

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีไทย

โรจน์ จินตนาวัฒน์ * Ph.D

กนกพร สุคำวัง ** พ.ย.ด.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย *** Ph. D

บทคัดย่อ

การถูกทำร้ายของผู้สูงอายุแม้ว่าเป็นปัญหาทางสังคมที่รุนแรงและซับซ้อนในสังคมปัจจุบัน แต่ การศึกษาปัญหานี้ในประเทศไทยยังมีจำกัดการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์เปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย และอำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อ การถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 304 ราย ที่คัดเลือกจากการสุ่ม ตัวอย่างแบบหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดกรองการถูก ทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว 2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ จากสมาชิกในครอบครัว และ 3) ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และดัชนีจูพาเอดีแอล

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 46.4 ของผู้สูงอายุสตรีไทยมีประสบการณ์ของการถูกทำร้าย ความชุก ของการถูกทำร้ายทางด้านจิตใจร้อยละ 39.5 การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุร้อยละ 20.4 การล่วง ละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุร้อยละ 11.5 การทอดทิ้งร้อยละ 11.2 และการทำร้ายทางด้านร่างกายร้อยละ 6.2 ปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย ได้แก่ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุไม่ดี สมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติดื่มเหล้าและหรือเสพยา สภาพความเป็นอยู่ภายในครอบครัวไม่ดี การ ฟังพาทางด้านเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ มีอำนาจร่วมกันในการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรี ไทยร้อยละ 79.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลที่สำคัญที่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น สามารถนำไปสู่การวางแผน พัฒนาและจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกัน การจัดการปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ ตลอดจนวางแผน ระบบเฝ้าระวังปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อไป

คำสำคัญ : ความชุก ปัจจัยเสี่ยง การถูกทำร้าย ผู้สูงอายุสตรีไทย

* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำร้ายผู้สูงอายุ (elder Abuse) เป็นการกระทำที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บไม่ว่าทางด้านร่างกายหรือจิตใจ (Comijs, Pot, Smit, Bouter, & Jonker, 1998; Wolf & Li, 1999) รวมทั้งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีอายุสั้น และอัตราการตายเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ (Lachs, Williams, O'Brien, Pillemer, & Charlson, 1998) อย่างไรก็ตามปัญหาการทำร้ายผู้สูงอายุมักไม่ได้รับความสนใจเมื่อเทียบกับความรุนแรงในครอบครัวประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะการทำร้ายเด็กหรือสตรี (The National Center on Elder Abuse [NCEA], 1999) ดังนั้นอุบัติการณ์และความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่ทราบจึงขาดความถูกต้องและความแม่นยำ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาอุบัติการณ์ของการทำร้ายผู้สูงอายุ (The national elder abuse incidence study: NEAIS) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1996-1998 (NCEA, 2001) พบว่าอุบัติการณ์ของการทำร้ายผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 1.2 และคาดการณ์ว่ายังมีผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายจำนวนอย่างน้อย 5 ราย ต่อทุกๆ รายใหม่ของผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายที่พบไม่ถูกรายงาน แสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่พบน่าจะต่ำกว่าสถานการณ์จริงมาก ทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีถูกทำร้ายสูงถึงร้อยละ 67.3 และความรุนแรงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Hudson, 1997) ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุสตรีมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย จากการที่ผู้สูงอายุสตรีมีอายุที่ยืนยาวกว่า และเมื่อมีอายุมากขึ้นก็มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547; LaCroix, Newton, Leveille, & Wallace, 1997) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสตรีมีความต้องการในการพึ่งพา และการดูแลจากบุคคลอื่นมากกว่าผู้สูงอายุชาย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ,

2543; Hudson, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีบางรายจะถูกทำร้ายอย่างต่อเนื่องจากคู่สมรสตั้งแต่วัยสาว (Phillips, 2000) ดังนั้นผู้สูงอายุสตรีจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้ความสนใจและเฝ้าระวังปัญหาการถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัว

อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของแผนดำเนินการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการจัดการกับปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับความตระหนักและความเข้าใจถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถสรุปได้ อย่างชัดเจน (Wolf, 1997) แต่จากการศึกษาในต่างประเทศสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุได้ ทั้งในส่วนของผู้ถูกทำร้ายและผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยความเจ็บป่วยทางจิตและการติดสิ่งเสพติดของผู้ดูแล (Fulmer, 1998; Swagerty, Takahashi, & Evans, 1999) ปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะสุขภาพความสามารถในเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปัจจัยบริบทของการดูแล ได้แก่ สถานภาพทางการเงิน สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ (Comijs, Smit, et al., 1998; Lachs et al., 1997) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทที่แตกต่าง การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยจึงมีความจำเป็น

ปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยยังได้รับความสนใจน้อย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังเชื่อมั่นว่าความกตัญญูกตเวทีของผู้อ่อนอาวุโสที่มีต่อบุพการียังเข้มแข็ง ปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยจึงไม่อาจจะเกิดขึ้นในสังคม แต่ในความเป็นจริงวัฒนธรรมและค่านิยม

ที่ตั้งงามของไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป คนไทยบางส่วนมีการยึดถือศีลธรรมอันดีงามน้อยลง มีแนวโน้มที่จะแข่งขันกัน แสวงหาผลประโยชน์จากผู้อื่นและใช้ตนเองเป็นศูนย์กลางมากขึ้น (Bureau of Health Policy and Plan, 1997) การสำนึกในความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการีลดลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ความสัมพันธ์และความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวลดลง และจำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งสามารถจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมีน้อยลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวและนำไปสู่การถูกทำร้ายและทอดทิ้ง นอกจากนี้ธรรมชาติการพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุในยามที่เจ็บป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและส่งเสริมให้เกิดการทำร้ายผู้สูงอายุได้ (Fulmer, Street, & Carr, 1984) ซึ่งจากการศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 400 ราย ของ มรยาท รุจิวิทย์ และ ศิริพร ศรีวิชัย (2547) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 48.5 ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุสตรีถึงร้อยละ 71.1 รวมทั้งจากการศึกษาของ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ ศิริอร สินธุโรจน์ จินตนาวัฒน์ และวารี กังใจ (2544) เกี่ยวกับความชุกของการทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี จำนวน 509 คน พบว่า ความชุกของการทำร้ายผู้สูงอายุด้านจิตใจ การทอดทิ้ง ด้านร่างกาย และการแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 70.3, 65.4, 59.7 และ 21.2 ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนผลกระทบต่ออาการทางจิตน้อย ซึ่งผลของการศึกษาที่ขัดแย้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนามาขึ้นจากวัฒนธรรมทางตะวันตก ทำให้ข้อคำถามบางข้อไม่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย จึงจำเป็นที่

ต้องทำการศึกษาใหม่โดยใช้เครื่องมือประเมินการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่เที่ยงตรงและเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัญหาการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งผลของการศึกษาที่ได้จะทำให้ทราบความรุนแรงของปัญหา ตลอดจนเข้าใจปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย อันจะนำไปสู่การวางแผนการเฝ้าระวัง การป้องกัน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุสตรีไทยที่ถูกทำร้ายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย

คำถามการวิจัย

1. ความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยคืออะไร
3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยคืออะไร

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีทางระบาดวิทยา คือ บุคคล(host)-ผู้กระทำ(agent)-สิ่งแวดล้อม(environment) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจาก การทำร้ายผู้สูงอายุสตรีในชุมชนโดย

สมาชิกของครอบครัวเป็นปัญหาสังคมและสุขภาพที่ซับซ้อน ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีจึงประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (elder-related factors) ซึ่งได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น, ภาวะสุขภาพไม่ดี และความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ (host) เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการดูแล และมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายลดลง ในขณะที่ปัจจัยของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว (caregiver-related factors) ซึ่งเป็นผู้กระทำ (agent) โดยเฉพาะปัจจัยความเจ็บป่วยทางจิต และการติดสิ่งเสพติดของผู้ดูแล ก็จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง และจะกระทำการทำร้ายผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยบริบทของการดูแล (caregiving-related factors) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม (environment) ของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลก็มีส่วนส่งเสริมให้มีการทำร้ายผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุไม่ดี ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสาม ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมของการทำร้ายผู้สูงอายุก็จะช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจปัญหานี้มากขึ้น อันจะนำไปสู่การวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคือไปในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์เปรียบเทียบ (case - comparison descriptive study) ประชากรเป็นผู้สูงอายุสตรีไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถติดต่อสื่อสารโดยการพูดได้ สติสัมปชัญญะดี มีคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา

(Chula Mental Test) มากกว่าหรือเท่ากับ 15 จากคะแนนเต็ม 19 ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multistage random sampling) โดยจังหวัดเชียงใหม่ประกอบไปด้วย 4 แขวง ผู้วิจัยสุ่มตำบลจำนวน 2 ตำบลจากทุกแขวง และสุ่มชุมชน 1 ชุมชนจากตำบลที่ถูกสุ่ม รวมเป็น 8 ชุมชน ซึ่งแต่ละชุมชนจะถูกสุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 304 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) เครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายของ

ผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว (The Elder Abuse Scale [EAS]) ของ โรจน์จินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยการทำร้ายผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย จำนวน 8 ข้อ, การทำร้ายด้านจิตใจ จำนวน 12 ข้อ, การแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ, การถูกทอดทิ้ง จำนวน 12 ข้อ, และการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ คะแนนของการถูกทำร้ายจะเริ่มจาก 1 (สถานการณ์ของการถูกทำร้ายไม่เคยเกิดขึ้นเลย) ถึง 3 (สถานการณ์ของการถูกทำร้ายเกิดขึ้นบ่อยครั้ง) ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือคัดกรองการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวรายด้าน คือการทำร้ายด้านร่างกาย การทำร้ายทางด้านจิตใจ การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง และการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.91, 0.91, 0.62, 0.90, 0.82 ตามลำดับ

3) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว (The Modified Health Attitude Living Arrangement

Finance [H.A.L.F.] Assessment Tool) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของเฟอร์กูสัน และเบค (Ferguson & Beck, 1983) เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษากับผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ทักษะคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนสูงจะแสดงถึงโอกาสเสี่ยงของการถูกทำร้ายสูง ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวรายด้าน คือ ภาวะสุขภาพ ทักษะคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสถานภาพทางเศรษฐกิจ มีค่าเท่ากับ 0.85, 0.94, 0.89, 0.77 ตามลำดับ

4) ดัชนีบาร์เรลเอตี้แอล และ ดัชนีจุพาเอตี้แอล ของศาสตราจารย์ นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542) ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ดัชนีบาร์เรลเอตี้แอล และ ดัชนีจุพาเอตี้แอล เท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประมาณ 60 - 90 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนโดยวิเคราะห์ทีละปัจจัย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก (Univariate Logistic Regression) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงที่มี

ส่วนเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน วิเคราะห์พร้อมกันหลายปัจจัย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสตรีไทยมีอายุเฉลี่ย 69.24 ปี (SD 5.65) ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.0 นับถือศาสนาพุทธ อยู่ในสถานภาพหม้ายร้อยละ 51.6 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.8 มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ โดยร้อยละ 64.5 สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 19.7 ไม่ได้รับการศึกษาในระบบการศึกษา ร้อยละ 53.9 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงาน โดยร้อยละ 60.9 มีรายได้ส่วนตัวน้อยกว่าเส้นแบ่งความยากจนของประชาชนไทยในเขตภาคเหนือ ร้อยละ 69.4 ได้รับเงินช่วยเหลือในการดำรงชีพจากบุคคลอื่น เช่น บุตร และญาติพี่น้อง เป็นต้น สำหรับรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 84.5 ไม่ทราบจำนวนรายได้ที่สมาชิกในครอบครัวได้รับต่อเดือน ในส่วนของการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.2 มีการรับรู้ว่ารายได้พอเพียงสำหรับใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ ส่วนสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 49.7 อาศัยอยู่กับบุตร ส่วนใหญ่ร้อยละ 98 ไม่มีประวัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยประมาณร้อยละ 14.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร และคู่สมรส เป็นต้น ดื่มเหล้า และ/หรือ เสพสิ่งเสพติด และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง

2. ความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย

จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์การถูกทำร้ายจากผู้สูงอายุสตรีไทยจำนวน 304 ราย พบว่าอัตราความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยที่สามารถคำนวณได้จาก จำนวนผู้สูงอายุสตรีไทยที่ถูกทำร้ายในช่วงเวลาที่ทำการศึกษารวบรวมด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุสตรีไทยที่นำมาศึกษาในช่วงเดียวกันคูณด้วย 100 พบว่าร้อยละ 46.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ของการถูกทำร้ายอย่างน้อย 1 ชนิด และพบอัตราความชุกของการทำร้ายจิตใจผู้สูงอายุสตรีไทยร้อยละ 39.5 การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุร้อยละ 20.4 การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุร้อยละ 11.5 การทอดทิ้งร้อยละ 11.2 และการทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 6.2

3. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทย

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ

ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก (univariate logistic regression) พบว่า ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและ/หรือเสพสิ่งเสพติด การรับรู้ความพอเพียงของรายได้ และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$, $p < 0.01$, และ $p < 0.05$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ ส่วนความพร้อมในการสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากดัชนีบาร์เคลเอดีแอล และดัชนีจุพาเอดีแอล มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย แบบลอจิสติก และ วิเคราะห์ที่ละเอียด (univariate logistic regression)

ลักษณะส่วนบุคคล	β	SE	Wald	sig	OR	95% CI	
						Lower	Upper
การรับรู้ความพอเพียงของรายได้							
พอ					1.000		
ไม่พอ	1.109	0.328	11.472	0.001**	3.033	1.596	5.763
ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและ/หรือเสพสิ่งเสพติด							
ไม่มี					1.000		
มี	2.107	0.430	23.953	0.000***	8.220	3.536	19.108
ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล							
ไม่มี					1.000		
มี	0.578	0.260	4.942	0.026*	1.783	1.071	2.968

*** = $p < 0.001$, ** = $p < 0.01$, * = $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก และ วิเคราะห์ที่ละปัจจัย (univariate logistic regression)

ลักษณะส่วนบุคคล	β	SE	Wald	sig	OR	95% CI	
						Lower	Upper
\การรับรู้ภาวะสุขภาพ							
รับรู้สุขภาพแข็งแรงดี					1.000		
รับรู้สุขภาพไม่แข็งแรง	1.185	0.269	19.356	0.000***	3.271	1.929	5.546
ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัว							
ต่อผู้สูงอายุ							
ทัศนคติดี					1.000		
ทัศนคติไม่ดี	2.796	0.322	75.424	0.000***	16.375	8.713	30.774
สภาพความเป็นอยู่							
ของครอบครัว							
สภาพความเป็นอยู่ดี					1.000		
สภาพความเป็นอยู่ไม่ดี	2.270	0.404	31.561	0.000***	9.683	4.385	21.379
สถานภาพทางเศรษฐกิจ							
ของครอบครัว							
ไม่พึ่งพา					1.000		
พึ่งพา	1.739	0.356	23.905	0.000***	5.694	2.835	11.343
ความสามารถของผู้สูงอายุ							
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล							
(Barthel ADL Index)							
ไม่พึ่งพา					1.000		
พึ่งพา	1.139	0.380	8.965	0.003**	3.123	1.482	6.580
ความสามารถของผู้สูงอายุ							
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
ดัชนีจุฬาเอดีแอล							
(Chula ADL Index)							
ไม่พึ่งพา					1.000		
พึ่งพา	0.897	0.377	5.671	0.017*	2.453	1.172	5.132

** = $p < 0.01$, * = $p < 0.05$

4. ปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน จากการวิเคราะห์ที่ละปัจจัย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก ถูกนำไปศึกษาความสัมพันธ์พร้อมกันหลายปัจจัย (multivariate) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multivariate logistic regression) ด้วยวิธีการคัดปัจจัยเข้า (forward stepwise method) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่ไม่ดี มีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 9.7 เท่า ของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95% CI) อยู่ระหว่าง 4.97 - 19.13 ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.01$ ส่วนผู้สูงอายุสตรีไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีประวัติดื่มเหล้า และ/หรือเสพสิ่งเสพติดมีโอกาส

ถูกทำร้ายคิดเป็น 4.6 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติดื่มเหล้า และ/หรือเสพสิ่งเสพติด ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.01$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.71 - 12.62 และผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวไม่ดีมีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 3 เท่า ของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวดี ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.18 - 7.69 นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี และต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 2.8 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวดีและไม่ต้องพึ่งพากัน ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.24 - 6.31 รวมทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีการรับรู้ว่ามีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโอกาสถูกทำร้ายคิดเป็น 2.2 เท่าของผู้สูงอายุสตรีไทยที่มีการรับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรง ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 1.12 - 4.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย โดยวิเคราะห์พร้อมกันหลายปัจจัย ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multivariate logistic regression)

ลักษณะส่วนบุคคล	β	SE	Wald	sig	OR	95% CI	
						Lower	Upper
ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและ/หรือเสพสิ่งเสพติด							
ไม่มี					1.000		
มี	1.535	0.510	9.048	0.003**	4.642	1.707	12.624
การรับรู้ภาวะสุขภาพ							
รับรู้สุขภาพแข็งแรงดี					1.000		
รับรู้สุขภาพไม่แข็งแรง	0.773	0.338	5.235	0.022*	2.165	1.117	4.196
ทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ							
ทัศนคติดี					1.000		
ทัศนคติไม่ดี	2.278	0.344	43.908	0.001**	9.753	4.972	19.130
สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว							
สภาพความเป็นอยู่ดี					1.000		
สภาพความเป็นอยู่ไม่ดี	1.101	0.479	5.293	0.021*	3.008	1.177	7.685
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว							
ไม่พึ่งพา					1.000		
พึ่งพา	1.030	0.414	6.173	0.013*	2.800	1.243	6.310

** = $p < 0.01$, * = $p < 0.05$, Nagelkerke R Square = 0.489, Predictive power = 79.3 %

การอภิปรายผล

1. ความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน

อัตราความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ สูงกว่าการศึกษาความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีในประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 11.1) (Mouton et al., 2004) ประเทศไอร์แลนด์ อิตาลี และ อังกฤษ (ร้อยละ 10 14 และ 37 ตามลำดับ) (Ockleford et al., 2003) และประเทศออสเตรเลีย (ร้อยละ 0.9) (Boldy, Horner, Crouchley, Davey, & Boylen, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสตรีไทยถูกทำร้ายด้านจิตใจในอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2544) แต่มีความชุกน้อยกว่าทั้งนี้อาจเนื่องจาก เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการคัดกรองการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุและระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน อีกทั้งวัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออกมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปผู้สูงอายุสตรีชาวตะวันตกชอบอยู่อย่างอิสระตามลำพัง ในขณะที่ผู้สูงอายุสตรีไทยชอบอาศัยอยู่กับลูกหลาน (Klausner, 1993; Knodel, Chayovan, & Siriboon, 1992) ซึ่งการอาศัยอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุและลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุสตรีไทยถูกทำร้ายด้านจิตใจสูงอันดับหนึ่งในขณะที่ผู้สูงอายุสตรีอเมริกันจะถูกทำร้ายโดยการทอดทิ้งสูงเป็นอันดับหนึ่ง (Dimah & Dimah, 2003; Roberto, Teaster, & Duke, 2004) อีกทั้งหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลบุพการี ยังเป็นวัฒนธรรม จริยธรรม และศีลธรรมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมไทย ในขณะที่สังคมอุตสาหกรรมเน้นการแข่งขันและประเทศตะวันตกจะหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบดูแลบุพการี (Klausner, 1993) นอกจากนี้จำนวนบุตรที่ลดลงจากการคุมกำเนิด และปัญหาเศรษฐกิจถดถอยของประเทศไทย ส่งผลให้จำนวนลูกหลานที่มี

ความสามารถดูแลผู้สูงอายุลดลง รวมทั้งลูกหลานอายุที่จะผลัดภาระการดูแลผู้สูงอายุไปให้บุคคลอื่น (Jitapunkul, Chayovan, & Kespichayawattana, 2002) ความกดดันและความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ลูกหลานทำร้ายผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุสตรีไทยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุสตรีชาวตะวันตก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.5 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 5.3 ที่สำเร็จการศึกษาในระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย ในขณะที่ผู้สูงอายุสตรีอเมริกันร้อยละ 71 ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics, 2004) ระดับการศึกษาที่ต่ำทำให้ผู้สูงอายุสตรีไทยถูกเอาเปรียบและถูกเอาเปรียบจากลูกได้ง่าย นอกจากนี้ระดับการศึกษายังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุสตรี เนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีรายได้สูง และมาตรฐานการดำรงชีพที่ดี (Federal Interagency on Aging-related Statistics, 2004) ซึ่งผู้สูงอายุสตรีไทยจากการศึกษาครั้งนี้มีรายได้น้อยกว่าเส้นแบ่งความยากจนถึงร้อยละ 60.9 ผู้สูงอายุสตรีไทยจึงต้องพึ่งพาลูกหลานทางด้านการเงินและการช่วยเหลืออื่นเพื่อการยังชีพ ส่งผลให้ความชุกของการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทยจากสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าประเทศอื่น อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเชื่อว่าความชุกของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในการศึกษาครั้งนี้ ยังต่ำกว่าสถานการณ์จริง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าและมักจะไม่บอกความจริงที่ตนเองถูกทำร้าย เพราะต้องการปกป้องสมาชิกในครอบครัว กลัวเสียหน้า และกลัวผลกระทบที่จะตามมา (Boldy et al., 2005; Malley-Morrison, You, & Mills, 2000; Yan & Tang, 2001)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำร้ายผู้สูงอายุสตรีไทยอย่างมีนัยสำคัญจากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 1) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้รายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสถูกทำร้ายได้มากกว่า เนื่องจากการมีรายได้ไม่เพียงพอจะทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุเกิดความเครียดและความขัดแย้งกันได้ง่าย เพราะผู้สูงอายุเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวด้านการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิลแลนด์ และ พิกาโด (Gilliland & Picado, 2000) ลัช และคณะ (Lashes, et al., 1997) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีประสบการณ์ของการถูกทำร้ายสูง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติดื่มเหล้าและหรือเสพยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Choi & Mayer, 2000; Gilliland & Picado, 2000) และสามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าหรือติดยา มักมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร บุคลิกภาพเปลี่ยน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และมีแนวโน้มที่จะตำหนิผู้อื่นโดยขาดเหตุผล (Boles & Miotto, 2003) นอกจากนี้การติดเหล้ายังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปอาจทำให้ตกงาน ก่อให้เกิดความเครียดและผู้สูงอายุถูกทำร้ายมากขึ้น ผลการวิจัยยังพบว่าปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง รายงานว่าตนเองถูกทำร้ายจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ และมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง (Boldy, et al., 2005; Choi & Mayer, 2000; Comijs, Smit, et al., 1998)

ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและสุขภาพไม่แข็งแรง มีความต้องการการดูแล และการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัวมาก ส่งผลให้เป็นภาระและเกิดความเครียดสูงจึงอาจจะบายความเครียดโดยการทำร้ายผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ มักจะมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายและแสวงหาความช่วยเหลือได้น้อยนอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่ไม่ดีมีโอกาสดูถูกทำร้ายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมักจะมองผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ล้าสมัย อ่อนแอและเลยความเป็นบุคคล และลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (Hogstel & Curry, 1999; Ward, 2000) ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทำร้ายได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีโอกาสดูถูกทำร้ายได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิลแลนด์ และ พิกาโด (Gilliland & Picado, 2000) เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ไม่ดี เช่นบ้านที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว บ้านคับแคบและอยู่อย่างแออัด มักทำให้เกิดความขัดแย้งและความคับข้องใจระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้ง่าย นอกจากนี้สภาพความเป็นอยู่ดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุอยากที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ถูกทำร้ายได้ง่ายและพบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิลแลนด์ และ พิกาโด (Gilliland & Picado, 2000) หยาน และถัง (Yan & Tang, 2001) ที่พบว่า การพึ่งพาทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุในทางตรงกันข้ามการพึ่งพาทางการเงินของสมาชิกในครอบครัวจากผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทำร้ายเช่นกัน (Schiamberg

& Gans, 1999) และแม้ว่าในสังคมไทย การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวจะพบได้โดยทั่วไป โดยผู้สูงอายุจะช่วยดูแลความเรียบร้อยของบ้านและดูแลหลาน ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้านและผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัว (Sobieszczyk, Knodel, & Chayovan, 2002) แต่การพึ่งพาที่มากเกินไปจะก่อให้เกิดความขัดแย้ง ความเครียด รู้สึกเป็นภาระและนำไปสู่การทำร้ายผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงหรือบกพร่องมีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกทำร้ายได้มากกว่า (Comijs, Smit, et al., 1998; Lachs et al., 1997; NCEA, 2001; Roberto, Teaster, & Duke, 2004) และอธิบายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ว่า เกิดจากภาระและความเครียดของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายลดลง หรือยากต่อการหนีออกจากสถานการณ์ของการถูกทำร้าย (Bonnie & Wallace, 2003)

3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่ดื่มเหล้าและหรือเสพสิ่งเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุ โดย ลัส และคณะ

(Lachs, Williams, et al, 1997) เนื่องจากความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุในการศึกษาของ ลัส และคณะ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไม่สามารถเป็นตัวทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.8 ของการศึกษานี้ ไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่มีอำนาจในการทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุทั้งห้าปัจจัยที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการทำร้ายผู้สูงอายุของ เฟอร์กูสัน และ เบค (Ferguson & Beck, 1983)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาซ้ำในผู้สูงอายุสตรีไทยทั้งเขตเมือง และชนบทในภาคอื่นๆ ของประเทศ เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้
2. ควรทำการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเหตุและผล (causal relationships) ของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุไทย
3. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการป้องกัน และการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผล และความคุ้มค่าของโปรแกรมที่พัฒนา

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อู่การพิมพ์.
- มารยาท รุจิวิทย์ และ ศิริพร ศรีวิชัย. (2547). ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านฉะ จังหวัด ชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12 (1), 21–30.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *ผู้สูงอายุไทยกับภาวะสุขภาพ*. ค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2549, จาก http://service.nso.go.th/nso/data/02/02_files/aging-47.pdf
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ศิริอร สินธุ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และวารี กังใจ. (2544). การทารุณกรรมผู้สูงอายุ สตรีในสังคมไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2 (3), 3–12.
- Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., Davey, M., & Boylen, S. (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australian Journal on Aging*, 24 (1), 3–8.
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8 (2), 155–174.
- Bonnie, R. J., & Wallace, R. B. (2003). *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging American*. Washington DC: The National Academies Press.
- Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health. (1997). *Health in Thailand: 1995–1996*. Bangkok: The Veterans Press.
- Choi, N. G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (2), 5–25.
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *The American Geriatrics Society*, 46 (7), 885–888.
- Comijs, H. C., Smit, J. H., Pot, A. M., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Risk indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (4), 67–76.
- Dimah, K. P., & Dimah, A. (2003). Elder abuse and neglect among rural and urban women. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15 (1), 75 – 93.
- Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. (2004). *Older Americans 2004: Key Indicators of Well-being*. Retrieved April 30, 2006, from <http://www.agingstats.gov/chartbook2004/default.htm>
- Ferguson, D., & Beck, C. (1983). H.A.L.F.– A tool to assess elder abuse with family. *Geriatric Nursing*, 4, 301–304.
- Fulmer, T. T. (1998). Mistreatment of elder: assessment, diagnosis, and intervention. In J. A. Allender, & C. L. Rector (Eds.), *Readings in Gerontological Nursing* (pp. 396–407). Philadelphia: Lippincott.
- Fulmer, T., Street, S., & Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: screening and detection. *Journal of Emergency Nursing*, 10 (3), 131–140.

- Gilliland, N., & Picado, L. E. (2000). Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (1), 73-87.
- Hogstel, M. O., & Curry, L. C. (1999). Elder abuse revisited. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (7), 10-18.
- Hudson, M. F. (1997). Elder mistreatment: its relevance to older women. *Journal of the American Medical Women's Association*, 52 (3), 142-146.
- Jitapunkul, S., Chayovan, N., & Kespichaawattana, J. (2002). Long-term care provisions for older persons in Thailand. Retrieved March 15, 2003, from <http://adrf.trf.or.th/paper.paper/Sutthichai.pdf>.
- Klausner, W. J. (1993). *Reflection on Thai culture* (4th ed.). Bangkok: The Siam Society Under Royal Patronage.
- Knodel, J., Chayovan, N., & Siriboon, S. (1992). The familial support system of Thai elderly: an overview. *Asia-Pacific Population Journal*, 7 (3), 105-126.
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factor for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37 (4), 469-474.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280 (5), 428-432.
- LaCroix, A. Z., Newton, K. M., Leveille, S. G., & Wallace, J. (1997). Healthy aging: a women's issue. *Western Journal of Medicine*, 167, 220-232.
- Ministry of Public Health. (2000). *Thailand health profile 1997 - 1998*. Bangkok: express transportation organization.
- Mouton, C. P. et al. (2004). Prevalence and 3 year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 605-612.
- National Center on Elder Abuse. (1999). Domestic elder abuse information series # 1: *Types and number of domestic elder cases* Retrieved May 2, 2005, from <http://www.gwjapan.com/NECA/basic/p1.html>
- National Center on Elder Abuse (2001 April). The national elder abuse incidence study. Retrieved May 2, 2002, from <http://www.elderabusecenter.org/basic/index.html>
- Ockleford, E., et al. (2003). Mistreatment of older women in three European countries. *Violence Against Women*, 9 (12), 1453-1464.
- Phillips, L. R. (2000). Domestic violence and aging women. *Geriatric Nursing*, 21 (4), 188-193.
- Roberto, K. A., Teaster, P. B., Duke, J. O. (2004). Older women who experience mistreatment: circumstances and outcomes. *Journal of Women and Aging*, 16 (1/2), 3 - 16.

- Schiamberg, L.B., & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (1), 79-103.
- Sobieszczyk, T., Knodel, J., & Chayovan, N. (2002). Gender and well-being among the elderly: evidence from Thailand. Retrieved February 12, 2003, from <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/papers/rr02-531.pdf>.
- Swagerty, D. L., Jr., Takahashi, P. Y., & Evans, J. M. (1999). Elder mistreatment. *American Family Physician*, 59 (10), 2804-2808.
- Ward, D. (2000). Ageism and the abuse of older people in health and social care. *British Journal of Nursing*, 9 (9), 560-563.
- Wolf, R. S. (1997). Elder abuse and neglect: an update. *Review in Clinical Gerontology*, 7 (2), 177-182.
- Wolf, R. S., & Li, D. (1999). Factors affecting the rate of elder abuse reporting to a state protective services program. *The Gerontologist*, 39 (2), 222-228.
- Yan, E., & Tang, C. S. (2001). Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (11), 1158-1174.

Prevalence and Risk Factors for Abuse among Thai Female Older Adults

Rojanee Chintanawat Ph.D

Khanokporn Sucamvang D.N.S

Sirirat Panuthai Ph.D

Abstract

Although elder abuse is a serious and complex social problem in modern society, study of this problem in Thailand is limited. This case comparison descriptive study was designed to identify the prevalence of abuse and to examine the predictors for abuse among Thai female older adults. The 304 Thai female older adults were obtained from multistage random sampling. Data were collected using the Elder Abuse Scale (EAS), the modified H.A.L.F. Assessment tool, the Barthel ADL Index, and the Chula ADL Index.

The findings demonstrated that approximately 46.4 % of the participants had experienced at least one abusive behavior. The prevalence rate of various types of elder abuse included psychological abuse (39.5 %), exploitation (20.4 %), violation of rights (11.5 %), neglect (11.2 %), and physical abuse (6.2 %). The predictors for abuse among Thai female older adults were negative attitudes toward aging, family history of substance abuse, bad living arrangement, financial dependency, and health status, with predictive power of 79.3 % ($p < .01$).

Study results provide significant knowledge which will enable nurses and other health care providers to develop interventions to prevent older adults from abuse, to manage the problem, and to set a surveillance plan for abusive situation among high risk groups.

Keywords : Prevalence, Risk factors, Abuse, Female, Thai older adults