

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 นิยามของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม วัยสูงอายุไม่ได้เป็นวัยที่หมดความหมาย หรือเป็นวัยที่สิ้นสุดทีเดียว แต่เป็นวัยที่ปลอดจากภาระกิจทางสังคมส่วนใหญ่

คำว่าผู้สูงอายุ (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นมาครั้งแรกในประเทศไทย โดย พ.ด.อ. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุ จากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

คนชรา หรือ ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มนับตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านั้นมักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้เฒ่า ความรับผิดชอบสูงในสังคม มักใช้อยู่เป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ บางประเทศ 55 ปี บางประเทศ 60 ปี หรือ 70 ปี การกำหนดเกณฑ์ที่แตกต่างกันดังกล่าว จึงเป็นที่ยากที่จะยอมรับกันได้ในทุก ๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

จากแนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยได้ให้แนวคิดมาสรุปที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน

2.1.2 เกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม , 2534)

- 1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด โดยไม่ได้นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถ หรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย
- 2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological aging) ความเป็นผู้สูงอายุในลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผม เริ่มขาว ผิวหน้าเหี่ยวย่น ตกรกระ สายตายาว ตีระเริ่มล้าน ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี
- 3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งนับรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาด้วย ได้แก่ ระบบความจำเสื่อมลง การเรียนรู้น้อยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่าง ๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น
- 4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงาน และบทบาททางสังคมอื่น ๆ ด้วย

2.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุนั้น มีผู้ศึกษาไว้มากมายนำมาสู่แนวคิดที่กล่าวถึงผู้สูงอายุหลายทฤษฎี ในที่นี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ เท่านั้นซึ่ง (Psychosocial Theory) ทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ดังนี้

- 1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) บุคคลจะมีบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไปในตลอดชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็นนักเรียน นักธุรกิจ พ่อ แม่ สามเณร-ภรรยา ลูกสาว ลูกชาย ปู่ ย่า ตา ยาย ความเป็นอยู่ของบุคคล จะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ตลอดจนมโนทัศน์ของตนเองที่มีต่อบทบาท หน้าที่ที่ตนรับผิดชอบอยู่ และบุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนต่อบทบาทที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสมเพียงใดโดยที่อายุจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ดำเนินมา ซึ่งจะส่งผลต่อการยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึง หรือเปลี่ยนไปในอนาคต ทฤษฎีบทบาทจะทำให้เข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทผู้สูงอายุ เข้าใจผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และทำให้บุคคลมีโอกาสเตรียมตัวถึงบทบาทของตนเอง ซึ่งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม กระบวนการของอายุ

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีหนึ่งที่มีมองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตสังคม ได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉง และมีความรู้สึกว่าคุณเป็นประโยชน์ต่อสังคม และยังเชื่อว่าสุขภาพมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และถ้ากิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งขาดไป ก็จะมีผลทำให้กิจกรรมในอีกสังคมหนึ่งลดลงไปด้วย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคน และจะปฏิเสธที่จะมีอายุแบบคนสูงอายุให้นานเท่าที่จะนานได้ ลักษณะทางสังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมได้เท่ากับคนวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่าง ๆ การมีกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้สภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น

3) ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีการแยกตนเอง เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งปรากฏเป็นครั้งแรกในหนังสือชื่อ *Growing old* ของ Elaine Ceming และ William Henry (1966) อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม (2534) ซึ่งกล่าวว่าเป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมและลดบทบาททางสังคมลง เมื่อตนเข้าสู่ วัยสูงอายุ และพยายามที่จะเลี่ยงความกดดัน และความตึงเครียด โดยการถอนตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง และนอกจากนี้ทฤษฎีแยกตัวเองเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และบทบาททางสังคมนั้น เป็นการถอนสภาพและบทบาทของตนเองให้แก่ หนุ่มสาว หรือคนที่มียุทธศาสตร์ที่ดีกว่าตน ทั้งนี้เพราะความต้องการสูงสุดของสังคม คือต้องการทักษะ และแรงงานใหม่มากกว่าการได้รับจากผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะเริ่มคุ้นเคยกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคม หลังจากเรียนรู้ ความรู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวลและมีความบิบบิ้น ในช่วงต้น ๆ ในที่สุดจะยอมรับสภาพใหม่ คือการไม่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้มีความขัดแย้งกับทฤษฎีกิจกรรม โดยที่นักทฤษฎีแยกตนเอง มีความเห็นว่าเป็นเรื่องปกติและเป็นความพอใจของบุคคลที่ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาทของความสงบเงียบ ลดการเกี่ยวข้องกับผู้อื่นลง และมีเวลามากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติ และเป็นความพอใจ และไม่เชื่อว่าจะต้องคงสภาพของการมีกิจกรรมไว้ ในขณะที่ต้องปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการสูงอายุ

4) ทฤษฎีต่อเนื่อง (Continuity Theory) กล่าวถึง การปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเท่าที่ตนสูญเสียไป และยังคงสภาพ ที่จะพยายามปรับตนเอง ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ (Newgarden, Havignurst, Tobin, 1968 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534) ซึ่งจากแนวคิดทฤษฎีนี้เห็นว่า บุคคลไม่ว่าหนุ่มสาว หรือสูงอายุจะมีบุคลิกภาพและรูปแบบความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกันไป โดยที่บุคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตนั้นจะบอกให้ทราบถึงการปรับตัว

เพื่อให้เกิดความพึงพอใจเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับชีวิต หนหลังที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จ ความสุขในการดำเนินชีวิตเพียงใดขึ้นอยู่กับ บุคคลนั้น ยังคงบุคลิกภาพและความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่มีมาแต่หนหลังได้ดีเพียงใด ซึ่ง Newgarten, Havighurs และ Tobin อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม(2534) กล่าวว่า บุคคลทั่วไปมักจะเตรียมหนทางที่ตนเองคิดว่าประสบความสำเร็จในชีวิตของการเป็นผู้สูงอายุ มากกว่าที่จะพยายามปรับตัวเองให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสังคม

5) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) กล่าวถึง การพัฒนาทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ ว่าถ้าชีวิตนั้นมีคุณค่า มีความมั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุข สงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามคนที่ไม่ยอมรับก็จะรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้ ลึนหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนไร้คุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญความสูงอายุลดลง

6) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เกิดภายในกลุ่มอายุและระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้ถือว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นของอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง Riley, Johnson, and Foner (1972) อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม (2534) จากทฤษฎีอายุนี้จะมีความสัมพันธ์โดยตรงหรือโดยอ้อมกับบทบาททางสังคมของบุคคล โดยสามารถประเมินบุคคลได้จากการดูจากบทบาท หน้าที่ การรับผิดชอบในสังคม โดยความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นอกจากจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดถึงความสามารถของบุคคล ในแต่ละระดับชั้นของอายุด้วย ดังนั้น ระดับชั้นอายุต่างกัน ก็จะมีพฤติกรรมแตกต่างกันตามแต่ละบทบาทหน้าที่ ดังนั้น ระดับชั้นอายุจะส่งผลมายังสถานภาพทางสังคมของบุคคลนั้นตลอดชีวิต

จากการศึกษาทฤษฎี ทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจถึง สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่ง ที่อธิบายความเป็นไป ของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน วัยสูง อายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ ทางด้านบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมที่ผู้สูงอายุพยายามที่จะคงไว้ การลดกิจกรรมและบทบาททางสังคม เพื่อเลี่ยงความตึงเครียดโดยการถอนตัวออกจากสังคม หรือแม้แต่การพยายามปรับตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพและชีวิตในหนหลังที่ผ่านมา ซึ่งถ้าหากว่าสามารถพัฒนาได้ดีก็ย่อมที่จะทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกมั่นคง มีคุณค่า มีพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่ถ้าหากว่าไม่สามารถปรับตัวได้ ก็ย่อมที่จะเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า และความสามารถในการเผชิญความสูงอายุลดลง อาจนำไปสู่ความ ว้าเหวได้ในที่สุด

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลมาถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุหลาย ๆ ด้าน เช่น พลังกำลังที่ถดถอยลง การนอนหลับ การเคลื่อนไหว การเหยียดของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของสีผิว ตาอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน อาจเป็นต้อและมีการเปลี่ยนแปลงบริเวณเรตินา และม่านตา หูอาจจะตึง และเส้นเลือดไปเลี้ยงหูอาจจะถูกอุดตัน ความผิดปกติ เช่นระบบทางเดินโลหิต การย่อยอาหารผิดปกติ การทำหน้าที่ทางเพศลดลง เช่น การหมดประจำเดือนในเพศหญิง ระบบกล้ามเนื้อจะมีผลทำให้เห็นความเสื่อมอย่างชัดเจนคือ มีความปวดของข้อ กระดูกเปราะ และมีเนื้อเยื่อเสื่อมเป็นอย่างมาก จากการเสื่อมที่เกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา Goldfarb (1987) อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล (2538) พบว่า ประชาชนสัมผัสทางด้านสายตาของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงร้อยละ 4 เมื่อเข้าสู่วัย 60 ปี และเสื่อมลงร้อยละ 15 เมื่อถึง 80 ปี ทางด้านการได้ยินพบว่าการเสื่อมลงร้อยละ 5 เมื่ออายุ 60 ปี และเสื่อมถึงร้อยละ 25 เมื่อถึงวัย 80 ปี ทางด้านการรับรู้อาหารก็เสื่อมลงเช่นเดียวกัน เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารไม่อร่อย ไม่เจริญอาหาร ส่วนการได้กลิ่นก็ลด ผิวหนังเหี่ยวย่น เนื่องจากต่อมและฮอร์โมนต่าง ๆ เสื่อมการทำงาน ส่วนระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวจะช้าลงร้อยละ 1 ในวัย 60 ปี และช้าลงร้อยละ 3 ในวัย 80 ปี กระดูกจะผุกร่อน และทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย (Goldfarb, 1967 อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538) ส่วนทางด้านสติปัญญา พบว่า ในผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ปัจจุบัน (Recent memory) ไม่ได้ แต่ความจำในอดีต (Remote memory) ได้และจะไม่เสียระบบประสานงาน ระหว่างประสาทสัมผัส กับความคิดอ่าน จะเชื่องช้าลง เป็นผลทำให้ทำงานได้ช้าลง และมีการผิดพลาดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ซึ่งพบว่า 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 4 ใน 5 และจากการศึกษาของพีร์ลลิท คำนวนคิลปี และคณะ (2523) พบว่า ร้อยละ 58 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ส่วนการศึกษาของนิตา ซูโต (2524) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 66.4 มีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 14.6 มีปัญหาถึงล้มหมอนนอนเสื่อ และประพิมพ์ดาว สุนทรย์อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล (2538) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท หลงลืมง่าย ส่วนโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย จากรายงานของประสพ รัตนากร (2525) มี 7 โรค ได้แก่ โรคกระดูกและข้อต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับปอด โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ โรคจิต และโรคเกี่ยวกับสมอง

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ก) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติมิตร หรือคู่ชีวิตที่ตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

ข) การสูญเสียทางด้านสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันสมควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ไร้คุณค่า ไม่มีความหมายกับชีวิต นอกจากนี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ค) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยนี้ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดน้อยลง บทบาททางด้านการศึกษาดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

ง) ความสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ อันเป็นความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางด้านจิตใจของคนเราเกิดจากการมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ฮอร์โมนลดลง เกิดความเสื่อมทางด้านเพศ ความสวยงามของรูปร่างหน้าตาจะเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลในเรื่องนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต

จ) การสูญเสียด้านร่างกาย จะทำให้เกิดความสูญเสีย ในเรื่องความเชื่อมั่น และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นใจ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการเปลี่ยนแปลง ของสายตา อาจทำให้เกิดการสับสน หวาดระแวง ตลอดจนเกิด Sensory deprivation ได้

ฉ) การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและรายได้ เช่น การสูญเสียงานเนื่องจากเจ็บป่วย นำไปสู่ปัญหาของการมองตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองน้อยลง การเงินไม่เพียงพอหน้าที่ในสังคมน้อยลง นำไปสู่การแยกตนเอง

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม จะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลง ของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้จากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และ พัฒนาจิตใจของตนเอง ห้เป็นไปในทางที่ดั่งงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาวเราจึงพบว่าคนเราเมื่ออายุมากขึ้น จะมีความสุขเยือกเย็น

แต่ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการมีอายุมากขึ้นส่วนหนึ่งก็มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบบ่อยคือ

1) การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ในสิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

2) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนทนาความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อถอย และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย

3) ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น

4) การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้น คือ การมีอาการเข้าใกล้สู่ความตาย ซึ่งเป็นกาลเวลาแห่งความสิ้นสุด การยอมรับสภาพดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างชีวิตใหม่ บางคนมุ่งชีวิตสงบเข้าวัดถือศีล กินเจ บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว เบิร์นไซด์ (Burnside) อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม (2534) ได้กล่าวถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุประกอบด้วย ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ชีวิตโดดเดี่ยว ความหวาดระแวง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเสื่อมของประสาทรับรู้ และการสูญเสียต่าง ๆ ซึ่งคล้ายกับเฟรด คลาวน์ Fred Clougn อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม(2534) ผู้สูงอายุจะมีความเศร้าโศกจากภาวะการสูญเสีย และ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ตามลำพัง ส่วนการศึกษาสถาบันวิจัยสังคมพบว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางใจ เหงา โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร ร้อยละ 9

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural change)

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุและปัญหาทางกาย และทางจิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทและอำนาจทางสังคมที่เคยมี

(2) การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเจริญเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตดำเนินเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใด หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจก็มักจะถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้

ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะทำให้เกิดความว่าเหว่ ซึ่งจากการศึกษาของนิตา ซูโต (2524) พบว่า ผู้สูงอายุต้องอยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง มีร้อยละ 4.7

(3) การเลื่อมความเคารพซึ่งในสมัยก่อน ผู้สูงอายุ ได้รับการเคารพนับถือ จากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันนี้ค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างสังคมตะวันตก ที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคล และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวอยู่คนละทาง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าว มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ กล่าวว่าจะทำให้เกิดความว่าเหว่ สภาพทางจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป โรคทางจิตบางอย่าง หรือโรคทางกาย ก็จะปรากฏขึ้น อีระ สุขวัจน์ อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม(2534)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมและวัฒนธรรม นภาพร ชโยวรรณ (2532) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นเท่าใด ก็ต้องการการเลี้ยงดูเอาใจใส่จากบุตรหลานมากขึ้น และสถานภาพของผู้สูงอายุในการเป็นหัวหน้าครอบครัวลดลงไปเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุลดบทบาททางเศรษฐกิจลง จึงเท่ากับลดอำนาจไปโดยปริยาย และกิจกรรมทางสังคม ขาดเพื่อน รุ่นราวคราวเดียวกัน (นิตา ซูโต, 2524) และการศึกษาของทองอยู่ แก้วไทรชะ (2527) ในการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุมีความคิดเห็นไปตกับบุตรหลานร้อยละ 71 และผู้สูงอายุไม่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานเท่าที่ควร หรือไม่ได้รับการเอาใจใส่เลยร้อยละ 25

กล่าวโดยสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้านของผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อจิตใจเป็นอย่างมาก เกิดความรู้สึกว่าเหว่ หมดหวัง หวาดระแวง ท้อแท้ในชีวิต เกิดซึมเศร้า วิตกกังวล ถ้าหากปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะนี้ได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหว่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ

2.2.1 ความหมายของความว่าเหว่

ความว่าเหว่เป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดขึ้นได้บ่อย เป็นอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งมักเกิดจากสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่เกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมที่เป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Perlman & Peplau, 1979 อ้างถึงใน ชลอคคักดิ์ ลักษณะวงศ์ศรี, 2536) ความว่าเหว่เป็นปัญหาทางจิต และอารมณ์ที่แสดงออกเป็นอาการหรือความรู้สึกที่สามารถใช้เป็นตัววัดสภาวะสุขภาพกาย และจิตของบุคคล อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความว่าเหว่เปรียบเสมือนความทุกข์ ทรมานทางจิตใจที่ยากจะให้คำนิยามได้อย่างเหมาะสมที่สุดแต่อาจกล่าวได้ว่า เป็นความรู้สึกหรือ อาการที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค ความว่าเหว่ ใช้เป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่ระดับความว่าเหว่ที่แตกต่างกัน สามารถกำหนดได้ถึงความรู้สึกสูญเสีย ความทุกข์ การปราศจาก การแยกตัว และความว่าเหว่ยังมีลักษณะเฉพาะตัวคือปราศจากความชื่นบานมีความเศร้าโศก

หรือความรู้สึกอ้างว้าง (Webster, 1961 อ้างถึงในชมานันท์ บัวงาม, 2539) ซึ่งรวมทั้งความว่าเหว
ในผู้สูงอายุเกิดจากการความขัดแย้งในจิตใจที่ต้องเผชิญ กับเปลี่ยนแปลงในชีวิตไม่ว่าจะเป็น ด้าน
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และวัฒนธรรมรวมทั้งการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย การอาศัยอยู่คนเดียว
เป็นต้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความว่าเหวไว้ดังนี้

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528) ได้ให้ความหมายว่า ความว่าเหว
เป็นอาการที่แสดงถึง ความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ที่เกี่ยวกับความเครียดทางด้าน
สังคม และยากที่จะอธิบายเป็นคำพูดได้ชัดเจน

ชูส (Shultz, 1985) ได้กล่าวถึงซูลเบิร์ก (Zoulbourg) นักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ได้อธิบาย
ความว่าเหว เป็นภาวะที่ไม่บรรลุความต้องการขั้นพื้นฐาน ความรัก ความเข้าใจ จากพัฒนาการใน
วัยทารก ทำให้บุคคลที่ว่าเหวจะรู้สึกเหมือนทารกที่มีความรู้สึก ต้องการทุกอย่างโดยมีตนเองเป็น
ศูนย์กลาง

ร็อค (Rook, 1984 cited in Donaldson and Watson, 1996) ความว่าเหวเป็นภาวะ
ของอารมณ์ที่บุคคลห่างเหิน ขาดการเข้าใจ และถูกปฏิเสธจากผู้อื่น หรือขาดผู้ปรึกษาที่ดี แบบ
แผนรักษาที่ต้องการในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมสร้างเสริมความรู้สึกร่วมกัน
และโอกาสในการเกิดความคุ้นเคย

เพอร์แมน และเพปเปลว (Perlman & Peplau, 1985 cited in foxall, et al, 1992)
ความว่าเหวเป็นสภาวะที่ไม่พึงพอใจเมื่อเครือข่ายทางสังคมของบุคคลบกพร่องและขาดแคลนทั้ง
ในเชิงคุณภาพและปริมาณ

แรมโบ (Rambo, 1984 อ้างถึงในสุธีรา ตั้งตระกูล, 2535) ความว่าเหวเป็นความรู้สึกที่
ไม่สุขสบาย ซึ่งเป็นผลมาจากขาดบุคคลที่สำคัญในชีวิต และขาดความผูกพันในสัมพันธ์ภาพกับ
คนอื่น ๆ เพราะไร้ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ

ไวส์ (Weiss, 1993 cited in Rokack, 1990) ได้ให้ความหมายว่า ความว่าเหวเป็น
ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายอย่างมากโดยที่ผู้ว่าเหวจะขาดความสัมพันธ์บางประการ ได้แก่ ความใกล้ชิด
ซิด สนับสนุน ความผูกพัน และการได้รับการดูแล

ฮอฟแมน (Haffman, 1991) ความว่าเหวเป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ที่เกิดความรู้สึกว่าง
เปล่า มีการพลัดพราก รู้สึกไม่สบาย เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

เพปเปลว (Peplau, 1955 Cited in Ryan & Pattason, 1987) ความว่าเหว หมายถึง
ความรู้สึกที่ทรمانทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องหรือสูญเสียสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลใน
สังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย และมีความเหงา

ซัลลิแวน (Sullivan, 1953 cited in Shultz, 1992) เป็นประสบการณ์ของความรู้สึกไม่พึง
พอใจในสัมพันธ์ภาพกับการพลัดพราก จากบุคคลใกล้ชิดสนับสนุน เป็นประสบการณ์ที่น่ากลัว
และมีอำนาจที่จะทำให้เกิดกังวลใจ

ฟอรั่ม ริชแมน (Frommn-Reichman cited in Holman, et. al, 1992) ความว่าเหว เป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่เกิดจากการคาดหวังต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในชีวิตจริงผิดไปหรือแตกต่างจากที่นึกคิด เป็นความเจ็บปวด และกลไกการป้องกันตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

จากที่มีผู้ให้ความหมายความว่าเหวอาจสรุปได้ว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ อารมณ์ ที่เกิดจากการสูญเสีย และบกพร่อง ด้านความรู้สึก รักใคร่ ผูกพัน อับอุ่น และการดูแล จากบุคคลที่มีความหมายสำหรับตนเอง และเครือข่ายทางด้านสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย และขาดความหวัง ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์หรือจิตใจที่แสดงออกเป็นอาการหรือความรู้สึกที่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพกายและจิตของบุคคลอันอาจก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมาน ทางด้านจิตใจจากการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

การพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหว

แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวได้มีการพัฒนาดังต่อไปนี้

Sullivan (cited in Shultz ,1993) นักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Approach) สนใจตามความเชื่อของ Zilboorg ซึ่งอธิบายว่าความว่าเหวเป็นประสบการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นจากความต้องการพื้นฐานด้านความรัก ความเข้าใจซึ่งไม่เป็นไปตามความต้องการทำให้เกิดความไม่เป็นมิตรและยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง โดยที่ Sullivan ได้พัฒนาความว่าเหวจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเชื่อว่าความว่าเหว ปรากฏครั้งแรก ในวัยทารกและมีอยู่ทุกชั้นตอน ของพัฒนาการ และหากว่าความต้องการในแต่ละวัยไม่ได้รับการตอบสนองไม่ว่าสาเหตุใดก็ตามจะทำให้เกิดความว่าเหวได้

Peplau (cited in Copel ,1988) นักทฤษฎีทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive approach) เห็นด้วยกับแนวคิดของ Sullivan เกี่ยวกับคุณลักษณะด้านสัมพันธภาพของเด็กกับบุคคลอื่น ๆ โดย มีความเชื่อว่าความว่าเหว เกิดจากสาเหตุด้านปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะ และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยวิเคราะห์ความว่าเหวว่าเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถทนอยู่ได้เมื่ออยู่คนเดียวโดยที่ พฤติกรรมที่บุคคล แสดงออกเกิดจากความ ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

Mahon (1982) อังนิงใน สุธีรา ตั้งตระกูล (2535) นักสังคมวิทยา (Sociological Approach) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวว่าเกิดจากสาเหตุที่อยู่ภายนอกบุคคลโดยเกิดจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เกิดความเครียดในจิตใจ เกิดความคับข้องใจในความปรารถนาและความต้องการพื้นฐานของมนุษย์และเชื่อว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากวัยเด็กและดำเนินมาเรื่อยๆ จนถึงวัยผู้ใหญ่ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความผูกพัน ความใกล้ชิด สนับสนุน ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการติดต่อสื่อสารไม่เพียงพอ

Von-Witzleben (1958) อ้างถึงในสุธีรา ตั้งกระกุล (2535) สนใจแนวคิดเกี่ยวกับ Existential Approach เชื่อว่าความว้าเหวเป็นประสบการณ์ทางบวก และถือว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความ เป็นมนุษย์ โดยตระหนักว่ามนุษย์จะต้องเผชิญกับความว้าเหวตั้งแต่เกิด มีชีวิตและตายไป โดยไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้

2.2.2 ลักษณะของความว้าเหว

Von Witzleben (อ้างถึงใน Foxall และคณะ,1985) ได้แบ่งชนิดของความว้าเหวเป็น 2 ชนิด

1) ความว้าเหวชนิดปฐมภูมิ (Primary Loneliness) เป็นความรู้สึกว้าเหวที่เกิดตามปกติ ขณะที่อยู่คนเดียว มีความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตขาดแก่นสาร รู้สึกว่างเปล่า ไม่อยากพบปะผู้อื่น

2) ความว้าเหวทุติยภูมิ (Secondary Loneliness) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องอยู่คนเดียว เนื่องจากการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งจัดเป็นโรคชนิดหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นกับโรคจิตประเภทเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ

Jeffery Young, 1979 (อ้างถึงใน Shultz, 1992) แบ่งความว้าเหวเป็น 3 ประเภท คือ

1) ความว้าเหวทั่ว ๆ ไป (Transient Loneliness) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ในชีวิตประจำวัน เป็นระยะเวลาสั้น ๆ เกิดขึ้นเมื่อต้องพลัดพรากจากบุคคลในสังคม และจะหายไปเองเมื่อบุคคลแสวงหาแนวทางในการแก้ไขโดยได้พบปะกับบุคคลอื่น ๆ อาการไม่รุนแรงและกระทบกับการดำเนินชีวิตน้อยมาก เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น ๆ 2-3 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง

2) ความว้าเหวที่เกิดจากเหตุการณ์ (Situational Loneliness) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์กระทบ หรือมีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในชีวิต ซึ่งกระทบกระเทือนต่อสัมพันธภาพของตนเองและบุคคลอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในสังคม การย้ายถิ่น การแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก การออกจากงาน การเกษียณอายุราชการ การตาย การหย่าร้าง การพลัดพราก การสูญเสีย การมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งเป็นความเครียดที่รุนแรง ระยะเวลาที่เป็นจะยาวนานกว่าความว้าเหวประเภทแรก โดยเฉลี่ยจะไม่เกิน 1 ปี ความเหงาในลักษณะนี้ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น อาการปวดศีรษะและนอนไม่หลับ

3) ความว้าเหวเรื้อรัง (Chronic Loneliness) เป็นความว้าเหว ที่เกิดจากการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมที่ใกล้ชิดสนิทสนม หรือไม่พอใจในสัมพันธภาพ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ และการปรับตัว ซึ่งบางคนจะมีความเหงาแอบแฝงซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจ เรียกว่า Latent chronic Loneliness เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างกระทบจะแสดงความเหงาออกมาโดยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้น จนเกิดความเหงาเรื้อรังได้ และมีปัญหาในการปรับตัว และมีความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความเหงาจะครอบงำบุคคลผู้นั้นเป็นระยะเวลานานเป็นปี หรือตลอดไป และติดอยู่กับวิถีการ

ดำเนินชีวิตโดยบุคคลกลุ่มนี้ต้องการผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพให้การช่วยเหลือเพราะจะทำให้ร่างกายและสุขภาพเสื่อมลง ยากที่จะแก้ไขได้

Weiss แบ่งความว่าเหวเป็น 2 ชนิด ตามการประเมินสัมพันธภาพและการตอบสนองความต้องการของอารมณ์และจิตใจ (อ้างอิงใน Russell และคณะ, 1984)

1) ความว่าเหวเชิงสังคม (Social Loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นจากการขาดการติดต่อจากบุคคลทางเครือข่ายทางสังคม บุคคลจึงแสวงหากลุ่มบุคคลที่รู้ เข้าใจและยอมรับเข้าเป็นสมาชิก ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เมื่อบุคคลขาดเครือข่ายทางสังคมจึงทำให้เกิดความว่าเหวทางด้านสังคม

2) ความว่าเหวเชิงอารมณ์ (Emotional loneliness) เกิดการขาดความผูกพัน ความคุ้นเคยใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ทำให้ไม่มีที่ยึดเหนี่ยวทางอารมณ์ที่ไวใจได้ เช่น คู่รัก คู่สมรส หรือเพื่อนสนิท

2.2.3 สาเหตุของความว่าเหว

จากการศึกษาของ Shultz (1992) ได้พบสาเหตุของความว่าเหว ดังนี้คือ

- 1) การขาดความรักใคร่ผูกพัน เช่น การสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ ไม่มีสามี ขาดการมีเพศสัมพันธ์ สูญเสียคู่รักหรือคู่สมรส ออกหัก ครอบครัวแตกแยก ไม่มีเพื่อนสนิท
- 2) มีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว
- 3) ไม่มีที่อยู่อาศัย
- 4) ต้องเผชิญกับการถูกแยกจากสังคม เช่น ไม่มียานพาหนะ หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ๆ ไม่มีการติดต่อกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน ๆ

Wayne Weiten อ้างถึงในชลอคคิตส์ ลักษณะวงษ์ศรี (2536) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความว่าเหวดังนี้ คือ

1) สภาพทางสังคม (Contribution social trend) โดยเฉพาะสังคมเมือง ซึ่งแนวโน้มในปัจจุบันตัวใครตัวมัน การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน กิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ มักจะไม่เกี่ยวข้องหรือพบปะกับบุคคลอื่น ๆ จะทำด้วยตัวคนเดียว เช่น การกินอาหารสำเร็จรูป ระบบสังคมครอบครัวเล็ก และล้มเหลวมากขึ้นเรื่อย ๆ การเบิกเงินจากเครื่องหรือมีเครื่องเป็นศูนย์กลาง การดูภาพยนตร์ ทีวี วิดีทัศน์ เป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น

2) การมีความรู้สึกภูมิใจในตนเองที่ต่ำ (Low self esteem) ความภาคภูมิใจในตนเองของบุคคลที่มีน้อยหรือต่ำ เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความเหงามากที่สุด คนที่ไม่รู้สึกพอใจในตนเอง มักจะไม่รู้จักคุณค่าของความรู้สึกที่ผู้อื่นมอบให้ ความเหมา และการมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ต่างก็เป็นสาเหตุส่งเสริมซึ่งกันและกัน

3) การขาดทักษะการเข้าสังคม (Lack of skills) บุคคลที่ขาดทักษะการเข้าสังคมจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรเลย ในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ มีการศึกษาว่า คนที่ขี้เหงาเวลาสนทนากับบุคคลอื่น ๆ มักจะไม่ตั้งใจฟังการสนทนา ทำให้คู่สนทนาไม่ค่อยอยากร่วมสนทนาด้วย

4) กลัวการมีการใกล้ชิดสนิทสนม (Fear of intimacy) คนบางคนถึงแม้ว่าจะมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง มีทักษะการเข้าสังคมดี ทำตัวได้ถูกต้อง แต่ก็มักจะจำกัดขอบเขตอารมณ์ของตนเอง และมียับยั้งความลึกซึ้งของการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ โดยกระทำภายใต้จิตสำนึกที่ว่าไม่ได้ตั้งใจ คนกลุ่มนี้จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ในลักษณะแต่เพียงผิวเผิน ตามมารยาทสังคม ไม่ยอมเสี่ยงในการคบคน ระมัดระวังเรื่องการมีสัมพันธภาพและไม่ค่อยมีความใกล้ชิด (Self disclosure) ปิดกั้นตนเองเกินขอบเขตที่กำหนดไว้

5) มีความคิดที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการมีสัมพันธภาพ (Irrational thinking) คนที่หัวเหว่มักจะมีความคิด หรือแนวคิดในทางที่ทำให้หมดกำลังใจ ไม่กล้าที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แนวความคิดที่ใช้บอกตนเองหรือแปลความหมายเหตุการณ์ต่าง ๆ จะมีลักษณะตำหนิตนเอง ลดคุณค่าของตนเอง ทำให้แสดงพฤติกรรมกันตัวเองออกห่าง ไม่กล้าสร้างสรรค์ หรือหาวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม

2.2.4 ผลที่เกิดจากความหัวเหว่

1) ด้านจิตใจ จะรู้สึกหมดหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย ปราศจากความหวังขาดกำลังใจ เกิดความกลัว รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกว่างเปล่า เหมือนถูกแยกออกมาจากสังคม โศกเศร้า หดหู่ใจ เกิดความรู้สึกสมเพชตนเอง รู้สึกกระวนกระวายใจ และเบื่อหน่าย เช่น ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ รู้สึกต่อต้านตนเอง

2) ด้านพฤติกรรม แสดงออกโดยการเก็บตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เช่น การดื่มสุรา ใช้นานอนหลับ เก็บตัวอยู่ในห้องคนเดียว ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมคนเดียว และคิดว่าตนเองอยู่คนเดียว มีอคติ เป็นคนที่เข้มงวด แยกตนเองออกจากสังคม

3) ด้านความคิด แสดงออกโดยมักจะตำหนิตนเอง การเรียนรู้ความจำ บิดเบือน เกิดความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่น คิดหมกมุ่นอยู่ในเรื่องของตนเอง

4) ด้านร่างกาย มักจะแสดงออกโดยจะเกิดรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ มึนงง ปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนมากกว่าปกติ เพื่อหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย หรือนอนไม่หลับเลย

2.2.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อความว่าเหว่ ของผู้สูงอายุ

1) เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว แม้ว่าเพศหญิงจะรับรู้ภาวะสุขภาพได้น้อยกว่าเพศชาย มีความเครียดมากกว่าเพศชาย และมีแนวโน้มที่จะแสดงความว่าเหว่มากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามเพศหญิงจะมีความผูกพันในสัมพันธภาพมากกว่า และประสบความสำเร็จในการลดความว่าเหว่ได้มากกว่าเพศชาย (Ruch, 1984 : Anderson 1985, อ้างถึงใน สุธีรา ตั้งตระกูล , 2537) แต่สุพรรณี นันทชัย (2534) ศึกษาพบว่า เพศที่แตกต่างกันไม่ได้ทำให้ความว่าเหว่แตกต่างกัน นภาพร ชัยวรรณ และคณะพบว่าเพศชายมีความเหงามากกว่าเพศหญิง ในส่วน Holman และคณะ (1992) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหว่มากกว่าเพศชาย

2) สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ที่มีคู่สมรสจะคอยช่วยเหลือให้กำลังใจทำให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในแง่ที่ว่าคนโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มักขาดผู้ปลอบโยนให้กำลังใจ ตรงกันข้ามกับกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสด้วย จะมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ที่คบได้ อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว ให้รู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุขใจ ไม่ว่าเหว่ (Robert, 1988 อ้างถึงใน ชมภันท์ บัวงาม, 2539) จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่ ผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสเกิดความว่าเหว่ได้สูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่ (Weiss cited in Schmitt and Kurdek, 1985) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Foxall และ Ekberk (1989) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสเกิดความว่าเหว่ได้ถึงร้อยละ 3

3) ลักษณะการอยู่อาศัย

ในสังคมไทย ถือว่าระบบครอบครัว เป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ และกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ โดยสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งสมาชิกเหล่านี้มีบทบาทต่อกัน และมีผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีความว่าเหว่สูง และผู้สูงอายุที่นาน ๆ ได้พบปะกับลูกหลาน ทำให้มีความว่าเหว่ได้สูง และนอกจากนี้ผู้ที่ถูกแยกออกจากสังคมทำให้เกิดความว่าเหว่ได้ (De- Jong-Gierveld, 1987; Meis, 1985; Foxall, et al, 1992; Holman et al., 1992)

4) แหล่งที่มาของรายได้

การได้มาซึ่งรายได้ในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นรายได้ที่มาจากการทำงานด้วยตนเอง หรือจากบุตรหลาน ญาติพี่น้องให้ ซึ่งแต่เดิมผู้สูงอายุเคยมีความสามารถในการหารายได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อถึงวัยสูงอายุย่อมจะเหน็ดเหนื่อยกับชีวิตที่ผ่านมา สมควรจะได้รับการพักผ่อน และได้รับการดูแลจากบุตรหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2532) ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 500 บาทต่อเดือน หรือไม่มีรายได้ และจากการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำานวณศิลป์(2523)พบว่าลูกหลานรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 89 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานส่งเสียในการดำรงชีพร้อยละ 89 ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน ซึ่งเป็นแหล่งพึ่งพิงและหวังพึ่งจากผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งถ้าหากว่าไม่มีบุตรหลานส่งเสียจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก(นภาพร ชโยวรรณ, 2532)

5) รายได้

ปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัย อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (Hogstel, 1981 : 466 อ้างถึงในชมานันท์ บัวงาม, 2539) รวมทั้งจากแนวความคิดพื้นฐานของ Maslow กล่าวว่า ความต้องการทางด้านร่างกายต่าง ๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เป็นความต้องการที่ต้องใช้ปัจจัยด้านรายได้ ดังนั้นแล้วรายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต และยังเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิตด้วย และมีความสัมพันธ์ กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิต (มารศรี นุชแสงพลี ; จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ อ้างถึงในอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2536) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Greedy & Berg และ Wringt (1985) พบว่า การสูญเสียรายได้หรือมีข้อจำกัดของรายได้ จะมีความรู้สึกว่าเหวี่ยง รวมทั้งการศึกษาของชมานันท์ บัวงาม (2539) ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความหว้าเหว่

6) ความสูญเสีย

การสูญเสียจากบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนฝูง เพื่อนสนิทที่ต้องตายจาก หรือย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก รวมทั้งการสูญเสีย มีความสัมพันธ์กับความหว้าเหว่ และจากการศึกษาของ Townsend (1955) cited in Austin(1988) ได้สำรวจความหว้าเหว่ในสหรัฐอเมริกา เคนมาร์ค และอังกฤษ พบว่า การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์กับความหว้าเหว่ ส่วน Holman, et. al. (1992) ศึกษาพบว่า ความสูญเสียคู่สมรส สูญเสียสมาชิกในครอบครัวการตายของคู่สมรสทำให้เกิดความหว้าเหว่ รวมทั้ง จากการศึกษาของผู้สูงอายุมีการสูญเสียด้านร่างกาย พบว่า ผู้ที่สูญเสียการมองเห็นและการได้ยินและการสูญเสียบทบาทหน้าที่เคยเป็นอยู่

ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดความสำคัญต่ออาศัยพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งจากการที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาททางการให้คำปรึกษาและผู้ดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว่าเหว และรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง ซึ่งรวมไปถึงการสูญเสียรายได้ และเศรษฐกิจจากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้จากวัยอันควรที่ต้องออกจากงาน ส่งผลทำให้ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม

7) สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน

ผู้สูงอายุในวันนี้บุตรหลานมักจะแยกครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดน้อยลงไป หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงบทบาทและ จากการเปลี่ยนแปลงไป ตามสังคมตะวันตก ยึดถืออิสระส่วนบุคคล ทำให้เสื่อมความเคารพ ต่อผู้สูงอายุลงไป สังคมปัจจุบัน ก็มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ยกที่จะเป็นครอบครัวขยายทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุลดลง บทบาทในการให้คำปรึกษาและดูแลสั่งคน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว่าเหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมานันท์ บัวงาม (2539) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว รวมไปถึงการแยกตัวออกจากสังคม มีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ไม่ว่าจะเกิดจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การมองเห็น หรือการได้ยิน และการถูกจำกัดอยู่ในห้องแยก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Solomon, et. al. (1990) อ้างถึงในสุธีรา ตั้งตระกูล(2537) พบว่า ผู้ที่รับรู้ที่ถูกแยกออกจากสังคมจะรับรู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง และรู้สึกว่ามีความวิตกกังวลและทำให้เกิดความว่าเหว และสอดคล้องกับการศึกษาของชมานันท์ บัวงาม (2539) พบว่า สัมพันธภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว

8) ภาวะสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ จากการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะพบว่า ร้อยละ 58 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ส่วนการศึกษาของนิตา ชูโต (2524) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 66.0 มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษา Townsend(1955) cited in Ryan & Patterson(1987) ได้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานของร่างกายและความว่าเหวในผู้สูงอายุ พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมทางด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีจะมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tunstall(1979) cited in Ryan & Patterson(1987) และ Kivett(1979) cited in Ryan & Patterson (1987) พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ นันท์ชัย (2535) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว รวมทั้งชมานันท์ บัวงาม (2539) ศึกษาพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ

2.3.1 รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) ได้ศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทย จำนวน 3,252 คน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปในรอบ1สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความรู้สึกถึงความเหงาเป็นปัญหาสำหรับตนเองร้อยละ 17 ส่วนเพศหญิงมีความรู้สึกถึงความเหงาเป็นปัญหาสำหรับตนคิดเป็นร้อยละ 19

เกริกชัย บุญญานุพงษ์ สุรีย์ บุญญานุพงษ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ได้ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความเหงา คิดเป็นร้อยละ 24.8

สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแขวงเมืองราย เขตเทศบาลเมืองนครเชียงใหม่จำนวน 100 คน พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ และความว่าเหวสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ศริน้อย มาศเกษม และคณะ (2535) ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุ รู้สึกเหงาและว่าเหว ร้อยละ 50 โดยสาเหตุของความเหงาและว่าเหวอันดับหนึ่งคือคิดถึงลูกหลานที่อยู่ไกล ร้อยละ 26 อยู่คนเดียวร้อยละ 20.2 ความยากจนร้อยละ 16.8 คิดถึงผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วร้อยละ 12.6 และสุขภาพไม่ดีร้อยละ 13.4 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดความเครียดทางอารมณ์และซึมเศร้ามากขึ้น

เปรมฤดี ศรีงาม (2539) ศึกษาความว่าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 250 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองและชนบทในจังหวัดอ่างทองพบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีความว่าเหวแตกต่างกัน

ชมานันท์ บัวงาม (2539) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุ ในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอประทิว จังหวัดชุมพร โดยสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุกับคุณลักษณะด้านประชากร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพที่ต่างกันมีคะแนนความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ งานอดิเรก ลักษณะการสูญเสีย ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความว่าเหวของผู้สูงอายุกับคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัวมีสัมพันธ์กัน



ลักษณะชุมชน รายได้ ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว่

2.3.2 รายงานวิจัยในต่างประเทศ

Greecy, Berg, and Wright (1985) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับกิจกรรมทางสังคม และความพึงพอใจในสังคม สามารถทำนายความรู้สึกของความว่าเหว่ได้โดยที่ตัวแปรระดับความพึงพอใจในสังคม เป็นตัวแปรที่ทำนายที่สำคัญที่สุด และพบว่าอายุที่ต่างกันพบว่า ระดับความว่าเหว่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

Dejong Gierveld, Kamphuis and Deskstra (1987) ศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส เพศ อายุ และภาวะสุขภาพ เพศหญิงจะมีความว่าเหว่มากกว่าเพศชาย และความว่าเหว่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่มีความว่าเหว่ส่วนมากมีสุขภาพที่ไม่ดี

Tustall (1966) cited in Ryan & patterson (1987) ศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุพบว่าภาวะสุขภาพมีผลต่อความว่าเหว่ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบเพศชายมีความว่าเหว่ร้อยละ 13 แต่เพศหญิงว่าเหว่ร้อยละ 43 และผู้สูงอายุที่มีการพบปะลูกหลานนาน ๆ ครั้งจะมีความว่าเหว่มาก

Sheldon (1948) cited in Ryan & Patterson (1987) ศึกษาพบว่า ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์กับการเป็นหม้าย ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความว่าเหว่จะเป็นพ่อหม้ายทั้งหมด และผู้สูงอายุร้อยละ 75 ที่อยู่ในภาวะการเป็นหม้ายก็ว่าเหว่เช่นเดียวกัน และผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดบริเวณอยู่ภายในบ้านด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามจะมีความว่าเหว่มาก

Kivett (1979) cited Ryan & Patterson (1987) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความว่าเหว่มากถึงร้อยละ 15.5 ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความว่าเหว่คือความเป็นหม้าย และมีปัญหาสุขภาพ รวมถึงการถูกแยกออกจากสังคม

Thijsen (1983) อ้างถึงใน สุพรรณิ นันทชัย (2535) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุชาวเนเธอร์แลนด์จำนวน 2,324 คน พบว่า ความบ่อยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความเป็นหม้าย มีส่วนทำให้ความว่าเหว่จากมากไปหาน้อยตามลำดับ

Ryan & Patterson (1987) ศึกษาความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุในอเมริกามีความว่าเหว่ร้อยละ 25 จากภาวะความสูญเสียต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีความว่าเหว่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่หย่าร้าง และผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี และอาศัยอยู่คนเดียว

Holman, et al. (1992) ศึกษาความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงสตอกโฮล์ม ที่มีอายุ 75 ปีเป็นต้นไป จำนวน 1,725 คน ทั้งชายและหญิง พบว่าผู้สูงอายุว่าเหว่คิดเป็นร้อยละ 35 และพบมากในผู้สูงอายุเพศหญิง ความว่าเหว่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในผู้สูงอายุที่อายุมากถึง 90 ปี

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคูมีความว่าเหวน้อย และไม่มีควมว่าเหวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีบุตรกับไม่มีบุตร และพบว่าผู้ที่ว่าเหว 1 ใน 2 คือ ไม่มีเพื่อน และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวพบว่าผู้ที่มีความว่าเหวมักจะมีสุขภาพกายที่ไม่สมบูรณ์

Essex & Nam (1987) อ้างถึงในชมนันท์ บัวงาม(2539) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันกับความว่าเหวของผู้สูงอายุเพศหญิง ใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 356 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่สมรสแล้วจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในชีวิตคู่ จำนวนระยะเวลาตั้งแต่หย่าร้างกันและคุณภาพของความสัมพันธ์ ซึ่งที่กล่าวมาเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้สำหรับผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้ว ส่วนผู้สูงอายุยังไม่แต่งงาน ความว่าเหวที่เกิดขึ้นไม่ใช่ผลกระทบจากสัมพันธภาพของครอบครัวและเพื่อน แต่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่ดี

สรุป

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสังคมและวัฒนธรรมย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง หวาดระแวง ท้อแท้ ในชีวิต ซึมเศร้า วิตกกังวล และนำไปสู่ความว่าเหวในที่สุด และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆต่อไป และจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า ตัวแปรด้าน เพศ สถานภาพสมรส แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพ การสูญเสียน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหวผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่มีผู้ใดศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดโดยได้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้