

3-1-2554

## ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ การเฝ้าระวังทางจิตวิทยาการปรึกษา

กิตติพรรณ ศิริทรัพย์

วัชรี ทรัพย์มี

จิราพร เกศนิชวัฒนา

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/jdm>



Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#)

---

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Demography by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: การเฝ้าระวังทางจิตวิทยาการศึกษา

กิตติพรรณ ศิริทรัพย์\*

วัชรีย์ ทรัพย์มี\*\*

จิราพร เกศพิชญวัฒนา\*\*\*

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (elderly mistreatment หรือ elderly abuse) คือ การกระทำใดๆ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) เกิดความทุกข์ ความเจ็บปวดทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำมาซึ่งอันตรายต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สามารถพบได้ในสังคมปัจจุบัน เพราะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางสังคมความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ทันสมัยนำมาซึ่งการแข่งขัน ช่วงชิง ทำให้สมาชิกในสังคมต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งการดำรงชีวิตที่สุขสบาย การแลกเปลี่ยนซื้อขายด้วย “เงิน” ส่งผลให้ค่านิยมในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป การเอื้อเฟื้อ พึ่งพาอาศัยในสังคมลดลง (นภาพร ชโยวรรณ, 2535) การกระทำใดๆ ต้องคิดถึงประโยชน์ส่วนตนมาเป็นอันดับแรก ค่านิยมที่เปลี่ยนไปเช่นนี้ทำให้บุคคลในสังคมให้ความสำคัญกับวัตถุ และธนบัตรมากกว่าจิตใจของมนุษย์ จากแนวคิดการใช้ชีวิตในรูปแบบดังกล่าว ทำให้สถานภาพครอบครัวไทยในปัจจุบันตกอยู่ในภาวะครอบครัวอ่อนแอ จากเดิมสมาชิกที่อยู่ในวัยแรงงานเคยมีเวลาดูแล เอาใจใส่ บุตรหลาน และผู้สูงอายุในครอบครัว แต่ปัจจุบันกลับต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงาน ทำให้สัมพันธ์ภาพที่มีในครอบครัวเริ่มสั่นคลอน จากที่สมาชิกภายในครอบครัวเคยให้ความรักความอบอุ่นระหว่างกัน

\* นิสิตรระดับมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลับเปลี่ยนเป็นการให้วัตถุประสงค์ สิ่งของราคาแพงเพื่อแสดงออกถึงความรัก จากการปรึกษา พูดคุย แสดงความคิดเห็นโดยเผชิญหน้าเปลี่ยนเป็นการพูดคุยกันผ่านเครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวถูกละเลยทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลปรนนิบัติที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ขาดการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ ทำให้ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวเลือนหายไป (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) รูปแบบการใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัย การไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวนำมาซึ่งการไม่เห็นความสำคัญ การไม่เคารพให้เกียรติ ซึ่งปัญหาดังกล่าวล้วนเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เพราะเมื่อไม่เห็นความสำคัญ ความรู้สึกเป็นภาระจะเกิดขึ้นกับผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติในทางลบ ความเครียดจากการงาน และการดูแล การทะเลาะ กระทบกระทั่งระหว่างกัน ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น (Chang et al., 2009) ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกระทำรุนแรง ซึ่งรูปแบบความรุนแรงที่ผู้สูงอายุต้องประสบมีรายละเอียด ดังนี้

### รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุพบว่า รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้น สามารถแบ่งออกได้หลักๆ 5 ลักษณะ คือ (WHO, 2002)

1. ความรุนแรงทางร่างกาย (physical abuse) เป็นการกระทำซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย ทำให้ได้รับอันตราย และได้รับความทุกข์ ซึ่งกระทำโดยวิธีการต่างๆ อันนำมาซึ่งความเจ็บปวด และการได้รับบาดเจ็บ เช่น การตบหน้า ทูบตีด้วยมือไม้หรือของแข็ง การเตะ ถีบ การเอาบุหรี่หรือของร้อนจี้ตามเนื้อตัวหรือใบหน้า รวมถึงการผูกมัดอย่างไม่เหมาะสมอันนำมาซึ่งความบาดเจ็บหรือการได้รับอันตรายต่อร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ความรุนแรงทางจิตใจ (psychological abuse) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกปวดร้าว ตึงเครียด หวาดกลัว

หมดคุณค่าในตนเอง เช่น การใช้คำพูดที่ก้าวร้าว การด่าว่าไม่ให้เกียรติ การแสดงท่าทางดูถูก การตำหนิด้วยวาจา การคุกคาม ช่มชู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ลักษณะทางวาจาแล้วรูปแบบความรุนแรงด้านจิตใจยังหมายรวมถึงลักษณะการแสดงออกอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม และส่งผลต่อความรู้สึกในทางลบของผู้สูงอายุ เช่น การแสดงออกในลักษณะไม่ใส่ใจ เปื้อนหน้า ชักสีหน้า การดูถูกเหยียดหยามทางแววตา เป็นต้น

3. การทอดทิ้ง/ปล่อยปละละเลย (neglect) ความรุนแรงในรูปแบบนี้สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ การทอดทิ้ง หมายถึง การไม่ดูแล ไม่ให้อยู่ร่วมอาศัย การปล่อยทิ้งไว้ตามท้องถนนหรือในที่สาธารณะ การทอดทิ้งไว้โดยไม่ดูแลใส่ใจใดๆ เช่น การทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียวโดยไม่มีกรดูแลใดๆ เป็นต้น และการปล่อยปละละเลย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจดูแลช่วยเหลือตามความต้องการหรือตามความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ กล่าวคือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในด้านปัจจัยสี่ และอื่นๆ เช่น ไม่ให้ใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่ให้รับประทานอาหารที่ครบถ้วน ไม่ให้ยาตามกำหนด หรือการไม่รักษาสุขภาพอนามัย เป็นต้น

4. การละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ (infringement elderly) ลักษณะดังกล่าวเป็นการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุอีกประเภทหนึ่ง เช่น การบังคับให้ผู้สูงอายุกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ การส่งผู้สูงอายุเข้าสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดอิสระทางด้านร่างกาย และจิตใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย ขาดโอกาสในการตัดสินใจเลือก และวางแผนการรักษาสุขภาพ เป็นต้น การละเมิดสิทธิดังกล่าวจะหมายรวมไปถึงการละเมิดทางด้านทรัพย์สิน และวัตถุต่างๆ ที่เป็นกรรมสิทธิ์ของผู้สูงอายุ (financial/material abuse) หมายถึง การเอาประโยชน์จากทรัพย์สินของผู้สูงอายุในทางที่ไม่ถูกต้อง การหลอกลวง ฉ้อโกง การเข้าครอบครองสมบัติ การยึดทรัพย์สินโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุ

5. การละเมิดทางเพศ (sexual abuse) คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุ พฤติกรรมดังกล่าวกระทำโดยการใช้กำลัง การบีบบังคับหรือ

เอาเปรียบทางเพศในลักษณะข่มขู่ผู้สูงอายุ ซึ่งความรุนแรงทางเพศหมายถึงรวมถึงกิจกรรมทางเพศทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการบังคับข่มขู่ผู้สูงอายุ ทั้งที่อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บ

รูปแบบความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อตัวผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งการกระทำของผู้ดูแลหรือผู้กระทำรุนแรงออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (Payne, 2002)

1. การกระทำโดยตั้งใจ (active neglect) เป็นการกระทำที่มีความตั้งใจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดอันตราย เกิดความทุกข์ ความเจ็บปวด เช่น การตั้งใจลงมือทุบตี ความจงใจจะเลเยทอดทิ้ง ไม่จัดหา น้ำ อาหาร ยารักษาโรคให้รับประทานจนทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะขาดสารอาหาร การปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะที่ไม่เหมาะสม การตั้งใจจะกระทำรุนแรงทางจิตใจ เช่น จงใจด่าว่า ข่มขู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่า หรือนำไปสู่การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การกระทำโดยไม่ตั้งใจ (passive neglect) เป็นการกระทำที่เกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ เช่น การให้ยาผิดหรือการให้ยาในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไป การพุดจากรุนแรงโดยไม่ได้ต้องการจะทำลายความรู้สึกของผู้สูงอายุ แต่เป็นไปโดยไม่เจตนาหรือเพียงอารมณ์ชั่ววูบ เป็นต้น

การกระทำที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแม้จะโดยเจตนาหรือไม่เจตนา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุ การกระทำที่เกิดขึ้นจึงนับว่าเป็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น เพราะทุกการกระทำของผู้ดูแลส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงการใช้ชีวิตในวัยสุดท้ายของผู้สูงอายุ ดังรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงดังรายละเอียดต่อไปนี้

## บทบทวนวิชาการองค์ความรู้: ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษา และบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่ศึกษาโดย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: การทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเริ่มมีการศึกษาพบครั้งแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2541 โดยงานวิจัยของของจุฬารัตน์ สมรูป และเฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ ที่ศึกษาภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุในบ้าน และภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการถูกระงับทำทารุณกรรมในบ้านสูงถึงร้อยละ 76 จากจุดเริ่มต้นดังกล่าวนำมาซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยที่ศึกษาทั้งในภาพรวมของประเทศ แบ่งตามลักษณะภูมิภาค และเขตพื้นที่ในจังหวัดต่างๆ

การศึกษาในภาพรวมทั้งประเทศจากการทบทวนวิชาการพบว่ามีการศึกษาของอัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ ที่ศึกษาการทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย ในปี พ.ศ. 2544 คณะกรรมาธิการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา ที่สำรวจความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา และผู้สูงอายุไทย(นอกบ้านพักคนชรา) ในปี พ.ศ. 2546 สมจินดา ชมพูนุช ที่ศึกษาเกณฑ์การวินิจฉัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว ในปี พ.ศ. 2550 จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ: การทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2552

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในระดับภูมิภาค และพื้นที่แต่ละจังหวัด โดยผลการทบทวนวิชาการสามารถแบ่งงานวิจัยตามภูมิภาคต่างๆ ดังนี้

ภาคเหนือมีการศึกษาของโรจน์ จินตนาวัฒน์ และคณะ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2548

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการศึกษาของกิ่งดาว การะเกด ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2549 อมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ และคณะ ได้ศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพ และความชุกของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำทารุณกรรมในจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2551

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการศึกษาของพัชรินทร์ บุญเสริม ที่ศึกษาความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2546 ภัณฑิลา อธิฐรัตน์ และคณะ ศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2547 ดัชณี สุวรรณคม ศึกษาการทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2548 พรพิมล นวนกุล และคณะ ศึกษาถึงบทบาทของผู้นำชุมชนในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2549

ภาคใต้มีการศึกษาของเกศกัญญา จิรัตติกุล ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2548

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 จนถึงปีพ.ศ. 2552 พบว่ารูปแบบความรุนแรงที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญมากที่สุด คือ ความรุนแรงทางจิตใจ รองลงมาคือการทอดทิ้ง ปล่อยปละละเลย และผลการวิจัยในระยะหลังพบว่าปัจจัยการละเมิดสิทธิผู้สูงอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เริ่มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ข้อมูลจากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียวมีอัตราการถูกกระทำ ความรุนแรงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยผู้ที่กระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตร หลาน และสมาชิกในครอบครัวที่เอาเปรียบ และสร้างความเจ็บช้ำน้ำใจให้กับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผลการวิจัยได้นำเสนอถึงสาเหตุที่มาของความรุนแรงที่ผู้สูงอายุได้รับ สามารถแบ่งสาเหตุความรุนแรงออกได้ 2 ลักษณะ คือ

1. สาเหตุที่เกิดจากผู้สูงอายุ คือ อายุ สุขภาพ ลักษณะการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Young (1994) ที่พบว่าลักษณะครอบครัว และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การใช้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้บุคลิกภาพของผู้สูงอายุ และความยากจน ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lachs and Pillemer (2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำความรุนแรงมักจะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน

2. สาเหตุที่เกิดจากผู้กระทำ คือ การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ บุคลิกภาพของผู้กระทำรุนแรงประสพการณ์ในการถูกผู้สูงอายุกระทำรุนแรง ปัญหาความเครียดของผู้กระทำ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การใช้สิ่งเสพติดที่ทำให้ผู้กระทำรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สถานะทางการเงินของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Akaza et al. (2003) ที่พบว่าบุตรชายคนหนึ่งของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงจะต้องเคยกระทำผิดกฎหมาย และมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ จากการทบทวนวิชาการองค์ความรู้ พบว่า นอกจากงานวิจัยเชิงปริมาณดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังพบงานวิจัยเชิงคุณภาพของสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ ที่ศึกษาประสพการณ์การถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ.2547 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของการถูกทารุณกรรม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือ การถูกบังคับ และการขัดใจจากผู้อื่น ซึ่งผู้กระทำทารุณกรรมทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัว และลักษณะการทารุณกรรมที่ผู้สูงอายุรับรู้ คือ รูปแบบการกระทำที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหน็ดเหนื่อย ลำบาก และไม่มีความสุข เกิดขึ้นในรูปแบบของการไม่ดูแล การไม่ร่วมสนทนา



การเบียดเบียนทรัพย์สิน การให้ดูแลลูกหลาน การให้ทำงานบ้าน การให้ดูแลบ้าน การไม่เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว เป็นต้น

ข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าวิจัยทำให้ทราบว่า ลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เพราะความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นสร้างบาดแผลทั้งทางร่างกาย และจิตใจให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย การถูกทำร้ายร่างกาย ผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากการทำร้ายร่างกายเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก เช่น อาการเลือดคั่งในสมอง บาดแผลที่เกิดจากการถูกกระทำ ความรุนแรง การอักเสบ บางรายมีอาการขาดสารอาหาร และการไม่มีที่อยู่อาศัย ฯลฯ (Akaza et al., 2003) ซึ่งบาดแผลดังกล่าวสร้างความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานให้กับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีนิสัยในการรับประทาน และลักษณะอาการในการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ

2. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านจิตใจ เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญ เพราะเป็นผลที่เกิดมาจากความบอบช้ำทางร่างกาย ผลกระทบทางจิตใจเป็นสิ่งที่จะฝังรากลึกลงในหัวใจของผู้สูงอายุในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการน้อยเนื้อต่ำใจ ซึมเศร้า เก็บตัว สูญเสียความสนใจในชีวิต หลีกหนีสังคม ฯลฯ บาดแผลความทุกข์ภายในจิตใจเป็นสิ่งที่ยากต่อการเยียวยารักษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งหากไม่ได้รับการเยียวยารักษาที่ถูกวิธีอาจนำมาซึ่งการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (Le, 1997)

สภาวะของความทุกข์ภายในจิตใจที่ไม่สามารถแสดงออกได้ จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัยในเรื่องประสบการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงพบว่า ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในสภาวะดังกล่าวจะเกิดความรู้สึกเก็บกด และกดดันกับสภาวะความทุกข์ที่ต้องเผชิญ ต้องพยายามกล้ำกลืน

ฝืนทนกับความเจ็บข้ำน้ำใจครั้งแล้วครั้งเล่า เพียงเพราะเห็นว่าครอบครัวจะเป็นหลัก  
สุดท้ายที่ตนสามารถพึ่งพิงอิงอาศัยอยู่ได้ และด้วยสาเหตุนี้ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตก  
อยู่ในสภาวะน้ำท่วมปาก ไม่สามารถบอกเล่าความทุกข์ใจของตนให้กับครอบครัวหรือ  
บุคคลภายนอกครอบครัวรับรู้ได้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุ  
หลายรายพยายามหลบหนี และต้องแยกตนออกจากปัญหาที่รุมเร้าทั้งภายนอก และ  
ภายใน ผู้สูงอายุหลายรายพยายามทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ  
และผู้สูงอายุบางรายที่ตกอยู่ในวังวนดังกล่าวเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป  
โดยอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุมีค่าเฉลี่ยประมาณช่วงละ 9-  
10 คนต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551) ปัญหา  
ความรุนแรงเป็นผลกระทบทางจิตใจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และแบกรับในช่วงวาระ  
สุดท้ายของชีวิต

1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านสังคม จากการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกาย และ  
จิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง เนื่องมาจากอาการ  
บาดเจ็บทางกาย เช่น แขน ขาหัก อาการบวมช้ำหรือความไม่พร้อมทางจิตใจ  
เกิดความกลัว ความอับอายเพื่อนฝูง การต้องบอกบุคคลภายนอกว่าตนถูกทำร้ายโดย  
บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว วิธีการเผชิญหน้าทางสังคมในลักษณะดังกล่าว  
เป็นสิ่งที่สร้างความลำบากใจให้กับผู้สูงอายุ เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับ  
ผู้สูงอายุจึงส่งผลโดยตรงต่อการมีตัวตนในสังคมของผู้สูงอายุ

นอกจากปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้สูงอายุแล้ว ครอบครัวก็เป็นอีกหนึ่ง  
สถาบันที่ต้องแบกรับกับปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยผลกระทบของความรุนแรงที่  
เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวควรให้ความสำคัญ เพราะไม่ว่า  
ลักษณะความรุนแรงดังกล่าวจะเกิดขึ้นในรูปแบบใดหรือเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดใน  
ครอบครัว ผลที่ตามมาล้วนกระทบกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งสิ้น เพราะวัฏจักร  
ความรุนแรงหรือความรุนแรงที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นของสมาชิกในครอบครัว (Aitken et  
al., 1996) เป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องพึงระวัง เพราะรูปแบบความรุนแรง  
ดังกล่าวจะติดตาม และฝังรากอยู่ในวัฒนธรรมของครอบครัวต่อไปในอนาคต

นอกจากปัญหาดังกล่าวแล้ว การใช้ความรุนแรงในครอบครัวจะทำให้ครอบครัวเกิดช่องว่าง ทำให้สมาชิกในสังคมไม่สามารถรวมตัวหรืออยู่ร่วมกันได้โดยสนิทใจ เพราะจะเกิดความหวาดกลัว ความหวาดระแวงขึ้นภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกไม่สามารถมีการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมจากครอบครัวสถานที่ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของชีวิต ซึ่งสุดท้ายจะนำไปสู่ผลกระทบต่อภาพรวมของสังคม เพราะครอบครัวเป็นสถาบันหนึ่งที่มีความสำคัญในสังคม หากครอบครัวผลิตสมาชิกที่มีค่านิยมในการใช้ความรุนแรงแล้ว เชื่อเหลือเกินว่าเมื่อสมาชิกต้องมาใช้ชีวิตภายในสังคมย่อมนำมาซึ่งปัญหา และความยากลำบาก เพราะบุคลิกภาพที่ผิดปกติจะนำไปสู่ความไม่เป็นระเบียบภายในสังคม

### **แนวทางการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ**

วิธีการจัดการกับปัญหาความรุนแรงดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่การช่วยเหลือจะต้องอาศัยกลุ่มบุคคลในการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และนักกฎหมาย เนื่องจากปัญหาความรุนแรงในวัยสูงอายุเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน และต้องกระทำการช่วยเหลือด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การสืบค้นปัญหา การเฝ้าระวังในส่วนต่างๆ ของสังคม เช่น พื้นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เขตชุมชน และโรงพยาบาล เป็นต้น โดยต้องอาศัยกำลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครในพื้นที่ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้พิทักษ์สันติราษฎร์ ในการตรวจตรา และสังเกตปัญหา เพราะสหสาขาวิชาชีพเหล่านี้เป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสได้สัมผัส และเข้าถึงประชาชนได้อย่างแท้จริง ทำให้สามารถควบคุม ป้องกัน และส่งต่อได้อย่างทันท่วงทีหากพบผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง

หลังการนำผู้สูงอายุเข้าสถานพยาบาล และหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเฉพาะทาง ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมิน และคัดกรอง โดยบุคคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการในการรักษา โดยตรวจสอบถึงสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากปัญหาทางสุขภาพหรือเกิดจากการใช้ความรุนแรงกับผู้สูงอายุ

โดยอาศัยการประเมินรายบุคคล ประเมินระดับครอบครัว ด้วยการซักประวัติ การสังเกตพฤติกรรม การติดตามผล และการตรวจเยี่ยม เป็นต้น

หากผลบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรงจริง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และมีความรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวจะเข้ามารับช่วงต่อ โดยเบื้องต้นจะต้องมีการวางแผนเตรียมการของหน่วยสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปด้วยความรอบคอบ และระมัดระวัง เพราะการดูแล ช่วยเหลือ ถือเป็นบทบาทสำคัญของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำความรุนแรง ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ทำการช่วยเหลือ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และนักกฎหมายจะต้องคำนึงถึงหลักการที่สำคัญ คือ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2552)

1. ความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ บุคคลแวดล้อมรวมทั้งตัวเจ้าหน้าที่เองในการให้ความช่วยเหลือ
2. การยุติการกระทำรุนแรง และการทอดทิ้ง โดยการให้ความช่วยเหลือ ครอบครัวร่วมด้วย
3. บุคลากร และเจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และครอบครัว เช่น การให้การยอมรับความช่วยเหลือ ความไว้วางใจ ความเข้าใจ

การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกระทำรุนแรง จะแบ่งลักษณะการช่วยเหลือตามความถนัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวดังนี้ การดูแลรักษาทางร่างกาย จะเป็นหน้าที่ของทีมแพทย์ และพยาบาลในการตรวจรักษา ให้ยา และดูแลทางกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์จะให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตต่อไป เช่น การหาที่พักอาศัย และสวัสดิการทางสังคมที่ผู้สูงอายุสมควรได้รับ และหากมีการฟ้องร้องหรือร้องเรียนซึ่งสิทธิต่างๆ ของผู้สูงอายุ นักกฎหมายจะเข้ามาทำหน้าที่ดูแล และดำเนินการในขั้นตอนดังกล่าว สุดท้ายคือการดูแลสภาวะจิตใจ จะเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาการปรึกษาที่จะทำการเยียวยา สภาวะจิตใจที่บอบช้ำของผู้สูงอายุ

## การเยียวยา: การปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การดูแลสภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องให้ความสำคัญ เพราะผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงจะได้รับผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิต ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะการเกิดอาการหวาดกลัว เกิดความวิตกกังวล เศร้าซึม และสุดท้ายอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีอาการของโรคเครียดเกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสะเทือนอารมณ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post-traumatic stress disorder) ในที่นี้หมายถึงการถูกกระทำรุนแรงจะแสดงออกในลักษณะอาการความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจะเกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถึง 2-3 เดือน โดยจะมีอาการระลึก และหวอนคิดถึงซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ประกอบกับมีอาการเฉยเมย ความสนใจในชีวิตลดลง แยกตนเองห่างเหินจากคนที่รู้จักคุ้นเคย พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เตือนให้ระลึกถึงความทรงจำที่เลวร้ายในอดีต บางรายมีอาการตื่นตกใจง่าย รู้สึกกระหมัดระวังตนเองเป็นพิเศษ ร่วมกับมีอาการวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ ซึ่งสุดท้ายอาจนำไปสู่ความคิดที่จะทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) อันตรายที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นหลักการ และหน้าที่สำคัญที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางวิชาชีพ โดยเน้นหลักการเยียวยาสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุให้สามารถผ่านพ้นจากภาวะวิกฤติที่ต้องเผชิญ และหลุดพ้นจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นนักจิตวิทยาการปรึกษามีหน้าที่ในการประคับประคอง และรับฟังความทุกข์ ความกดดันที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไว้วางใจ และสามารถเปิดเผยมุมมองความทุกข์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ และนักจิตวิทยาการปรึกษา โดยใช้กระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

การดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องคำนึงถึงตัวผู้รับ การปรึกษาเป็นสำคัญ โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องเรียนรู้เทคนิค ขั้นตอน และวิธีการให้การปรึกษา ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการปรึกษา โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะ

ได้รับการฝึกอบรมให้มีคุณสมบัติ และบุคลิกภาพที่ส่งเสริมให้สามารถดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยมีหลักการสำคัญ คือ คำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้อื่น เข้าใจผู้อื่น ไวต่อความรู้สึก และเคารพในความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้รับบริการ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ มีสติระลึกรู้ในตนเอง และยอมรับตนเอง มีความคิดอย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการเอื้ออำนวยให้เกิดพัฒนาการส่วนบุคคลแก่ผู้อื่นได้ มีความอดทนสูงต่อความเครียด และความคับข้องใจ รวมถึงมีใจที่เป็นกลาง (กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์, 2546) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นคุณสมบัติเฉพาะที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพึงมีเพื่อประสิทธิภาพในการปรึกษา รวมถึงต้องคำนึงถึงรูปแบบ ความเหมาะสม และลักษณะเฉพาะตัวของผู้รับบริการแต่ละคน เช่น ความแตกต่างทางเพศ ระดับการศึกษา อายุ และปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา เพื่อผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการปรึกษา

ในกรณีการให้การปรึกษากับผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง นักจิตวิทยาการปรึกษาจะใช้กระบวนการปรึกษาในภาวะวิกฤต (crisis intervention) ซึ่งเป็นการเยียวยาอาการจิตใจของผู้รับบริการที่มีความคับข้องใจอย่างรุนแรงในชีวิต และว่าวุ่นใจอย่างหนักในการแก้ปัญหาต่างๆ โดยสิ่งที่ผู้ให้บริการพึงปฏิบัติต่อผู้รับบริการในภาวะวิกฤตมีลักษณะดังนี้ (วัชรวิ ทรัพย์มี, 2551)

1. นักจิตวิทยาการปรึกษาทำตัวเป็นหลักให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีความเชื่อมั่น และลดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนยังมีสิ่งยึดเหนี่ยว
2. นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องอดทน และรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้สูงอายุที่สับสน และว่าวุ่นจากสภาพปัญหาที่รุมเร้า
3. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายออกถึงความทุกข์ และความวิตกกังวลในสภาวะที่ต้องเผชิญ ขั้นตอนดังกล่าวนักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องประเมินลักษณะความทุกข์ และความรุนแรง รวมถึงวิธีการรับมือเพื่อประกอบการช่วยเหลือ โดยต้องควบคุมตนเองให้วางตนเป็นกลาง และไม่ปล่อยให้เกิดความทุกข์หรือความโศกเศร้าร่วมไปกับผู้สูงอายุ

4. ใช้การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้สูงอายุได้คิด ตรិตรงกับปัญหาของตน

5. หาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในการรับมือ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล สำนักงานกฎหมายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วทั้งที่

หลักการเบื้องต้นทั้ง 5 ประการ เป็นสิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาพึงให้ความสำคัญ และควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ นอกจากนี้ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องแสดงออกถึงความเป็นมิตร ความเต็มใจในการช่วยเหลือ และแสดงออกถึงความใส่ใจอย่างแท้จริง ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพถือเป็นขั้นตอนแรกของการช่วยเหลือ หากผู้ให้การปรึกษาสามารถทำให้ผู้รับบริการปรึกษาซึ่งในกรณีนี้คือ ผู้สูงอายุที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง เกิดความรู้สึกไว้วางใจแล้ว จะนำมาซึ่งประสิทธิผลการปรึกษา (Leung et al., 1980) เพราะเมื่อผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ความรุนแรง ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะที่มีความหวาดกลัว ความไม่ไว้วางใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยวขาดแหล่งพึ่งพิง และเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ซึ่งคุณค่า ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเป็นเสมือนเกราะที่กั้นระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษา และตัวผู้สูงอายุ ทำให้นักจิตวิทยาในฐานะผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาควรใช้เวลา ให้ความสำคัญ และใช้ความอดทนในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษา และผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรง โดยการแสดงออกถึงความเข้าใจ เห็นใจ และความพยายามที่จะให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง นอกจากนี้ในขณะที่ทำการปรึกษานักจิตวิทยาการปรึกษาควรประเมินถึงสภาวะต่างๆ ที่จะนำไปสู่การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น เพื่อเป็นการตรวจสอบความเป็นไปได้ และเพิ่มความระมัดระวังในการจัดการปัญหาทางลบดังกล่าว

ในกรณีที่นักจิตวิทยาการปรึกษาต้องให้การปรึกษากับครอบครัวซึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรง สิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษคือ การยึดหลักการวางตนเป็นกลาง ไม่ตัดสิน ไม่คล้อยตาม ไม่สร้างกรอบความคิดหรืออคติในใจกับสิ่งที่ได้รับการบอกเล่า เพราะผู้รับบริการปรึกษาในที่นี้หมายถึง

ครอบครัว ผู้ที่กระทำความรุนแรงกับผู้สูงอายุ อาจเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่สามารถไว้วางใจผู้ให้การศึกษาได้อย่างแท้จริง ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และไม่นำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ซึ่งข้อควรระวังนี้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ และควรให้ความสำคัญสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นอีกหนึ่งรูปแบบความรุนแรงที่สังคม และนักจิตวิทยาควรให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น จากเดิมที่ลักษณะความรุนแรงมักเกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มเด็ก และสตรี แต่ปัจจุบันรูปแบบความรุนแรงได้เกิดขึ้นกับวัยสูงอายุ และมีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่กินพื้นที่ในวงกว้างของสังคม ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ ปัญหาที่เกิดจากระบบวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป การไม่เคารพ ให้เกียรติ แสดงความกตัญญูตเวทีต่อผู้มีพระคุณ การให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ที่มองจากผลประโยชน์ในการอยู่ร่วมกัน หรือแม้แต่วิธีการจัดการปัญหาโดยการใช้ความรุนแรง เป็นต้น การดูแล และจัดการกับปัญหาดังกล่าวจึงไม่ใช่ภาระหน้าที่ของใครหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นภาพรวมที่สังคมไทยควรใส่ใจ ให้ความสำคัญ และมองหาแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน เพราะปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะกับตัวของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ปัญหาดังกล่าวกลับส่งผลกระทบต่อภาพรวมของสังคมไทยในมุมกว้าง



## เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ (2546). *คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษามืออาชีพ*. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลชั้นสูง. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข (2552). *แผนปฏิบัติการภายใต้แผนบูรณาการการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ถูกละเมิดสิทธิ และเสรีภาพ โดยมุ่งกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2552-2556)*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2552). *การประชุมเวทีนโยบายสาธารณะ การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุเรื่องแนวทางในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2552). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.).
- นภาพร ชโยวรรณ (2535). *การอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดา และทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย*. เอกสารสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (2551). *รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย) พ.ศ. 2548*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรวิ ทรัพย์มี (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ประชาชนดี 1300 (2552). *เอกสารการสรุปประเภทปัญหาที่ให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ ศูนย์ประชาชนดี 1300 ประจำวันที่ 1 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
- สิริลักษณ์ ไสมานุสรณ์ (2547). “ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ”. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. หน้า 1 – 20.
- โสรัช โพธิ์แก้ว (2551). *บรรยายระหว่างการเรียนการสอนรายวิชาจิตวิทยาการปรึกษาแนวพุทธ*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aitken, L., and G. Griffin (1996). *Gender Issues in Elder Abuse*. Great Britain: Biddles Ltd. Guildford, Surrey.
- Akaza, K., et al. (2003). “Elder abuse and neglect: Social problems revealed from 15 autopsy cases.” *Legal Medicine*, 5, 7-14.
- Hsing-Yi Chang, Chii-Jun Chiou and Nain-Sen Chen (2009). “Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers’ physical health.” *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1 - 5.
- Lachs, M.S., and K. Pillemer (2004). “Elder abuse.” Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), 364(2).

- Le, Q.M. (1997). "Mistreatment of Vietnamese elderly by their families in the United States." *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(2), 51-62.
- Leung, P., and D. Eargle (1980). "Counseling with the elderly living in public housing." *The Personnel and Guidance Journal*, February, 442-445.
- Payne, B.K. (2002). "An integrated understanding of elder abuse and neglect." *Journal of Criminal Justice* 30, 535 – 547.
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf). Accessed: November 2010.
- Young, R.F. (1994). "Elders, families and illness." *Journal of Aging Studies*, 8(1), 1-15.