



การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ Nursing Care for Older Persons with Loneliness

รพีพรรณ สารสมักร*

Rapeephan Sansamak, R.N., M.N.S.*

บทคัดย่อ

ความว้าเหว่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ในความเป็นจริงเมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ยิ่งไปกว่านั้นความว้าเหว่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความคิดพหุติกรรมเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและอธิบายความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว้าเหว่ การประเมินความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

คำสำคัญ : ความว้าเหว่ การพยาบาล ผู้สูงอายุ

Abstract

The loneliness is a common health problem in the elderly population but is often overlooked and misunderstood due to aging changes. It may affect the physical, psychological, social and spiritual needs leading to decrease in the quality of life. In addition, it be loneliness bring about to depress by a high risk of suicide and increase the mortality in the elderly. The aims of this article were to review and explain the meaning, signs and symptoms, cause, risk factors, assessment of loneliness, and the role of nurse for caring the elderly with this condition.

Keywords : loneliness, nursing care, older person

* Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

E-mail: sansamak.r@gmail.com

บทนำ

ความว่าเหวเป็นความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจของบุคคล เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนพึงพอใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม จากแนวโน้มของสังคมที่เปลี่ยนแปลงและลักษณะโครงสร้างของประชากรในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับความรู้สึกว่าเหวและยังเป็นภาวะซ่อนเร้นในผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก นอกจากนี้ ปัญหาความว่าเหวยังมักถูกมองข้ามหรือถูกละเลยไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ส่งผลให้ไม่ได้รับการแก้ไขและส่งผลกระทบที่รุนแรงตามมา ปัจจุบันพบปัญหาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนสูงถึงร้อยละ 39 ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญปัญหาดังกล่าว และพบผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่เผชิญกับปัญหาว่าเหวถึงร้อยละ 40¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hick² ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในสถานสงเคราะห์มักจะประสบปัญหากับความว่าเหว โดยมีปัจจัยส่งเสริม คือ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีความว่าเหวมักจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุข มีความทุกข์ทรมานใจ รู้สึกอ้างว้าง ไม่มีสมาธิ มักตำหนิตนเอง ปฏิเสธสัมพันธ์กับผู้อื่น และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด จากการศึกษาของ ธนัญพรพรหมจันทร์³ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 และความว่าเหวระดับสูงถึงปานกลาง ร้อยละ 35.9 และพบว่า ร้อยละ 48.5 มีการเห็นคุณค่าใน

ตัวเองปานกลางถึงต่ำ จะเห็นได้ว่าความว่าเหวเป็นปัญหาที่พบได้จริง และเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากความว่าเหวในระดับสูงจะก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรัง⁴ ที่นำไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในด้านร่างกาย ส่งผลให้มีความเสื่อมถอยในด้านการรู้คิด การนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นขณะหัวใจบีบตัวเนื่องจากความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับระดับฮอริโมนของต่อมหมวกไต (Epinephrine) ทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ในด้านจิตใจความว่าเหวทำให้ผู้สูงอายุมีความพยายามในการรักษาอารมณ์ด้านบวกลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า และความคิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย⁵ และในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับการแยกตนเองของผู้สูงอายุทำให้ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึมเศร้า ลึนหวังและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁶ ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว และประเทศชาติต้องรับภาระในด้านการรักษา จัดหาบุคลากรที่มีสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จัดหาสวัสดิการสังคมและงบประมาณในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care)

ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายองค์ความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว โดยอธิบายความหมายของความว่าเหว อาการและอาการแสดงของความว่าเหว สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว่าเหว การประเมินความว่าเหว และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวให้ดีขึ้นต่อไป

== ความหมายของความว้าเหว ==

Peplau, Perlman⁴ ให้ความหมายว่า ความว้าเหวเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ จากการไม่ได้รับสัมพันธภาพที่พึงพอใจจากบุคคลในเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ทางสังคม (Person's network of social relations) ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

Weiss⁵ ให้ความหมายว่า ความว้าเหวเป็นความทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุชัดเจน มีการแยกตัวจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม

Cocioppo⁶ ให้ความหมายว่า ความว้าเหวเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดความรู้สึกว่างเปล่า มีการพลัดพราก รู้สึกไม่สบาย เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

Hicks² อธิบายว่า ความว้าเหว หมายถึง การที่บุคคลขาดสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวคน สัตว์ สิ่งของ ผ่านประสบการณ์การสูญเสีย ทำให้เกิดการแสดงออก คือ อาการโศกเศร้าเป็นทุกข์ และแยกตัวออกจากสังคม

Ebersole⁷ กล่าวว่า ความว้าเหว หมายถึง สภาวะการที่บุคคลจะเผชิญเมื่อเกิดความรู้สึกห่างเหินและแยกตัวเองออกจากสังคม ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง

สรุปได้ว่า ความว้าเหวเป็นความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจของบุคคล เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนพึงพอใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคมในที่สุด

== อาการและการแสดงของบุคคลที่มีความว้าเหว ==

Hicks², Peplau, Perlman⁴, Shultz⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการและการแสดงของผู้สูงอายุที่มีความว้าเหวสามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านอารมณ์^{2,4} (Emotional) ผู้ที่มีความว้าเหวมักจะรู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง ขาดกำลังใจ หดหู่ใจไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความกลัว กระวนกระวายใจ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกว้าเหวเริ่มเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การเป็นหม้าย และส่งผลไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ด้านการรู้คิด⁴ (Cognitive function) ผู้ที่มีความว้าเหวมักจะตำหนิตัวเอง การเรียนรู้ ความจำ การแปลความหมายของข้อมูลและกระบวนการความคิดบิดเบือน เกิดความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

ด้านพฤติกรรม⁸ (Behavior) ผู้ที่มีความว้าเหวจะมีความคิดว่าตนเองอยู่ลำพังเพียงคนเดียว ไม่มีคนใส่ใจหรือสนใจ ขาดสมาธิ มือคุดีแยกตนเองจากสังคม เก็บตัว ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว และทำกิจกรรมตามลำพัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง และอาจมีพฤติกรรมการใช้ยาหรือสารเสพติด

ด้านร่างกาย⁸ (Physical) ผู้ที่มีความว้าเหวจะมีอาการเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง มึนงง ปวดเวียนศีรษะ น้ำหนักลด และรับประทานอาหารได้น้อย

จะเห็นได้ว่าความว้าเหวเป็นปัญหาทางจิตที่รุนแรงปัญหาหนึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจเป็นทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความรักความเอาใจใส่ รู้สึกท้อแท้ลึนหวังในชีวิต นำไปสู่การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวมากขึ้น ซึ่งปัจจัย

ดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกการไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม เกิดความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้น ทั้งความรู้สึกไร้พลัง อ้างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ความว่าเหวอาจพัฒนาไปจนเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

== สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิด == ความว่าเหว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว่าเหวของผู้สูงอายุ สามารถสรุปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ⁹ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีลักษณะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่ายกว่าเพศชาย มีความต้องการพึ่งพามากกว่า เพราะบางมากกว่าเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ทั้งบุคคลและสถานที่

2) อายุ¹⁰ ความว่าเหวจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁸ เนื่องจากอายุมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต เพื่อนในวัยเดียวกัน และสุขภาพที่เสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญ ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson⁹ อธิบายการปรับตัวในวัยสูงอายุว่า การปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

3) สถานภาพโสดหรือหย่าร้างหรือหม้าย¹¹ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เกิดความว่าเหว การสูญเสียที่สำคัญ

ที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิตและสถานภาพหม้าย มีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวค่อนข้างสูง

ปัจจัยด้านร่างกาย¹² การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายความว่าเหว ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น มีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ที่มีการทำงานของร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดหรืออาย ผิดหวังในตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ล้วนเป็นสาเหตุของความว่าเหวได้²

ปัจจัยด้านจิตสังคม^{11,12}

1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่มีการติดต่อกับสังคมลดลงและการขาดแคลนการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความว่าเหว เพราะปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกการไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกไม่มีใครเหลียวแล มีความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้น อ้างว้างโดดเดี่ยวและเห็นคุณค่าในตนเองลดลงจนเป็นสาเหตุของความว่าเหว¹¹

2) การอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การอยู่คนเดียวทำให้ผู้สูงอายุขาดความรัก ความเอาใจใส่ จึงรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต นำไปสู่การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวมากขึ้นเกิดการแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่ความว่าเหวในที่สุด¹¹

== การประเมินความว่าเหว ==

การใช้เครื่องมือประเมินความว่าเหวเป็นสิ่งที่ช่วยคัดกรองความว่าเหวในระยะแรก เพื่อค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันความว่าเหวที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับเครื่องมือประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุที่มีการนำมาใช้ใน

ประเทศไทยนั้น ส่วนมากเป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากฉบับต่างประเทศได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยพัฒนามาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองแยกอาการของความว่าเหว ในบทความนี้จะกล่าวถึงแบบประเมิน ดังต่อไปนี้

1. The de Jong-Gierveld Loneliness Scale สร้างขึ้นโดย de Jong-Gierveld¹³ จากประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ได้พัฒนาและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศเนเธอร์แลนด์ และแถบยุโรป ข้อดีของแบบวัดนี้ คือ สามารถใช้วัดความว่าเหวได้ทุกกลุ่มอายุและมีความละเอียด เนื่องจาก de Jong-Gierveld มองความว่าเหวเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนมีสาเหตุมากมายแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล จึงได้สร้างเครื่องมือวัดความว่าเหวขึ้นใหม่ เป็นแบบประเมินหลายมิติ (Multidimensional measure) เพื่อค้นหาความว่าเหวทั้งด้านอารมณ์และสังคมของบุคคล โดยแบบประเมินจำแนกออกเป็น 3 มิติ คือ 1) ด้านอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการขาดสัมผัสทางภาพที่ใกล้ชิดและมีความหมาย เช่น ความรู้สึกว่างเปล่า ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง 2) ด้านความรู้สึกปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว เช่น การตีความหมายของความว่าเหว หรือปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเกิดความว่าเหว 3) ด้านอารมณ์ระดับต่างๆ เช่น เสียใจ ทุกข์ใจ รู้สึกผิดและโทษตัวเอง เป็นต้น

เดิมแบบประเมินมีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ล่าสุดได้มีการพัฒนาให้สั้นลงเป็น 6 ข้อ อย่างไรก็ตามข้อคำถามของ de Jong-Gierveld¹⁴ ถามถึงด้านอารมณ์ต่างๆ ที่หลากหลายมากเกินไป ซึ่งอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหวที่แท้จริง เช่น การขาดสัมผัสทางภาพที่ใกล้ชิดและมีความหมาย¹³

2. Single Question Self-rating ของ Fees, Martin, Poon¹⁵ เป็นเครื่องมือประเมินตนเองที่ง่ายกับทุกกลุ่มประชากร มีข้อคำถาม

ทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเดียว 1 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง แบบวัดชนิดนี้มีข้อดี คือ ใช้คำถามที่ตรงไปตรงมาถึงความรู้สึก ว่าเหว เช่น บุคคลมีความว่าเหวบ่อยแค่ไหน เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สะดวกในการนำไปใช้และผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกิดความรู้สึกยอมรับได้ในข้อคำถาม¹⁰ เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแบบประมาณค่าที่เรียบง่าย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้มาไม่แสดงถึงข้อมูลในเชิงลึก เช่น ลักษณะความว่าเหว สาเหตุและผลกระทบของความว่าเหว รวมถึงความหมายของความว่าเหวของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุอาจให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล¹⁰ อีกทั้งการหาค่าความตรงและความเที่ยงได้ยากเนื่องจากเป็นคำถามในเชิงทัศนคติ เป็นต้น

3. The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในประเทศไทย ฉบับแรกสร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1978 มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 11 ข้อ ได้รับการยอมรับทั้งมีความคงที่ภายใน (Internal constancy) มีความตรงเชิงจำแนก (Discriminate validity)¹⁵ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.89 - 0.97¹⁶ ในประเทศไทยได้พัฒนาแบบสอบถามนำมาใช้ เช่น การศึกษาของ พัชรี แวงวรรณ¹⁷ ศึกษาผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ดัดแปลงจากแบบวัดความว่าเหวของ วัลลภา โคลิดานนท์¹⁸ ที่ประยุกต์จากแบบวัดความว่าเหวของ University of California Los Angeles ฉบับที่ 3 (The UCLA Loneliness Scale Version 3) ของ Russel ให้มีข้อคำถามทั้งหมด



24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และทางลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง การแปลคะแนน ความว่าเหวของผู้สูงอายุ แปลความหมายของคะแนน ความว่าเหวโดยแสดงเป็นพิสัยคะแนน ดังนี้

24 คะแนน – 48 คะแนน ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับต่ำ

49 คะแนน – 72 คะแนน ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

73 คะแนน – 96 คะแนน ความว่าเหวของผู้สูงอายุในระดับสูง

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มี ความว่าเหว

พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิก และจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวแบบองค์รวม ปัจจุบันการดูแลสุขภาพเน้นคุณภาพของการบริการ พัฒนาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้เกิดการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวมุ่งเน้นไปยังการลดปัจจัย และสาเหตุที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาทั้งความรู้ ความสามารถ การศึกษาค้นคว้า วิจัย และพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว โดยผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้^{19,20,21}

1. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความว่าเหว

(1) พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชน การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นโดย

องค์กรภาครัฐและเอกชน หรือกิจกรรมของชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ

(2) แนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นงานชุมนุมศิษย์เก่า งานบวช งานแต่งงาน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมตามประเพณีเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับผู้อื่นในสังคม ทำให้ได้รับความสุข เกิดความกระชุ่มกระชวยและยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี

(3) ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การชื่นชมธรรมชาติ การทำงานศิลปะ และการทำงานอดิเรก เป็นต้น การทำกิจกรรมคนเดียวดังที่กล่าวมานี้ สามารถป้องกันและลดความว่าเหวลงได้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกระบายความสำเร็จ ควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง และได้ช่วยเหลือตนเอง ไม่พึ่งพาผู้อื่น ทำให้ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดความว่าเหวได้

(4) ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความว่าเหว และระดับความรุนแรงแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

(5) ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และค้นหาวิธีการป้องกันความว่าเหวโดยเฉพาะการใช้ศิลปะและหัตถกรรม (Art and Craft) เข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การประดิษฐ์สิ่งต่างๆ ด้วยมือ เช่น การเย็บปักถักร้อย การจักรสาน การทำกระเป๋ การประดิษฐ์บัตรอวยพร เป็นต้น หรืองานด้านศิลปะต่างๆ ที่ทำขึ้นด้วยมือ เช่น การแกะสลักผลไม้ การประดิษฐ์ดอกไม้ การวาดรูประบายสี เป็นต้น เป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะ ความสามารถในการใช้มือสร้างงานฝีมือ นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าให้ความสุขทางใจ เกิดสุนทรีระยะขณะปฏิบัติ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ส่งผลให้



ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งบริบทของชุมชน บ้านพักคนชราหรือโรงพยาบาล

2. ผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหวในระดับต่ำ ถึงปานกลาง

(1) ประเมินปัญหาความว้าวเหวของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลจำเป็นต้องมีความตระหนักในความสำคัญของปัญหา และมีความรู้ ความเข้าใจ ในปัญหาทั้งการเข้าใจในความหมายของความว้าวเหวของผู้สูงอายุ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความว้าวเหวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่มีบริบทแตกต่างกัน ผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁴

(2) วินิจฉัยปัญหา เป็นการแยกความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหว โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก โดยการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหวมักอาศัย การประเมินผู้สูงอายุ 4 ด้าน มาประกอบกัน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย^{4,8}

(3) การบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหวแบบองค์รวม โดยปัจจุบันมีการบำบัดพยาบาลหลายวิธีด้วยกัน เช่น อังกฤษลดความว้าวเหว¹⁷ การสนับสนุนทางสังคมลดความว้าวเหว²² เป็นต้น

(4) การประเมินผล เป็นการประเมินหลังจากผู้สูงอายุได้รับการบำบัดทางการพยาบาลแล้วเป็นระยะๆ เนื่องจากเป้าหมายการพยาบาลมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ยังรวมถึงการ

เฝ้าระวังการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมอื่นที่อาจทำให้เกิดความว้าวเหวเพิ่มขึ้น

(5) การประสานงานและการส่งต่อ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหรือปัญหาทางสุขภาพอื่นร่วมด้วย รวมถึงความว้าวเหวนั้นมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนอันเป็นผลจากความว้าวเหวและโรคร่วมไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่พยาบาลในการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ พยาบาลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3. ผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหวในระดับสูง

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย การพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นการค้นหาวีธีแก้ไขภาวะแยกตัวและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) ประสานงาน (Collaboration) พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ดังนั้นการประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกัน การประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญในการวางแผนและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหว ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพยาบาลมีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหวในระดับสูงได้รับการดูแลช่วยเหลือจาก



ครอบครัวและสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รักษาระดับกิจกรรมทางสังคมไว้ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวในระยะนี้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองทำให้สามารถจัดการกับปัญหาความว่าเหวได้^{9,23} ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว และฆ่าตัวตายได้¹⁰

(2) เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering)

การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)²³ พยายามควรดูแลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหา อีกทั้งฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการจัดการกับความว่าเหวด้วยตนเองด้วยวิธีต่างๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจกรรมสังคม การทำงานอดิเรก การร้องเพลง การทำสวน เป็นต้น โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ และความจำ นอกจากนี้พยายามมีบทบาทฝึกทักษะการเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาร่วมกับความว่าเหว เช่น เดียวกัน ทั้งนี้การฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ในการดูแลตนเองของพยาบาลนั้นจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของผู้สูงอายุและครอบครัว สอน ชี้แนะผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาความว่าเหวและปัญหาร่วมโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) ให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวในระดับสูง⁹ (Consultation) พยาบาลสามารถสร้างระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกัน

โรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู โดยส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือองค์กรต่างๆ เช่น โรงพยาบาล วัด ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในโครงการหรือโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รู้จักแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น สถานดูแลกลางวัน ชุมชนคนวัยเกษียณ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและจัดการปัญหาได้อย่างตรงจุด เนื่องจากความว่าเหวเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ไม่พึงพอใจกับสัมพันธ์ทางสังคมที่ตนได้รับ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การแยกตนเอง การมองตัวเองด้อยค่า ขาดที่พึ่ง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวจะมีพฤติกรรมที่ขบถอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร มีเพื่อนน้อย หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อได้เข้าร่วมทำกิจกรรมจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ระบายความรู้สึกนึกคิดรับรู้ถึงความสามารถของตนและมองเห็นคุณค่ามากขึ้น ส่งผลให้ความว่าเหวลดลง พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวแบบองค์รวม



และมีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับครอบครัว
ของผู้สูงอายุ แหล่งประโยชน์ ในการวางแผนให้
ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อ
ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม
และพยายามรักษาระดับกิจกรรมทางสังคมไว้ จะ

ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองและสามารถ
จัดการกับปัญหาความว่าเหวได้^{9,24}

เอกสารอ้างอิง

1. Hacıhasanoglu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Arch Gerontol Geriatr 2012;54(1):61-6.
2. Hicks TJ Jr. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. J Gerontol Nurs 2000;26(8):15-9.
3. Promjun T. Depress loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae home and private homes for the aged in Bangkok. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
4. Peplau A, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current theory research and therapy. New York: Wiley-Interscience; 1982.
5. Weiss RS. Reflection on the present state of loneliness research. In Hojatand M, Crandall R, editors. Loneliness: theory, research, and applications. London: SAGE Publications; 1989. p.1-16.
6. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging 2006;21(1):140-51.
7. Ebersole, P. Loneliness, compassion, and nursing. Geriatr Nurs 2002;23(5):236-7.
8. Shultz CM. Psychosocial nursing: a holistic life-cycle approach. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993.
9. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci USA 2013;110(15):5797-801.
10. Victor CR, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. Ageing and Society 2005;25(3):357-75.
11. Newall NE, Chipperfield JG, Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. J Soc Pers Relat 2014;31(3):335-51.



12. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2011;48(5):611-9.
13. Gierveld Jde J, van Groenou MB, Hoogendoorn AW, Smit JH. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64(4):497-506.
14. Dykstra PA, van Tilburg T, de Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Res Aging* 2005;27(6):725-47.
15. Fees BS, Martin P, Poon LW. A model of loneliness in older adult. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54(4):231-9.
16. Russell DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess* 1996;66(1):20-40.
17. Wangwan P. The effect of using ankalung activity with group process on loneliness in older persons in residential home. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
18. Kositanon W. The effect of group rational emotive behavior therapy on decreasing loneliness in the elderly. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
19. Cox HC, Hinz MD, Newfield SA, Scott-Tilley D. Cox's clinical applications of nursing diagnosis: adult, child, women's, mental health, gerontic, and home health care considerations. 5th ed. Pennsylvania: F.A. Davis Company; 2007. p. 402-5.
20. Weiten W, Dunn DS, Hammer EY. Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century. 9th ed. Connecticut: Cengage Learning; 2009. p. 323-8.
21. Carpenito-Moyet LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
22. Sansamak R. The effect of public mild social support program on loneliness in older persons resided in public welfare for the aged. *Journal of The Royal Thai Army Nurse* 2017;18(1):251-9. (in Thai).
23. Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. In Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness*. New York: John Wiley; 1982. p. 379-405.
24. Sar AH, Gokturk GY, Tura G, Kazaz N. Is the internet use an effective method to cope with elderly loneliness and decrease loneliness symptom? *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;55(5):1053-9.