

ความว่าเหวในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล Loneliness in Older Persons: Nurses' Roles

จารุวรรณ ก้านศรี* อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร** ชุตินา มาลัย* ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์***
Jarawan Kansri* Uthaiwan Kaewpijit** Chutima Malai* Natthaya Prasitsart***

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท จังหวัดชัยนาท 17000

*Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Chainat Province 17000

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพึ่ง 2 อ.บ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี 15110

**Health Promotion Hospital TambolBangpeung 2, Banmi, Lopburi Province 15110

***มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต, กรุงเทพมหานคร 10300

***Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok 10300

Corresponding author Email address: jaruwan_kansri@hotmail.com

Received: 2 May 2019

Revised: 28 July 2019

Accepted: 31 August 2019

บทคัดย่อ

ความว่าเหวเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรู้สึกว่าเหวหลายประการ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การอยู่คนเดียว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมที่ลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แนวทางการช่วยเหลือต้องครอบคลุมการลดปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม บทความวิชาการนี้นำเสนอเกี่ยวกับประเภทของความว่าเหว สาเหตุความว่าเหวในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ผลกระทบของความว่าเหวต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ แนวทางการจัดการความว่าเหวในผู้สูงอายุและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวเพื่อประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดีและมีความสุข

คำสำคัญ: ความว่าเหว ผู้สูงอายุ บทบาทพยาบาล

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(2):254-64.

Abstract

Loneliness is a sense caused from change of interpersonal relationship. It can affect health status of older persons both in physical and psychosocial aspects. Factors related to loneliness included sex, age, status, living alone, physical changes, decrease social role, and low self-esteem. Treatments include both reducing factors and causes of loneliness in older persons with holistic nursing. This article presents the types of loneliness. Causes of loneliness in the elderly factors related to loneliness of older persons, the impact of loneliness on the health of older persons, assessment of loneliness in older persons, guidelines for loneliness management in older persons and nurses' roles in caring for loneliness in older persons. In order to be a guideline for caring loneliness in older persons for well-being and happiness.

Keywords: loneliness, older persons, nurses' roles

Buddhachinaraj Med J 2019;36(2):254-64.

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกก้าวเข้าสู่ยุคแห่งสังคมสูงวัย ในปี พ.ศ.2559 โลกมีจำนวนประชากรทั้งหมด 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด¹ ในประเทศไทยแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านอายุประชากร ไม่ต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วในสังคมตะวันตก โดยจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นประเทศของสังคมสูงวัยคือ มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เช่นเดียวกับ² ถือว่าเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็นคนที่ไม่มีความสุข การดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพบกพร่อง เช่น หดหู่ เศร้าหมอง นอนไม่หลับ เสียสมาธิ ไม่อยากรับประทานอาหาร ไม่อยากทำอะไร ประกอบกับการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้รู้สึกไร้ค่า ว่าเหว ถูกทอดทิ้ง

ความว่าเหวเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อองค์ประกอบของความรู้สึกว่าเหว ได้แก่ อารมณ์ การรับรู้ แรงจูงใจและพฤติกรรม ทำให้เกิดทุกข์ใจจากการสูญเสียสัมพันธภาพ หรือไม่มีสัมพันธภาพในแบบที่ตนคิดไว้ในใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุที่ชัดเจน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่มีใครรัก และเอาใจใส่ โดดเดี่ยวแยกตัวจากบุคคลอื่นและสังคม³ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

เช่น ผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมตามวัยและการเกิดพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าจะเหวเหล่านี้เพื่อประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดีและมีความสุข

ประเภทของความว่าเหว

การแบ่งประเภทของความว่าเหวสามารถแบ่งได้หลายแบบ ทั้งการแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิด ลักษณะการเกิดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิด

เพลบพราวและเพอร์แมน⁴ ได้แบ่งประเภทของความว่าเหวโดยพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิดเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1.1 ความว่าเหวแบบชั่วคราว (transient loneliness) เป็นลักษณะความว่าเหวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวมีระยะเวลาไม่นาน

1.2 ความว่าเหวจากประสบการณ์ในชีวิต (situation loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การเกษียณอายุการทำงานหรือราชการการหย่าร้าง การย้ายที่อยู่หรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและการแยกจาก

1.3 ความว่าเหวแบบเรื้อรัง (chronically loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธ์ภาพของตนกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน ซึ่งบุคคลไม่สามารถพัฒนาสัมพันธ์ภาพให้ดีขึ้นได้

2. การพิจารณาตามลักษณะทางอารมณ์และสังคม

เวส์ ซึ่งถือเป็นบิดาแห่งการวิจัยเรื่องความว่าเหวได้แบ่งความว่าเหวตามลักษณะการเกิดความว่าเหวเป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1 ความว่าเหวทางอารมณ์ (emotional loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลความกระวนกระวาย (restlessness) และความรู้สึกว่างเปล่าไร้แก่นสาร (emptiness) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการขาดสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเนื่องจากมีความรู้สึกว่าตนเองมีรูปลักษณ์ที่ไม่ดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น (physically unattractiveness) เช่นในกรณีผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตหรือหย่าร้างบุคคลดังกล่าวจะรู้สึกทุกข์ใจและว่าเหวเนื่องจากยังไม่มีใครเข้ามาแทนที่ความสัมพันธ์นั้น

2.2 ความว่าเหวทางสังคม (social loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าสังคมนี้มีช่องว่างมีการแบ่งแยก (marginality) เป็นผลที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือมีความสำคัญต่อตนหรือขาดความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคมหรือบุคคลนั้นไม่มีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์นั้นๆ เช่นกรณีการย้ายถิ่นฐานไปสถานที่ใหม่หรือสังคมใหม่

3. การพิจารณาตามสัมพันธ์ภาพกับบุคคล

ฟรานซิส ได้แบ่งความว่าเหวเป็น 2 ประเภทดังนี้

3.1 ความว่าเหวชนิดปฐมภูมิ (primary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นตามปกติขณะที่อยู่คนเดียวมีความเบื่อหน่ายไม่ยากพบปะผู้คนและอยากแยกตัวออกจากสังคม

3.2 ความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ (secondary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพังเนื่องจากการต้องจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รักการพลัดพรากหรือจากไป

4. การพิจารณาตามความสัมพันธ์กับสถานการณ์

กริบเวล ที่เบอร์กและดิคสตรา ได้แบ่งความว่าเหวเป็น 2 ประเภทดังนี้

4.1 ความว่าเหวเชิงบวก (positive loneliness) เป็นความว่าเหวที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ เช่น การเลิกดื่มสุราโดยการสมัครใจโดยไม่รบกวนวิถีชีวิต การปรับตัวไปสู่เป้าหมายเช่นปฏิภิกิริยาสะท้อนกลับ การช้ยาและการสื่อสารปัจจุบันนี้ความว่าเหวเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างอิสระตามแต่สถานการณ์

4.2 ความว่าเหวเชิงลบ (negative loneliness) เป็นความว่าเหวที่สัมพันธ์กับความไม่พอใจหรือความบกพร่องความสัมพันธ์ของบุคคลที่ไม่สามารถจะยอมรับได้

โดยสรุปความว่าเหวสามารถจำแนกได้หลายประเภททั้งนี้ขึ้นกับมุมมองของผู้จำแนกว่าใช้เกณฑ์ในการพิจารณาอย่างไร แต่สิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาคือการค้นหาสาเหตุของการเกิดความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุเพื่อการแก้ไขที่ถูกต้อง

สาเหตุของความว่าเหวในผู้สูงอายุ

เพลบพราวและเพอร์แมน⁴ ระบุสาเหตุของความว่าเหวเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลกระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหววิธีการทางปัญญา (cognitive approach) แบบแผนทางพฤติกรรม (behavior patterns) แบบแผนทางอารมณ์ (affective patterns) ซึ่งจากการศึกษาทบทวนสรุปได้ว่าสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ 3 สาเหตุหลักๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

การเจ็บป่วยทางกายอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลกระทบของการเกิดความว่าเหว กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมด้านร่างกาย ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในระยะหลังของวงจรชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุระบบต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่อย่างมีขีดจำกัด ทุกระบบของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ภายนอกร่างกายคือ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่นกล้ามเนื้อเหี่ยว หน้าตาเหี่ยวย่น บางคนหลังค่อมเคลื่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าเร็ว กระดูกเปราะบางและหักง่าย ฟันมีโอกาสหักง่าย ประสาทสัมผัสต่างๆ เสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อ

สื่อสารกับบุคคลอื่นอาจแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา บางราย กลั้นปัสสาวะไม่ได้จะเกิดความละอายในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีโอกาสเกิดความว่าเหวได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรหลานของตนเองที่ต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์ ต่างรสนิยม บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความเหงาความว่าเหวได้ นอกจากนั้น การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน ความเป็นหม้าย จะทำให้เกิดความว่าเหวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุได้สามารถอธิบายในหลายประเด็น^๑ ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อนมักจะเป็นแบบครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันสนิทแนบแน่น ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว แต่สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม กลายเป็นสังคมที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูง แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองจำเป็นต้องเดินทางเคลื่อนย้าย แสวงหางานนอกหมู่บ้านและชุมชนที่ตนอยู่ไม่สะดวกที่จะนำพ่อแม่และผู้สูงอายุไปด้วย นอกจากนั้นบุตรหลานที่แต่งงานมีครอบครัวก็มักจะออกไปตั้งครอบครัวใหม่ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่า อีกทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจบังคับให้บางครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุของฝ่ายบิดาและมารดาได้เหมือนในอดีต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มจะมีฐานะดีพอที่จะเลี้ยงตนเองได้ ยังพบว่า การอยู่ร่วมกับผู้อื่นแม้แต่บุตรหลานของตนเองที่ต่างวัย ต่างความรู้ต่างประสบการณ์ ทำให้ไม่มีความสุข ความพอใจที่อบอุ่นลึกซึ้งเหมือนชีวิตในสมัยก่อน ดังนั้น ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพัง โดยไม่มีบุตรหลาน คลุกคลีใกล้ชิดดังเดิม บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตนเองออกไปอยู่ตามลำพังซึ่งทำให้เกิดความว่าเหวได้

2.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน บุคคลที่มีความหมายในที่นี้ไม่ใช่เพียงบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงเพื่อนสนิทหรือผู้ใกล้ชิดสนิทสนมที่มีความผูกพันต่อกันด้วยการสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุคือการตายของคู่ชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกมากที่สุดในชีวิต ภาวะการเป็นหม้าย มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางราย อาจยังมีความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่คนในสังคมไทยยังไม่ยอมรับทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ และนำไปสู่ความว่าเหวได้

2.3 การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุโดยการเข้าเป็นสมาชิก ชมรมต่างๆ การพบปะพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อน หรือเพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันมีโอกาสได้เพื่อนใหม่ที่สามารพพูดคุยปรับทุกข์กันได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ สุขภาพ ร่างกาย ฐานะทางเศรษฐกิจและการคมนาคม

2.4 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการดำเนินชีวิต ความว่าเหวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมากกับวิถีการดำเนินชีวิตระดับของความว่าเหวขึ้นกับวิถีชีวิตที่บุคคลหรือครอบครัวมีในอดีต รวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคนในสังคมอย่างสม่ำเสมอและเป็นคนเปิดเผยมีความรู้สึกสนุกสนานกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งสามารถดำรงสภาพเช่นนี้ไว้ จนถึงในวัยท้ายชีวิตจะมีความว่าเหวน้อยที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่เคยเป็นคนขี้อายและพึงพิงคู่สมรสในทุกๆ ด้าน เมื่อสูญเสียคู่สมรสทำให้มีความว่าเหวมากแยกตัวออกจากสังคมและมีชีวิตอยู่ตามลำพังด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุต้องการที่จะอยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับบุตรหลานหรือสังคมภายนอก อีกลักษณะหนึ่งโดยต้องการใช้ชีวิตบั้นปลาย อย่างเงียบ ๆ เช่น การบวชอยู่วัด ในกรณีเช่นนี้ การแยกตัวไม่ได้ทำให้เกิดความว่าเหวแต่ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดได้

2.5 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับประเทศตะวันตก

มากยิ่งขึ้นวัฒนธรรมไทยดั้งเดิมที่สอนให้เด็กกตัญญู รู้คุณบิดามารดาและญาติผู้ใหญ่เคยทดแทนคุณด้วยการอุปการะเลี้ยงดูพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายนั้น ถูกเลเวลมากยิ่งขึ้นในขณะที่มีความคิด ค่านิยม และความสนใจของผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นต่อสิ่งเดิมต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ๆ ความคิดใหม่ๆ การแสดงออกเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างจะอยู่กับสิ่งเก่าๆ ยึดมั่นต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมโดยเฉพาะในรายที่โยกย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในสังคมใหม่มีขนบธรรมเนียมใหม่หรือมีศาสนาใหม่ บุคคลเหล่านี้จะเกิดความคับข้องใจและเกิดความว่าเหวได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมีหลายสาเหตุ เช่น การตายของคู่ชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะนำไปสู่ความว่าเหว ความเสียใจ ความท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง แยกตนเองออกจากสังคมและอยากตายทำให้เป็นสาเหตุของความว่าเหวดังนี้

3.1 ปัจจัยจากสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลโดยเป็นสาเหตุสำคัญของความว่าเหว ซึ่งเกิดมากขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และกระทบกระเทือนใจง่าย ผู้สูงอายุบางคนอาจจะจู้จี้ขี้บ่นมากขึ้น ทำให้บุตรหลานรำคาญก็มักจะปล่อยให้อยู่ตามลำพังจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกที่ว่าเหวได้มาก การสูญเสียที่เพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุก่อให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศกมากเมื่อปริมาณและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง

3.2 ลักษณะส่วนบุคคลเช่น เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งในอารมณ์ และความเครียด ส่งผลให้มีความรู้สึกที่ว่าเหวตลอดเวลา ทั้งนี้อิทธิพลหรือองค์ประกอบที่ส่งผลต่อสาเหตุการเกิดความว่าเหว ทั้ง 3 สาเหตุมีดังต่อไปนี้

3.2.1 อิทธิพลจากสถานการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ลดการติดต่อทางสังคมกับบุคคลอื่นและเป็นเหตุส่งเสริมให้รู้สึกว่าเหว เช่น การหย่าร้างหรือการสูญเสียคู่ชีวิต การแยกครอบครัวเพื่อไปอยู่ในที่แห่งใหม่

3.2.2 อิทธิพลจากลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เช่น ขี้อาย เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งในอารมณ์ มีความเครียด มีความวิตกกังวล และซึมเศร้า ไม่มีความยินดีในตนเอง มีทัศนคติในทางลบต่อการดำเนินชีวิต

3.2.3 ทักษะทางสังคมและการสร้างความสัมพันธ์มีลักษณะไม่ยอมรับผู้อื่น พูดน้อย ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ไม่ยอมรับตัวเอง ขาดการสนับสนุนทางสังคม

โดยภาพรวมจะเห็นว่าความว่าเหวในผู้สูงอายุสามารถเกิดได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุเองและปัจจัยที่เป็นบริบทภายนอกรอบตัวผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว่าเหวของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การอยู่คนเดียว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมที่ลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่สุขภาพจิตที่ถดถอย ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ความว่าเหวได้ ดังนี้

1. **เพศ** เพศเป็นปัจจัยหรือตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาและการเผชิญปัญหา การปรับตัวแต่ละปัญหา การหาหนทางระบายปัญหา หรือความทุกข์ นอกจากนี้เพศยังเป็นสิ่งกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคมอีกด้วยตามที่ทราบกันในสังคมไทยนั้น เพศชายได้ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัว ส่วนใหญ่ส่วนเพศหญิงนั้นแม้จะออกทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระใช้จ่ายในครอบครัว แต่ยังคงรับภาระของแม่บ้าน ในขณะเดียวกันเพศหญิงส่วนใหญ่ให้ความเคารพความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย เพศชายจึงได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายมักมองคุณค่าของตนเองสูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วเพศหญิงส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่าตนมีความสามารถด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวต่อสภาพการณ์ได้ยากกว่ามีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชายจึงพบว่าผู้สูงอายุหญิงมักมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ดังนั้นเมื่อสามีเสียชีวิตทำให้ต้องมีสภาพเป็นหม้าย ชาติคู่คิดและที่ปรึกษาจึงมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าผู้สูงอายุชาย¹⁰

2. อายุ อายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิต เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ร่างกายมีการเสื่อมถอย¹¹ เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและอาจมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราว การเจ็บป่วยเรื้อรังในบางโรคของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง นำไปสู่ความว่าเหวได้โดยมักพบความว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุมากกว่า 80 ปี

3. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรส โสด หย่า หรือหม้าย เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุกล่าวคือ กลุ่มที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดผู้ที่คุ้นเคยที่อยู่ใกล้ชิดคอยปลอบโยนให้คำปรึกษา เมื่อตนต้องการมีความรู้สึกสูญเสียบุคคลสำคัญของชีวิตตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะมีเพื่อนแท้ที่สนิทเป็นคู่คิดมีผู้คอยให้กำลังใจและความอบอุ่นใจเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา เป็นผู้ร่วมประสบการณ์ทั้งที่เป็นความทุกข์และความสุขไม่รู้สึกละเหิงหรือโดดเดี่ยวเกิดความอบอุ่นใจที่มีผู้คอยให้ความเอาใจใส่เอื้ออาทรต่อความเป็นอยู่ของตนและอยู่ใกล้ชิดเคียงตลอดเวลาส่งผลให้มีความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจในชีวิตมีความสุขและไม่เกิดความว่าเหวโดยทั่วไปแล้วความว่าเหวหรือความเหงาอาจพบได้ทุกเพศทุกวัย ซึ่งมักจะเป็นชั่วคราวแล้วหายไปแต่สำหรับผู้สูงอายุอาจจะเป็นนานและรุนแรงกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เผชิญการสูญเสียบุคคลที่มีความหมาย ชาติเพื่อนคู่คิด ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยและทำให้เกิดความทุกข์ใจได้¹²

4. การอยู่คนเดียว การอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความว่าเหว เนื่องจากการอยู่คนเดียวทำให้ผู้สูงอายุขาดความรักและเอาใจใส่ จึงทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดหวังในชีวิต เกิดการแยกตัวออกสังคม และทำให้รู้สึกว่าเหวในที่สุด¹³

5. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เอง หรือทำได้น้อยลงก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต้องพึ่งพิงคนอื่น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวขึ้นได้¹⁴

6. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การติดต่อกับสังคมลดลง การทำกิจกรรมในสังคมน้อยลง และการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความว่าเหว เพราะปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกไม่มีใครสนใจเหลือวแล รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวไร้ค่า รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง¹⁵

7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ผู้สูงอายุจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงพอต่อเมื่อสามารถที่จะเผชิญความเครียดต่างๆ การปรับตัวทางอารมณ์ ทางสังคม และการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย มองชีวิตที่ผ่านมาในแง่ลบ อดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จจะทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัว ขุ่นเคือง และมักกลัวความตาย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความว่าเหวสูง⁸

ผลกระทบของความว่าเหวต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ
ความว่าเหวนั้นเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพโดยมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม⁴ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความว่าเหวมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลคือ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การทำหน้าที่ของหัวใจและหลอดเลือดเสียไป การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มระดับฮอร์โมนความเครียดการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้กระตุ้นกระบวนการสูงอายุและในขณะเดียวกันความรู้สึกว่าเหว อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากความว่าเหวมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้สุขภาพเสื่อมเร็วขึ้นผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวจะมีความต้านทานของหลอดเลือด

ส่วนปลายสูงกว่าและผู้สูงอายุที่ไม่มีควมว่าเหวจะมีอัตราการเต้นของหัวใจจังหวะการบีบของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวและพบว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมาได้ เช่น การเป็นโรคเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดมีอาการปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง น้ำหนักอาจเพิ่ม หรือลดลงจากการมีภาวะโภชนาการไม่ดี เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวที่มีความว่าเหวจะแสดงใน 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 แบบแผนด้านอารมณ์ (affective pattern) จะมีการของความรูสึกซึมเศร้า หดหวัง สิ้นหวัง มีความรูสึกเบื่อหน่าย รูสึกโกรธ มีความขัดแย้งในตนเอง รูสึกผิด

2.2 แบบแผนด้านความคิดการรับรู้ (cognitive pattern) จะแปลความหมายของข้อมูลหรือสถานการณ์ผิดพลาดกระบวนการคิดบิดเบือนหากว่าความว่าเหวยังมีอยู่ตลอดเวลาทำให้คิดตำหนิตนเอง เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์ภาพเสี่ยงที่จะเกิดความซึมเศร้าตามมาและไม่สามารถปรับปรุงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมได้ดีเหมือนเดิม

2.3 แบบแผนด้านพฤติกรรม (behaviors pattern) จะมีความคิดหมกมุ่นตำหนิตัวเองหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมใช้เวลาส่วนใหญ่ในการอยู่คนเดียวและทำกิจกรรมตามลำพัง เช่น ดูทีวีอ่านหนังสือและมีความคิดเพ้อฝันจินตนาการในสิ่งต่างๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น ดื่มสุราหรือใช้ยานอนหลับส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต

3. ด้านสังคม ประกอบด้วย สถานะด้านเศรษฐกิจไม่ดี ระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้แต่งงาน เป็นหม้าย อยู่คนเดียว การติดต่อทางสังคมน้อยลง นอกจากนี้ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคมและทำให้เกิดความว่าเหวตามมา

การประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ

การประเมินความว่าเหวอาจทำได้จากการใช้เครื่องมือแบบวัดต่างๆ หรือประเมินจากข้อมูลเชิง

อัตนัยหรือใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อความแม่นยำชัดเจนยิ่งขึ้นโดยทั่วไปมีวิธีประเมินดังนี้

1. การซักประวัติเป็นการประเมินขั้นพื้นฐาน ผู้ประเมินควรรวบรวมข้อมูลที่สำคัญให้ครอบคลุมประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และกิจกรรมอาชีพ และรายได้ สุขภาพ และโรคประจำตัว นอกจากนี้ควรรวบรวมข้อมูลอื่นด้านปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้สูงอายุ เช่น เหตุการณ์ของการกระทบกระเทือนทางจิตใจและอารมณ์ซึ่งแหล่งข้อมูลอาจได้จากการซักประวัติจากตัวผู้สูงอายุโดยตรงหรืออาจได้จากญาติสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุหรือเอกสารบันทึกต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบได้อย่างสมบูรณ์และครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. การตรวจร่างกาย ผู้ประเมินอาจรวบรวมข้อมูลด้านนี้จากบันทึกประวัติสุขภาพหรือความเจ็บป่วยหรือตรวจด้วยตนเอง ได้แก่ ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ส่วนสูง และน้ำหนัก ลักษณะผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกาย เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้

3. การสังเกต ผู้ประเมินควรฝึกฝนให้มีลักษณะของผู้มีความสังเกตดี วัตถุประสงค์การแสดงออกของผู้สูงอายุทั้งทางกิริยาและวาจา ควรสังเกตจากลักษณะท่าทางและบุคลิกของผู้สูงอายุ ตั้งแต่เริ่มรวบรวมข้อมูลและต่อเนื่องลักษณะที่อาจแสดงถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีความว่าเหวอาจพบในลักษณะของการแยกตัวซึมเหม่อลอย ไม่กล้าพูด ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หมกมุ่นครุ่นคิด หรือเศร้าหมองไม่ค่อยเคลื่อนไหวมองโดยไร้จุดหมายขาดความสนใจในความเคลื่อนไหวรอบตัวเหล่านี้เป็นต้น การสังเกตของครอบครัว ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดของผู้สูงอายุ จะช่วยให้การประเมินสะดวก ง่าย ถูกต้อง และครอบคลุมมากขึ้น

4. ประเมินโดยใช้แบบวัดความว่าเหว ซึ่งสามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสม เช่น แบบวัดความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale: UCLA) เป็นเครื่องมือที่นิยมมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของการวิจัยเรื่องความว่าเหวถูกใช้อย่างมากในแถบประเทศยุโรปสร้างจากปัจจัยที่นำไปสู่ความ

ว่าเหว้ไม่ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินชนิดของความว่าเหว้ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่กำลังสูญเสียคู่ครอง หรือผู้สูงอายุที่ขาดการติดต่อกับสังคมก็มีประสบการณ์ ความว่าเหว้เดียวกัน⁹ หรือแบบวัดความว่าเหว้ ยูซีแอลเอ (UCLA Loneliness Scale) ฉบับแรก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ต่อมาพัฒนาข้อคำถาม เหลือเพียง 10 ข้อ¹⁶ และได้สร้างแบบวัดความว่าเหว้ ยูซีแอลเอ (UCLA Loneliness Scale) รูปแบบที่ 3 ขึ้นโดยมีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อและเชิงลบ 11 ข้อ ซึ่งได้รับการยอมรับทั้งความคงที่ ภายใน (internal constancy) ความตรงเชิงจำแนก (discriminate validity) โดยได้ตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.89-0.97 ทั้งนี้จากการประเมินของผู้พัฒนาแบบ ประเมินความว่าเหว้ยูซีแอลเอ (UCLA Loneliness Scale) รูปแบบที่ 3 ได้ระบุว่าเครื่องมือนี้ถูกพัฒนาให้เป็น แบบวัดทางจิตและง่ายต่อการนำไปใช้จึงถูกใช้ อย่างกว้างขวางทุกกลุ่มบุคคลและหลากหลายสภาพ แวดล้อม ทั้งนี้ปัจจุบันงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับ ความว่าเหว้ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้เครื่องมือนี้ ไม่ว่าจะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสถาน สงเคราะห์ คนชรา รวมถึงในโรงพยาบาล¹⁷

แนวทางการจัดการความว่าเหว้ในผู้สูงอายุ

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ควร รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุปกติ และเจ็บป่วยให้สามารถรักษาปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและ สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เนื่องจากคนประกอบด้วย กาย จิต อารมณ์ และสังคมไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจ ออกเป็นส่วนๆ ได้ การที่ผู้สูงอายุแสดงการตอบสนอง ด้านจิตใจต่อสภาพแวดล้อม เช่น การมีความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นโดยการยอมรับนับถือมีความสนิทสนมคุ้นเคย เห็นอกเห็นใจสามารถช่วยเหลือและปรับทุกข์ต่อกันได้ ทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมายและได้รับการ ตอบสนองด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม สำหรับบุตรหลาน หรือผู้ที่อ่อนอาวุโส ซึ่งได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุควรให้ ความเคารพนับถือยกย่องและให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ การประทับประคองด้านจิตใจอารมณ์และสังคมดังกล่าว จะส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงบทบาทในสังคมสามารถ อยู่ร่วมกับสมาชิกของสังคมและชุมชนได้อย่างมี

ความสุขโดยปราศจากความเหงาและว่าเหว้ รูปแบบ การดูแลมี 2 รูปแบบ คือการช่วยเหลือรายบุคคลและ การช่วยเหลือในรูปแบบกลุ่ม¹⁸ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การช่วยเหลือรายบุคคล (one-to-one intervention) ได้แก่การเยี่ยมบ้าน (home visits) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลในการจัด บริการสุขภาพที่ต้องอาศัยความชำนาญทางคลินิก ผสมผสานกับทักษะทางการบริหารจัดการและทักษะ ทางสังคมเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ใช้บริการการเยี่ยมบ้านเป็นบริการที่พยาบาล ต้องสำรวจประเมินและสรุปความต้องการการดูแล สุขภาพที่แท้จริงของผู้ใช้บริการเพื่อหาทางป้องกันแก้ไข ปัญหาสุขภาพป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิมและแก้ไข ปัญหาอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพการ เยี่ยมบ้านมีข้อดีในการจัดบริการสุขภาพคือสะดวกแก่ ผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล แม้อยู่ใน ชุมชนไกลๆ ก็สามารถได้รับการอย่างทั่วถึงและ จากสัมพันธ์ภาพที่เป็นส่วนตัวเป็นกันเองของพยาบาล และผู้รับบริการทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจความ สลับซับซ้อนของปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างลึกซึ้ง และการเยี่ยมบ้านยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และครอบครัวของผู้สูงอายุ แม้ว่าการเยี่ยมบ้าน จะมีข้อดีอยู่มากแต่ก็มีข้อเสียที่ต้องพิจารณาด้วย เช่น การใช้เวลาในการบริการมากกว่าในโรงพยาบาล การพิจารณาเวลาเยี่ยมที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการและ ความไม่ปลอดภัยในบางพื้นที่เป็นต้น

2. การช่วยเหลือในรูปแบบกลุ่ม (group intervention) การช่วยเหลือในรูปแบบกลุ่ม เช่น การประชุมกลุ่มการสังเกต (observation) การแสดง บทบาทสมมุติ (role play) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มสนับสนุนซึ่งกัน และเป็นที่ยอมรับ ประสิทธิภาพของบุคคลหลายๆ คน ที่มาพบปะกัน ช่วยให้เห็นปัญหาที่แตกต่างให้เป็นที่ชัดเจนในทิศทาง ที่ถูกที่ควรให้มากที่สุดร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ระหว่างกันช่วยให้ บุคคลเกิดความเข้าใจตนเองเข้าใจผู้อื่นช่วยให้สมาชิก กลุ่มได้มีการพัฒนาทางด้าน ค่านิยมพฤติกรรมและ ด้านทัศนคติเพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการ

กลุ่มนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมและการที่สมาชิกมาร่วมทำกิจกรรมกลุ่มกัน เป็นการตอบสนองความต้องการที่หลีกเลี่ยงความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์ในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรู้จักเพื่อนใหม่และมีโอกาสรู้จักตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้นการช่วยเหลือในรูปแบบกลุ่มมีดังนี้คือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานเน้นหนักการบำบัด¹⁷ และโปรแกรมการส่งเสริมมิตรภาพ (friendship enrichment program) ต่อการลดความว่าเหวในช่วงท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁹ ใช้กระบวนการของการพบปะกันในกลุ่มเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้หญิงสูงอายุ เน้นเรื่องของมิตรภาพ ซึ่งมีพื้นฐานจากการบำบัดตามแนวคิดสตรีนิยม (feminist therapy) และแนวคิดการให้การปรึกษา (counseling) ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมมิตรภาพสามารถลดความว่าเหวได้ นอกจากนี้การศึกษาผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ²⁰ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง เรียนรู้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับตัวการเข้าสังคมเพื่อลดความรุนแรงของความว่าเหวในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐมีความว่าเหวลดลงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

นั่นคือ แนวทางการจัดการความว่าเหว มุ่งเน้นจัดการปัจจัยอารมณ์ด้านลบ ความรู้สึกหงุดหงิดเพื่อส่งเสริมอารมณ์ด้านบวก อีกทั้งมีกิจกรรมแบบกลุ่มจะส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อาศัยอยู่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และลดการแยกตัวออกจากสังคมการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองอันนำไปสู่การลดความว่าเหวได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว

ปัญหาความว่าเหวเป็นประเด็นที่ทำนายพยาบาลอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงในการเผชิญและจัดการความว่าเหว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวจึงควรมุ่งเน้นการลดปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ โดยจากขั้นตอนการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว นำไปสู่การพยาบาลผู้สูงอายุที่มี

ความว่าเหว²¹ รวมถึงผู้สูงอายุที่เผชิญกับความว่าเหวไม่ต่างจากวัยอื่น มีรายละเอียดดังนี้

1. ค้นหาสาเหตุและลดสาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุดังนี้

1.1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชนทำกิจกรรมร่วมกับสังคม เช่น กิจกรรมของชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ

1.2 ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักให้ผ่านความโศกเศร้านี้ไปได้

1.3 ให้คำปรึกษาในค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นสร้างเครือข่ายสนับสนุนโดยอาศัยครอบครัวเพื่อนและคนในชุมชนให้ความรู้และส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางสังคม

1.4 ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก ใช้โทรศัพท์ หรือคอมพิวเตอร์ ติดต่อกับเพื่อนหรือครอบครัว

1.5 ให้สมาชิกครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเช่นดูแลช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร แสดงความรักความเอาใจใส่ แรงสนับสนุนทางสังคมนี้ช่วยให้ความว่าเหวลดลง

1.6 บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรืออาสาสมัครการเยี่ยมบ้านนั้นมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุและนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ยาวนาน โดยเฉพาะระหว่างผู้สูงอายุและอาสาสมัครแนะนำวิธีลดความว่าเหวขณะอยู่คนเดียว เช่น การพูดคุยทางโทรศัพท์ การใช้คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีเพื่อน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเห็นคุณค่าในตนเอง การให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุได้

2. ค้นหาวิธีแก้ไขภาวะแยกตัว

2.1 ส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

2.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือองค์กรต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัด โรงเรียน

2.3 ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในโครงการหรือโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ

2.4 ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายแบบกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายแอโรบิค การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2.5 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย

วิจารณ์

จากการทบทวนความว่าเหวในผู้สูงอายุพบว่าเกี่ยวข้องกับทั้งด้านร่างกาย สังคมจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การอยู่คนเดียว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมที่ลดลง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่พยาบาลต้องแสดงบทบาทเชิงรุกในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวทั้งในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อช่วยเหลือและหาแนวทางป้องกันในการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการพัฒนาวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังกล่าวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Amarin Printing and Publishing;2017.
2. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of the elderly. Thai Popul J 2012;3(2):87-109.
3. Aartsen M, Jylha M. Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. Eur J Ageing 2011;8(1):31-8.
4. Peplau A, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory research and therapy. New York: Wiley Interscience;1982.
5. Weiss RS. The provision of social relationships. In: Rubin Z, Editor. Doing unto others. Edgewood Cliffs: Prentice-Hall; 1974.
6. Francis GM. Loneliness: A study of hospitalized adults (Doctoral dissertation). University of Pennsylvania, Philadelphia; 1981.
7. Gierveld JJ, Tilburg TV, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In: Vangelisti A, Perlman D, editor. The Cambridge handbook of personal relationships. New York, NY: Cambridge University Press;2006.
8. Phimpunchaiyaboon L. Factors influencing Loneliness of the elderly in social welfare development center for older persons (Thesis). Burapha University, Gerontological Nursing;2015.
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Med 2010;7(7):e1000316.
10. Theyanarong S. Factors influencing loneliness among the elderly with chronic illness at out patient department of a hospital (Thesis). Burapha University, Gerontological Nursing;2015.
11. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (2013);110(15):5797-801.
12. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. Arch Psychiatr Nurs 2009;23(5):387-96.
13. Smith JM. Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. Psychol 2012;146(3):293-311.

14. Newall NEG, Chipperfield JG, Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. *JSPR* 2013;31(3):335-51.
15. Hacıhasanoglu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch GerontolGeriat* 2012;54(1):61-6.
16. Russell D. UCLA Loneliness scale (version 3): Reliability, validity, & factor structure. *J Pers Assess* 1996;66(2):20-40.
17. Laorinthong A, Kespichayawattana J. The effect of Nursing Intervention Integrated Therapeutic Recreation Program on Loneliness among community dwelling older persons. *Rama Nurs J* 2015; 12(2): 214-28.
18. Wonggirawattanagul S. The development of a clinical nursing practice guideline for the reducing loneliness among elderly in the community. Bangkok Faculty of Mental Health and Psychiatric Nursing, Mahidol University; 2015.
19. Stevens NL, Martina CM, Westerhof GJ. Meeting the need to belong predicting effects of a friendship enrichment program for older women. *Gerontologist* 2006;46 (4):495-502.
20. Sansamak R, Sasat S. The effect of Public Mind Social Support Program on loneliness in older persons resided in public welfare home for the aged. *Royal Thai Army Nurs* 2017;18(Suppl):251-60
21. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. 14th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.