

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชาชนมีอายุขัยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคาดว่าในปี 2543 จะมีผู้สูงอายุถึง 590 ล้านคน ซึ่งนับเป็นปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มเป็นจำนวนถึง 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นเพียง 1 เท่าก่อนหน้า (วารุช โทศาการ, 2533 : 110) สำหรับประเทศไทยนั้นจากสถิติพบว่า จำนวนและอัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ.2503 ซึ่งมีผู้สูงอายุเพียง 1.2 ล้านคนหรือ คิดเป็นร้อยละ 4.6 ของประชากรทั้งหมดผู้สูงอายุได้ เพิ่มเป็นร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ.2535 และร้อยละ 8.3 ในปี 2540 และยังคงคาดว่าจะมีประชากรเป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2545 ร้อยละ 10.5 ในปี 2550 และร้อยละ 11.9 ในปี 2555 (โดยคณะทำงานประมาณประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากรปี 2531 หน้า 22-23 และปี 2538 หน้า 17-19)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของครอบครัวและผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อย่างเช่นแต่เดิมระบบครอบครัวประกอบด้วยคนหลายช่วงอายุคน ผู้สูงอายุได้รับการดูแล เคารพ นับถือ เป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลาน แต่การพัฒนาทางอุตสาหกรรมรวมทั้งการเคลื่อนย้ายแรงงานของคนหนุ่มสาวทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง เพื่อการคล่องตัวในการดำเนินชีวิตทำให้สัมพันธภาพครอบครัวถูกแบ่งแยกจนบางครั้งทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคนหนุ่มสาวกับผู้สูงอายุจึงจะเห็นได้จากสถิติการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ปรากฏจากผู้ดูแลและไม่มีผู้อุปการะ ในปี 2528, 2538 และในอนาคตปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 9, 12.1 และ 15.8 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีผู้อุปการะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (อุทิศ บุญช่วย, 2526 อ้างถึงในชมนันท์ บัวงาม, 2539) หรือแม้แต่การศึกษาของสถาบันวิจัยสังคมที่ศึกษาปัญหาผู้สูงอายุพบว่า ครอบครัวร้อยละ 10 ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องย้ายถิ่นฐานทำมาหากิน และตัวเลขที่สำคัญที่สุดคือ ผู้สูงอายुर้อยละ 5 ถูกทอดทิ้ง (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม ,2534 )

นอกจากนี้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของชีวิตทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสีย เช่นการสูญเสียการได้ยินการสูญเสียการมองเห็น การพลัดพรากจากบุคคลที่มีความหมาย และสำคัญในชีวิตรวมทั้งการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการพัฒนาชีวิตที่ล้มเหลว ส่งผล

ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งเกิดความว่าเหวในที่สุด (Ryan & Patterson, 1987; Berg, et al., 1981; Greccy, et al., 1985)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาหนึ่ง และพบได้บ่อยกว่าคนในวัยอื่นๆ จากการศึกษาของ Harris (1975) cited in Greccy, et al., (1985) พบว่าปัญหาความว่าเหวเป็นปัญหาที่รุนแรงและสำคัญเป็นอันดับ 4 ใน 12 อันดับของปัญหาที่รุนแรงของผู้สูงอายุ และพบได้ร้อยละ 12-40 ของประชากรผู้สูงอายุและอุบัติการณ์จะเพิ่มมากขึ้นตามสังคมสมัยใหม่ (Pathoff, 1976 cited in Robert, 1986) ในประเทศไทยมีการศึกษาชีวิตคนชราในเชียงใหม่พบว่า ผู้สูงอายุมีความว่าเหวร้อยละ 24.8 (เกริกศักดิ์ บุญญาพงษ์ และคณะ, 2538) และจากการศึกษาของนภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุพบว่ามีความรู้สึกถึงความเหงาเป็นปัญหาสำหรับตน โดยพบในเพศชายร้อยละ 17 และในเพศหญิงร้อยละ 19 ความว่าเหวแสดงออกทางด้านร่างกายคือ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ด้านจิตใจจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดความหวัง และกำลังใจในชีวิต

ความว่าเหวถึงแม้ว่าอาการไม่เด่นชัดเหมือนอาการทางจิตอื่นๆ แต่ก็เป็นอาการเตือน ถึงการบกพร่องทางจิตใจซึ่งอาจจะนำไปสู่ความซึมเศร้า และความเจ็บป่วยทางจิตได้ ความว่าเหวระดับรุนแรงจะทำให้เกิดความรู้สึกไร้พลัง ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และความสามารถในตนเองลดลง ไม่สนใจตนเอง เกิดปัญหาทางกาย ความวิตกกังวล และเครียดทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Shultz, 1993) และนอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์การเกิดความซึมเศร้า โรคกระเพาะอาหาร ระบบทางเดินหายใจบกพร่อง และปัญหาทางกายด้านอื่นๆ ตามมามากมาย รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ และเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบตัน และร่างกายมีความสามารถในหน้าที่ต่างๆ ลดลง รวมทั้งผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย (Roy, 1985; Rodger, 1989; Drapper, 1985 cited in Ryan & Patterson, 1987; Bradley, 1987, Hall & Hendeson, 1966 cited in Greccy, et al., 1985)

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าความว่าเหวมีบทบาทสำคัญในการเป็นสาเหตุและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ และถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว ความว่าเหวจะมีผลให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น (สุพรรณิ นันทชัย, 2535)

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วทำให้มีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาหากินของประชาชนในจังหวัดใกล้เคียงและในชนบทเข้ามาจับจองสถานที่ว่างเปล่าของทางราชการทำให้เกิดมีชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ซึ่งประกอบด้วยชุมชนย่อย 3 ชุมชนคือ ชุมชนเทศบาลอนุสรณ์ ชุมชนหนองบัว ชุมชนศรีบัวราย ประชาชนส่วนใหญ่อพยพมาจากที่อื่น ไม่มีหลักแหล่งที่แน่ชัด มักจะย้ายถิ่นไปเรื่อยๆ ประชาชนส่วนใหญ่อพยพย้ายถิ่นมาจากที่อื่นเช่น เขมร ส่วย ซึ่งเป็นชาวพื้นเมืองของจังหวัดสุรินทร์และแทบทุกภาคของประเทศไทยจึงถือว่าเป็นชุมชนที่มีวัฒนธรรมหลากหลาย ส่งผลให้เกิดความแปลกแยกไม่ค่อยมี

ความมีความสัมพันธ์ระหว่างกันต่างคนต่างอยู่ประกอบกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนค่อนข้างเร่งรีบ ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนไม่มีใครสนใจดูแล และส่วนใหญ่ไม่มีงานทำจึงรับภาระในการดูแลบ้าน และทำงานเล็กๆน้อยๆ และดำเนินชีวิตอยู่โดยลำพัง ผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่สามารถเดินได้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งแม้ว่าจะมีอายุล่วงเลยถึง 70 ปีก็ตาม ยังต้องยันกายพุงร่างเพื่อลุกขึ้นหุงหาอาหารเพื่อยังชีพ มีเพียงเพื่อนบ้านที่มีสภาพเดียวกันเป็นเพื่อนคุย และมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว อยู่เป็นเพื่อน การอาศัยอยู่ในบ้านปลายของผู้สูงอายุเหล่านั้นขาดการเกื้อกูลจากบุตรหลาน ญาติมิตร

งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจให้กับประชาชนในชุมชน โดยเน้นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดซึ่งถือว่าเป็นผู้ด้อยโอกาส ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งสอดคล้องกับแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ. 2525-2545 ที่มีนโยบาย แผนแม่บท สำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการด้านสุขภาพอนามัย และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ในการพัฒนากลุ่มด้อยโอกาสโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีผู้เหลียวแล โดยส่งเสริมให้องค์กรหลักทำหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทำหน้าที่วางแผนรวบรวมข้อมูลและประสานงานดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นเครือข่ายเดียวกันผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในวิชาดังกล่าวรวมทั้งได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้บริบททางด้านจิตสังคมมาประกอบการอธิบายการเกิดควมว่าเหว่เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ มีความว่าเหว่เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทางจิตสังคมอะไรที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว่าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับควมว่าเหว่ ของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพ ในครอบครัวและชุมชน ความสูญเสีย กับควมว่าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์

#### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ 3 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยชุมชนเทศบาลอนุสรณ์ ชุมชนวัดหนองบัว ชุมชนศรีบัวราย ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม และใช้การสังเกตร่วมด้วย ในระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2540

#### 1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความว่าเหว หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจในลักษณะขาดเพื่อน เหงา อยู่อย่างโดดเดี่ยว ร่วมกับรู้สึกท้อแท้ หดห้วง ขาดกำลังใจ ไม่มีมิตร ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบวัด ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความว่าเหวของสุพรรณิ นันทชัย (2535) และได้ดัดแปลงได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

2. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง

3. สัมพันธภาพ ในที่นี้หมายถึง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในชุมชนของปราโมทย์ วัังสะอาด (2530)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติต่อกันระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวในลักษณะการเอาใจใส่เลี้ยงดู การเคารพยกย่อง การปรึกษาหารือ การพูดคุยไว้วางใจกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุให้เข้ากับบุคคลในครอบครัว

สัมพันธภาพในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติต่อกันระหว่างผู้สูงอายุต่อบุคคลอื่นในชุมชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันใน ด้านการพบปะเพื่อนฝูง การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน การแสดงความคิดเห็น การยอมรับจากสังคม การช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน

4. ความสูญเสีย หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ต่อความรู้สึกสูญเสียของผู้สูงอายุที่มีต่อสถานการณ์ที่พลัดพราก แยก จาก หรือปราศจากสิ่งที่มีอยู่ ในที่นี้หมายถึง ด้านสรีระ ด้านบุคคล ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านรายได้

5. ลักษณะการอยู่อาศัย หมายถึง การอาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อาศัยอยู่คนเดียว และอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ประกอบด้วย อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง และบุคคลอื่น

6. รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน

7. แหล่งที่มาของรายได้ หมายถึง การได้มาซึ่งรายได้ในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ หารายได้ด้วยตนเอง และได้รับรายได้จากบุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วยจากบุตรหลานญาติพี่น้อง

### 1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ รายได้ ผู้วิจัยได้นำมากำหนดตัวแปรที่จะศึกษาวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ สถานภาพสมรส แหล่งที่มาของรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ จะมีความว่าเหวแตกต่างกัน เพศชายมีความว่าเหวมากกว่าเพศหญิง (Francis, 1976 อ้างถึงในสุพรรณิ นันทชัย, 2535) โดยเพศชายที่สถานภาพสมรสเป็นหม้าย แต่จากการศึกษาของสุพรรณิ นันทชัย (2535) พบว่า เพศที่แตกต่างกันไม่ได้ทำให้ว่าเหวแตกต่างกัน ในด้านสถานภาพสมรส คนที่เป็นโสดเกิดความว่าเหวได้มากกว่าคนที่สมรส (Weiss cited in Schmitt and Kurdex, 1985) แต่ Foxall and Elberk (1989) ศึกษาพบว่า คนที่มีสถานภาพคู่มีโอกาสดเกิดความว่าเหวได้มากกว่าคนที่สมรส ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวและถูกแยกออกจากสังคมจะเกิดความว่าเหวได้ ส่วนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นจะว่าเหวน้อย (Holman, et. al, 1992; De-Jong-Gierveld, 1987; Meis, 1985; Foxall et. al, 1992) ด้านแหล่งที่มาของรายได้ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531 (อ้างถึงในสมศิริ เลปนนท์, 2536) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ต่ำและต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบุตรหลานเป็นแหล่งพึ่งพิงของผู้สูงอายุมากที่สุด หากว่าไม่มีบุตรหลานจะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณ, 2532) ด้านรายได้ การสูญเสียรายได้หรือมีข้อจำกัดของรายได้ จะมีความรู้สึกว่าเหวสูงและมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว (Greecy & Berg and Wright, 1985; ชมานันท์ บัวงาม, 2539)

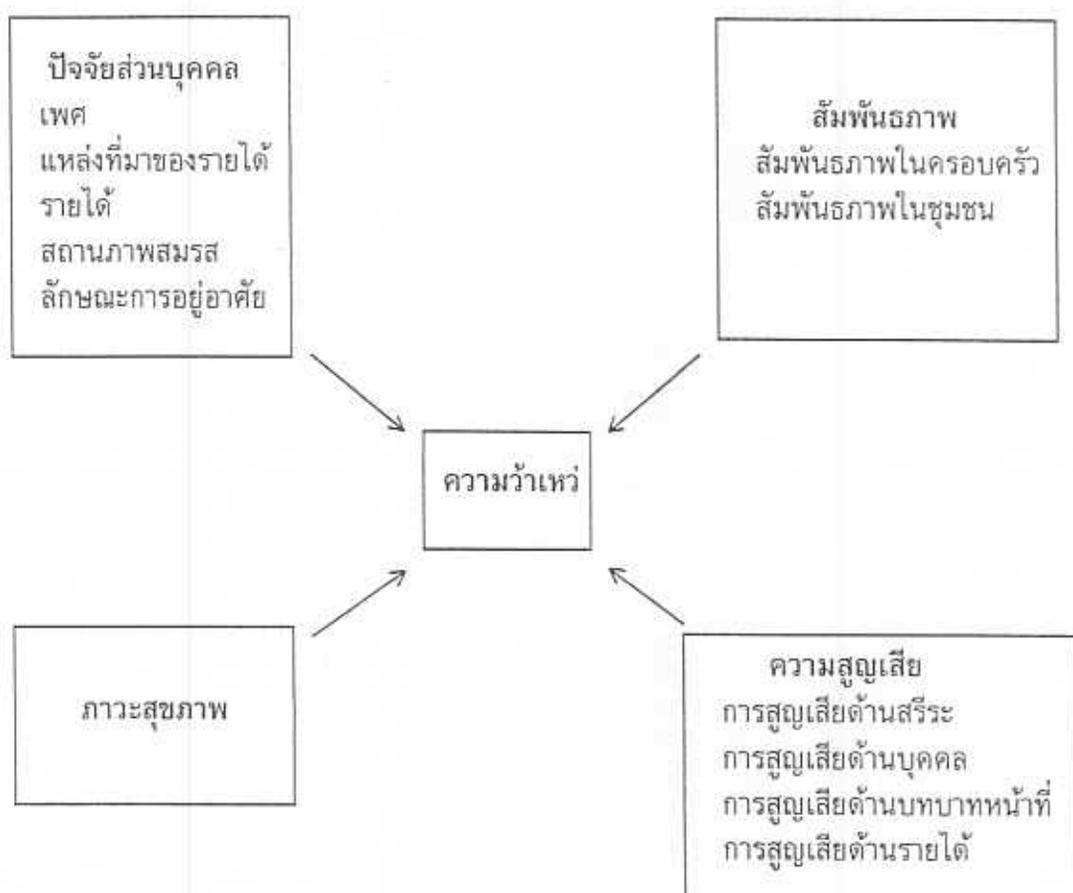
2. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นและรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่ประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี จะมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่ประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองดี และพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว (Towsend, 1955 cited in Ryan & Patterson, 1987; Tunstall, 1979 cited in Ryan & Patterson, 1987; สุพรรณิ นันทชัย, 2535; ชมานันท์ บัวงาม, 2539)

3. สัมพันธภาพ หมายถึง ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และผู้ที่แยกตัวมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมทางสังคมน้อยลง จะทำให้เกิดความว่าเหว

(Towsend ,1955 cited in Austin, 1988) และจากการศึกษาของชมานันท์ บัวงาม (2539) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว่

4. ความสูญเสีย หมายถึง สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องพลัดพราก แยกจากหรือปราศจากสิ่งที่เคยมีอยู่ ในด้านสรีระ ด้านบุคคล บทบาทหน้าที่ และเศรษฐกิจรายได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การตาย การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน นำไปสู่การแยกตัวเองและความว่าเหว่ และผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก็ทำให้เกิดความว่าเหว่ได้ รวมทั้งผู้ที่สูญเสียรายได้หรือมีรายได้น้อยลง (Greecy, Berg, and Wright, 1985; Holman, et al, 1992) แต่จากการศึกษาของชมานันท์ บัวงาม (2539) พบว่า ความสูญเสียไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



### 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

คำตอบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะทราบถึงสภาพปัญหาและแนวโน้มของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบโดย

1. ทึ่มสุขภาพทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุโดยเฉพาะความว่าเหว่
2. ได้ข้อมูลในการประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในอนาคต