองได้และลดการเป็นภาระผู้อื่น จึงเป็นวิธีการที่พยาบาลนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2545)

เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว ในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุแม้จะมีการเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ หรือผู้นำครอบครัว ไปเป็นผู้พึ่งพาคนในครอบครัวก็ตาม แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงพยายามดำรงบทบาทของผู้ให้และผู้รับที่สมดุล โดยยังคงพยายามเกื้อกูลต่อสังคม และครอบครัวเท่าที่ตนเองจะสามารถทำได้ เช่น การพยายามช่วยเหลือดูแลตนเอง การช่วยทำงานบ้าน ช่วยดูแลหลาน เป็นต้น

นอกจากนี้ ในการศึกษายังพบว่าการสร้างกำลังใจ ให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่พยาบาลนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง จากผลการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ จะใช้วิธีการส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความหวัง เพื่อคนที่ตนเองรัก โดยเฉพาะ ลูกหลาน เพื่อนฝูง ซึ่งถือเป็นกำลังใจที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความหวังและกำลังใจ ที่จะฝ่าฟันปัญหาต่างๆในชีวิตไปได้ด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ ซึ่งศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยพบว่า ความเบิกบานใจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดความสดชื่นมีชีวิตชีวา ซึ่งความเบิกบานใจ อาจเกิดจากการได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนฝูง หรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน การได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรำคาญ เหงา หรือรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่น มีผลต่อชีวิตจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมวัย ซึ่ง ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ได้กล่าวถึงเพื่อนร่วมวัยในวัยสูงอายุว่า มีความสำคัญและมีค่ายิ่งกว่าในวัยกลางคน หรือวัยรุ่น โดยผู้สูงอายุมักเลือกคบเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกัน มากกว่าต่างวัยกันมากๆ เพราะสามารถปรับทุกข์สุขแก่กันและกันด้วยความเข้าใจกัน ดีกว่ากับคนต่างวัย และการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมวัย จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ยามสูงวัยได้มากขึ้น

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาในครอบครัว โดยเฉพาะการที่ลูกหลานขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว อาจส่งผลให้เกิดการกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆต่อผู้สูงอายุขึ้นได้ เช่น การทอดทิ้ง การไม่สนใจดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ลูกหลานและคนในสังคมให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิต และความอยู่รอดของตนเองมากขึ้น ทำให้การให้ความสนใจต่อคุณธรรม จริยธรรมเริ่มเสื่อมถอยลง (วิภาวี เตียมวรเมธ และอัจฉรา เอ็นซ์, 2548)

ในการศึกษา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่า การปลูกจิตสำนึกลูกหลาน เป็นวิธีการที่ช่วยแก้ไขปัญหาคความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสาเหตุ ซึ่งพยาบาลเห็นว่า ควรเริ่มจากคนในครอบครัว ต้องมีความรักความอบอุ่น ให้แก่ลูกหลาน เพื่อเป็นการสร้างความผูกพันต่อกันระหว่างคนในครอบครัว ช่วยให้ลูกหลานเกิดการซึมซับ และรู้สึกซาบซึ้ง และเกิดความตระหนักถึงบุญคุณของพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย โดยพยาบาลนั้นจะเป็นผู้ที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจ คอยให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและลูกหลานในครอบครัวด้วยความห่วงใย โดยเฉพาะลูกหลาน ที่ยังเป็นเยาวชน หาก

พยาบาลให้ความรักและความปรารถนาดีจะทำให้ลูกหลานในครอบครัวผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญ และเชื่อฟังคำแนะนำสั่งสอน ทั้งจากคนในครอบครัวและคนรอบข้าง เป็นการปลูกจิตสำนึกที่ดี ซึ่งควรเริ่มต้นตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงในระดับสังคมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Erlingsson et al (2005) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการถูกระทำรุนแรง ของผู้สูงอายุชาวสวีเดน พบว่า การขาดการขัดเกลาทางสังคมแก่เยาวชน ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ปัญหาครอบครัว ที่พ่อแม่ไม่สามารถอบรมดูแลแก่บุตรวัยรุ่นได้ การไม่มีเวลาให้ครอบครัว การไปสังสรรค์ดื่มสุรานานาน เขตเมือง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุขึ้น

การศึกษาของ Asti and Erdem (2006) ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุกลุ่มอาการสมองเสื่อม ในประเทศตุรกีพบว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุของครอบครัวในประเทศตุรกี มีเกิดขึ้นไม่มาก เนื่องจากวัฒนธรรมของชาวตุรกี มีความยึดถือประเพณีที่สืบทอดกันในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งชาวตุรกีถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องยึดมั่น และมีการปฏิบัติต่อเนื่องกันมาเป็นระยะเวลายาวนานด้วยการดูแลกันเองที่บ้าน ประกอบกับโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวตุรกี มีลักษณะเฉพาะ โดยชาวตุรกีมีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุคือส่วนหนึ่งของคนในครอบครัว และลูกหลานต้องให้การปกป้องดูแล สอดคล้องกันแนวคิดทฤษฎีทางสังคมที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ ที่ได้จากการบวนการขัดเกลาทางสังคม การที่บุคคลจะมีแนวคิดและพฤติกรรมอย่างไรวั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ ที่ได้จากการบวนการขัดเกลาทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม (Bandura, 1986)

จากผลการวิจัยที่ได้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มตั้งแต่ความรู้สึก เมื่อได้รับรู้ว่ามีอาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุเกิดขึ้นในสังคมไทยจริง ซึ่งส่วนใหญ่รู้สึกสงสาร เศร้าใจ และเห็นใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการไม่นั่งนอนใจ แต่พยายามที่จะหาวิธีการเข้าถึงปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามประเมินผลการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ คาดหวังเพียงให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หลังให้การดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาล แต่ยังขาดการเข้าไปติดตาม และประเมินผลการให้การดูแลช่วยเหลือในระยะยาว ซึ่งปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น เป็นปัญหาที่พยาบาลควรต้องให้ความสนใจ และติดตามประเมินปัญหาต่อเนื่อง ถึงบ้านของผู้สูงอายุ (Vickery, 2004; Rodriguez et al, 2006) แต่เนื่องจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นว่า เป็นการเข้าไปยุ่งเรื่องส่วนตัวของผู้สูงอายุ และครอบครัวมากเกินไป เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาภายในครอบครัว (Comijs et al, 1998) พยาบาลจึงให้การดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหา เฉพาะที่พบเห็นในช่วงที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของตนเองเท่านั้น จึงส่งผลทำให้ปัญหา ขาดการติดตาม ประเมิน และแก้ไข ปัญหาอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพ

การขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับปัญหา และผลกระทบจากปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้ประชาชน และผู้ที่ติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และสมาชิกในครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุไปในทางบวกได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ กับผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ มีเพิ่มขึ้น (Curry and Stone, 1994) ช่วยให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ได้รับการช่วยเหลือ ติดตามผลของการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำให้กระบวนการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คนในครอบครัวมีความสุข

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง และการให้ความหมาย ของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษา ทำให้เกิดความเข้าใจถึงทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้นให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ เกิดความตระหนัก และเข้าใจปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการศึกษา สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่เกิดปัญหาการกระทำรุนแรง รวมถึงการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้สอดคล้องและตรงกับปัญหาที่แท้จริง ที่ผู้สูงอายุ และครอบครัวต้องการมากที่สุด เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้รับการดูแล แก้ไข และให้การช่วยเหลือ โดยไม่เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และครอบครัว

3. ผลการศึกษาที่ได้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งเสริมการอบรม แก่บุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแล และการให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยการพัฒนารูปแบบการดูแล ที่คำนึงถึงทั้งตัวผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ และผู้กระทำรุนแรง ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว หรือแม้แต่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการดูแลที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจ ใส่ใจ และเห็นความสำคัญของปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้น

### ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับ

1. การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบ การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง จากบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในด้านต่างๆ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
2. การพัฒนารูปแบบในการประเมิน และแนวทางการป้องกัน ปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน โดยคำนึงถึงความต้องการทั้งของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2540. เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**, 1(2): 297-311.

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. 2548. **รวมกฎหมาย / ประกาศระเบียบ / ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

กิ่งดาว การะเกด. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการถุกทารุณกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เกศกัญญา จิรัตติติกุล. 2548. **ความชุกและปัจจัยทำนายการทารุณกรรมผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ข่าว. 2550. ลูกตัวดีทำร้ายพ่อแม่ทั้งร่างกาย-จิตใจ. **คม ชัด ลึก** [Online]. Available from: [http://news.sanook.com/social/social\\_164113.php](http://news.sanook.com/social/social_164113.php) [2552 , March 5] คนแก่ถูกทอดทิ้งเหยื่อปัญหาสังคมเสื่อม. 18 กุมภาพันธ์ 2550. **คม ชัด ลึก**: 1-2.

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2550. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573**. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา. 2546. **ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ กรมการ 2 สำนักเลขาธิการ วุฒิสภา.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. 2543. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. **วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1(3): 21-28.

จุฬารัตน์ สมรูป และ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. 2541. **การศึกษาภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อการได้รับการทารุณกรรมในบ้าน และภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่างกันในเขตกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

ดัชนี สุวรรณคม. 2548. **การทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2545. ชุมชนและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), **ผู้สูงอายุในประเทศไทย**, หน้า 140 -156. กรุงเทพมหานคร: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- โรจน์ จินตนาวัฒน์. 2545. ความหมายและองค์ประกอบของการทำร้ายผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทย. **รายงานนำเสนอในการประชุมเสนอผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ครั้งที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**.
- โรจน์ จินตนาวัฒน์ และคณะ. 2548. **ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้าย ในผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ดิวรรณ อุนนาภิรักษ์. 2547. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- เล็ก สมบัติ. 2549. ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 7(3): 22-30**.
- วราห์ แห่งพุ่ม. 2547. **การคุ้มครองคนชราจากการใช้ความรุนแรงและความไม่เป็นธรรม โดยบุคคลในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. 2548. ค่านิยมและความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 6(เมษายน-มิถุนายน): 21-32**.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. **ประชากรสูงอายุ. การทอดทิ้งคนชราผิดกฎหมาย** [Online]. Available from: <http://www.cps.chula.ac.th> [2550, July13]
- วิภาวี เอี่ยมวรเมธ และ อัจฉรา เอ็นซ์. 2548. ผู้สูงอายุในพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทย. **วารสารประชากรศาสตร์ 21(2): 67-83**.
- วุฒิสาร ตันไชย. 2540. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและประชากรของญี่ปุ่นสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุ. ใน **การประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข**, หน้า41-47. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2545. ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), **ผู้สูงอายุในประเทศไทย**, หน้า 53 - 70. กรุงเทพมหานคร: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2545. ผู้ดูแล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), **ผู้สูงอายุในประเทศไทย**, หน้า 125 - 139. กรุงเทพมหานคร: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2545. **จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. 2550. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- วรารมณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. 2548. **การดูแลโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การพยาบาล: ศาสตร์แห่งการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก. วี. เจ. ฟรินดิง.
- สิริลักษณ์ โสมานุสธน์. 2547. **ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 12(มกราคม-เมษายน): 1-20.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ภรณ์นิการ์ สุขเกษม. 2547. **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก. สยามลดา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. Elder abuse. ใน **การประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชราเรื่องมุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ** โดยสมาคมแพทยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, หน้า 25-28. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์หจก. ปี ปี.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธี อินต๊ะประเสริฐ. 2547. **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543ก. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543ข. **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2540. มิติทางสังคมและวัฒนธรรมผู้สูงอายุ. ใน **การประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข**, หน้า 21-25. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ. 2551. **สถานการณ์ด้านสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ทารุณกรรมในจังหวัดชลบุรี**. ชลบุรี: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพิชญา ไกรฤทธิ. 2550. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่สำคัญของผู้สูงอายุ. ใน **การประชุมวิชาการเรื่องการดูแลสุขภาพองค์รวม: เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ**, หน้า 36-42. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- อัจฉรา สกุนตนิยม. 2544. การทำร้ายทารุณในครอบครัว. **หมออนามัย** 40(1): 62-64.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. 2544. การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. **วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2 (กรกฎาคม-กันยายน): 3-11.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2549. **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมามน พวงทอง. 2550. ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ (Elder Abuse) และผลกระทบด้านจิตเวช. ใน **การประชุมโครงการหน่วยจัดการความรู้ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence knowledge Management) ระหว่างวันที่ 1 พ.ย. 2549 – 30 ต.ค. 2550** [online]. Available from: <http://www.dvkm-thailand.org> [2008, July 26]

## ภาษาอังกฤษ

- Action on Elder Abuse. 2004. **Placing elder abuse within the context of citizenship: A policy discussion paper September 2004.** United Kingdom. Action on Elder Abuse.
- American Health Care Association. 2001. **The long term care survey.** Washington DC: American Health Care Association.
- Aldwin, C. M., and Gilmer, D. F. 2004. **Health illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives.** United States of America: Sage Publication, Inc.
- Asti, N., and Erdem, N. 2006. A pilot study on the abuse of elderly people with dementia in Turkey. **The Journal of Adult Protection** 8(4): 13-19.
- Ayres, M. M., and Woodtli, A. 2001. Concept analysis: abuse of ageing caregivers by elderly care recipients. **Journal of Advanced Nursing** 35(3): 326 -334.
- Baker, M. W. 2007. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early mortality. **American Psychiatric Nurses Association** 12(6): 313-321.
- Baker, M. W., and Heitkemper, M. M. 2005. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. **Nursing Outlook** 53(5): 253-259.
- Bandura, A. 1986. The social learning perspective: Mechanisms of aggression. In H. Toch (Ed.), **Psychology of crime and criminal justice**, pp198-236. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Bennett, G., and Ebrahim, S. 1995. Elder abuse and inadequate care. In G. Bebbett., and S. Ebrahim (eds). **The essentials of health care in old age**, pp147-150. New York: Hodder Arnold Publication.
- Brogan, J. E., Dipalma, D. J., and Ryalls, B. 1994. **Problem with abuse and neglect.** 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Bronfenbrenner, U. 1977. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist** 32: 513-530.
- Buzgova, R. B., and Ivanova, K. 2009. Elder abuse and mistreatment in residential settings. **Nursing Ethics** 16(1): 110-126.
- Carson, D. K. 1995. American Indian Elder Abuse: Risk and protective factors among the oldest Americans. **Journal of Elder Abuse and Neglect** 7(1): 17-38.

- Chompunud, M. L., S. 2007. **Diagnostic criteria and factors associated with Thai elder abuse by family members**. Doctoral dissertation. Department of Philosophy (Nursing). Graduate School. Mahidol University.
- Comijs, H. C., Smit, Pot, A. M., Bouter, L. M., and Jonker, C. 1998. Risk indicators of elder mistreatment in the community. **Journal of Elder Abuse and Neglect** 9(4): 67-75.
- Connor, K. A., and Rowe, J. 2005. Elder abuse. **Reviews in Clinical Gerontology** 15: 47-54.
- Curry, L. C., and Stone, J. G. 1994. Maltreatment of older adults. In D. Gordon., E. F. Williams., and C. Micheli (eds.), **Nursing care of older adult**.3<sup>rd</sup> ed., pp.468-515. New York: Delmar Publishers Inc.
- Day, K. 2007. Elder abuse in context of poverty and deprivation and emergency department care. **Australasian Emergency Nursing Journal**10:169 -177.
- Dayer, C., and Rowe, J. 1999. Elder Abuse. **Trauma** 1: 163-169.
- Diez, T., and Wright, D. 2005. Victimization of the elderly homeless. **Care Management Journal** 6(1): 15-22.
- Diloreto, A. M. 1999. Neglect and abuse issues. In S. L. Molony, C. M. Waszynski, and C. H. Lader (eds.), **Gerontological nursing : An advanced practice approach**, pp. 529-543. United States of America: Appleton & Lange.
- Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, A. S. 2004. **Towards health aging: Human needs and nursing response**. 6<sup>th</sup> ed. United States of America: Mosby.
- Erlingsson, C. L., Saveman, B-I., and Berg, A. C. 2005. Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. **Brief Treatment and Crisis Intervention** 5(2): 213- 227.
- Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., and Saveman, B-I. 2006. Perceptions of elder abuse: Voice of professionals and volunteer in Sweden- an exploratory study. **Nordic College of Caring Science, Scand J Caring Sci** 20: 151-159.
- Flanders, W. B., and Clark, J. C. 2006. Perspectives on elder abuse and Neglect. **Educational Gerontology** 32: 63-72.
- Fossey, E., et al. 2007. Understanding and evaluating qualitative research. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 36: 717-732.

- Fulmer, T. 1991. **Clinical gerontological nursing: A guide to advanced practice**. 2<sup>nd</sup> ed. United States of America: W.B. Saunders Company.
- Fulmer, T. 1996. Elder Mistreatment. In S. A. Simon; and C. Hodges (eds), **Essentials of gerontological nursing: Adaptation to the aging process**, pp.666-674. Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Fulmer, T. 1998. Mistreatment of Elders: Assessment, Diagnosis, and Intervention. In J. A. Allender; and C. L. Rector (eds), **Reading in gerontological nursing**, pp.396-407. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Fulmer, T. 2004. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. **The American Geriatrics Society** 52(2): 297-303.
- Fulmer, T., and Ashley, J. 1989. Clinical indicators of elder neglect. **Applied Nursing Research** 2(4): 161-167.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., and Fairchild, S. 2000. Elder neglect assessment in emergency department. **Journal of Emergency Nursing** 26(5): 436-443.
- Fulmer, T., Guadagno, L., and Bolton, M. M. 2004. Elder mistreatment in woman. **Journal of Gerontological Nursing** 33(5): 657-663.
- Giurani, F., and Hasan, M. 2000. Abuse in elderly people: The granny battering revisited. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 31: 215-220.
- Gordon, R. M., and Brill, D. 2001. The abuse and neglect of the elderly. **International Journal of Law and Psychiatry** 24: 183-197.
- Gerald, J., et al. 2003. Domestic elder abuse and law. **American Journal of Public Health** 93(12): 2131-2136.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. 1989. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage.
- Hamilton, G. 1989. Prevention elder abuse. **Journal of Gerontological Nursing** 15(3): 23.
- Hardin, E., and Hudson, A. K. 2005. Elder Abuse-Society Dilemma. **Journal of the National Medical Association** 97(1): 91-94.
- Harris, G. 2006. Domestic violence and abuse: Elder abuse. **Practicenurse** 28(April): 59-63.

- Hinchliffe, D., et al. 2004. **House of common health committee: Elder abuse report.**  
London: The Stationery office limited.
- Hogstel, M. O., and Curry, L. C. 1999. Elder abuse revisited. **Journal of Gerontological Nursing** 25(7): 10- 18.
- International Network for the Prevention on Elder Abuse. 2009. **INPEA Announces 4<sup>th</sup> World Elder Abuse Awareness Day 2009.** [Online]. Available from: <http://www.inpea>. [2009, January 2]
- Jones, J. S., Holstege, C., and Holstege, H. 1997. Elder abuse and neglect: Understanding the causes and potential risk factors. **American Journal of Emergency Medicine** 15(6): 579 -583.
- John, M. 2005. Intervention from Home-Base geriatric assessment of Adult Protective Service Client suffering elder mistreatment. **American Geriatrics Society** 14(3): 1538-1542.
- Kingston, P., and Penhale, B. 1995. Elder abuse and neglect: Issue in the accident and emergency department. **Accident and Emergency Nursing** 3: 122-128.
- Konig, J., and Kallberg, E. L. 2006. Perspectives on elder abuse in Germany. **Educational Gerontology** 32: 25-35.
- Knaack, P. 1984. Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research** 6(1):107-114.
- Lach, M. S., et al. 1998. The Mortality of elder mistreatment. **Journal of American Medical Association** 280(5): 428-432.
- Lachs, M. S., and Pillemer, K. 1995. Abuse and neglect of elderly persons. **The New England Journal of Medicine** 33(7): 437-443.
- Lachs, M. S., and Pillemer, K. 2004. **Elder abuse** [online]. Available from :<http://www.thelancet.com> [2551, November 20]
- Le, Q. K. 1997. Mistreatment of Vietnamese elderly by their families in the United States. **Journal of Elder Abuse & Neglect** 9(2): 51-62.
- Levine, J. M. 2003. Assessment elder neglect and abuse: Aprimer for primary care physicians. **Geriatric** 58(10): 37-44.
- Low, M. 1998. Guideline critical review form-qualitative studies. **Review form Guidelines: 1-9.**

- Mandiracioglu, A., et al. 2005. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 43: 267-276.
- Miller, C. A. 2004. Elder abuse: The nurse's perspective. **Clinical gerontologist** 28(1): 105-133.
- McGrowan, T. G. 1996. Ageism and discrimination. In J.E.Birren (ed), **Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged.**, pp.71-80. San Diego: Academic Press.
- Miller, C. A. 2009. Elder abuse and neglect . In C.A. Miller (ed), **Nursing for wellness in older adults.** 5<sup>th</sup> ed., pp. 159-183. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J. M., et al. 2002. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. **International Journal of Qualitative Methods** 1(2): 1-19.
- Muehlbauer, M., and Crane, P. 2006. Elder abuse and neglect. **Journal of Psychosocial Nursing** 44(11): 43-48.
- Nusbaum, N. J., et al. 2006. Role of first responders in detecting and evaluating elders at risk. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 43: 361-367.
- Nadien, M. 2006. Factors that influence abusive interaction between aging woman and their caregivers. **New York Academy of Social** 1058: 158-169.
- National Center on Elder Abuse. 2002. **Prevent elder abuse by family caregivers.** Washington : the Institute on Aging.
- Nation Committee for the Prevention of Elder Abuse. 2008. **What is elder abuse** [online]. Available from: <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/> [2009, January 2]
- Omery, A., and Mark, C. 1995. Phenomenology and Science. In Omery, A., Mark, C. E. Page, G. G. **Search of Nursing Science.** Thousand Oaks: Sage.
- Pablo, S., and Braun, K. L. 1997. Perceptions of elder abuse and neglect and Help-Seeking Patterns among Filipino and Korean elderly women in Honolulu. **Journal of Elder Abuse and Neglect** 9(2): 63 -74.
- Patton, M. Q. 2002. **Qualitative research and evaluation methods.** Thousand Oaks,CA: Sage.
- Penhale, B., and Kingston, P. 1997. Elder abuse, mental health and later life: Steps towards an understanding. **Aging and Mental Health**1(4): 296-304.

- Peri, K., et al. 2008. **Research report on elder abuse and neglect: Exploration of risk and protective factor**. Wellington: Families Commission Act.
- Phillips, L.R. 1983. Elder abuse-What is it who say so. **Geriatric Nursing** (May-June): 167-170.
- Phillips, L. R. 2000. Domestic violence and aging woman. **Geriatric Nursing** 21(4): 188-195.
- Pillemer, K. A., et al. 2007. Intervention to prevent elder mistreatment. **Handbook of injury and violence prevention** [online]. Available from <http://www.springerlink.com> [2008, October 20]
- Racic, M., Kusmuk, S., Kozomara, L., Debelnagic, B., and Tepic, R. 2006. The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. **The Journal of Adult Protection** 8(4): 20-24.
- Rodriguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, S. P., and Mangione, C. M. 2006. Mandatory reporting of elder abuse: Between a rock and hard place. **Annals of family medicine** 4(10): 1-7.
- Rinker, A. G. 2007. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital based care providers. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 48: 110-115.
- Rubin, H. T., and Rubin, I. S. 1995. **Qualitative interview: The art of hearing data**. London: Sage.
- Schiemberg, L. B., and Gans, D. 2000. Elder abuse by adult children: An ecological framework for understanding contextual risk factors and intergenerational character of quality of life. **The International Journal of Aging and Human Development** 50(4): 329-359.
- Schultz, G. S., and Stevens, R. C. 2004. Husserl's theory of wholes and parts and the methodology of nursing research. **Nursing Philosophy** 5: 216-233.
- Selwood, A., Cooper, C., and Livingston, G. 2007. What is elder abuse—who decides. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 22: 1009-1012.
- Sharon, N., and Zoabi, S. 1997. Elder abuse in land of tradition: The case of Israel's Arabs. **Journal of Elder Abuse and Neglect** 8(4): 43-58



- Sengstock, M. C., et al. 2004. Abuse and neglect of the elderly in family setting. In J. Campbell (ed). **Family Violence and Nursing Practic**, pp. 97-144. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, F. 2005. Elder mistreatment . **Journal of Gerontological Nursing** 16(2) 24-31.
- Staab, A. S., and Hodges, L. C. 1996. Problems with abuse and neglect. In **Essentials of gerontological nursing: Adaption to the aging process**.1<sup>st</sup> ed., pp.465-485. Philadelphia: J.B.Lippincott company.
- Stevenson, O. 2008. Neglect as an aspect of the mistreatment of elderly people: Reflection on the issues. **The Journal of Adult Protection** 10(1): 24-35.
- Streubert, H. J., and Carpenter, D. R. 2003. **Qualitative Research in Nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The Ministry of Health and Age Concern New Zealand. 2007. **Family violence intervention guideline: Elder abuse and neglect**. Wellington: Ministry of Health.
- The National Clearinghouse on Family Violence. 1999. **Abuse and neglect of older adults**.Canada: The National Clearinghouse on Family Violence.
- The Nation Research Council. 2003. **Elder Mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in an ageing America**. Washington, DC: The Nation Academies Press.
- Thompson, H., and Priest, R. 2005. Elder abuse and neglect: Considerations for Mental Health Practitioners. **Adultspan Journal** 4(2): 116-128.
- Trevitt, C., and Gallagher, E. 1996. Elder abuse in Canada and Australia: Implication for nurses. **International Journal of nursing student** 33(6): 651- 659.
- University of California at Berkeley. 2007. Evidence for practice. **An Executive Summer** 9 (September): 1-19.
- Vickrey, P. G. 2001. Protecting the older adult. **Nursing Management** 32(10):37 – 40.
- Vickrey, P. G. 2004. Combating elder abuse. **Nursing Management** 34(10): 47-56.
- Videbeck, S. L. 2001. Abuse and violence. In S. L. Videbeck; and C. J. Miller (eds), **Psychiatric mental health nursing**, pp.232-254. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wieland, D. 2000. Abuse of older person: An overview. **Holistic Nursing Practice**14(4): 40-50.

- Wahl, J., and Purdy, S. 2007. **Elder abuse: The hidden crime**. 9<sup>th</sup>ed. Canada: Advocacy Centre for the elder (ACE) and Community Legal Education Ontario (CLEO).
- Wang, J-J. 2005. Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elder and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. **Journal of Nursing Research** 13(4): 271-279.
- Watanabe, Y. 2003. **The Elder abuse prevention and caregiver support law in Japan** [Online]. Available from: [http://www.longevity.ilc-japan.org/t\\_stories/0703.htm](http://www.longevity.ilc-japan.org/t_stories/0703.htm) [2550, September 31]
- 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 Nursing Practice** 14(4): 40-50.
- Wolf, R. S. 2000. The nature and scope of elder abuse. **Generations** 24(2): 6-12.
- World Health Organization. 2002a. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2002b. **Missing voices: Views of older persons on elder abuse**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2008a. **Discussing screening for elder abuse at primary health care level**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2008b. **A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main report**. Geneva: World Health Organization.
- Yan, E. C-W., and 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.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ภาคผนวก ก

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
3. ใบรับรองโครงการวิจัย
4. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
5. หนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ สุวรรารณณ์ ไพธิรัมย์ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง “ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ” ซึ่งเป็นการศึกษาถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และในชุมชน จุดประสงค์คือต้องการทราบว่า ท่านมีทักษะเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอย่างไร และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้หรือไม่ อย่างไร ถ้าท่านไม่สนใจหรือคิดว่าไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ด้วยหัวข้อเรื่องเช่นนี้ ท่านสามารถปฏิเสธได้ และถ้าท่านตกลงที่จะให้สัมภาษณ์ แต่ระหว่างที่สัมภาษณ์ มีคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ รวมถึงท่านอาจขอยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ แม้ว่าอาจจะยังไม่หมดข้อคำถาม และ เรื่องราวต่างๆที่ท่านให้ข้อมูลจะไม่มีนำไปอ้างว่าได้มาจากท่าน ซึ่งการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยจะไม่มีการจดชื่อของท่าน เราสนใจเฉพาะความคิดเห็นของท่านที่จะมีต่อข้อคำถามเท่านั้น

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง และจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา รวมทั้งอาจมีการขออนุญาตสัมภาษณ์ซ้ำ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่อิ่มตัว โดยดิฉันจะขอสอบถามความสะดวกและความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ซ้ำทุกครั้ง เพื่อให้ท่านได้ตัดสินใจ และสามารถปฏิเสธการสัมภาษณ์ได้ทุกขณะ อย่างไม่มีเงื่อนไข และหลังจากนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้ว ดิฉันจะนำการสรุป และแปลความหมาย กลับไปให้ท่านตรวจสอบ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นความจริง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความคิดเห็นของดิฉัน แต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านอย่างแท้จริง โดยจะนำไปให้ท่านตรวจสอบหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง โดยดิฉันจะทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ตามที่ท่านมีความสะดวก และดิฉันจะโทรศัพท์ติดต่อนัดหมายกับท่าน และเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อนของท่าน ดิฉันจะใช้เวลาในการตรวจสอบทั้งสิ้นไม่เกิน 45 นาที ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ และเสนอผลโดยไม่ทำความเสียหายใดๆ ทั้งต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายเมื่อการศึกษารั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ และสามารถติดต่อดิฉันได้ตลอดเวลา ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่นี้คือ 089-7914931 ดิฉันยินดีให้ความกระจ่าง และตอบคำถามแก่ท่านเสมอ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

สุวรรารณณ์ ไพธิรัมย์



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 252/52

วันที่ 29 พฤษภาคม 2552

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตามที่ นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอแก้ไขครั้งที่ 2 โครงการวิจัยที่ 033.2/52 เรื่อง ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ : ทิศนะของพยาบาลวิชาชีพ (ELDER ABUSE : PERSPECTIVES FROM REGISTERED NURSES) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้  
รับรองวันที่ 27 พฤษภาคม 2552

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1736
ว.ค.ป. 5 มี.ย. 52
เวลา 11.14

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
งานบริการบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 719
ว.ค.ป. 5 มี.ย. 2552
เวลา 16:00 น.

เรียน คณบดีฝ่ายรองคณบดีฝ่าย <sup>b</sup> อ. นันทิรา ชัยชนะวงศาโรจน์ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทิรา ชัยชนะวงศาโรจน์)

เพื่อทราบ และเห็นควรแจ้งอาจารย์.....

เพื่อทราบ และเห็นควรดำเนินการให้อาจารย์.....

เพื่อทราบ และเห็นควรรออนุญาตอาจารย์.....

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

นันทิรา ชัยชนะวงศาโรจน์

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8 มี.ย. 52

8 มี.ย. 52

9 มี.ย. 52

9 มี.ย. 2552

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



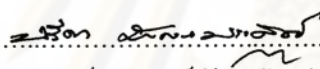
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

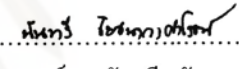
COA No. 067/2552

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 033.2/52 : ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ : ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์รัมย์เย็น นิสิตระดับมหาบัณฑิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....   
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทักษิณประดิษฐ)  
ประธาน

ลงนาม.....   
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 พฤษภาคม 2552

วันหมดอายุ : 26 พฤษภาคม 2553

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 033.2/52  
วันที่รับรอง 27 พ.ค. 2552  
วันหมดอายุ 26 พ.ค. 2553

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-09

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุวรรารัตน์ โพธิ์รัมย์เย็น

นิติศาสตราจารย์วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 22 หมู่ที่ 4 ต.บางเค็ด อ.บางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา 13220

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-322555 ต่อ 7400 โทรศัพท์มือถือ 089-7914931 E-mail : Jazz5687@hotmail.com

Dr. N. N.  
17/10/52

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับ ความหมาย เหตุปัจจัย ลักษณะ และผลที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการหรือดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง โดยในงานวิจัยนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

4. ลักษณะของประชากรตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชนมาไม่น้อยกว่า 3 ปี รวมทั้งเป็นพยาบาลที่เคยปฏิบัติงาน หรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง ร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีแบบบอกต่อ ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยการแนะนำของพยาบาลวิชาชีพที่ได้เก็บข้อมูลไปแล้ว ซึ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ถูกแนะนำต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยเช่นกัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน และสถานีอนามัยในพื้นที่ที่คาดว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้บริการผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง โดยทั้งนี้พื้นที่ๆเลือกในการเก็บข้อมูล จะมีใช้ประเด็นหลักในการกำหนดลักษณะผู้ให้ข้อมูล แต่งานวิจัยนี้จะสนใจที่ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล หรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับความรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรง และหากข้อมูลที่ได้รับยังไม่อึดตัว ผู้วิจัยจะขออนุญาตสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยการนัด วัน เวลา และสถานที่ ตามความสะดวกและความสมัครใจ ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะทำการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดประมาณ 10-12 ราย โดยขึ้นอยู่กับการอึดตัวของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที



1/2

เลขที่โครงการวิจัย ..... 03๓.๒/52  
วันที่รับรอง ..... 27 พ.ค. 2552  
วันหมดอายุ ..... 26 พ.ค. 2553

ปรับปรุงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2551



AF 04-09

5. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะมีการบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้งเกี่ยวกับการขอบันทึกเทป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธการบันทึกเทปได้ทุกขณะ อย่างไม่มีเงื่อนไข และเทปที่บันทึกทั้งหมดจะทำลายทิ้งทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งอาจมีการขออนุญาตสัมภาษณ์ซ้ำ หากข้อมูลที่ได้อาจไม่คุ้มค่า โดยผู้วิจัยจะสอบถามความสะดวกและความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ซ้ำทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจ และสามารถปฏิเสธการสัมภาษณ์ได้ทุกขณะ อย่างไม่มีเงื่อนไข นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล สามารถแสดงความคิดเห็น และพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การบริการหรือดูแล ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง ได้ อย่างอิสระ โดยระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ จะ ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ โดยผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีและยินยอมในการให้ข้อมูลต่อผู้วิจัย โดยมีการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

6. ความไม่สะดวกหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ อาจอ่อนเพลีย หรือ ไม่มีเวลาในการสนทนา ตามระยะเวลาที่กำหนด จากการขึ้นเวร หรือ ลงเวร ของผู้ให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จะทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ตามความสะดวก และตามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล

7. นำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุปและแปลความหมายกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้สมาชิกตรวจสอบ ผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง (Member check) โดยจะนำไปให้สมาชิกตรวจสอบหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง โดยทำการนัดหมายวัน และเวลาตามที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก ทั้งนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหรือมอบระยะเวลาในการพูดคุยก่อนเสมอ เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนเวลาพักผ่อน ซึ่งการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง จะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

8. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้วิธีการบอกต่อ หรือแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลท่านก่อน ที่ได้ให้ข้อมูลไว้ ร่วมกับการใช้แบบประเมินเบื้องต้น ในการคัดกรองความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ที่ถูกแนะนำจะมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จริง และหากพบว่าผู้ไม่อยู่ในเกณฑ์ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่สละเวลามาให้ข้อมูลเบื้องต้น

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่ผู้วิจัยจะมีของที่ระลึกมอบให้ เพื่อเป็นการขอบคุณที่สละเวลามาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

10. ผู้วิจัย แจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย ซึ่งเป็นโดยสมัครใจ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ ความรุนแรงในลักษณะต่างๆ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวและสถานพยาบาล รวมถึง เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และพัฒนาทวิวิธีในการป้องกัน และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวและสถานพยาบาลต่างๆต่อไป ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ



เลขที่โครงการวิจัย 2/2 033.2/52 ปรับปรุงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2551  
วันที่รับรอง 27 พ.ค. 2552  
วันหมดอายุ 26 พ.ค. 2553

AF 04-09

รวมทั้ง ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น

11. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่บ้านเลขที่ 22 หมู่ 4 ตำบล บางเคื่อ อำเภอ บางปะหัน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา 13220 โทรศัพท์ 089-7914931 E-mail: jazz5687@hotmail.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือ โทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ รวมทั้ง หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย ..... 033.2152 .....  
วันที่รับรอง ..... 27.11.2552 .....  
วันหมดอายุ ..... 26.11.2553 .....

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์รัมย์เย็น

ที่อยู่ติดต่อ 22 หมู่ที่ 4 ต. บางเคื่อ อ. บางปะหัน จ. พระนครศรีอยุธยา 13220 โทรศัพท์ 089-7914931

ที่ทำงาน ตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ 035-322555 ต่อ 7400

E-mail jazz5687@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ : ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ได้ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลการวิจัย จนกว่าจะได้ข้อมูลที่ซ้ำๆ และ ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ซึ่งในการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 45-60 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงานหรือการดูแลให้บริการของ ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก การตรวจสอบข้อมูล การบันทึกเทป และจะลบทำลายเทปทิ้ง หลังเสร็จสิ้นการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว



1/2

เลขที่โครงการวิจัย 033.2/52  
วันที่รับรอง 27 พ.ค. 2552  
วันหมดอายุ 26 พ.ค. 2553

ลงชื่อ.....  
(สุวรรณภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น)  
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
(.....)

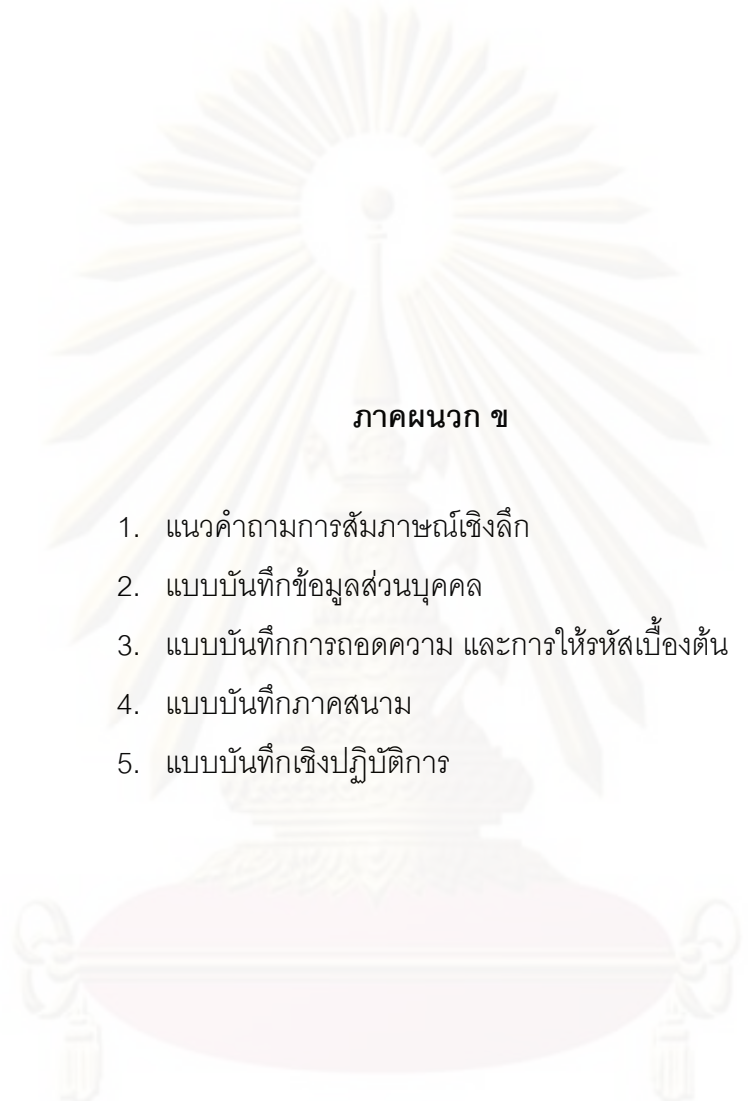
พยาน



เลขที่โครงการวิจัย 033.2/52  
วันที่รับรอง 27 พ.ค. 2552  
วันที่ลงนาม 26 พ.ค. 2553

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น
4. แบบบันทึกภาคสนาม
5. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

นามสมมุติ ..... อายุ.....ปี รหัส.....  
 สถานที่ทำงาน..... ประสบการณ์การทำงาน.....อำเภอ  
 .....  
 วันเดือนปี ที่สัมภาษณ์.....  
 เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... การสัมภาษณ์เสร็จสิ้นเวลา.....  
 ครั้งที่สัมภาษณ์.....  
 สถานที่สัมภาษณ์.....

แนวคำถามในการเก็บข้อมูล สร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

### I. คำถามเปิดการสนทนา (Opening Question) เพื่อทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ที่สละเวลามาสนทนาพูดคุยด้วย และแนะนำตัวว่าเป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จุดประสงค์คือต้องการทราบว่า ท่านมีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอย่างไร มีประสบการณ์ในเรื่องนี้หรือไม่อย่างไร ถ้าท่านไม่สนใจหรือคิดว่าไม่ต้องการที่จะสนทนาด้วยหัวข้อเรื่องเช่นนี้ กรุณาบอกด้วยเพื่อที่เราจะได้ไม่รบกวน ถ้าท่านตกลงที่จะคุยด้วย แต่ระหว่างที่ถาม มีคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ รวมถึงท่านอาจขอยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ แม้ว่าอาจจะยังไม่หมดข้อคำถาม ขอเรียนว่า เรื่องราวต่างๆที่ท่านเล่าจะไม่มีการนำไปอ้างว่า ได้มาจากท่าน และการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีการจดชื่อของท่าน เราสนใจเฉพาะความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อคำถามเท่านั้น

1. ท่านเรียนจบด้านการพยาบาลมาได้กี่ปีแล้ว
2. ท่านปฏิบัติกรด้านการพยาบาลในหน่วยงานนี้มานานแค่ไหนแล้ว
3. ท่านเคยให้บริการด้านการพยาบาลในหน่วยงานอื่นบ้างหรือไม่

### II. คำถามเกริ่น (Introduction Question)

เป็นการแนะนำหัวข้อที่จะสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องที่จะสนทนา และได้แสดงความรู้สึก ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่จะสนทนา

4. ปัจจุบัน มีผู้สูงอายุมารับบริการในหน่วยงานของท่านมากน้อยแค่ไหน
5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับบริการกับใคร และมักจะมาด้วยปัญหาอะไร
6. ท่านรู้สึกอย่างไรกับผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ
7. ถ้ากล่าวถึงการกระทำรุนแรง หรือ การกระทำที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ท่านคิดอย่างไร

### III. คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition Question)

8. จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของท่าน ท่านเคยพบเห็นผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงบ้างไหม
9. ที่เคยพบ / เห็น เป็นกรณีเช่นไร พอจะเล่า หรือพอจะจำเหตุการณ์ได้ไหม
10. ตามที่ท่านเล่ามา ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงอย่างไร
11. จากที่ท่านเล่ามา ท่านคิดว่า เหตุใดผู้สูงอายุจึงถูกกระทำอย่างนั้น
12. ท่านรู้ได้อย่างไร ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามที่ท่านเล่า เป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
13. ตามที่ท่านเล่ามานี้ ท่านสังเกตจากอะไร ถึงรู้ว่า เป็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
14. ท่านพอจะบอกได้ไหม ว่าท่านประเมินจากอะไร จากตัวผู้สูงอายุเอง ญาติ ครอบครัว หรืออื่นๆ
15. จากที่ท่านเล่ามา ท่านประเมินพบอะไรบ้าง
16. เมื่อพบแล้วทำอย่างไร พอจะเล่าได้ไหม
17. จากเรื่องราวที่ท่านได้เล่า ท่านพอจะบอกความรู้สึกของท่านได้ไหมว่า ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเหล่านั้น
18. ในความเข้าใจของท่าน ท่านคิดอย่างไรกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

### IV. คำถามหลัก (Key Question)

19. ตามประสบการณ์หรือตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คืออะไร
20. ในฐานะที่ท่านปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุตามที่ท่านเคยพบ / เห็น มีอะไรบ้าง
21. ท่านคิดว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่พบบ่อยเป็นความรุนแรงแบบไหน
22. ตามประสบการณ์ที่ท่านเคยพบ / เห็นผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง ท่านคิดว่า การที่ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง มีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง ที่พบบ่อย มักจะมีสาเหตุจากอะไร
23. ท่านเคยพบผู้สูงอายุแบบไหนบ้างที่ถูกกระทำรุนแรง

24. ผู้สูงอายุที่ท่านเคยพบ / เห็น แบบไหน มักจะถูกกระทำรุนแรงเสมอ
25. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านพอจะบอกได้ไหมว่า ผู้กระทำรุนแรงเป็นใครบ้าง
26. ตามประสบการณ์ที่ท่านได้พบเห็น ผู้ที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะเป็นใคร
27. ท่านคิดว่า สังคม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุไหม
  - ไม่ (ทำไมจึงคิดเช่นนั้น)
  - มีผลต่อปัญหาความรุนแรง (อย่างไร)
28. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของท่าน ท่านคิดว่า การกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้น จะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุไหม
29. ถ้ามีผลกระทบ ท่านคิดว่า มีผลกระทบอย่างไร พอจะบอกได้ไหม
30. จากกรณีที่ท่านเล่ามานั้น ท่านคิดว่าเกิดผลกระทบแบบไหนบ้าง
31. ท่านพอจะบอกได้ไหมว่า ที่ท่านพบบ่อยเป็นแบบไหน
32. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุแล้ว ท่านคิดว่ามีผลกระทบต่อด้านอื่นๆไหม ด้านไหนที่ท่านเคยพบ / เห็น
33. ท่านได้ช่วยเหลือหรือดำเนินการอะไรไปบ้างไหม
34. จากที่ท่านได้เล่ามา ท่านช่วยเหลืออย่างไรบ้าง พอจะเล่าได้ไหม
35. นอกจากการช่วยเหลือตามที่ท่านได้เล่ามา ท่านได้ให้การป้องกันปัญหาดังกล่าวด้วยไหม ท่านทำอย่างไร
36. นอกจากการป้องกันช่วยเหลือแล้ว ท่านได้ติดตามประเมินปัญหาต่อด้วยไหม ท่านพอจะบอกได้ไหมว่า ท่านติดตามประเมินต่ออย่างไร
37. ท่านพบเจออุปสรรค หรือปัญหาจากการติดตามประเมินบ้างไหม ท่านคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไร
38. จากประสบการณ์ที่ท่านได้เล่ามานั้น ท่านพอจะเล่าได้ไหมว่า ท่านมีวิธีแนะนำเพื่อนร่วมงานหรือญาติของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ให้เข้าใจปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ได้อย่างไรบ้าง
39. จากที่ท่านได้เล่ามาทั้งหมด ท่านพอจะเล่าได้ไหมว่าท่านคิดอย่างไรกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น
40. ท่านพอจะบอกได้ไหมว่า ท่านมองปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นอย่างไร

## V. คำถามจบการสนทนา (Ending Question)

41. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม



- มีอะไรที่ท่านอยากจะทำแล้วยังไม่ได้ทำเพิ่มเติม หรือมีอะไรที่ต้องการจะซักถามผู้วิจัยหรือไม่ โปรดบอกด้วย
- กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและสรุปประเด็นที่สนทนากันในครั้งนี้อย่างพร้อมทั้งนัดหมายการสนทนาในครั้งต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ..... อายุ..... ปี ระดับการศึกษา.....

สถานภาพสมรส..... ศาสนา.....

ภูมิลำเนาเดิม .....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....รายได้ .....

ประสบการณ์การทำงาน.....

ประวัติการทำงาน.....

.....

.....

.....

ประสบการณ์การฝึกอบรมต่างๆ.....

.....

.....

งานที่รับผิดชอบในปัจจุบัน.....

โรคประจำตัว.....

สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

วัน เดือน ปี...../...../..... เวลา.....ถึง.....น.

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
.		
.		
.		
.		



### แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์...../...../.....

การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์...../...../.....

สัมภาษณ์ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....สถานที่สัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
2. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
3. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
4. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
5. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
6. อื่นๆ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ภาคผนวก ค

1. แบบประเมินเบื้องต้นสำหรับการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เรื่องความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยสรุป

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถามเบื้องต้น เพื่อคัดกรองพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	ท่านเคยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความรุนแรง หรือถูกกระทำทารุณกรรม			
2	<p>ผู้สูงอายุที่ท่านได้มีโอกาสดูแล หรือให้ความช่วยเหลือ ได้รับความรุนแรงด้านร่างกาย เช่น รอยช้ำ รอยไหม้ แผลกดทับ กระดูกหัก การล้วงละเมิดทางเพศ</p> <p>ด้านจิตใจหรืออารมณ์ เช่น ดุด่า บ่น ทำให้อาย ว่ากล่าว ชัดใจ แสดงท่าทางรังเกียจ</p> <p>การหาประโยชน์หรือการละเมิดสิทธิต่างๆ เช่น นำเงิน หรือทรัพย์สินของผู้สูงอายุไป</p> <p>การทอดทิ้ง เช่น การปล่อยปละละเลย การไม่สนใจดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนสิ่งจำเป็น การไม่พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด</p>			

## ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยสรุป

สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 ราย ผู้วิจัยจะใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยเริ่มตั้งแต่ ID1-ID10 ดังนี้คือ

### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1 (ID1)

#### ประวัติส่วนตัว

เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 42 ปี ภูมิลำเนา เป็นคนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษา ระดับปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรม

#### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีบุตร 2 คน เรียนหนังสือในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ตามลำดับ สามีประกอบอาชีพรัฐวิสาหกิจ ในกรุงเทพมหานคร เดินทางไปกลับทุกวัน ชีวิตครอบครัวมีความสุขดี ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน

#### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรมมาตลอด เป็นระยะเวลา 21 ปี รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ในด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย

#### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง รอบๆบ้านมีผู้สูงอายุหลายราย ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าว่า ได้พบเห็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากเพื่อนบ้าน คนรู้จัก ซึ่งการกระทำรุนแรงที่พบมักเป็นการดูด่า ตะคอกใส่หน้าผู้สูงอายุ การเอาอาหารมาวางไว้ แต่ไม่ดูแล ทั้งที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางครั้งตาบอดและเป็นอัมพาต และจากการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลมักพบผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรงในลักษณะต่างๆ ทั้งจากญาติที่ดูแล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย การกระทำรุนแรงที่พบส่วนใหญ่เป็นการใช้คำพูดว่ากระทบกระเทียบ หรือแสดงความไม่เต็มใจในการดูแล

### 2. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 2 (ID2)

#### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 35 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรม



### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล เป็นบุตรคนสุดท้อง เพิ่งแต่งงานแยกครอบครัว สามีทำงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ยังไม่มีบุตร ชีวิตครอบครัวมีความสุขดี

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรมมาตลอด เป็นระยะเวลา 12 ปี รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนางานด้านการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเป็นครูพี่เลี้ยง ให้แก่พยาบาลจบใหม่ และนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง มีประสบการณ์พบเห็นผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง โดยผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง พักอาศัยอยู่ข้างบ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่คือหลานผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุด้วยการตะคอก บ่น และการขู่ไล่ผู้สูงอายุออกจากบ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ส่วนใหญ่มักจะได้ยินเสียงในช่วงเช้า และช่วงบ่าย คือตอนนำอาหารมาให้ และตอนเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากบ้านของผู้สูงอายุและหลานที่ดูแลจะอยู่กันคนละหลัง แต่อยู่ใกล้กัน ซึ่งผู้สูงอายุมักจะอยู่คนเดียวที่บ้านหลังเดิม แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าว่า ตนเองไม่เคยเห็นลักษณะการกระทำรุนแรงด้วยตาตนเอง เนื่องจากข้างบ้านมีรั้วกัน และมีลักษณะบ้านที่มิดชิด มองไม่เห็นภายในบ้านของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จึงได้ยินแต่เสียงที่ดังผ่านเข้ามาในบ้าน ส่วนการปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ผู้ให้ข้อมูลได้พบเจอผู้สูงอายุและญาติ กระทำรุนแรงต่อกันบ่อยครั้ง โดยเฉพาะการใช้คำพูด การใช้กำลังในการดูแล เช่น การตี การกระชาก

## 3. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3 (ID3)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 36 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรม

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีสถานะภาพโสด เป็นบุตรคนกลาง พี่ชายและน้องสาวแต่งงานแยกครอบครัวออกไป ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลพักอาศัยอยู่กับมารดา ซึ่งป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และต้องล้างไตอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลมารดา และค่าใช้จ่ายต่างๆ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเห็นว่า ความกตัญญูเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องยึดถือ

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกอายุรกรรม เป็นระยะเวลา 12 ปี รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนางานคุณภาพด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วย

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง มีประสบการณ์ส่วนตัว เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการกระทำรุนแรงจากญาติพี่น้อง ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว เกี่ยวกับเงินทอง และทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นยายของผู้ให้ข้อมูล ปัจจุบัน คุณยายได้เสียชีวิตแล้ว แต่ผู้ให้ข้อมูลยังรู้สึกถึงการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อคุณยายของตนเองอยู่เสมอ และเห็นว่า การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เกิดขึ้นได้ทั้งในบ้าน และในหอผู้ป่วย ซึ่งจากการปฏิบัติงาน ได้พบเห็นการกระทำรุนแรงจากญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วย เช่น การดู การว่า และการกระทำด้านร่างกาย เช่น การกระแทก กระชก หรือการดูแลด้วยความไม่เต็มใจ

## 4. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4 (ID4)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 43 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต และจบการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีสถานะภาพโสด เป็นบุตรคนสุดท้องของครอบครัว

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเป็นเวลา 18 ปี ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนมาตลอด จัดทำโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุและคนในชุมชนหลายโครงการ จนได้รับรางวัลพยาบาลดีเด่นของสภาการพยาบาลด้านการพัฒนางานอนามัยชุมชน ปัจจุบันเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ และเป็นที่รักของคนในชุมชนเป็นอย่างมาก

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์ส่วนตัว เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการได้ปฏิบัติงานตรวจรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในศูนย์สาธารณสุขชุมชน และการออกเยี่ยมชุมชนในเขตความรับผิดชอบ ทำให้ได้พบเห็นเหตุการณ์การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งผู้กระทำรุนแรงมีทั้งคนในครอบครัว และคนในชุมชน

## 5. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 5 (ID5)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 33 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล สถานะภาพสมรส มีบุตร 1 สามีรับราชการ ครอบครัวมีความอบอุ่นดี

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกฉุกเฉิน เป็นเวลา 10 ปี

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการได้ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และการออกหน่วยกู้ชีพ ได้พบเจอปัญหาการกระทำรุนแรงทั้งจากการให้บริการในแผนกฉุกเฉิน และการเข้าไปช่วยเหลือในชุมชน เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

## 6. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 6 (ID6)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศชาย อายุ 31 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต และจบการศึกษาเฉพาะทางด้านกายภาพบำบัดชุมชน

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีสถานะภาพโสด เป็นบุตรคนโตของครอบครัว

### ประวัติการทำงาน

เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นเวลา 5 ปี และย้ายมาปฏิบัติงานในสถานีนอนาถเป็นเวลากว่า 3 ปี ดูแลรับผิดชอบการตรวจรักษา และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพา

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์ส่วนตัว เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการได้ปฏิบัติงานตรวจรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล และในสถานีนอนาถ โดยเฉพาการออกเยี่ยมชุมชนในเขตความรับผิดชอบ ทำให้ได้พบเห็นเหตุการณ์การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งหลายราย เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นอัมพาต ขาดคนดูแลเอาใจใส่

## 7. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 7 (ID7)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 30 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีสถานะภาพโสด เป็นบุตรคนโตของครอบครัว และเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลครอบครัว ซึ่งมีทั้งพ่อ แม่ และ ยายซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะฟุ้งพา

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกผู้ป่วยหนัก 5 ปี และย้ายมาปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยในแผนกอายุกรรม เป็นเวลา 3 ปี ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในห้องผู้ป่วยแห่งนี้

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์ส่วนตัว เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากเพื่อนบ้านที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่พบเป็นการทอดทิ้งไม่ดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้พบเห็นปัญหาตั้งแต่ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนเดียวกับตนเอง จนกระทั่งเจ็บป่วย และต้องมารับบริการในแผนกที่ตนเองปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มแรก จนถึงวันที่ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล และได้รับความทุกข์จากการทอดทิ้งของลูกหลาน

## 8. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 8 (ID8)

### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 44 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต

### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล เป็นบุตรคนที่ 2 ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด 4 คน ปัจจุบันสมรสแล้ว และมีบุตร 1 คน ครอบครัวมีความอบอุ่นดี

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมมาตลอดระยะเวลา 20 ปี ให้การพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยทุพพลภาพ ที่มีปัญหาทางศัลยกรรมและกระดูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มาด้วยปัญหากระดูกหัก และการติดเชื้ของแผล และอวัยวะภายใน

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการปฏิบัติงานและดูแลผู้มารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นการทอดทิ้ง หรือ ดูแลด้วยความไม่เต็มใจ ของลูกหลานในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยศัลยกรรมส่วนใหญ่มักมีภาวะพึ่งพาจากปัญหาทางศัลยกรรม เช่น จากการผ่าตัด หรือปัญหากระดูกหัก การหกล้มโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักได้พบเห็นอยู่เสมอ

### 9. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9 (ID9)

#### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 33 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต

#### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล เป็นบุตรคนโตของครอบครัว และเพิ่งแต่งงาน แต่ยังไม่ได้แยกครอบครัวจากพ่อแม่ สามีประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนในกรุงเทพฯ ยังไม่มีบุตร ครอบครัวอบอุ่นดี

#### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานอยู่แผนกศัลยกรรมมาตลอดระยะเวลา 11 ปี มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง และปัญหาการติดเชื้อของบาดแผล

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จากประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลเคยพบการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะของการใช้คำพูดว่า ดู ตะคอก การให้การดูแลที่ไม่นิ่มนวล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้พบเจอเสมอ

### 10. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 10 (ID10)

#### ประวัติส่วนตัว

พยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง อายุ 46 ปี ภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกำเนิด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร

#### ประวัติครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูล มีสถานะภาพสมรส สามีประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีบุตร 1 คน กำลังเรียนในระดับอุดมศึกษาของรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ปกติผู้ให้ข้อมูลพักอาศัยอยู่ที่บ้านสามี และแม่สามีที่ป่วยเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์แต่พอช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวมีความอบอุ่นดี

### ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานในสถานเฝ้าระวังมาตลอดระยะเวลา 21 ปี ทำงานให้บริการ และติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน ในเขตความรับผิดชอบ และร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพในระดับจังหวัด รวมทั้งเป็นผู้จัดทำโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การทำกรณีศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะพึ่งพาและขาดผู้ดูแลในชุมชน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่รับผิดชอบ

### ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรง

มีประสบการณ์เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จากการได้ปฏิบัติในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ปัญหาความรุนแรง จากการออกเยี่ยมชุมชน ซึ่งการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่ เป็นการทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุ ด้วยการใช้คำพูดและการแสดงอาการรังเกียจผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีทรัพย์สินสมบัติ และมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลและต้องรักษาต่อเนื่อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุวรรารภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น เกิดวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2519 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จากโรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีการศึกษา 2537 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเทพ ปีการศึกษา 2541 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย