

การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุชุมชนหนองใหญ่¹ ด้านความปลอดภัยตามแนวคิดพหุพลัง
Promoting the Potential of the Elderly in Nong Yai Community 1
for Safety according to the Concept of Active Aging

เปรมจิต ชาตรีรัมย์รัฐติกุล¹,
 ปฎิมาภรณ์ วงศ์ภูธร²,
 ภัคชิมณัฐ พิระบุญยนนท์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านความปลอดภัย ตามแนวคิดพหุพลัง ในด้าน 1) การให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุ 2) เหตุการณ์การกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมจำนวน 38 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 19 ราย ผู้ดูแลจำนวน 19 ราย ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล 2. แบบประเมินความรู้การกระทำทารุณแรงต่อผู้สูงอายุ 3. แบบประเมินการกระทำทารุณแรงต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำทารุณแรงก่อนและหลังการอบรม และเหตุการณ์การถูกกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมในผู้สูงอายุใช้สถิติ Paired simple t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ผลของเหตุการณ์การถูกกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุหลังเข้ารับการอบรม จากการประเมินติดตามการถูกกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุ หลังเข้ารับการอบรมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า เหตุการณ์การถูกกระทำทารุณแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกแบบผสมผสานเป็นรายกรณีที่ถูกกระทำทารุณแรง รวมถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่างๆในการป้องกันการกระทำทารุณแรงต่อผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการรายกรณีที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันต่อไป

คำสำคัญ: การส่งเสริมศักยภาพ, ผู้สูงอายุ, ความปลอดภัย, พหุพลัง

Abstract

This research aimed to study the effects of promoting the potential of the elderly for safety according to the concept of active aging in terms of 1) education for the elderly and caregivers on elder abuse and 2) the incidents of elder abuse. The sample comprised 38 elderly and caregivers who voluntarily participated, divided into 19 elderly and 19 caregivers. The quasi-experimental research was

¹⁻³อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย



conducted. The research instruments included 1) the general questionnaire for the elderly and caregivers, 2) the assessment on knowledge about elder abuse, and 3) the assessment on elder abuse. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Paired simple t-test was used for the comparative analysis of knowledge on elder abuse before and after the training and the incidents of elder abuse before and after the training.

The findings revealed that 1) the comparison of the mean scores of knowledge on elder abuse through the perspectives between the elderly and caregivers was different with a statistical significance ($p < 0.05$). 2) For effects of incidents of elder abuse based on the assessment on elder abuse after 4 weeks of training, it was found that the incidents of elder abuse before and after the training were different with a statistical significance ($p < 0.05$).

Regarding suggestions for further research, in-depth mixed-method research should be conducted case by case on elder abuse, including the effectiveness of programs in preventing elder abuse against these elderly groups as guidelines for addressing similar cases.

Keywords: Promoting the Potential, The Elderly, Safety, Active Aging

1. บทนำ

การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดทางด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสื่อสารในปัจจุบัน ทำให้ประชากรทั่วโลกส่วนใหญ่หันมาดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง และมีชีวิตที่ยืนยาวสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีขนาดและสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 6 จะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 โดยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (2.1 พันล้านคน) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปี และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าในระหว่างปี ค.ศ. 2020-2050 เป็นจำนวน 426 ล้านคน สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียนต่อจากสิงคโปร์ที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุในปี 2665 พบว่าประเทศไทยมีประชากรสูงอายุทั้งชายและหญิง จำนวน 12,116,199 คน จากจำนวนประชากรประมาณ 66 ล้านคนทั่วประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) คิดเป็นร้อยละ 18.3 โดยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) เนื่องจากมีประชากรสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การรับมือกับภาวะสังคมผู้สูงอายุจึงได้มีการกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากมีอัตราส่วนทางกับวัยเจริญพันธุ์และวัยทำงานที่ลดลง และด้วยการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทันสมัย ทำให้ประชากรที่อายุมากกว่า 90 ปีมากขึ้นเรื่อย ๆ ในบางครอบครัวหนึ่งจึงไม่ได้มีผู้สูงวัยแค่ 1 รุ่นแต่มีถึง 2 รุ่น ผลที่ตามมา คือ การละเลยผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย ที่เป็นผลจากกระบวนการสูงวัย ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่ออายุยิ่งมาก มักมีแนวโน้มที่จะพบโรคที่เกิดจากความเสื่อมสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ทำให้ต้องพึ่งพาบุคลากรในทุกด้าน ดังนั้น ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล ได้แก่ บุตรหลาน สามี ภรรยา หรือญาติที่ดูแล (Family Caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (บุษยา วงษ์ขลิทกุล และคณะ, 2559) ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจต้องแยกตัวจากสังคมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าหรือ

การเจ็บป่วย (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2560) สาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งและสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ นำมาซึ่งการทอดทิ้งหรือกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่พบตามสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย (ดัชนี สุวรรณคม, 2548; ภัณฑิรา อิฐรัตน์, 2547; พัทรินทร์ บุญเสริม, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็น 4 ปัจจัยหลัก (Johannesen and Logiudice, 2013; Wang, Brisbin, and Straus, 2015) ดังนี้ **1) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์** ได้แก่ ความแตกแยกในครอบครัว และครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีหรือขัดแย้ง **2) สิ่งแวดล้อม** ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมลดลง **3) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ** ได้แก่ ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ ปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาด้านจิตใจหรือการเจ็บป่วยทางจิต และ **4) ปัจจัยด้านผู้กระทำความรุนแรง** ได้แก่ ผู้ดูแลมีความเครียดหรือเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำความรุนแรงในสถานรับดูแลผู้สูงอายุมากกว่าในชุมชน โดยพบการกระทำความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด (33.4%) รองลงมาคือด้านร่างกาย (14.1%) และด้านเศรษฐกิจ (13.8%) (WHO, 2018)

การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองได้และมีคุณค่า นั้น เป็นไปตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ที่กล่าวถึง วิสัยทัศน์ด้านผู้สูงอายุว่า “ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด” สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก ในประเด็น “Active aging” (พจนมคลัง) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ มีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ **1) มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Health) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ด้านความมั่นคงปลอดภัย (Security) (นงเยาว์ มีเทียน และ อภิญา วังศิพริโยธา, 2561) โดยเฉพาะประเด็นด้านความมั่นคงปลอดภัยนั้นครอบคลุมถึงหลักประกันทางการเงิน ประกอบด้วย การมีรายได้พอเพียงกับรายจ่ายและการออมเงิน หลักประกันทางกายภาพ ได้แก่ ด้านผู้ดูแลและสิ่งอำนวยความสะดวกช่วยให้มีความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน การจัดการชีวิตความเป็นอยู่ที่ปลอดภัยจากการถูกกระทำความรุนแรง การถูกทอดทิ้ง การเอาเปรียบ โดยเฉพาะประเด็นการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุถือเป็นประเด็นที่พบได้บ่อยในสังคมไทยปัจจุบัน หากผู้สูงอายุไม่มีหลักประกันด้านนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีปัญหา ด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง**

การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีความมั่นคง ปลอดภัย ตามแนวคิดพจนมคลังจึงต้องอาศัยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน จิตอาสา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของระวี สัจจโสภณ และ อาชญญา รัตนอุบล (2555) ที่กล่าวว่า หลักการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการใช้ชุมชนเป็นฐานในการส่งเสริมผู้สูงอายุภายในตนเอง ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาภาวะพจนมคลังของผู้สูงอายุ การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลด้านความปลอดภัยตามแนวคิดพจนมคลัง จึงเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาทักษะผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมในด้านการป้องกัน การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และการสร้างความสุขบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึภาคภูมิใจในความสามารถดูแลตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขตามมุมมองของผู้สูงอายุด้วย 4 บริบท คือ การมีสุขภาพที่ดี มีรายได้ที่เพียงพอ มีเงินออม และสามารถอยู่ร่วมและดำเนินกิจกรรมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (กษม ชนะวงศ์, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และ จุฬารัตน์ โสตะ, 2564)



กระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุถือเป็นประเด็นที่อ่อนไหว และเปราะบาง ทำให้ข้อมูลที่ได้เพื่อนำสู่การจัดการป้องกันที่เป็นรูปแบบจึงยังไม่ชัดเจน โดยจิราพร เกศพิชญพัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2552) ได้มีการทบทวนองค์ความรู้ อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุไทย โดยได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการป้องกันการกระทำความรุนแรงในรูปแบบองค์กรรวมในเชิงนิเวศวิทยา ดังนี้ 1) การดำเนินการระดับบุคคล ซึ่งควรมีการให้ความรู้ การปลูกฝังทัศนคติและส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงในทุกกลุ่มวัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความรุนแรงโดยเฉพาะคือกลุ่มผู้สูงอายุจะช่วยลดความเสี่ยงในการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้ การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านความปลอดภัยตามแนวคิดพดพพลังในครั้งนี้ จึงมีรูปแบบเน้นเรื่องความรู้ ความเข้าใจ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ

จังหวัดขอนแก่นได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 4 ของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานคร นครราชสีมา และเชียงใหม่ โดยจะเห็นได้จากสถิติผู้สูงอายุ ในปี 2562 พบว่า มีจำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 312,933 คน และตำบลในเมืองมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 26, 808 คน จากประชากรทั้งหมดในจังหวัดขอนแก่น 1,802,872 คน คิดเป็นร้อยละ 17.36 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เริ่มมีความแตกต่างจากวิถีชีวิตเดิม ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ชุมชนหนองใหญ่มีทั้งหมด 4 ชุมชน แบ่งเป็นชุมชนหนองใหญ่ 1,2,3 และ 4 ซึ่งทั้ง 4 ชุมชน ถือเป็นชุมชนกึ่งเมือง โดยเฉพาะชุมชนหนองใหญ่ 1 มีประชากรทั้งหมด 1,072 คน และมีผู้สูงอายุทั้งหมด 184 คน (สำนักสวัสดิการสังคม เทศบาลนครขอนแก่น, 2565) คิดเป็นร้อยละ 17.16 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) เนื่องจากมีประชากรสูงอายุที่มีอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยชุมชนมีตำแหน่งที่ตั้ง ทิศเหนืออยู่ติดกับชุมชนทุ่งเศรษฐี ซึ่งใกล้กับวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย นอกจากนี้ชุมชนยังเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง การให้บริการวิชาการแก่สังคม ตามพันธกิจของคณะพยาบาลศาสตร์ที่ว่า “บริการวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนและสังคม”

จากการลงพื้นที่ในชุมชนหนองใหญ่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบุตรหลานซึ่งมีความหลากหลายของช่วงวัยผู้สูงอายุมีภาระและหน้าที่หลายด้าน เช่น หารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว เลี้ยงดูบุตรหลาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ผู้สูงอายุบางคน อยู่กับบุตรหลานที่ดื่มสุราและสารเสพติด ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกาย นำมาสู่การบาดเจ็บ เครียดและวิตกกังวล ความรู้สึกดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ในประเด็น “Active aging” (พดพพลัง) ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านความมั่นคงปลอดภัย (Security) ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านความปลอดภัยตามแนวคิดพดพพลัง ที่มีรูปแบบเน้นเรื่องความรู้ ความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยการจัดอบรมให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เนื่องจากการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ ถือเป็นประเด็นที่พบได้บ่อย ซ่อนเร้น และมีความอ่อนไหวทางสังคม จึงมีโอกาสเกิดขึ้นทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ที่ไม่ทราบว่าเป็นประเด็นการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุคืออะไร มีปัจจัยใด การกระทำใด ที่ถือว่าเป็นการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ หรือหากทราบอาจจะเลยประเด็นดังกล่าว เนื่องจากไม่ให้ความสำคัญ โดยการอบรมดังกล่าวมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ประเด็นการกระทำความรุนแรงทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อนำสู่การป้องกันการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ด้านความปลอดภัย ตามแนวคิดพัฒนาพลังในประเด็น ดังนี้

- 2.1 การให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ
- 2.2 เหตุการณ์การกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ

3. วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งมีการศึกษาค่อนข้างน้อย จากแนวคิดของกาย (Gay, 1992) อ้างถึงใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับประเภทของงานวิจัย ซึ่งงานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 15 คนต่อกลุ่ม โดยการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการรวมทั้งหมด 38 ราย แบ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 19 ราย และผู้ดูแลจำนวน 19 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน การรับรู้ความพอเพียงของรายได้ ที่มาของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล ประวัติการดื่มเหล้าหรือการใช้สิ่งเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว

3.2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลประเมินข้อความในแต่ละข้อคำถาม ว่าเป็นความรุนแรงหรือไม่ โดยการให้คะแนนในข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13 และ 14 ถ้าคำตอบว่า “ใช่” ได้ข้อละ 2 คะแนน และถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ให้ 1 คะแนน และให้คะแนนในข้อ 3, 6, 9, 12 และ 15 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ข้อละ 2 คะแนนและถ้าตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ข้อละ 1 คะแนน แผลผลคะแนนรวม โดยใช้มาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 5 ระดับ คะแนนรวม 1-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่น้อยที่สุด คะแนนรวม 7-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ที่น้อย คะแนนรวม 13-18 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง คะแนนรวม 19-24 คะแนน หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนรวม 25-30 คะแนน หมายถึง มีความรู้มากที่สุด

3.2.3 แบบประเมินเหตุการณ์การกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นการสอบถาม เกี่ยวกับการพบเห็นพฤติกรรมที่กระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 5 ด้าน โดยให้ผู้สูงอายุ ประเมินความถี่เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้มาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 3 ระดับ ถ้าผู้สูงอายุไม่เคยประสบเหตุการณ์การนั้นให้ 1 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุเคยประสบเหตุการณ์การนั้นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และถ้าผู้สูงอายุเคยประสบเหตุการณ์การนั้นบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน ซึ่งมีการแปลผลการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย โดยคะแนนที่มากกว่า 7 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ โดยคะแนนที่มากกว่า 12 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำความรุนแรงด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ด้านการหาประโยชน์จากผู้สูงอายุและการเอาเปรียบทางกฎหมาย โดยคะแนนที่มากกว่า 7 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำความรุนแรง ด้านการหาประโยชน์จากผู้สูงอายุและการเอาเปรียบทางกฎหมาย 4) ด้านการละเลย ทอดทิ้ง หรือการละเว้นการกระทำกับผู้สูงอายุ โดยคะแนนที่มากกว่า 9 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำความรุนแรงด้านการละเลย ทอดทิ้ง หรือการละเว้นการกระทำกับผู้สูงอายุ 5) ด้านการคุกคามทางเพศ โดยคะแนนที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง เคยถูกกระทำความรุนแรงด้านการคุกคาม



ทางเพศ เกณฑ์การประเมินโดยรวม ระดับแบบคะแนนรวมของแบบประเมิน ตั้งแต่ 40-120 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

40 คะแนน คือ ไม่เคยมีเหตุการณ์ของการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

41-80 คะแนน คือ เคยมีเหตุการณ์ของการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง

81- 120 คะแนน คือ เคยมีเหตุการณ์ของการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวบ่อยมาก

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการสร้างแบบสอบถามขึ้น โดยให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมผู้สูงอายุ ในจังหวัดขอนแก่น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและด้านการวิจัย จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อก่อให้เกิดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความครอบคลุมของคำถาม ด้วยวิธีการคำนวณค่าตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI : Content validity Index for Scale) โดยได้ค่าตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) 0.95 โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ ไม่ต่ำกว่า 0.90 (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และชญาภา วันทุม, 2560)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย นำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.92 โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ ไม่ต่ำกว่า 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการทำการวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าการให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างการทำแบบสอบถามหากผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์อันเกิดจากการถูกสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรง ผู้วิจัยจะยุติการทำแบบสอบถามชั่วคราวเพื่อให้การพยาบาลระดับประจักษ์ จิตใจ จนกระทั่งผู้ตอบแบบสอบถามมีอาการดีขึ้น ผู้วิจัยจึงจะสอบถามความสมัครใจของผู้ตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ว่าพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ต่อหรือไม่ ถ้าพร้อมก็จะสัมภาษณ์ต่อไป ถ้าไม่พร้อมก็จะยุติการทำแบบสอบถามในครั้งนี้และนัดครั้งต่อไป นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล รวมทั้งจะไม่มีการเผยแพร่ใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวได้หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อทราบลักษณะการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและบรรยายลักษณะของข้อมูลเบื้องต้นแต่ละตัวแปร ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การเปรียบเทียบเหตุการณ์การถูกกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้ารับการอบรม ใช้สถิติ Paired simple t-test

4. สรุปผลการวิจัย

4.1 ผลการให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 ราย แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 19 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.42 อายุเฉลี่ย 71 ปี (\bar{X} = 71, S.D. = 4.72) 2) กลุ่มผู้ดูแลสูงอายุทั้งหมด 19 ราย เป็น เพศหญิงทั้งหมด 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 53 ปี (\bar{X} = 53, S.D. = 3.44) จากการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Paired t-test (N=19)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังอบรม				
	\bar{X}	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนอบรมให้ความรู้	25.74	3.29	4.72	18	0.000*
หลังอบรมให้ความรู้	29.42	0.77			

*Statistical significance $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Paired t-test (N=19)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังอบรม				
	\bar{X}	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนอบรมให้ความรู้	25.05	2.5	-4.508	18	0.000*
หลังอบรมให้ความรู้	27.47	0.77			

*Statistical significance $p < 0.05$

4.2 เหตุการณ์การถูกกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ

หลังจากสิ้นสุดการอบรมคณะผู้วิจัยได้มีการติดตาม เพื่อประเมินเหตุการณ์การถูกกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ หลังเข้ารับการอบรมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าเหตุการณ์การถูกกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเหตุการณ์การถูกกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้ารับการอบรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (N=19)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบการถูกกระทำความรุนแรงก่อนและหลังอบรม				
	\bar{X}	S.D.	t	df	P-Value
การถูกกระทำความรุนแรงก่อนอบรม	44.11	3.44	4.17	18	0.001*
การถูกกระทำความรุนแรงหลังอบรม	41.53	1.43			

*Statistical significance $p < 0.05$



5. สรุปและอภิปรายผล

5.1 ผลการให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุตามมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลก่อนและหลังอบรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนจัดอบรม ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น รูปแบบการจัดการเรียนรู้ และเทคนิคที่ใช้ในการเรียนรู้ โดยการวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายได้แก่ การบรรยาย ให้ความรู้ การใช้สื่อประกอบและการกระตุ้นผู้เข้าร่วมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมกับการดูวิดีโอที่เป็นการกระทำ ความรุนแรงแต่ละประเภท ที่เกิดกับผู้สูงอายุในสังคมไทย เช่น ข่าวดัง หรือ คลิปวิดีโอ การทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ การทอดทิ้งผู้สูงอายุ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความสนใจในการสอน เกิดการเรียนรู้ จดจำ และเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรุตยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม และ สุธรรม นันทมงคลชัย (2560) ที่พบว่า การเพิ่มระดับความรู้ในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการบรรยายความรู้ ร่วมกับการดูวิดีโอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในเนื้อหา ไม่รู้สึกเบื่อ จดจำภาพที่เห็น และเข้าใจเนื้อหาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และการให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีเทคนิคที่หลากหลาย มีสื่อประกอบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจเนื้อหา และ การเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น (สุนทรีย์ คำเพ็ง และ อรธิรา บุญประดิษฐ์, 2555)

5.2 เหตุการณ์การถูกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ จากผลการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุ โดยคณะผู้วิจัยได้มีการติดตาม เพื่อประเมินการถูกระทำความรุนแรง ของผู้สูงอายุหลังเข้ารับการอบรมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าเหตุการณ์การถูกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าเหตุการณ์การถูกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุหลังการอบรมลดลง ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเอง เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุ พฤติกรรม การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุแล้ว จึงมีแนวทางในการป้องกันการถูกระทำความรุนแรงได้ ประกอบกับผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจจึงนำสู่ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2549) ที่พบว่าทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวที่ดีต่อผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทำร้ายลดลง โดยมีค่าความเชื่อมั่น (95% CI) ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.01$ และจากข้อมูลของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบสูงในทุกด้าน รวมทั้งวัยนี้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมเพิ่มขึ้น เมื่อต้องให้การดูแลผู้สูงอายุจึงทำให้เกิดความอ่อนล้า เปื่อยหน่าย เครียดและหงุดหงิดได้ง่าย เมื่อต้องอาศัยหรืออยู่ในบ้านเดียวกัน จึงพบว่าการกระทำความรุนแรงกับผู้สูงอายุ

ที่พบบ่อย คือ การกระทำความรุนแรงทางด้านจิตใจ เช่น การเถียง พูดจาเสียดสี ตะคอกกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งถือว่าพบได้บ่อยที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่า ผู้สูงอายุถูกระทำความรุนแรงทางด้านจิตใจมากที่สุด (กิ่งดาว การะเกด, 2549; พรพิมล นวนกุลและคณะ, 2549; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2549; เกศกัญญา จิรดิทธิกุล, 2548; ดชณี สุวรรณคม, 2548; ภัณฑิรา อิฐรัตน์, 2547; คณะกรรมการกิจการสตรีเยาวชนและผู้สูงอายุวุฒิสภา, 2546; พัชรินทร์ บุญเสริม, 2546; โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง และอัจฉราพร สิริวิทยวงศ์, 2544) และหลังจากการอบรมให้ความรู้พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การปฏิบัติและป้องกันการกระทำ ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ โดยพบว่าจำนวนการเกิดเหตุการณ์การกระทำความรุนแรงที่ผู้สูงอายุเผชิญหลังจากสิ้นสุดการอบรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

6.1.1 สำหรับเจ้าหน้าที่และบุคลากรสุขภาพ ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ประเด็นการกระทำ ความรุนแรง ในผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เพื่อนำสู่ การค้นหาปัญหา การป้องกัน และการดูแลการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

6.1.2 สำหรับผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลง ในผู้สูงอายุ การกระทำ ความรุนแรงในผู้สูงอายุ เพื่อนำสู่การป้องกัน การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

6.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกแบบผสมผสานเป็นรายการณี ที่ถูกกระทำ ความรุนแรง รวมถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมต่างๆ ในการป้องกันการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการรายการณี ที่มี ปัญหาที่คล้ายคลึงกันในสังคมปัจจุบันต่อไป

7. ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากระยะเวลาในการอบรมดังกล่าว มีประเพณีของคนในท้องถิ่น ทำให้วันเวลาที่จัดอบรมตรงกับงานประเพณี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการอบรม ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย และผู้ดูแล 1 ราย ผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการติดตามเยี่ยมและให้ความรู้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการอบรม ภายใน 48 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินผลหลังการให้ความรู้และอบรม และมีการติดตามเยี่ยมซ้ำอีก 4 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

8. เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [ระบบออนไลน์]. สืบค้น เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2563. จาก <http://www.dop.go.th/download/knowledge>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [ระบบออนไลน์]. สืบค้น เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2565. จาก <http://www.dop.go.th>.
- กษม ชนะวงศ์, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และ จุฬารัตน์ โสตะ. (2564). สุขภาพองค์รวมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ: จง เปลี่ยนก่อนถูกบังคับให้เปลี่ยน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, (11)4, 131-135.
- กิ่งดาว การะเกด. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกศกัญญา จิรัตติกุล. (2548). ความชุกและปัจจัยทำนายการทารุณกรรมผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คณะกรรมการสิทธิการสตรีเยาวชนและผู้สูงอายุ วุฒิสภา. (2546). ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ กรมการสิทธิการ 2 สำนักเลขาธิการ วุฒิสภา.



- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). **ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.C:Users.ac.th> สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2562.
- ดัชนี สุวรรณคม. (2548). **การทำร้ายผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงเยาว์ มีเทียน และ อภิญญา วงศ์พิริโยธา. (2561). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 123-131.**
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษยา วงษ์สวัสดิกุลและคณะ. (2559). **ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง และ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ, 5(2), 74-92.**
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2560). **กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ**. ขอนแก่น. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรพิมล นวนกุลและคณะ. (2549). **บทบาทของผู้นำชุมชนในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 7(2), 60-65.**
- พิชิต ฤทธิ์จรรยา. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ้าท์ ออฟ เคอร์รี่ส์.
- พัชรินทร์ บุญเสริม. (2546). **ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัณฑิรา อิฐรัตน์. (2547). **ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 5, 3-9.**
- ระวี สัจจโสภณ และ อาชัญญา รัตนอุบล. (2555) **อนาคตภาพรูปแบบเมืองแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุไทย**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: ม.ป.ท.
- โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2549). **ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุสตรีไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 21(3), 31-45.**
- ศรุตยา หวางษ์, วิภา เทียงธรรม และ สุธรรม นันทมงคลชัย. (2560). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 110-128.**
- สำนักสวัสดิการสังคม เทศบาลนครขอนแก่น. (2565). **ข้อมูลพื้นฐานชุมชน**. [ระบบออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2565. จาก <https://www.kkict.net/2/>.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง และ อรธิดา บุญประดิษฐ์. (2555). **ผลการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลตองตะขาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี**. [ระบบออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2565. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4766/4146>.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และ ชญาภา วันทุม. (2560). **การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 105-111.**
- อัจฉราพร สีหิรวงศ์. (2544). **การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2, 3-11.**
- Johannesen, M and Logiudice, D. (2013). **Elder abusr: a Systematic review of risk factors in community – dwelling elders. Age and Ageing, 42,292-298.**



Wang, X.M., Brisbin, S., Loo, T., & Straus, S. (2015). Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ*, 187(8).

World Health Organization. (2018). **Elder abuse**. Retrieved September 16, 2020, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

World Health Organization. (2022). **Ageing and Health** (online) Retrieved February 6, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.