

บทที่ 2

เอกสาร และ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการคาดการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.1 การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การแบ่งระยะการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 2.2 ประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 2.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของการคาดการณ์
 - 3.2 การคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ และทั่วโลก เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งจากทฤษฎีความเสื่อมอธิบายได้ว่า เนื่องจากอายุที่สูงขึ้นร่างกายจะมีขบวนการสร้างเซลล์ใหม่ที่น้อยลง และเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีกได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์จะเสื่อมลงหรือตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง จะส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ

เพิ่มขึ้น (นภาพร, จอห์น, และ ศิริวรรณ, 2534; สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร, 2548; บุญศรี, 2545) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุทำให้สมรรถภาพของร่างกาย และความต้านทานต่อโรคต่างๆ น้อยลง เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (บุญศรี, 2545) ในภาวะโรคเรื้อรังมีความก้าวหน้า และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (ยุพาพิน, 2546)

1.1 การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

สิ่งมีชีวิตต่างๆ เมื่อเกิดมาในช่วงต้นของชีวิตจะมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในสภาพร่างกายในลักษณะของการเติบโต จนเมื่อส่งมีชีวิตทั้งหลายพัฒนามาจนถึงจุดที่สุดของการเจริญเติบโต แล้วหลังจากนั้นจะมีการเสื่อมของเซลล์และระบบในร่างกาย ซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในรูปของความแก่ (Ageing) ซึ่งในทางชีววิทยา ความแก่หรือชราภาพ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกายที่ลดลงจนในที่สุดทำให้ถึงแก่ความตาย ความเสื่อมในเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายนั้นไม่ได้เสื่อมในอัตราเดียวกัน หรือในลักษณะเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะต่างๆ ของมนุษย์จะสูญเสียความสามารถไปประมาณร้อยละ 1 เปอร์เซ็นต์ต่อปี ตั้งแต่ปีที่ 30 ปีขึ้นไป แต่มักจะมีความเสื่อมอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่า อายุ 60 ปีเป็นอายุเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น (บุญศรี, 2545) และจากการการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี เป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 และกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไปเป็นโรคเรื้อรังมีหลายโรคร่วมกัน ร้อยละ 83.3 และพบว่า ผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันพบสูงถึงร้อยละ 70.8 (จันทร์เพ็ญ, 2543)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะของร่างกายเมื่อเกิดพยาธิสภาพของโรค จนเกิดการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดความพิการ และต้องการการฟื้นฟูรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้หลายประการดังนี้

การประชุมการดูแลผู้ป่วยแห่งชาติ (National conference on care of the long – term patient, 1954 cited by Lubkin, 1995) ได้สรุปเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็น ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 30 วัน หรือ ต้องติดตามดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือมากกว่านั้น ส่วนจากรูวรรณ (2544) ได้ให้ความหมายที่สอดคล้อง

ว่าเป็น ภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ มีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน มีลักษณะที่ไม่แน่นอนหลายด้าน ได้แก่ อาการและอาการแสดงปรากฏไม่แน่นอน ระยะเวลาที่เกิดแน่นอนไม่ได้ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มักไม่หายขาด แต่อาจจะมีอาการทุเลาได้ หรือมีอาการของโรคที่รุนแรงอีกเป็นครั้งคราว ความเจ็บป่วยก่อให้เกิดการทำลายโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ จึงต้องการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือตลอดชีวิต ส่วนการศึกษาของคลัฟ (Cluff, 1981 อ้างตาม สุจิตรา, 2537) เสนอความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในความหมายที่กว้างขึ้น ซึ่งอธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นพยาธิสภาพที่รักษาไม่หาย โดยวิธีการทางการแพทย์ แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมโรค ลดการแทรกซ้อนของโรค และจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ความหมายของคลัฟ เน้นถึงบทบาทของบุคคลที่เจ็บป่วย และครอบครัวที่ต้องการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามเป้าหมายของการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และทำให้เจ็บป่วยเห็นบทบาทของพยาบาลมากขึ้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม

1.2 การแบ่งระยะการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (phase of chronic illness)

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถแบ่งการดำเนินโรค ตามแนวคิดของคอร์บิน และสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1991 อ้างตาม นงเยาว์, 2548) ได้แบ่งแนวคิดของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (The chronic illness trajectory framework) โดยแบ่งเป็น 8 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการเกิดโรค (pretrajectory phase) เป็นระยะที่อยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดโรค เป็นระยะที่ยังไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของความเจ็บป่วยให้เห็น
2. ระยะเป็นโรค (trajectory onset phase) จะแสดงถึงการเริ่มต้นของการมีอาการ หรือความผิดปกติ ความพิการของโรค เป็นระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น
3. ระยะวิกฤติ (crisis phase) เป็นระยะที่มีอาการของโรค มีการคุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการรักษา และดูแลอย่างรีบด่วน
4. ระยะกำเริบ (acute phase) เป็นระยะที่มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถจัดการกับอาการ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องเข้ารับการในโรงพยาบาล เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น
5. ระยะคงที่ (stable phase) เป็นระยะที่อาการของโรคสามารถควบคุมให้ไม่มีอาการรุนแรง
6. ระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลง (unstable phase) เป็นระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะมีอาการรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต ต้องได้รับการรักษา หรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใหม่

7. ระยะที่มีอาการทรุดลง (downward phase) เป็นระยะที่มีอาการรุนแรงขึ้นอีก ทำให้สภาพร่างกาย และจิตใจเสื่อมโทรมลง มีความพิการ และอาการแสดงของโรคมักขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับการควบคุมอาการของโรคดีที่สุดแล้ว

8. ระยะใกล้ตาย (dying phase) เป็นระยะที่มีความล้มเหลวในการรักษา การควบคุมอาการด้วยวิธีต่างๆ เป็นระยะที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความตายในไม่ช้า อาจจะเป็นภายในสัปดาห์ หรือระยะเวลาอันใกล้

1.3 ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่หายขาด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณดังนี้

1.3.1 ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้านร่างกายที่พบบ่อยดังนี้ (จารุวรรณ, 2544)

1.3.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง มักเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่หรือพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะวัยสูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากที่สุด ยิ่งอายุที่ยาวมากขึ้นย่อมหมายถึงความเสื่อม หรือความพิการที่สูงขึ้น (สุจิตรา, 2537) ในภาวะโรคเรื้อรังจะมีความก้าวหน้า และรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (ยุพาพิน, 2546ก)

1.3.1.2 การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลกระทบจะเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเอง และ/หรือจากความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งพบได้เมื่อเกิดภาวะเรื้อรัง ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยที่หอบหืด มีอาการกำเริบ หอบเหนื่อยรุนแรงบางรายไม่ได้นอนตลอดคืน เพราะนอนราบไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดและทรมานมากจนไม่สามารถนอนหลับหรือ พักผ่อนได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (จารุวรรณ, 2544)

1.3.1.3 ความผิดปกติของภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยเรื้อรังคือ ภาวะทุพโภชนาการ โดยอาจจะเป็นผล โดยตรงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองได้แก่ โรคมะเร็งทำให้เบื่ออาหารน้ำหนักลด อัตราการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารอันเกิดจากสภาวะจิตใจที่เขียนเบนกล่าวคือ จากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต่อเนื่อง และอาการที่กำเริบเป็นครั้งคราว ต้อง

รับการรักษาช้าแล้วช้าเล่า ทำให้เกิดความท้อแท้ หหมดกำลังใจในการมีชีวิตต่อไป ทำให้เกิดความเบื่ออาหาร ไม่อยากอาหารได้ (จารุวรรณ, 2544)

1.3.2 ด้านจิตใจ จากผลของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองต่ำลง ส่งผลให้เกิดความสามารถในร่างกายลดลง (ประคอง, 2540) และจากการศึกษาของนงเยาว์ (2548) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่รับรู้ความรุนแรงของโรค จะมีอิทธิพลต่อความว่าหวนในผู้สูงอายุ ร้อยละ 45 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุนำไปสู่ความโศกเศร้าเสียใจ ที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุต่ำลง นอกจากนี้จากธรรมชาติของความเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต ไม่หายขาดต้องรักษาในโรงพยาบาลอยู่เสมอ ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียด (จารุวรรณ, 2544)

1.3.3 ด้านจิตสังคม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตสังคมต่อผู้ป่วย ซึ่งสังคมมักจะมองว่าผู้ป่วยเรื้อรัง มักจะเป็นบุคคลที่ไร้ประโยชน์ ไม่สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้อีกต่อไป โดยสังคมจะกำหนดความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังว่า ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความเสื่อม หรือมีความพิการอย่างถาวร (สุจิตรา, 2537) ดังการศึกษาของฟาโลโว (Falvo, 1991) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียดได้ เนื่องจากถูกความต่อบทยาท และหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยได้แก่ 1) ความผาสุกของชีวิต 2) ความสุขสบายและครบถ้วนของอวัยวะต่างๆร่างกาย 3) ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และความเป็นส่วนบุคคล 4) อัตมโนทัศน์และบทยาท 5) เป้าหมายในชีวิต และแผนในอนาคต 6) สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน 7) ความสามารถในการคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เคยชิน 8) ความผาสุกทางด้านเศรษฐกิจ

1.3.4 ด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณ เป็นแก่นภายในชีวิตของคน เป็นความเชื่อมั่นแนวคิด และความหวังของบุคคลในการดำเนินชีวิตของบุคคล การฟื้นฟูอุปสรรคต่างๆ หรือการยอมรับการสูญเสียต่างๆในชีวิต (สมพร, 2541) นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องของความเชื่อทางศาสนา สวดมนต์ สมาธิ และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจต่างๆ (นงเยาว์, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หาความหมายใหม่ๆของชีวิต และมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน ในการต่อสู้กับความไม่แน่นอนของโรคเรื้อรังได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมประกอบด้วยเนื้อหาได้แก่ ความหมายของการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ประเภทของการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

การศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ มีผู้ศึกษาและให้ความหมายที่แตกต่างกันไป ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำโดยความตั้งใจที่จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดทั้งร่างกาย และจิตใจแก่ผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเอาทรัพย์สิน การทอดทิ้ง และล่วงละเมิดทางเพศของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการคุกคามชีวิต หรือเสมือนคุกคามชีวิต ที่ได้รับจากบุคคลคนหนึ่ง (Flumer, Street, & Carr, 1984; Pay, 1993; Eliopoulus, 1997) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) กล่าวว่า เป็นการกระทำที่เจตนาหรือไม่เจตนาในการทอดทิ้งผู้สูงอายุ หรือการกระทำที่ก่อให้เกิดความบาดเจ็บทางกาย และทางจิตใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงการละเมิดผู้สูงอายุทางด้านทรัพย์สิน เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บ สูญเสียสิทธิส่วนบุคคล และมีคุณภาพชีวิตต่ำ และต่อมาเครือข่ายที่ป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในอเมริกา (The International Network for the Prevention Of Elder Abuse [INPEA], 1995 cited by WHO, 2005) ได้พัฒนานิยามการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ โดยกล่าวว่า เป็นการกระทำอันไม่เหมาะสม และขาดความเมตตา ที่กระทำแก่ผู้สูงอายุแม้เพียงครั้งเดียว หรือหลายครั้ง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามหรือ ความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีผู้ศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย โดยอัจฉราพร และคณะ (2544) ให้ความหมายการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ไว้วางใจ เป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ การกระทำดังกล่าวได้แก่ การทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจที่กระทำโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ รวมทั้งการทอดทิ้งละเลย และเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ต่อมาจินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) กล่าวว่า เป็นการกระทำใดๆ ที่กระทำต่อผู้สูงอายุทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา การกระทำนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะกระทำเพียงชั่วคราว หรือกระทำต่อเนื่องกันไป การกระทำรวมถึง การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทางด้านร่างกาย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทางด้านจิตใจ

การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง และการละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ ส่วนสิริลักษณ์ (2547) ซึ่งผู้สูงอายุให้ความหมายการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุว่า เป็นการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการเลี้ยงดูจากสมาชิกในครอบครัว การถูกบังคับห้ามไม่ให้กระทำการที่ต้องการหรือจำกัดสิทธิ และการขัดใจเนื่องจากลูกหลานไม่ทำตามสิ่งที่ตนเองต้องการให้กระทำ

จากนิยามดังกล่าวสรุปได้ว่า การได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำที่ตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจของสมาชิกในครอบครัว อันก่อให้เกิดอันตรายและคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะกระทำเพียงครั้งเดียว หรือกระทำต่อเนื่องกันไป การกระทำรวมไปถึง ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งทอดทิ้งละเลย การละเมิดสิทธิ และการเอาผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เลวลง คุณภาพชีวิตต่ำลง

2.2 ประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ ได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามแนวคิดได้หลายองค์ที่แตกต่างกันไป ดังเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุไว้ 5 ประเภท ได้แก่ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านจิตใจ การเอาผลประโยชน์ การละเมิดทางเพศ และการทอดทิ้ง ส่วนองค์กรสากลเพื่อการศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ (NCEA, 2005) ได้ทำการการศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุในแต่ละรัฐของอเมริกา จากนั้นได้นำลักษณะของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่พบบ่อยในแต่ละรัฐ มาแบ่งประเภทการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 7 ประเภท คือเพิ่มเรื่องการละทิ้งผู้สูงอายุ และการทอดทิ้งตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่า ผู้สูงอายุในอเมริกาที่ถูกละทิ้งไม่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมากขึ้น และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่จากบุตรหลาน จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลตนเองได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหารและยา ทำให้เกิดการทอดทิ้งตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และสำหรับบางแนวคิดได้แบ่งประเภทแตกต่างจากที่กล่าวมา ดังการศึกษาของครอส (Krouse, 2004) ได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ 7 ประเภท โดยเพิ่มเรื่องการละเมิดทางเพศต่อผู้สูงอายุ การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของอัจฉราพร และคณะ (2544) ได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเป็น 4 ประเภทคือ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านร่างกาย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านจิตใจ การทอดทิ้ง และการเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ต่อมาการศึกษาของจินตนาวัฒน์ (Chintanawat,

2003) ได้เพิ่มเรื่อง การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำที่จำกัดหรือปฏิเสธสิทธิส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆแก่ผู้สูงอายุได้แก่ การใช้กำลังกับผู้สูงอายุให้ทำสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ การให้ผู้สูงอายุกระทำสิ่งที่ไม่ต้องการโดยไม่ชี้แจงเหตุผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ มีผู้ศึกษาได้แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมไว้หลายแนวคิด แต่ผู้วิจัยยึดการศึกษาของจินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) ซึ่งแบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ 5 ประเภทคือ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านร่างกาย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านจิตใจ การเอาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง และการละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการแบ่งประเภทที่ครอบคลุมและเหมาะสมในบริบทของประเทศไทย นอกจากนี้จินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) ได้สร้างเครื่องมือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุขึ้นเอง จากการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์สัมพันธ และความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 304 ราย เท่ากับ 0.92 ซึ่งจำแนกประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านร่างกายหมายถึง การกระทำที่ใช้ความรุนแรงก่อให้เกิดการบาดเจ็บ บาดแผล หรือความเสื่อมโทรมต่อร่างกาย การกระทำต่างๆเช่น การผูกมัด การเขย่า การตี การหยิก การผูกมัด รวมถึงการใช้เงินผู้สูงอายุโดยไม่ได้อนุญาต การใช้ของผู้สูงอายุโดยไม่ได้อนุญาต

การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านจิตใจหมายถึง การกระทำโดยใช้คำพูดไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เช่น ก้าวร้าว คุกคามเหยียดหยาม ทำให้เสียหน้า และการดูต่ำ การไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในเรื่องที่สนใจ หรือให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างอิสระเกี่ยวกับการรักษา ไม่ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับทราบว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนเกินหรือไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว

การเอาผลประโยชน์ของผู้สูงอายุหมายถึง การกระทำต่อทรัพย์สินผู้สูงอายุเช่น การยืมเงินของผู้สูงอายุโดยไม่ใช้คืน การให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบงานบ้าน

การทอดทิ้งผู้สูงอายุหมายถึง การกระทำที่ละเลย หรือไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรมเช่น การละเลยในการดูแลเรื่องอาหารและยาแก่ผู้สูงอายุ การละเลยการดูแลเรื่องสุขลักษณะ การละเลยในการดูแลช่วยเหลือ หรือทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านโดยไม่มีเหตุผล

การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุหมายถึง การกระทำที่ล่วงละเมิดสิทธิที่ผู้สูงอายุควรได้รับจากการดูแลของครอบครัว เช่นการใช้กำลังให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ การที่ไม่ให้ผู้สูงอายุเลือกอาหารที่ชอบ การไม่ชี้แจงเหตุผลให้ผู้สูงอายุ การไม่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัดสินใจโดยตนเอง การใช้กริยาล่วงเกินผู้สูงอายุ

2.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุพบว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งสามารถแยกเป็น 3 ด้านด้วยกันคือ ร่างกาย อารมณ์หรือจิตใจ สังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 ด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุมี 2 ลักษณะคือ ผลที่เกิดกับร่างกายผู้ป่วยเอง เช่น การเกิดรอยบาดแผล ฟกช้ำตามร่างกาย และผลทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปกติของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับยากขึ้น เป็นต้น ดังการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ได้ระบุผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย คือ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดเกิดรอยฟกช้ำ เกิดรอยแผลเป็นจากการผูกมัดผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดสารอาหาร มีสุขลักษณะต่ำ และนอนหลับยากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลี (Lee, 1997 cited by Chintanawat, 2003) ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้ความรุนแรงที่มีต่อผู้สูงอายุชาวเวียดนามที่ตั้งถิ่นฐานในอเมริกา พบว่า ผลกระทบต่อผู้สูงอายุชาวเวียดนามที่ได้รับความรุนแรงคือ มีผลทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับยาก และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 60 ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่ออาหาร และไม่ยอมรับประทานอาหาร ร้อยละ 25 และมีผู้สูงอายุคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 นอกจากนี้การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุอาจส่งผลร้ายแรงถึงชีวิตของบุคคลได้ ดังการศึกษาของแลช และคณะ (Lachs et al., 1998) ได้ศึกษาผลกระทบระยะยาวของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากการถูกทำร้าย โดยสำรวจในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จำนวน 176 ราย ซึ่งคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีประวัติการถูกทำร้ายในลักษณะต่างๆเมื่อ 9 ปีก่อน ซึ่งได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทางร่างกาย 10 ราย (5.7%) การทอดทิ้ง 30 ราย (17.0%) เอาผลประโยชน์ 8 ราย (4.5%) และทอดทิ้งตนเอง 128 ราย (72.7%) โดยศึกษาจากการมาตรวจตามนัดของผู้สูงอายุ และติดตามตลอดระยะเวลา 13 ปีพบว่า ผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอดเพียง ร้อยละ 9 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผลกระทบด้านร่างกายจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากทั้งในระยะสั้น เช่นเกิดบาดแผล ฟกช้ำต่างๆในร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในระยะยาวได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3.2 ด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว สับสน เจ็บไม่พูดคุย และซึมเศร้า (WHO, 2005) สำหรับในประเทศไทย ดังการศึกษาของสิริลักษณ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ทุกข์ใจ ต้องการหลบหนีจากครอบครัว และไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป เนื่องจากผู้สูงอายุคาดหวังว่า บุตรหลานจะต้องตอบแทนบุญคุณของบิดามารดา จึงเสียใจและผิดหวัง อย่างไรก็ตามการศึกษาของอัจฉราพร, และ คณะ (2544) พบว่า อุบัติการณ์ที่ผู้สูงอายุไทยได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ด้านจิตใจสูงสุดถึงร้อยละ 70.3 และในกลุ่มพบอาการทางจิตเพียงร้อยละ 0.40 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีการปรับตัวโดยมีธรรมชาติที่พึ่ง มีความเอื้ออาทร และให้อภัยแต่บุตรหลานเสมอ อันเนื่องมาจากความรักที่ผู้สูงอายุให้แก่บุตรหลาน

2.3.3 ด้านสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม เจ็บไม่พูดคุย ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (WHO, 2005) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของสิริลักษณ์ (2547) พบว่า ผลกระทบทางสังคมจากการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องการหลบหนีจากครอบครัว อยากออกจากบ้าน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ จะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ไม่ดี เปลี่ยนแปลงการนอนหลับ การรับประทานอาหาร หรือทำให้ผู้สูงอายุคิดฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง หากได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการทางร่างกาย และจิตใจที่รุนแรงกว่าเดิม ดังนั้นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการศึกษาอย่างจริงจัง และหาแนวทางแก้ไขต่อไป

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เพศ สภาวะสุขภาพ

2.4.1.1 อายุ ในประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการพิการเพิ่มขึ้น (นภาพร, จอห์น, และ ศิริวรรณ, 2534) การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของผู้สูงอายุทำให้สมรรถภาพของร่างกาย และความต้านทานต่อโรคต่างๆน้อยลง จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังต่างๆเช่น โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (บุญศรี, 2545) ดังนั้น

ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง แต่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นงานที่หนัก และต้องการความอดทนในดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลายาวนาน ทำให้เกิดความเครียด กัดค้น เหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลได้ ซึ่งสถานการณ์จึงอาจผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้ (Garrett, 1991; Hardin & Hadson, 2005) ดัชนีการศึกษาของจอห์น, วินสตรา, ซีมอน, และ คโรเมอร์ (Jones, Veenstra, Seamon, & Krohmer, 1997) ซึ่งศึกษาเชิงสำรวจ ในผู้สูงอายุที่ได้รับการกระทำรุนแรง และมารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 3000 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดคือ ด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 24 และผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น 75 ปีขึ้นไป ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดคือ การถูกทอดทิ้งสูงถึงร้อยละ 73 ส่วนสถาบันการศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 84 และด้านการทอดทิ้ง สูงถึงร้อยละ 82 (NCEA, 1999)

2.4.1.2 เพศ จากการศึกษาของอัจฉราพร, และคณะ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเหตุผล 2 ประการคือประการแรก สตรีมีอายุยืนยาวกว่าบุรุษ การที่ผู้หญิงยังมีอายุยืนยาวมากขึ้น จะมีภาวะสุขภาพที่แย่ง และภาวะพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ประการที่ 2 สังคม และครอบครัวของผู้สูงอายุ คาดหวังให้สตรีสูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบภาระของครอบครัวทั้งหมด ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย และความเครียดได้ ซึ่งทั้ง 2 สาเหตุส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันการศึกษาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ (NCEA, 1999) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านจิตใจสูงถึงร้อยละ 75 และการศึกษาของฟิลลิปส์ (Phillips, 2000) ได้ศึกษาความรุนแรงในครอบครัว และผู้สูงอายุเพศหญิง ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และมีสถานภาพเป็นภรรยา คู่ถอน ฟังสาว พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับการกระทำที่รุนแรงจากสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50 ซึ่งลักษณะของความรุนแรง คือ การใช้คำพูดคำ ตะโกน คิดเป็นร้อยละ 27.8 การทุบตี คิดเป็นร้อยละ 12 และการขว้างของใส่ คิดเป็นร้อยละ 9.5 สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของ อัจฉราพร และคณะ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุสตรีได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านจิตใจสูงสุด ร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย และการเอาประโยชน์จากผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.4, 59.7, 21.2 ตามลำดับ ดังนั้นปัจจัยทางเพศเป็นปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเกิดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้

2.4.1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ 2) ความบกพร่องของร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

กิจกรรมประจำวัน คือ การกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ตามความจำเป็น และ ความต้องการขั้นพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน และสุขอนามัยส่วนบุคคล (ทัศนีย์, 2537) ซึ่งกิจวัตรที่ปฏิบัติเป็นประจำวัน แบ่งเป็น 2 ระดับคือ กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (base activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การอาบน้ำเป็นต้นและกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง (extended หรือ instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะเช่น รถประจำทาง หรือความสามารถในการประกอบอาหารเป็นต้น (สุทธิชัย, 2544)

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น (สุทธิชัย, 2542) แต่ด้วยภาระงานในการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่หนัก และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด และเหนื่อยล้า ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในสถานะที่สมาชิกในครอบครัวมีความเครียด และกดดัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้ (ศิริพันธุ์, 2543) ดังการศึกษาของคลินสมิทท์ (Kleinschmidt, 1997) พบว่าปัจจัยทางด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ (Activities of daily living : ADL) เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านการทอดทิ้ง เนื่องจากเป็นภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของคัทรียา (2545) เรื่องความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือทดแทนความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสูง ส่งผลให้ผู้ดูแลทำงานหนักขึ้น และก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด และกดดันเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เช่น การทะเลาะกัน หรือทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุเป็นต้น

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสุทธิชัย (2542) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินภาวะทุพพลภาพของคนไทย โดยใช้ชื่อแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ในส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานได้พัฒนามาจากดัชนีบาร์เชลเอดีเอล

(Modifild Barthel Index) ประกอบด้วย 10 ข้อเช่นเดียวกับดัชนีบาธเนล ซึ่งทำการทดสอบด้านคุณค่า (validity) และความน่าเชื่อถือ (reliability) ในผู้สูงอายุไทย โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนแออัดจำนวน 703 ราย ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีบาร์ธเนลเอดีเอลมีความเหมาะสมเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการสำรวจระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย, 2542; สุทธิชัย, 2544) ผู้วิจัยจึงใช้ดัชนีบาร์ธเนลเอดีเอลในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคลโดยตรง คือผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค ซึ่งอาจจะกำเริบรุนแรงขึ้นมา และอาการมักจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าผู้สูงอายุจะปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี และการรักษาไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองไม่ให้อาการของโรครุนแรงเกินจะควบคุม เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีความเจ็บป่วยรุนแรง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การมีกิจกรรมต่างๆ น้อยลง ผู้สูงอายุจะแยกตัวตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากไม่มีกำลังพอที่จะปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม และสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (นงเยาว์, 2548; จารุวรรณ, 2544) ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่เนื่องจากการดูแลที่หนัก ต่อเนื่อง และเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้ (Kleinschmidt, 1997; WHO, 2005) ดัชนีการศึกษาของจินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) พบว่าปัจจัยที่ทำนายการถูกทำร้ายในผู้สูงอายุคือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดัชนีการศึกษาของพิวลีเมอร์, และซูเตอร์ (Pillemer and Suitor, 1992 cited by Kleinschmidt, 1997) พบว่า ความรุนแรงของของเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เนื่องจากทำให้สมาชิกในครอบครัวมีภาระหนักขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุยอมรับว่าภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัญหา และอุปสรรคที่สำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากโรคที่เป็น รวมทั้งการมีสภาพร่างกายที่แก่ชรา เกิดความเสื่อมถอย ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่พอใจ รังเกียจ และแสดงท่าทีที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เพราะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายไม่ดี แสดงถึงภาวะพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลเอาใจใส่มากขึ้น ผู้ดูแลอาจจะก่อให้เกิดความไม่พอใจ โกรธได้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเอง โดยประเมินจากมาตรวัดตัวเลข (numeric rating scale: NRS) (Seer, 1999) มีการระบุตัวเลขระดับของความเจ็บป่วยต่อเนื่องกันไปตามเส้นตรงตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง 'ไม่เจ็บป่วยเลย' 1-9 คะแนน หมายถึง ความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จนถึง 10 คะแนน และผู้วิจัยได้แบ่งระดับความเจ็บป่วยจากการแบ่งระดับความปวดของเซอร์ลิน, แมนคูซา, แนคคูรา, เอ็ดวาร์ด, และคลีแลนด์ (Serlin, Mendoza, Nakamura, Edward, & Cleeland, 1995) อ้างตาม ยูพาวดี, 2549) ซึ่งการแปลความหมายดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความรุนแรงเลย
1-3	คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงเล็กน้อย
4-6	คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงปานกลาง
7-10	คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงมากที่สุด

2.4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ สุขภาพร่างกายของผู้ดูแล สุขภาพจิตใจของผู้ดูแล และประวัติการเสพลิงเสพลิดของผู้ดูแล

2.4.2.1 ความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ หรือความผูกพันอันเกิดจากส่วนลึกของจิตใจ ที่บุคคลในครอบครัวพึงปฏิบัติต่อกัน เช่น การให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การเคารพซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเห็นอกเห็นใจกัน สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกอบอุ่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาต่างๆ (บุญศรี, 2545) และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยจะมีสัมพันธภาพกับบุตรสาวดีกว่าบุตรชาย เนื่องจากบุตรสาวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ส่วนบุตรชายจะรับผิดชอบดูแลเรื่องการเงินมากกว่าดูแลด้วยตนเอง โดยจะจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุแทน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิง และเพศชายจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ บุตรสาวจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เมื่อเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก เพศหญิงจะปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างหลาน หรือญาติ จะมีน้อยกว่าบุตร (วิมลรัตน์, 2537) เนื่องจากมีความรักใคร่ผูกพันน้อยกว่าบุตร ทำให้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากญาติหรือหลานต่างๆ จะไม่ดีเท่าบุตร ดังการศึกษาของ สุพรรณิ และ นาฎยา (2540) เรื่อง เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและ ความว่าเหวของ ผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยกับญาติหรืออยู่คนเดียว จะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าอยู่กับบุตร เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติความใกล้ชิดสนิทสนม และการดูแล

เอาใจใส่จะมีน้อยกว่าบุตร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลในชีวิตประจำวันต่างๆ การรักษาพยาบาล เป็นต้น

2.4.2.2 สุขภาพร่างกายของผู้ดูแล พบว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะตกอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องทุ่มเทร่างกาย และใจในการดูแลผู้สูงอายุ จนทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพของทรุดโทรม บางรายปวดหลังเพราะช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว หรืออาจจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อยลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้ (วิมลรัตน์, 2537) ดังการศึกษาของศิริวรรณ และ ปัทมา (2544) เรื่องผู้สูงอายุไทย “อยู่ทน” หรือ “ทนอยู่” พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะยังมีระดับคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ดูแลที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และมักจะพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุตรสาว ซึ่งเป็นหญิงวัยกลางคน ซึ่งมักจะมียุทธศาสตร์ในหลายๆด้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ยากในหลายด้านทั้งด้านร่างกาย และสุขภาพจิต ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่มีผลกระทบทั้งทางตรง หรือทางอ้อมต่อสมาชิกในครอบครัวที่ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงที่ผู้สูงอายุอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย และจิตใจ

2.4.2.3 สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มากเกินไป ไม่สามารถแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัว รับรู้ว่ามีบทบาทที่มากเกินไป นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังบ่อยๆ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เข้าอารมณ์ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียด และสับสนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ดี หรือทำร้ายผู้สูงอายุได้ (วิมลรัตน์, 2537) ดังการศึกษาของค์กรอนามัยโลก (WHO, 2005) พบว่าความเครียดของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่พยากรณ์การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ทำให้คุณภาพการดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยตรง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการให้การดูแล เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกคุกคาม อาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อ และท้อแท้ (วิมลรัตน์, 2537) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมๆ ได้

2.4.2.4 การเสพติดของสมาชิกของครอบครัว สิ่งเสพติดที่พบทั่วไปในครอบครัวของไทยคือสุรา สุราเป็นสิ่งเสพติดที่สามารถดื่มได้ทั่วไป และไม่ผิดกฎหมาย แต่การ

ดื่มสุราจนเกิดอาการเมา จะทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ และก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุราคือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ชนิดเอทิลแอลกอฮอล์) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุราปริมาณมาก แอลกอฮอล์จะไปกดจิตได้สำนึกที่คอยควบคุมตนเอง ทำให้บุคคลนั้นกล้าแสดงออกมากขึ้น และเป็นการแสดงออกในด้านไม่ดี ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนาวัฒน์ (Chintanawat, 2003) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุคือการมีประวัติดื่มสุราและหรือสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาของบุญเสริม และ กิตติภา (2546) เรื่องผลกระทบของสุราต่อการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พบว่า ผลกระทบจากการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวคือ บุคคลที่ดื่มสุราจะใช้ความรุนแรง เมื่อมีการทะเลาะกันมักคิดว่าด้วยถ้อยคำหยาบคาย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่มีความคิดว่า สุราเป็นปัจจัยที่ทำให้ตนเอง และบุคคลในครอบครัวเห็นห่างกัน นอกจากนี้สุราเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศได้ด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้แก่ ความหมายของการคาดการณ์ การคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายของการคาดการณ์

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า “คาด” ว่า นึกไว้, หมายไว้, มักใช้เข้าคู่กับคำว่า คาดคะเน หรือ หมาย เป็น คาดคะเน คาดหมาย คาดการณ์ ดังนั้นการคาดการณ์เป็นความรู้สึกภายในของแต่ละบุคคล ที่คาดคะเน หรือสิ่งที่คิดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่ก็ได้ การคาดการณ์หมายถึง ความคิด ความรู้สึก สิ่งที่คาดคะเน หรือคิดไว้ล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (นนิกันต์, 2543; กัลยา, 2547) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการคาดการณ์หรือคาดหวังดังนี้

อรนุช (2544) กล่าวว่า การคาดการณ์เป็นความรู้สึกนึกคิด และเป็นการคาดคะเนต่อการกระทำของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยที่สิ่งนั้นอาจจะเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้

ซึ่งความรู้สึกลึกซึ้งเกิดต่อเหตุการณ์นั้นจะประเมินจากประสบการณ์เดิม และเป็นมาตรฐานของแต่ละบุคคล

ดวงพร (2547) กล่าวว่า การคาดการณ์เป็นสิ่งที่บุคคลคาดหวังต่อเหตุการณ์ล่วงหน้าถึงความเป็นไปที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ดังนั้น การคาดการณ์เป็นความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคล ที่คาดคะเนล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งประเมินจากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลที่ได้รับ ดังนั้นการคาดการณ์จึงเป็นมาตรฐานส่วนบุคคล

3.2 การคาดการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งช่วงสุดท้ายของชีวิต และเป็นวัยผ่านประสบการณ์ต่างๆมากมาย ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนเมื่อถึงบั้นปลายของชีวิตปรารถนาที่จะได้รับการดูแลจากบุตรหลาน เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรแก่ครอบครัว เพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข (มาลินี และศิริวรรณ, 2541; นภาพร และจอห์น, 2542) แต่ในปัจจุบันจากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทยที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าสังคมจะลดบทบาท และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง หรือไม่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานมากขึ้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุได้รับในสภาพปัจจุบัน (จอม, 2541; ดวงพร, 2547) และหากผู้สูงอายุมีภาวะป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว การคาดการณ์ที่ผู้สูงอายุนึกคิดเกี่ยวกับการดูแลที่ตนเองจะได้รับในอนาคต อาจไม่ต่างจากปัจจุบันที่ผู้สูงอายุได้รับในสภาพปกติ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นที่เกี่ยวกับการคาดการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้ 2 ลักษณะคือ

3.2.1 การไม่ให้ความเคารพ หรือเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุคาดหวังจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว แต่หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการเอาใจใส่ก่อให้เกิดความเสียใจ น้อยใจแก่ผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของอัจฉราพร และคณะ (2544) พบว่าผู้สูงอายุคาดหวังว่าบุตรหลานจะต้องให้การเคารพต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเคารพจากสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านกาย วาจา ใจ แต่สถานการณ์ของสังคมปัจจุบันที่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น และระยะเวลาในการทำงานยาวนาน เวลาที่จะดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุจึงน้อยลง ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสียใจ น้อยใจได้ นอกจากนี้สิริลักษณ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมคือ การไม่ดูแลยามปกติและเจ็บป่วย การไม่พูดคุย ไม่ให้ความเคารพ การให้ทำงานบ้าน

หากผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเช่น บุตร หรือ หลานจะทำให้ผู้สูงอายุเศร้า เสียใจมาก เพราะผู้สูงอายุเคยให้การช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรหลานจึงตั้งความหวังไว้ว่า จะได้รับการดูแลที่ดีตอบแทน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย เมื่อผู้สูงอายุประสบกับการทารุณกรรมในลักษณะนี้เป็นประจำ และต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุทุกข์ใจ น้อยใจ เสียใจ หนีออกจากบ้าน จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

3.2.2 การถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุคาดการณ์ว่า ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การพึ่งพาครอบครัว หรือภาระงานที่ผู้สูงอายุได้รับ การอาศัยในบ้านญาติ/หลาน เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านการทอดทิ้ง ดังการศึกษาของอรนุช (2544) พบว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน การดูแลปฏิบัติยามเจ็บป่วย ช่วยเหลือทุกครั้งที่ต้องการ แต่พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุในปัจจุบัน การอยู่พร้อมหน้ากันในครอบครัวน้อยลง สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทิ้งให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวเพื่อเป็นผู้เฝ้าบ้าน หรือบางรายดูแลเด็กเล็ก บางรายบุตรหลานไปทำงานในเมือง จะกลับบ้านเมื่อเทศกาลสำคัญ และพบว่าสมาชิกในครอบครัวพูดคุยกับผู้สูงอายุน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกถูกทอดทิ้ง และว่าเหว่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร (2548) เรื่องกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย โดยนิยามคำว่าเปราะบางว่าหมายถึง สถานการณ์ที่ภาวะของบุคคลมีความหนักอึ้งเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของบุคคลที่แบกรับ และนภาพรศึกษาความเปราะบางทางสุขภาพกาย และสุขภาพใจของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีถึงไม่ดีขึ้นอย่างมาก มีประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพหรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้มีประมาณร้อยละ 3 เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความยากจน ต้องพึ่งพาจากบุตรหลาน และบางครั้งบุตรหลานต้องไปทำงานในที่ห่างไกล ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หากผู้สูงอายุเจ็บป่วย ความยากลำบากในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุคาดการณ์ว่าตนเองถูกทอดทิ้งมากขึ้น และพิมพ์พรรณ และ สุธิ (2533) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อได้ช่วยบุตรหลานทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เบื่อหน่ายในชีวิตที่ยังมีอยู่ เนื่องจากสังขารที่ทรุดโทรม ความคงทนต่อร่างกาย และจิตใจน้อยลงเนื่องจากบุตรหลานแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ ฐานะการเงิน ความมีศักดิ์ศรีในตนเองน้อยลง หรือแม้ว่าจะมีบุตรหลานเลี้ยงดูอยู่ แต่อาจรู้สึกถูกทอดทิ้งได้ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองถูกลืมจากบุตรหลาน

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคาดการณ์ ของผู้สูงอายุ

การคาดการณ์จะเกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Biological Motivation) จากการศึกษาพบว่า ความเสื่อมของร่างกายที่มีผลต่อการคาดการณ์ ส่วนใหญ่พบในเรื่องเกี่ยวกับความเสื่อมของระบบประสาท เนื่องจากการรับรู้ต่างๆของบุคคลเกิดจากการทำงานของสมอง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมของการทำงานของสมองในเรื่องของความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือการรับรู้สัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ นอกจากนี้จะมีความเสื่อมในเรื่องความจำระยะสั้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งความเสื่อมของร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูล และการประเมินเพื่อตัดสินใจข้อมูลต่างๆของผู้สูงอายุอาจไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง

2. ข่าวดสารข้อมูล (Information) การคาดการณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงจะต้องมีพื้นฐานมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ข้อมูลข่าวสารจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดกระบวนการทางความคิด ประเมินสถานการณ์ และคาดการณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะสามารถทำให้บุคคลนั้นประเมิน/คาดการณ์สถานการณ์ต่างๆได้ตรงกับความเป็นจริง (นวรรตน์, 2545) สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากลักษณะของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะรักษาไม่หายขาด มีการกำเริบเป็นครั้งคราว และมีความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยมาก (จารุวรรณ, 2544) ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุช่วยในการตัดสินใจ การตระหนักถึงทางเลือก และความคาดการณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังสามารถปรับตัวเอง และมีแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

3. ประสบการณ์เดิม (Experience) ความหมายใน พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถานหมายถึง ความชัดเจนจากการกระทำ หรือสิ่งที่ได้พบเห็นมา ประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อ อึดมโนทัศน์ การตัดสินใจ และการประเมินสถานการณ์ต่างๆ และประสบการณ์เดิมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการคาดการณ์ของผู้สูงอายุในอนาคต ดังการศึกษาของดวงพร (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในชีวิตต่างกัน จะมีความคาดหวังในชีวิตนั้นปลายที่แตกต่างกันคือ หากผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ทางบวกในชีวิต จะทำให้ผู้สูงอายุคาดการณ์ในอนาคตถึงความหวัง ความสุข อยากรที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป แต่หากผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในชีวิตทางลบ จะทำให้ผู้สูงอายุขาดความนับถือในตนเอง หมดหวัง มีความรู้สึกเก็บกดและซึมเศร้า

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการคาดการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบการคาดการณ์การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเพียงการศึกษาเฉพาะในเรื่องความคาดหวัง และความเป็นจริงในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาต่างๆ พบว่าการคาดการณ์ของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกับการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ดังผลการวิจัยของ มณฑิรา, จินตนา, และ สร้อย (2541) พบว่าค่าเฉลี่ยของความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของความเป็นจริงในการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุคาดหวัง ที่จะต้องได้รับการดูแล เอาใจใส่จากบุตรหลาน ซึ่งเป็นสังคมในอดีต แต่สังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุน้อยลง ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง ไม่ดูแล ทั้งๆที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโสภา (2541) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการต้องการการดูแล ค่าเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพค่อนข้างดี และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่บุตรหลานมักจะให้ผู้สูงอายุอยู่บ้าน เพื่อช่วยเหลืองานบ้าน ขณะเดียวกันบุตรหลานส่วนใหญ่ก็ไปทำงานนอกบ้าน หรือย้ายไปทำงานที่อื่นทำให้บุตรหลานไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นพบว่า การคาดการณ์ และ การได้รับการปฏิบัติต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังอาจมีการคาดการณ์ต่อการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมสูง และได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมสูงเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน คาดการณ์จะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมด้านการทอดทิ้งสูง โดยผู้สูงอายุถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียวมากขึ้น ขณะเดียวกับสมาชิกในครอบครัวทำงานมากขึ้น เวลาที่จะดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้ว่าถูกทอดทิ้งสูงขึ้น

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับการคาดการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกของครอบครัว และการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุจากสมาชิกของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ คือ

การที่บุคคลกระทำในสิ่งที่เป็อันตราย หรือคุกคามต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะกระทำเพียงครั้งเดียว หรือต่อเนื่อง รวมไปถึงการกระทำที่ส่งผลต่อทางด้านจิตใจ ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุในครั้งนี้ แบ่งประเภทของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ 5 ประเภทคือ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย และการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทางด้านจิตใจ การเอาผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ การทอดทิ้ง การละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ พบว่าผลกระทบจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเป็นองค์รวม คือส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่แย่งลง