

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด  
ต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED THERAPEUTIC  
RECREATION PROGRAM ON LONELINESS AMONG  
COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS

Miss Ananya Laorinthong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการ  
บำบัด ต่อความรู้สึกว่าเหงาของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน  
โดย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ โพธิ์สาร)

อัญญา เหล่ารินทอง : ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความรู้สึก  
 ว่าเหงาของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน (THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION  
 INTEGRATED THERAPEUTIC RECREATION PROGRAM ON LONELINESS AMONG  
 COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร  
 เกศพิชญวัฒนา, 207 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเหงาของผู้สูงอายุกลุ่มที่  
 ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความเหงา  
 ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการ  
 พยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ผสมผสานระหว่างแนวคิดการพยาบาลผู้ที่มีความเหงา (Newfield, et al.,  
 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) กับนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller  
 and Hudson (1991) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 40 คน มี  
 ความเหงาระดับปานกลาง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 คน โดยทำการจับคู่ด้านเพศ  
 อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับความเหงา ทั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลา  
 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน ครั้งละ 90 นาที รวม 12 ครั้ง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ใน  
 การทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย คู่มือการ  
 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนันทนาการบำบัด เพื่อลดความเหงาในผู้สูงอายุ แบบประเมินการทำกิจกรรมทั้ง 12  
 กิจกรรม และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg (1965)  
 ที่วิจิตรา เปรมบริ (2550) นำมาแปลเป็นภาษาไทย หาค่าความเที่ยงได้ .89 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่  
 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดความเหงาในผู้สูงอายุ UCLA Loneliness scale version 3 ของ  
 Russel (1996) ที่สุพรรณิ นันทชัย (2535) นำมาแปลเป็นภาษาไทย หาค่าความเที่ยงได้ .90 3) เครื่องมือกำกับการ  
 ทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg  
 (1965) ที่วิจิตรา เปรมบริ (2550) นำมาแปลเป็นภาษาไทย หาค่าความเที่ยงได้ .89 และแบบประเมินการทำ  
 กิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยเลข  
 คณิตสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหงาของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการ  
 บำบัด ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด หลังการทดลองได้  
 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหงาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
 ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ นิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

## 5577207236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: LONELINESS / OLDER PERSON / THERAPEUTIC RECREATION

ANANYA LAORINTHONG: THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED THERAPEUTIC RECREATION PROGRAM ON LONELINESS AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER PERSONS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 207 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare 1) loneliness in older persons among an experimental group before and after undergoing a nursing intervention integrated therapeutic recreation program, and 2) loneliness among the experimental group who underwent the program and control group who received only conventional nursing care. The conceptual framework for the nursing intervention integrated therapeutic recreation program in this study was based on "Loneliness nursing intervention" (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) and "Therapeutic Recreation" (Keller and Hudson, 1991). The participants consisted of 40 older persons living in the community, aged between 60-79 years old, who experienced moderate loneliness and met study criteria. The first 20 participants were assigned to the experimental group and the other 20 participants were assigned to the control group. Both groups were pair-matched by age, gender, marital status, education and degree of loneliness. The experimental group which underwent the program designed by the researcher was set out 90 minutes twice a week for 12 sessions 6 weeks. Research instruments were: 1) The nursing intervention integrated therapeutic recreation program for older persons with loneliness, 2) The University of California, Los Angeles loneliness scale version 3 (1996), and 3) Rosenberg's Self Esteem Scale (1965). All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments were .90 and .89, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Mean score of loneliness of older persons who participate in nursing intervention integrated therapeutic recreation program was significant lower than the mean score of prior to experiment. ( $p < .05$ )

2. Mean score of loneliness of older persons who participate in nursing intervention integrated therapeutic recreation program after receive program was significant lower than the mean score of those who received only conventional nursing care. ( $p < .05$ )

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2014

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความรัก ความเมตตา และความกรุณาที่บริสุทธิ์โดยปราศจากเงื่อนไข จากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โดยเฉพาะความยึดถือคุณธรรมเป็นที่ตั้งในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรมแก่ศิษย์คนนี้อย่างต่อเนื่องระยะเวลาเกือบ 3 ปี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ทั้งนี้การทำวิทยานิพนธ์จะไม่สมบูรณ์ได้หากไม่มี ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี กรุณาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์เล่มนี้ อีกทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล กรุณาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คือ ศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ กาญจนกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ตั้งสัจจพจน์ ดร.อทิทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง นางกอบกุล สิทธิชัย และอาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย ที่กรุณาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องในส่วนขอเครื่องมือการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เปรียบเหมือนครูผู้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย ตั้งแต่คุณยาย คุณตา คุณย่าของผู้วิจัยที่ทำให้เกิดความสนใจศึกษาเรียนรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุทุกคนที่มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอแสดงความเคารพกราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้เป็นที่รักยิ่งของข้าพเจ้า ได้อบรมเลี้ยงดูข้าพเจ้าด้วยธรรมะอันประเสริฐเหนือสิ่งอื่นใด ขอกราบขอบพระคุณกัลยาณมิตรทุกคน ทั้งแม่ชีระวีวรรณ งานวิสุทธิพันธ์ นายพิเศษ แสงโลหะพันธ์ เจ้าหน้าที่และมิตรสหายคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้กำลังใจและกรุณาช่วยเหลือในทุกกระบวนการการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
แนวเหตุผล .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	7
คำจำกัดความในการวิจัย .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
1. ความว้าเหวของผู้สูงอายุ .....	12
2. นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ .....	39
3. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) .....	67
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	75
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	87

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	87
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	93
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	93
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	95
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	104
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ .....	110
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	112
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ .....	117
สรุปผลการวิจัย .....	125
อภิปรายผลการวิจัย .....	125
ข้อเสนอแนะการวิจัย .....	133
รายการอ้างอิง .....	135
ภาคผนวก .....	151
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	152
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการ ทำวิทยานิพนธ์ ใบรับรองจริยธรรมในการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	154
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	176
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล .....	191
ภาคผนวก จ ภาพการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด เพื่อ ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน .....	195
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	207



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ประโยชน์กิจกรรมนันทนาการที่มีต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม .....	45
ตารางที่ 2	รายการวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่ใช้กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 .....	64
ตารางที่ 3	โปรแกรมการพยาบาลโดยผสมผสานนันทนาการบำบัด ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) เพื่อลดความรู้สึกลัวหวู่ในผู้สูงอายุ .....	69
ตารางที่ 4	คุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ $\pm 4$ ปี ระดับการศึกษา และสถานะภาพสมรส .....	92
ตารางที่ 5	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา คะแนนความว้าเหว และคะแนนภาวะสมองเสื่อม .....	93
ตารางที่ 6	คะแนนความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง.....	113
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด .....	115
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ .....	116
ตารางที่ 9	คะแนนสมรรถภาพสมอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถภาพสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .....	193
ตารางที่ 10	คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานบำบัด .....	194

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	สรุปกระบวนการสร้างโปรแกรมค้นหาการบำบัด .....	59
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดการวิจัย .....	86
ภาพที่ 3	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย .....	111



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความว้าเหวในผู้สูงอายุเป็นภาวะอ่อนเร้นและถูกมองข้าม ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงตามมา ปัจจุบันจึงพบผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับความรู้สึกว้าเหว (Eshbaugh, 2009; Hawkey, Thisted, and Cacioppo, 2009; Hacıhasanoglu, Yildirim, and Karakurt, 2012) ปัญหาความว้าเหวพบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสูงถึงร้อยละ 39 (Savikko et al., 2005) กล่าวคือ มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับปัญหาดังกล่าว โดยทั่วไปความว้าเหวถูกแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ซึ่งในประเทศไทยมีผลศึกษาออกมาแตกต่างกัน (ฉวีวรรณ ภิรมณ์ชน, 2547; คำจันทร์ ร่มเย็น, 2550; พิศมัย สิโรตมรัตน์, 2553) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนรู้สึกว้าเหวอยู่ในระดับปานกลางโดยพบสูงสุดร้อยละ 55.2 (พรเพ็ญ สำเภา, 2547) ซึ่ง Peplau และ Perlman (1982) กล่าวถึงลักษณะของความว้าเหวว่าเป็นปรากฏการณ์มิติเดียว เกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความสัมพันธ์ทางสังคมไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวัง ทั้งความสัมพันธ์เชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งนี้การศึกษาระยะยาวกว่า 10 ปีระบุว่าความว้าเหวในผู้สูงอายุเป็นชนิดเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีลักษณะคงที่หรือเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (Dykstra, van Tilburg, and de Jong Gierveld, 2005; Victor, Scambler, and Bond, 2009) นั้นแสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่ผลกระทบต่อที่รุนแรงตามมา

เป็นที่ทราบกันดีว่าลักษณะของชุมชนเมืองอยู่อาศัยกันแบบครอบครัวเดี่ยว มีความเป็นปัจเจกชนสูง สตรีสูงวัยครองโสดถาวรมากขึ้น อีกทั้งสัมพันธ์ภาพและความมั่นคงของสถาบันครอบครัวของชุมชนเมืองไม่มีความมั่นคงมากนัก เนื่องจากการดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบและต้องแข่งขันกับเวลาโดยเฉพาะวัยแรงงาน ตลอดจนการใช้ชีวิตอยู่นอกบ้านมากกว่าในบ้าน (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และ อรทัย หงูเจริญพรพานิช, 2550) ดังนั้นบุตรหลานซึ่งเป็นวัยแรงงานจึงออกไปทำงานในเวลากลางวันเพื่อหารายได้มาตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่คนเดียวและมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ซึ่งสาเหตุความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองนั้น มาจากการขาดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว (Smith, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทำนายความรู้สึกว่าเหวโนในผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เนื่องจากในวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคนสำคัญในชีวิตรวมถึงบุคคลภายในครอบครัวและเพื่อนสนิท การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น รวมถึงบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป ล้วนนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ถดถอยลง ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ความรู้สึกว่าเหวโนที่สุด (Victor et al., 2005) ทั้งนี้ปัจจัยด้านจิตใจหมายรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Hacihanoglu et al., 2012) การมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Fry and Debat, 2002) การรับรู้อิสระในการควบคุมต่ำลง (Newall, Chipperfield, and Bailis, 2013) และการเพิ่มขึ้นของความรู้สึกไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด และความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Aartsen and Jylha, 2011) เช่นเดียวกับลักษณะสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพัง ขาดความรักและความเอาใจใส่ จึงรู้สึกท้อแท้หมดหวังในชีวิต อันนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Smith, 2012) ประกอบกับสาเหตุด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกอายและสูญเสียความมั่นใจเมื่อพบปะกับสังคม (Theeke, 2009) ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการติดต่อกับสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง และรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความรู้สึกว่าเหวโนในที่สุด (Cohen-Mansfield and Parpura-Gill, 2007; Aartsen and Jylha, 2011; Hacihanoglu et al., 2012)

ความรู้สึกว่าเหวโนเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ หากบุคคลมองข้ามปัญหาดังกล่าวไป ความว่าเหวโนจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง (Theeke, 2009; Phillips, Ajrouch, and Hillcoat-Nallétamby, 2010) เนื่องจากความว่าเหวโนนำไปสู่ผลที่ตามมาอย่างรุนแรง ทั้งด้านการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม และสุขภาพ ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ (Hawkey and Cacioppo, 2010; Brownie and Horstmanshof, 2011) โดยเฉพาะด้านจิตใจ (Bekhet and Zauszniewski, 2012) ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า (Cacioppo et al., 2006; Kim, et al., 2009; Luo et al., 2012) รวมถึงความคิดและพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตาย (Cacioppo et al., 2006; Wiktorsson et al., 2010) การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Van Baarsen, 2002) และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Ayalon and Shiovitz, 2011)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีพลัง และได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม ป้องกันการแยกตัวออกจากสังคม (Jang, 2012) อีกทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เมื่อกระทำกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข ไม่ถอยหนีออกจากสังคม

(Kart and Manard, 1981; Hawkins, 2009) ดังนั้นกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง และนันทนาการ เป็นการตอบสนองของความต้องการพื้นฐานทางสังคม อีกทั้งนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้เกิดเป็นความชำนาญ เมื่อผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาและการปรับตัวได้ จึงรู้สึกพอใจต่อตนเอง มั่นใจในการแก้ปัญหา และไม่ถอยห่างออกจากสังคม ทำให้สามารถจัดการความรู้สึกว่าไหวได้ (Leitner and Leitner, 2004; Grenade and Boldy, 2008)

นันทนาการบำบัด (Therapeutic recreation) คือการดูแลบำบัด การให้ความรู้ และการบริการด้านนันทนาการ (recreation services) เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความจำกัดจากการเจ็บป่วยให้เกิดการพัฒนา และใช้เวลาว่างในการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่อิสระในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (National Therapeutic Recreation Society, 2000) ซึ่งที่ผ่านมานันทนาการบำบัดมุ่งเน้นผลลัพธ์หลายด้าน รวมถึงด้านสุขภาพจิตสังคม และด้านความพึงพอใจในชีวิตและตนเอง (Wilhite, Collins and Jacobson, 2003) โดยการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งกิจกรรมนันทนาการนำไปสู่การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีอิสระที่จะเลือกหรือกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ความรู้สึกมีสมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกว่าเหงาและการแยกตัวจากสังคม (Leitner and Leitner, 2004)

Keller และ Hudson (1991) ได้เสนอแนวคิดนันทนาการบำบัด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาทางด้านการรู้คิด (cognitive development) คือ การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นพัฒนาการด้านประสาทสัมผัส (sensory development) และชั้นพัฒนาการโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) 2) การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal-seeking) คือส่วนที่ทำให้เกิดการค้นหาสิ่งกระตุ้น และตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น พยายาม และสนุกสนาน และ 3) การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) คือ ส่วนที่มุ่งเน้นในการจูงใจบุคคลให้พัฒนาความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จ ดังนั้นนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) จึงเน้นให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับตัว โดยอาศัยการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของผู้สูงอายุ คือ การสัมผัส การรับรส การได้ยิน การดมกลิ่น และการมองเห็น ยังรวมถึงการเล่นโดยใช้ภาษา สัญลักษณ์ สิ่งสมมุติ หรือการจินตนาการ ซึ่งล้วนส่งเสริมด้านสติปัญญาหรือการรู้คิดของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะทักษะทางสังคมและการปรับตัว นอกจากนี้โปรแกรมยังมีลักษณะน่าสนใจและแปลกใหม่ เพียงพอที่จะกระตุ้นผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นและสนุกสนาน อีกทั้งแบ่งกิจกรรมหลายระดับ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกกระตุ้นและจูงใจด้วยความต้องการของตนเอง

ในการบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้กิจกรรมในโปรแกรมเน้นหนักการเล่นเป็นกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการมีส่วนร่วมและการร่วมมือกันมากที่สุด

ปัจจุบันวิธีการจัดการกับความว้าวุ่นในผู้สูงอายุยังมีข้อมูลจำกัด (Brownie and Horstmanshof, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาวิธีลดความรู้สึคว้าวุ่นหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการใช้อินเทอร์เน็ต สื่อออนไลน์ อีเมลล์ (Ballantyne et al., 2010; Sar et al., 2012) การบำบัดด้วยการรำลึกถึงความหลัง (Chiang et al., 2010) โปรแกรมทำสวนในร่มของ (Tse, 2010) การบำบัดด้วยสัตว์ (Banks and Banks, 2002; Krause-Parello, 2012; Vrbanac, et al. 2013) รวมถึงกิจกรรมยามว่างและการเป็นอาสาสมัคร (Brownie and Horstmanshof, 2011) อย่างไรก็ตามวิธีในการลดความว้าวุ่นสามารถสรุปได้ 4 วิธี คือ พัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และจัดการกับการปรับตัวที่บกพร่องด้านการรู้คิดทางสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะทางสังคม และการจัดการกับปรับตัวที่บกพร่องด้านการรู้คิดทางสังคม เป็นวิธีที่สามารถแก้ปัญหาความรู้สึคว้าวุ่นได้ตรงจุดที่สุด (Masi et al., 2011) ซึ่งในการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ไม่ได้มุ่งเน้นถึงการจัดการกับปรับตัวที่บกพร่องด้านการรู้คิดทางสังคมเป็นสำคัญ กล่าวคือไม่มีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขการขาดทักษะในการแก้ปัญหาในตัวบุคคล ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาล ผสมผสานเน้นหนักการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านการรู้คิด ทักษะทางสังคม และสมรรถนะของผู้สูงอายุ จึงสามารถลดความรู้สึคว้าวุ่นในผู้สูงอายุลงได้อย่างตรงจุด

นอกจากนี้การตอบสนองความต้องการกิจกรรมเน้นหนักการของผู้สูงอายุในประเทศไทย นั้นยังไม่บรรลุตามเป้าประสงค์ เห็นได้จากความต้องการกิจกรรมเน้นหนักการของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ทวิศักดิ์ สว่างเมฆ, 2548) ดังนั้นบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดทางการพยาบาล โดยเชื่อมโยงครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิด และเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ความซับซ้อนและความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาล โดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม พยาบาลสามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษา หรือจัดกิจกรรมในเชิงบำบัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลผสมผสานเน้นหนักการบำบัด ที่จำเป็นต้องเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและสามารถจัดการปัญหาความว้าวุ่นได้

## คำถามการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดสามารถลดความรู้สึกลัวว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนได้หรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผล

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดในการวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิด การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความกลัวว่าเหว (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) ที่มุ่งเน้นการประเมิน การค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว รวมถึงลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก้ไขภาวะแยกตัว และให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลายทั้งการประเมินความกลัว กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง สอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ส่วนแนวคิดนันทนาการบำบัด (Keller and Hudson, 1991) ที่นำมาผสมผสานเป็นแนวคิดการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่

1. การพัฒนาด้านกรู้คิด (cognitive development) เป็นกระบวนการที่เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้มาก โดยขั้นนี้เปรียบได้กับการเรียนรู้ขั้นเริ่มต้นของมนุษย์ เป็นการปูพื้นฐานด้านกรู้คิดอย่างถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกที่เหมาะสมทั้งนี้เนื่องจากความกลัวเหวเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ของบุคคลว่าล้มเหลวในความสัมพันธ์ที่ตนคาดหวังไว้ ดังนั้นต้นเหตุของความกลัวเหวจึงมาจากมุมมองของบุคคล ว่าบุคคลรับรู้และประเมินตนเองรวมถึงสังคมของ

ตนเองอย่างไร โดยภายใต้สัมพันธภาพทางสังคมแบบเดียวกัน บุคคลหนึ่งอาจรู้สึกกลัว เหว่ ขณะที่บุคคลอีกคนหนึ่งอาจรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคมนั้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการรู้คิดทางสังคมและการส่งเสริมทักษะทางสังคมของบุคคลสามารถลดความกลัวเหว่ลงได้ แบ่งเป็น 2 ชั้นคือ

1.1 การพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) คือ การกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้วยแสง สี เสียง สัมผัส รสชาติ และกลิ่น ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองในการรับรู้ การจดจำ และการวางแผน เพื่อที่จะมีการตื่นรู้ตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องและสมบูรณ์

1.2 การพัฒนาโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) เป็นขั้นที่ใช้จินตนาการ ภาษา สัญลักษณ์ สิ่งสมมุติทำให้บุคคลมีทักษะการสื่อสารสามารถปรับตัวและเข้าใจความจริง

ในแต่ละชั้นจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ของสมอง การปรับและจัดระบบข้อมูลที่ได้รับเกิดขึ้นกลายเป็นพื้นฐานของความสามารถในการคิดและเรียนรู้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การปรับตัวและแสดงออกอย่างเหมาะสม

2. การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่าประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เกิดขึ้นเมื่อบุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว และตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกรื่นเริง แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน จำเป็นต้องประกอบด้วย 3 หลักการดังนี้คือ

2.1 บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองสิ่งกระตุ้นที่ตนได้รับ

2.2 สิ่งกระตุ้นดังกล่าวต้องประกอบด้วยสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่แน่ใจ เช่น ความแปลกใหม่ ความน่าสนใจ ความตื่นเต้น เป็นต้น

2.3 การกระตุ้นที่เกิดขึ้นจะต้องท้าทายยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความกลัวเหว่ก็มีความรู้สึกด้านลบเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเศร้าหมอง ความทุกข์ใจ และความรู้สึกไร้พลัง ดังนั้นการค้นหาสิ่งกระตุ้นจึงเป็นขั้นสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายและเกิดอารมณ์ด้านบวกขึ้น เต็มพลังให้กับชีวิต เปรียบเทียบกับการทำให้บุคคลกลับมาสดชื่นใหม่อีกครั้งหนึ่ง

3. การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นในการจูงใจบุคคลให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ โดยที่



บุคคลนั้นต้องการจะทดสอบสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหา และเพิ่มทักษะความชำนาญเพื่อให้ตนรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมและประสบความสำเร็จ ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้นั้นผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่จะมีทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น มีความล้มเหลวน้อยลง ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ในทางตรงกันข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น นำไปสู่การลดความว่าเหว่ลงได้

กล่าวโดยสรุปว่าโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดนี้สามารถลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ แก้ไขภาวะแยกตัว โดยอาศัยการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ผสมผสานกับการพัฒนาด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ โดยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวก สร้างการรู้จักที่ถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของความจริง และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาการปรับตัว

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกว่าเหว่ของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดลดลง
2. ความรู้สึกว่าเหว่ของผู้สูงอายุหลังรับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อการลดความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยกำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-aged old) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อีกทั้งมีภาวะว่าเหว่ โดยผ่านการคัดกรองว่าว่าเหว่ระดับปานกลางถึงสูง รวมถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลปกติและสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทำกิจกรรม และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความว่าเหว่

## คำจำกัดความในการวิจัย

**ความว้าเหว** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เกิดจากความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นทั้งการขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดไว้ใจได้และจำนวนเพื่อนหรือสังคมรอบข้าง ทั้งนี้ความว้าเหวเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล (Peplau and Perlman, 1982) โดยใช้แบบประเมินความว้าเหว ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบวัดความว้าเหวของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) ซึ่งได้แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยจาก University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) โดยมีการแปลผลเป็นคะแนน

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-79 ปี และมีสัญชาติไทย มีคะแนนความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

**โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้ออกแบบผสมผสานการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) กับนันทนาการบำบัดของ Keller และ Hudson (1991) ที่มุ่งเน้นการประเมิน การค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว รวมถึงลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก่ไขภาวะแยกตัว และให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลายทั้งการประเมินความว้าเหว กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกล่วงนคลาย ดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง สอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ จึงนำไปสู่แนวความคิดการพัฒนาใน 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาด้านความรู้คิด การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 12 กิจกรรมโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การพัฒนาด้านความรู้คิด (cognitive development) หมายถึง การที่พยาบาลจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นประเมินความว้าเหว กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกล่วงนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักนันทนาการบำบัดเพื่อส่งเสริมการรู้คิด โดยอาศัยการพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory

development) และการใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผสมผสานกับนันทนาการบำบัดเพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุด้วย แสง สี เสียง สัมผัส รสชาติ และกลิ่นเพื่อที่จะมีการตื่นรู้ตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมยังจำได้ใหม่ กิจกรรมจิตสัมผัส

1.2 การพัฒนาด้านการรู้คิด โดยใช้โดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผสมผสานกับนันทนาการบำบัดมุ่งเน้นการใช้ภาษา ทำทางสิ่งสมมุติ สัญลักษณ์ และอุปกรณ์สิ่งของรอบตัวของผู้สูงอายุ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการของแต่ละบุคคลทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจความเป็นจริง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมอยากบอกตรงๆ และกิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์

2. การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) หมายถึง การที่พยาบาลจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งในส่วนนี้ยังเพิ่มการสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ซึ่งผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักนันทนาการบำบัด มุ่งเน้นกระตุ้นผู้สูงอายุให้ค้นหาและต้องทดสอบกิจกรรมนั้น เกิดการพัฒนาอารมณ์ด้านบวกของผู้สูงอายุขึ้นทั้งความรู้สึกตื่นเต้น พอใจ และสนุกสนาน ดังนั้นกิจกรรมจึงมีลักษณะแปลกใหม่และมีความท้าทาย จำเป็นต้องนำความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน กิจกรรมชมวิถีไทย กิจกรรมหยุดไม่ได้ และกิจกรรมงานวัด

3. การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) หมายถึง การที่พยาบาลจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เสริมสร้างความรู้สึกล้นหลอน และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง ผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักนันทนาการบำบัด มุ่งเน้นการ

จัดการกับปัจจัยด้านการมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง โดยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะเป็นขั้นๆ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ในทางตรงกันข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมและความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งลักษณะกิจกรรมมีหลายระดับตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมมาหาชิมารำ กิจกรรมสารสัมพันธ์ กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1 และกิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลชุมชนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การตรวจสุขภาพพร้อมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 1 ครั้ง/เดือน การให้คำปรึกษาและคำแนะนำเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ และการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดจากการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่โดยพยาบาลชุมชน อันนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ และการจัดการปัญหาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุในระยะยาว เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ลดปัจจัยอันก่อให้เกิดความว่าเหว่ในในแต่ละบุคคลแล้ว ยังสร้างเครือข่ายและแรงสนับสนุนทางสังคม (network and social support) ให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการแก้ปัญหาแต่มีข้อจำกัดและอุปสรรค อันนำไปสู่การจัดการปัญหาความว่าเหว่ที่ยั่งยืน

2. ด้านประโยชน์ต่อวิชาชีพ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดจากการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการเรียนรู้ อีกทั้งนำไปพัฒนาและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ทั้งนี้รวมถึงการนำโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดมาเป็นส่วนหนึ่งในโครงการการดูแลผู้สูงอายุ เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและพัฒนาคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล (Nursing care)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของความวิตกกังวล
  - 1.2 ชนิดของความวิตกกังวล
  - 1.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกิดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน
  - 1.4 ผลกระทบที่เกิดจากความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
  - 1.5 ลักษณะของบุคคลที่มีความวิตกกังวล
  - 1.6 การวินิจฉัยความวิตกกังวล
  - 1.7 การประเมินความวิตกกังวล
  - 1.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล
2. นันทนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ
  - 2.1 ความหมายของนันทนาการ
  - 2.2 ลักษณะของนันทนาการ
  - 2.3 คุณค่านันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ
  - 2.4 กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ
  - 2.5 ความหมายของนันทนาการบำบัด
  - 2.6 จุดมุ่งหมายของนันทนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ
  - 2.7 หลักในการนำนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ
  - 2.8 หลักการของโปรแกรมนันทนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991)
3. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความว่าเหวของผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของความว่าเหว

ความว่าเหวเริ่มกล่าวในผลงานวิชาการครั้งแรกเมื่อ 5 ทศวรรษก่อนเมื่อ ค.ศ. 1959 โดย Frieda Fromm-Reichmann (Cacioppo and Hawley, 2009c) ต่อมาในปี ค.ศ. 1970 ประเด็นความว่าเหวกลายเป็นที่นิยมและแพร่หลายในนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ ทั้งนักสังคมศาสตร์และนักจิตวิทยา ดังนั้นจึงมีการให้นิยามของความว่าเหวอย่างหลากหลายในแง่ของกลุ่มนักวิชาการทั้ง 2 ฝ่าย (Victor, Scambler, and Bond, 2009) ซึ่งในปี ค.ศ. 2009 Cacioppo และ Hawley ได้ทบทวนวรรณกรรมและเสนอเฉพาะกรอบแนวคิดหลักที่ถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย ดังนี้

Weiss (1973) ถือเป็นบิดาแห่งการวิจัยเรื่องความว่าเหว โดยผลงานที่เป็นที่ยอมรับและมีอิทธิพลในสาขาจิตวิทยาสังคม คือ หนังสือเรื่อง Loneliness: The Experience of Emotional and Social isolate ทั้งนี้ Weiss มองความว่าเหวในเชิงความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) โดยกล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกอันแสนเศร้าและปวดร้าวอย่างเรื้อรัง ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ดีขึ้นได้ อันเกิดจากความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมาย หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น หรือดูแลช่วยเหลือผู้อื่นได้

Marangoni และ Icnkes (1989) อธิบายความว่าเหวคล้ายคลึงกับ Weiss ด้านความบกพร่องในสัมพันธภาพทางสังคม โดยมุ่งเน้นความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมและบุคลิกภาพ (social skill and personality traits) โดยกล่าวเพิ่มเติมถึงสาเหตุของความว่าเหวว่า เกิดขึ้นจากความบกพร่องด้านทักษะทางสังคมและคุณลักษณะของบุคคล อันนำไปสู่ความล้มเหลวในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งการศึกษาของพวกเขาพบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีลักษณะสนใจแต่ตนเอง ไม่สนใจผู้อื่น ไม่มีทักษะในการทำให้ตนเองเป็นที่รู้จักในสังคมโดยเฉพาะเพศหญิง ส่วนเพศชายนั้นพบว่าความว่าเหวนั้นสัมพันธ์กับบุคคลที่มีลักษณะขาดการมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือสังคม

Peplau และ Perlman (1982) พยายามจัดเวทที่เชี่ยวชาญและถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในฐานะผู้กำเนิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Nursing Theory) มองความว่าเหวว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจและเจ็บปวด เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงสัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง และเนื่องจากกรอบแนวคิดความว่าเหวของ Peplau และ Perlman ถูกมองในด้านการรู้คิดของบุคคล จึงอธิบายได้ว่าความว่าเหวนั้นเกี่ยวข้องกับทั้งสองมิติ คือ มิติเชิงคุณภาพและมิติเชิงปริมาณของความสัมพันธ์ทางสังคม กล่าวคือหากบุคคลมี

ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ผิวเผิน และบุคคลรับรู้ว่าการดังกล่าวไม่เป็นไปตามที่ตนปรารถนา ก็ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวห่างขึ้น หรือหากบุคคลไม่มีสังคมหรือเพื่อนก็สามารถทำให้เกิดความว่างเหวได้เช่นกัน (Hughes et al., 2004) ทั้งนี้ Peplau และ Perlman ได้สรุปลักษณะที่สำคัญของความว่างเหว 3 ลักษณะ คือ

- 1) ความว่างเหวเป็นผลที่เกิดจากความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคลนั้น
- 2) ความว่างเหว คือ ประสบการณ์เฉพาะบุคคล เป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ภายในจิตใจ มองเห็นได้ยากจากภายนอก (subjective experience)
- 3) ประสบการณ์ความว่างเหวนั้นทำให้บุคคลรู้สึกเจ็บปวดและไม่พึงพอใจ

Cacioppo และคณะ (2006) มองความว่างเหวเป็นแรงขับเคลื่อนในการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งขยายความว่าความว่างเหวเปรียบเหมือนสัญญาณเตือนของมนุษย์ เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกำลังบกพร่องหรือล้มเหลว ความว่างเหวจะนำไปสู่แรงขับเคลื่อนในการแก้ไขและซ่อมแซมความสัมพันธ์ดังกล่าวให้ดีขึ้น โดยเกิดพฤติกรรมกรรมกร่วมมือกัน การเห็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง และการรวมกลุ่ม ทำให้มนุษย์อยู่รอดในสังคมและมีสุขภาพที่ดี

กล่าวโดยสรุปว่าความว่างเหว หมายถึง สภาวะทางอารมณ์และการตระหนักรู้ความรู้สึกที่ไม่มีความสุข (Baron and Byrne, 2003) เป็นความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานใจ โศกเศร้า (Hick, 2000; Hawley and Cacioppo, 2013) และไม่พอใจกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง (Weiss, 1973; Peplau และ Perlman, 1982; Van der Geest, 2004; Hawley and Cacioppo, 2013) ทั้งความสัมพันธ์เชิงปริมาณและคุณภาพ (Peplau and Perlman, 1982; Ryan and Patterson, 1987) แต่ส่วนใหญ่จะเป็นความสัมพันธ์เชิงคุณภาพมากกว่า (Hughes et al., 2004) เป็นประสบการณ์เฉพาะแต่ละบุคคล (De Jong-Gievel, 1998) ที่ปรากฏการณ์อยู่ภายในจิตใจ มองเห็นได้ยากจากภายนอกและยากจะอธิบาย (Peplau และ Perlman, 1982) ทำให้บุคคลรู้สึกไร้พลัง ไม่อยากทำอะไร (Cruz, 1986) หรือแสดงออกในลักษณะความวิตกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย (Weiss, 1989) ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปิดกั้นตนเองจากโลกภายนอก (Ebersole, 2002) แยกตัวออกจากผู้อื่น ทำกิจกรรมที่มีความหมายลดลง รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีความรู้สึกอ้างว้าง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด ทั้งนี้ ความว่างเหวเป็นวงจรที่ดำเนินต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข (Cruz, 1986; Dykstra, van Tilburg, and de Jong Gierveld, 2005) จากความหมายของความว่างเหวแบบกว้าง ทำให้เกิดการแบ่งชนิดของความว่างเหวโดยนักวิชาการมากมาย ดังกล่าวในหัวข้อต่อไป

## 1.2 ชนิดของความว่าเหว่

ความว่าเหว่นั้นมีความแตกต่างกันซึ่งสามารถแบ่งแยกเป็นประเภทได้ โดยการแยกประเภทของความว่าเหว่นี้สามารถนำไปสู่การเรียนรู้และเข้าใจความว่าเหว่ได้มากยิ่งขึ้น โดยแบ่งตามสาเหตุของการเกิดความว่าเหว่ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก และตามระยะเวลาในการเกิดความว่าเหว่ ทั้งนี้มีนักวิชาการ 3 ท่านได้แบ่งชนิดของความว่าเหว่แตกต่างกันออกไป (Weiten, 2009; Phillips, Ajrouch, and Hillcoat-Nallétamby, 2010) ดังนี้

1.2.1 Weiss (1973) ถือเป็นบิดาแห่งการวิจัยเรื่องความว่าเหว่ ทั้งนี้ Weiss ได้แบ่งความว่าเหว่ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1) ความว่าเหว่ทางอารมณ์ (Emotional loneliness) เป็นความว่าเหว่จากการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความหมาย เช่น ขาดความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดไว้ใจได้ ขาดคู่ครอง ขาดเพื่อนคู่คิด เป็นต้น บุคคลจะแสดงความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย และความรู้สึกว่างเปล่าออกมาให้เห็น แม้ว่าบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจำนวนมากก็ตาม แต่หากไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ที่ไว้ใจได้หรือสนิทสนมใกล้ชิดก็สามารถเกิดความว่าเหว่ได้ เช่น ในกรณีผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตหรือหย่าร้าง (Green et al., 2001) บุคคลดังกล่าวจะรู้สึกทุกข์ใจและว่าเหว่เนื่องจากยังไม่มีใครสักคนเข้ามาแทนที่ความสัมพันธ์นั้น

2) ความว่าเหว่ทางสังคม (Social loneliness) เป็นผลจากการขาดความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน เป็นต้น กล่าวได้ว่าขาดความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม หรือบุคคลนั้นไม่มีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์นั้น เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าสังคมนี้มีช่องว่าง มีการแบ่งแยก (Marginality) เช่น กรณีการย้ายถิ่นฐานไปสถานที่ใหม่หรือสังคมใหม่ เป็นต้น

1.2.2 Creecy และคณะ (1985) ได้แบ่งความว่าเหว่เป็น 2 ชนิด โดยสังเกตจากมุมมองความว่าเหว่ของ Weiss (1973) ว่าเป็นความว่าเหว่ปฐมภูมิ และความว่าเหว่ของ Fromm-Reichmann (1959) ว่าเป็นความว่าเหว่ทางพยาธิวิทยา ดังนี้

1) ความว่าเหว่ปฐมภูมิ (Simple loneliness หรือ Ordinary loneliness) เป็นความว่าเหว่ที่มีสาเหตุจากความว่าเหว่ทางอารมณ์ (Emotional loneliness) หรือการแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) และมักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่อหน่าย (boredom) รู้สึกว่าชีวิตว่างเปล่า (emptiness) รู้สึกถูกทอดทิ้งไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (exclusion) และเกิดความรู้สึกสงสารตัวเอง (self-pity) ทั้งนี้ความว่าเหว่นี้สามารถเกิดกับบุคคลเป็นเรื่องปกติธรรมดา



2) ความว้าเหว่ทางพยาธิวิทยา (Pathological loneliness) มักเกิดขึ้นไม่มากนักและสัมพันธ์กับโรคทางจิตเภทเรื้อรัง (chronic chizophrenia) และโรคทางจิตอื่นๆ

1.2.3 Young (1982) ได้แบ่งความว้าเหว่ตามระยะเวลาของการเกิดความว้าเหว่ โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1) ความว้าเหว่ชนิดชั่วคราว (Transient loneliness) เป็นความรู้สึกว้าเหว่ที่คนส่วนใหญ่ประสบอยู่ แม้ว่าความสัมพันธ์ทางสังคมยังเป็นปกติ มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และเกิดขึ้นไม่นาน อาจนานเป็นนาทีหรือชั่วโมงก็ได้ มีสาเหตุมาจากการแยกตัวจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้คนที่สังคม และเมื่อได้พบปะเพื่อนฝูงหรือผู้คนที่ความว้าเหว่ก็จะหายไป

2) ความว้าเหว่ชนิดที่เกิดจากการมีสถานการณ์ที่สำคัญในชีวิตเกิดขึ้น (Transitional loneliness หรือ Situation loneliness) เป็นความรู้สึกว้าเหว่ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพหนึ่งแล้วเกิดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น กล่าวคือความว้าเหว่มักเกิดภายหลังบุคคลเผชิญกับสถานการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของคู่ชีวิต การหย่าร้าง การสูญเสียญาติพี่น้องและเพื่อนสนิท การออกจากงานจากการเกษียณอายุ การโยกย้ายที่อยู่อาศัย เป็นต้น ดังนั้นความว้าเหว่ชนิดนี้จะคงอยู่ประมาณ 1-2 ปี และเมื่อบุคคลสามารถยอมรับการสูญเสียได้ ความว้าเหว่จะลดลงและหายไปในที่สุด

3) ความว้าเหว่ชนิดเรื้อรัง (Chronic loneliness) เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่สามารถพัฒนาหรือสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้นานเป็นปี บุคคลมักรู้สึกไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นความสัมพันธ์แบบผิวเผินไม่ใกล้ชิดสนิทสนมหรือผูกพัน จึงเกิดความว้าเหว่ชนิดนี้และจะคงอยู่ตลอดไป ดังนั้นเราควรให้ความสำคัญกับความว้าเหว่ชนิดเรื้อรังนี้

ความว้าเหว่สามารถแบ่งออกได้หลายลักษณะอันนำไปสู่การค้นหาวิธีแก้ไขปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว้าเหว่ลักษณะดังกล่าวแตกต่างกันออกไป ดังนั้นเมื่อพยาบาลได้เข้าใจรูปแบบความว้าเหว่ชนิดต่างๆ แล้ว การมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอันมุ่งเน้นแก้ไขปัจจัยได้อย่างตรงจุด

### 1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ปัจจุบันมีการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุนั้น มาจากการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคนสำคัญในชีวิตรวมถึงบุคคลภายในครอบครัวและเพื่อนสนิท การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น รวมถึงบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป

ล้าวนนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ถดถอยลง ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ความว้าเหวในที่สุด (Victor et al., 2005) และผู้วิจัยจึงสรุปสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 3 ด้าน คือ ด้านสังคมและประชากร ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

### 1.3.1 ปัจจัยด้านสังคมและประชากร (Sociodemographic factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านสังคมและประชากรมีผลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุหลายปัจจัยด้วยกัน ดังนี้

1) อายุ ความว้าเหวมักสูงขึ้นตามอายุ (Victor et al., 2009; Steptoe et al., 2013) มักพบความว้าเหวเป็นปกติในผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ  $\geq$  80 ปี) (Dykstra et al., 2005; Savikko et al., 2005) อายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต เพื่อนในวัยเดียวกัน และสุขภาพที่เสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2009)

2) เพศ แม้เป็นหัวข้อที่ยังไม่ชัดเจน แต่โดยส่วนใหญ่เพศหญิงมักจะมี ความว้าเหวมากกว่าเพศชาย (Pinquart and Sorensen, 2001; Savikko et al., 2005; Beal, 2006; Steptoe et al., 2013) นอกจากนี้ Victor และ Bowling (2012) ยังพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุเพศหญิงมักเริ่มมีความว้าเหวเพิ่มขึ้นแตกต่างจากเพศชายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้มีความเป็นไปได้สูงที่ปัจจัยด้านเพศหญิงมีปัจจัยอื่นร่วมอยู่ด้วย โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุที่มากกว่า มีร่างกายที่เสื่อมลงมากกว่า มีการหย่าร้างและอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าเพศชาย (Victor et al., 2009)

3) สถานภาพโสดหรือหย่าร้างหรือหม้าย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุ (Savikko et al., 2005; Drageset et al., 2011; Hacıhasanoglu et al., 2012; Newall et al., 2013) จากการศึกษารายงานของ Cacioppo และคณะ (2009) ได้กล่าวว่าการสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิต ทั้งนี้สถานะภาพหม้ายจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับปัจจัยการขาดความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างคู่ครอง (De Jong Gierveld et al., 2009) ทั้งนี้โดยเฉพาะผู้ที่การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่มีความหมาย หรือปราศจากเพื่อนคู่คิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไวใจได้ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (Theeke, 2009)

4) การอยู่คนเดียว เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความว้าเหว (Savikko et al., 2005; Theeke, 2009; Hacıhasanoglu et al., 2012; Newall et al., 2013) เนื่องจากการอยู่คนเดียวทำให้ผู้สูงอายุขาดความรักและความเอาใจใส่ จึงรู้สึกท้อแท้หมดหวังในชีวิต นำไปสู่การใช้

เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวมากขึ้น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และทำให้รู้สึกว้าเหวในที่สุด (Smith, 2012)

5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง การติดต่อกับสังคมลดลง และการขาดแคลนการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความว้าเหว (Sung, 2006; Cohen-Mansfield and Parpura-Gill, 2007; Aartsen and Jylha, 2011; Drageset et al., 2011) เพราะปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อยู่อาศัยอยู่ รู้สึกไม่มีใครเหลียวแล และเกิดความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้น ทั้งความรู้สึกไร้พลัง อ้างว้างโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ และเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของความว้าเหว (Cohen-Mansfield and Parpura-Gill, 2007; Aartsen and Jylha, 2011; Drageset et al., 2011; Hacıhasanoglu et al., 2012)

6) ปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้น้อย (Savikko et al., 2005; Cohen-Mansfield and Parpura-Gill, 2007; Hacıhasanoglu et al., 2012) การว่างงาน (Lauder et al., 2004) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ (Savikko et al., 2005; Hazer and Boylu, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2012) เช่นเดียวกับปัจจัยอาชีพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้มีอาชีพที่ใช้กำลังทางกายมาก เช่น เกษตรกร แม่บ้าน พนักงานโรงงาน ช่างก่อสร้าง เป็นต้น เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีเครือข่ายทางสังคมที่น้อยกว่าผู้มีรายได้สูงและการศึกษาสูง (Savikko et al., 2005)

### 1.3.2 ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical factor)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสื่อมถอยของสุขภาพทางกาย การเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกาย ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2005; Cohen-Mansfield and Parpura-Gill, 2007; Aartsen and Jylha, 2011) Pinquart (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยินมีความว้าเหวมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว เนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีการทำงานขอร่างกายบกพร่องลง และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Theeke, 2009; Hacıhasanoglu et al., 2012; Newall et al., 2013; Smith, 2012) ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดหรืออาย ผิดหวังในตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง (Savikko, 2005; Dykstra, van Tilburg, and de Jong Gierveld, 2005) เกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ (Hicks, 2000; Drageset et al., 2011) ล้วนเป็นสาเหตุของความว้าเหว อย่างไรก็ตามในวัยสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Touhy and Jett, 2012) ที่ส่งผลกระทบต่อความว้าเหว ดังนี้

### 1) ระบบประสาท (The nervous systems)

ระบบประสาทเป็นระบบที่ซับซ้อนที่สุด สามารถทำหน้าที่ทั้งภายในระบบและรวมกับระบบอื่น ระบบประสาทนี้สามารถแบ่งออกเป็นระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System หรือ CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nervous System หรือ PNS) ในระบบประสาทมีจำนวนเซลล์ประสาทลดลง ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับขนาดและน้ำหนักของสมองที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้เห็นได้ชัดเจนบริเวณสมองส่วนหน้าที่มีการฝ่อลง นอกจากนี้การสูญเสียเดนไดรต์ (dendrite) ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาความจำเฉพาะหน้า (immediate memory) เป็นการจดจำเรื่องที่เกิดขึ้นในทันที ช่วงระยะเวลาอันสั้น ผู้สูงอายุจึงชอบเล่าเรื่องในอดีตที่ยังจดจำได้ดีและชัดเจนกว่าเหตุการณ์ปัจจุบัน อย่างไรก็ตามแท้จริงแล้วผู้สูงอายุอาจจะจำเรื่องปัจจุบันได้ดีเช่นกัน แต่ต้องใช้เวลาในการคิดและจดจำนานกว่าปกติ ในบางครั้งผู้สูงอายุหลงลืมจนกลายเป็นคนย้ำคิด ย้ำทำ จู้จี้ เพราะความสับสนของตนเอง อย่างไรก็ตามหากสมองมีความเสื่อมมากขึ้นจนกลายเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จะนำไปสู่ผลกระทบด้านจิตใจนั่นคือเกิดความรู้สึกว่าเหว่จากความสามารถในการสื่อสารลดลง การแสดงความรู้สึกได้ไม่เต็มที่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างแย่ง การแยกตัวออกจากสังคม (Moyle et al., 2011)

ระบบประสาทส่วนปลายมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้สัมผัส โดยเฉพาะตาและหู เป็นอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่ความเหว่ในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นอวัยวะที่ช่วยในการสื่อสารกับผู้อื่น เมื่อเกิดความบกพร่องจะทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่ต้องการออกไปไหน เป็อนายตัวเอง และแยกตัวออกจากสังคม อันทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเหว่ (Pinquart, 2003) ทั้งนี้เมื่ออายุมากขึ้นเลนส์ตาเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาค่อยยาว เนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูสิ่งที่อยู่ใกล้เป็นไปได้ไม่ดี โดยจะพบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป วงแหวนขุ่นขาวรอบตาดำ เนื่องจากมีไขมันมาเกาะ ความดันในลูกตาสอง มีโอกาสเกิดต้อหิน (Glaucoma) ได้ง่าย การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อ น้ำตา โดยทั่วไปผู้สูงอายุสามารถแยกสีแดง ส้ม และเหลืองได้ดีกว่า สีน้ำเงิน ม่วงและเขียว นอกจากนี้การสูญเสียความสามารถของการได้ยินพบได้ในผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งโดยประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีอาการหูตึง และมักจะได้ยินเสียงต่ำๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา การผลิตซีลูโลสลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการวิงเวียนศีรษะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

## 2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (The musculoskeletal system)

การทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีความจำเป็นในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองต่อแรงจากภายนอก และการรักษา ระดับของท่าทาง ซึ่งการเคลื่อนไหวได้ดีนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการพบปะกับสังคม และสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีปัญหาในระบบจึงอาจนำไปสู่ความ ว่าเหวในที่สุด เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง รู้ดีกว่าตนเองไร้ประโยชน์ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (Theeke, 2009; Hacıhasanoglu et al., 2012; Newall et al., 2013) การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยกระดูกของผู้สูงอายุมีมวลลดลง จากการดูดซึมแร่ธาตุเข้าสู่กระดูกลดลงโดยเฉพาะแคลเซียม ทั้งนี้ในผู้สูงอายุเพศหญิงมีการลดลงของแร่ธาตุมากกว่าเพศชายถึง 4 เท่า เนื่องจากเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู ซึ่งจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 5-10 ปีแรก ส่วนเพศชายขึ้นกับการใช้สเตียรอยด์ หากใช้ยาวนานมากเท่าไร การลดลงของแร่ธาตุในกระดูกยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะกระดูกบางหรือโรคกระดูกพรุน โดยปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้มและกระดูกหักเพิ่มขึ้น

ในส่วนของข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ และ เอ็นกระดูกที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของ เอนไซม์ทรานส์กลูตามิเนส (Transglutaminase) และ แคลเซียมไพโรฟอสเฟต (Calcium Pyrophosphate) ประกอบกับกระดูกอ่อนในข้อและเอ็นลดลง จนทำให้น้ำหล่อลื่นข้อลดลงและเกิดอาการเจ็บปวดเมื่อกระดูกเสียดสีกัน การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดดังกล่าวมานี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาของโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ นำไปสู่การทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากความปวดและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความว่าเหวในที่สุด นอกจากนี้ในส่วนของ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูก ของผู้สูงอายุจะมีลักษณะแห้งและ แข็งขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นลดลงเกิดการฉีกขาดได้ง่าย การเคลื่อนไหวติดขัด ฝืด ไม่คล่องแคล่ว ส่วนอาการอ่อนแรงนั้นเกิดจากการที่ข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ และ เอ็นกระดูกขาดเคลื่อนไหวหรือหยุดใช้งาน

## 3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (The cardiovascular system)

ระบบหัวใจและหลอดเลือดนี้ประกอบด้วย เลือด หลอดเลือด และหัวใจ ระบบดังกล่าวจะทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปยังอวัยวะต่างๆ ในทางตรงข้ามก็ ลำเลียงของเสียไปยังอวัยวะที่ทำหน้าที่กำจัดของเสีย ในระบบนี้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุมากที่สุด คือ กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดที่แข็งแรงขึ้น การตอบสนองของ เบตาอดรีโน

เซปเตอร์ ( $\beta$ -adrenoceptor) ลดลง การบกพร่องในการทำหน้าที่ในการตอบสนองกลับอัตโนมัติ (autonomic reflex) เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricle hypertrophy) และ มีการสร้างเนื้อเยื่อมากเกินไป (fibrosis) (Brashers and McCance, 2010) ทั้งนี้ความเสื่อมถอยของระบบหัวใจทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง มี การทำงานของร่างกายบกพร่อง และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นำไปสู่ความ ว้าเหวในที่สุด (Theeke, 2009; Hacıhasanoglu et al., 2012; Newall et al., 2013)

#### 4) ระบบหายใจ (The Respiratory system)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในระบบหายใจเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ความยืดหยุ่นของทรวงอกและปอดในการหดกลับ (elastic recoil) ผนังทรวงอกมีความแข็งมาก ขึ้น รวมถึงประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และการเพิ่มขึ้นของแรงต้านต่อการไหลเวียน ก๊าซ นอกจากนี้ปอดมีความสามารถในการขยายตัวเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถรับก๊าซได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดของผนังทรวงอก โดยกระดูกอ่อนคอस्टัล (costal cartilage) มีความยืดหยุ่น ลดลงและแข็งขึ้นประกอบกับซี่โครงแข็งตัวลง เมื่อซี่โครงแข็งตัวมากขึ้นความสามารถในการ ขยายตัวก็ลดลง อีกทั้งกล้ามเนื้อและกระดูกซี่โครงมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของ ทรวงอกและปอดในการหดกลับลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงถึง 20% เมื่ออายุ 70 นอกจากนี้ผนังถุงลม (alveolar wall) ยังสูญเสียเส้นใยอีลาสตินเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ เกิดอากาศคั่งอยู่ในถุงลม (trapping air) และทำให้เพิ่มปริมาตรอากาศที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ (dead space) ลดปริมาตรอากาศที่มากที่สุดของการหายใจเข้าหรือการ หายใจออก (vital capacity) และเนื่องจากข้อจำกัดของโครงสร้างกระดูกซี่โครงและการ เปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง อีกทั้งประสิทธิภาพการไหลลดลง โดยเฉพาะ บุคคลที่เคลื่อนไหวน้อย ผู้ป่วยติดเตียง และบุคคลที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

นอกจากปัจจัยภายในแล้วสารพิษจากภายนอกไม่ว่าจะเป็น อากาศ ควัน บุหรี่ ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหามากกว่าปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ โดยเฉพาะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนำไปสู่การทำกิจกรรมทางกายลดลงรวมถึงกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรม ยามว่าง เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลง และเห็นคุณค่าในตนเองลดลง อันนำไปสู่ ความว้าเหวในที่สุด (Kara and Mirici, 2004)

#### 5) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ (The urological systems)

ระบบขับถ่ายปัสสาวะเป็นอีกระบบหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะกระเพาะปัสสาวะที่มีความสามารถในการเก็บปัสสาวะลดลง สืบเนื่องมาจากการ

สูญเสียความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้สูงอายุถูกกระตุ้นให้ปัสสาวะเมื่อปัสสาวะอยู่ในปริมาณ 150-300 มิลลิลิตร และความสามารถในการเก็บปัสสาวะลดลงเหลือ 300 มิลลิลิตรจาก 600 มิลลิลิตร อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีปัญหาปัสสาวะค้างและเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณทางเดินปัสสาวะได้ เนื่องจากความสามารถในการหดตัวเพื่อขับปัสสาวะในช่วงท้ายของการขับถ่ายลดลง ทั้งนี้ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาที่ปัสสาวะไม่อยู่และปัสสาวะเล็ด เกิดปัญหาด้านด้านสุขลักษณะ นำไปสู่ความรู้สึกอายที่จะออกไปพบปะผู้คนและทำกิจกรรมทางสังคม เกิดการแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่ความว่าเหวในที่สุด (Ramage-Morin and Gilmour, 2013)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าพยาบาลควรประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เป็นต้น ทั้งนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือมีปัสสาวะเล็ด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดต่อกับสังคมลดลงและเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาอันนำไปสู่ความรู้สึกว่าเหวในที่สุด

### 1.3.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor)

เป็นที่ทราบกันดีว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่มีความหมาย รวมถึงการสูญเสียทางด้านร่างกายทั้งสุขภาพร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลง อีกทั้งผู้สูงอายุต้องพบกับสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจจากการเกษียณอายุ จึงขาดรายได้ของตนเองและจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลาน สูญเสียอำนาจที่ตนเคยมี รู้สึกตนเองด้อยค่ามากขึ้น ล้วนส่งผลให้สุขภาพจิตที่ถดถอยลง ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ความว่าเหวในที่สุด (Victor, Scambler, Bowling, and Bond, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึงรวมถึง การเพิ่มขึ้นของความรู้สึกไม่มีอารมณ์ความรู้สึกไม่มีประโยชน์ และความรู้สึกหงุดหงิด (Newall et al., 2013) การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Hacihasanoglu et al., 2012) การมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Fry and Debat, 2002) การรับรู้อิสระในการควบคุมต่ำ (Newall et al, 2013) ระดับความรู้สึกพึงพอใจในการได้รับการเกื้อหนุนต่ำ (Drageset et al., 2011)

สาเหตุและปัจจัยการเกิดความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสรุปได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรค้นหาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเพื่อจัดการก่อนที่จะเกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมา

#### 1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความว่าเหวในผู้สูงอายุ

ความว่าเหวเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อความว่าเหวนั้นกลายเป็นความว่าเหวระดับสูงและเป็นปัญหาเรื้อรัง (Theeke, 2009) เนื่องจากความว่าเหวนำไปสู่ผลที่ตามมาอย่างรุนแรง ทั้งด้านการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม และสุขภาพ (Hawley and Cacioppo, 2010) โดยสามารถสรุปได้ว่าความว่าเหวนั้นเป็นปัจจัยทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ (Hawley and Cacioppo, 2010; Brownie and Horstmanshof, 2011) ดังนี้

##### 1.4.1 ด้านร่างกาย

ในการศึกษาที่ผ่านมาความว่าเหวมีพบผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ เป็นปัจจัยทำนายการลดลงของกิจกรรมทางกาย (Hawley, Thisted and Cacioppo, 2009) มีความเสื่อมถอยด้านการรู้คิด (Wilson et al., 2007) อีกทั้งมีการเพิ่มการทำงานของ ไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต ส่งผลทำให้เพิ่มระดับคอร์ติซอลในร่างกายของผู้สูงอายุ (Adam et al., 2006) มีความบกพร่องด้านการนอนหลับ (Pressman et al., 2005; Hawley, Preacher, and Cacioppo, 2010) เพิ่มความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เนื่องจากพบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับระดับอีพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้หลอดเลือดหดตัว (Cacioppo et al., 2002; Hawley et al., 2006; Hawley et al., 2010) ลดการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน (Cole et al., 2007) เปลี่ยนแปลงอัตราการหมุนเวียนของเม็ดเลือดขาว (Cole, 2008) ไปจนถึงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (Tilvis et al., 2011; Luo, et al., 2012; Perissinotto, StijacicCenzer, and Covinsky, 2012; Steptoe et al., 2013)

##### 1.4.2 ด้านจิตใจ

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความว่าเหวนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีความพยายามในการรักษาอารมณ์ด้านบวกลดลง (Hawley et al., 2009) ยังส่งผลรุนแรงทำให้เกิดปัญหาทางจิตขึ้น (Bekhet and Zauszniewski, 2012) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Cacioppo et al., 2006; Kim, et al., 2009; Luo et al., 2012) และความคิดและพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตาย (Cacioppo et al., 2006; Rudatsikira et al., 2007; Wiktorsson et al., 2010) เห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Van Baarsen, 2002) และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Ayalon and Shiovitz, 2011)

สามารถสรุปได้ว่าความว่าเหวนั้นเป็นปัจจัยทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ ทูกระบบในร่างกายได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะ จากระดับอีพิเนฟรินที่ต่ำลงและระดับคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความดันโลหิตสูง และภูมิคุ้มกันต่ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยตามอายุเป็นปกติ หากมีภาวะว่าเหวเกิดขึ้น



ยังทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่แย่ลงตามมาอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิต พยาบาลจึงควรตระหนักในความรุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นการสังเกตอาการของบุคคลที่มีความว่าเหว้จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างทันที่

### 1.5 ลักษณะของบุคคลที่มีความว่าเหว้

Perlman and Peplau (1982) ได้จำแนกลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ว่าเหว้ ต่อมาจากนี้ Shultz (1993) ได้เพิ่มเติมการแสดงออกด้านร่างกายของผู้ที่มีความว่าเหว้ โดยรายละเอียดทั้ง 4 ลักษณะมีดังนี้

#### 1.5.1 ด้านอารมณ์

ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว้ คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากอดทน และความรู้สึกรังเกียจตัวเอง บุคคลที่ว่าเหว้มากกว่า 60 % จะมีความรู้สึกเหล่านี้มากกว่า 1 ความรู้สึก นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่มีความว่าเหว้จะมีความรู้สึกเห็นตนเองไม่มีคุณค่า ขาดกำลังใจ หดหู่ใจ เกิดความกลัว รู้สึกกระวนกระวายใจ เกิดความรู้สึกสงสารตนเอง และรู้สึกว่างเปล่าเหมือนถูกแยกออกจากสังคม

#### 1.5.2 ด้านการรู้คิด

ลักษณะการแสดงออกทางความคิดที่สำคัญในผู้ที่มีความว่าเหว้ คือ การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธ์ภาพของตนเองกับผู้อื่นในแง่ลบ โทษตนเองที่ทำให้สัมพันธ์ภาพล้มเหลว อีกทั้งมีทัศนคติและความเข้าใจทางสังคมที่ผิด รู้สึกไม่ไว้วางใจในสัมพันธ์ภาพนั้น ต่อมาจึงเริ่มไม่เห็นคุณค่าของผู้อื่นและไม่สนใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ นั่นหมายถึงบุคคลกำลังเห็นคุณค่าในตนเองลดลง การเรียนรู้และความจำมีประสิทธิภาพลดลง เกิดความลังเลขาดความเชื่อมั่น นอกจากนี้บุคคลที่ความว่าเหว้มักคิดหมกมุ่นกับตนเอง และสนใจความรู้สึกภายในของตนมากเกินไป ดังนั้นการช่วยเหลือบุคคลที่ว่าเหว้จำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการมองตนเองของผู้ที่มีความว่าเหว้ โดยความรู้สึกว่าเหว้มักเริ่มจากการตำหนิตนเองว่าล้มเหลวทางด้านสังคม

#### 1.5.3 ด้านพฤติกรรม

ปัจจุบันมีงานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนทางพฤติกรรม ของบุคคลที่มีความว่าเหว้ไม่มากนัก อย่างไรก็ตามสามารถกล่าวได้ว่าความว่าเหว้มีประเด็นทักษะทางสังคมเกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ชัดเจนว่าทักษะทางสังคมเป็นสาเหตุหรือผลของความว่าเหว้ มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พอสรุปได้ว่า ในการสนทนาของผู้ที่มีความว่าเหว้ บุคคลมักพูดเกี่ยวกับตัวเองตลอดเวลา สนใจผู้อื่นลดลง เปลี่ยนหัวข้อสนทนาตามที่ตนสนใจบ่อยครั้ง ไม่ค่อยตอบสนองต่อคำพูดของผู้อื่น มีปฏิริยาโต้ตอบคำถามช้า หวาดระแวงและวิตกกังวลกับสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และอ่อนไหวง่าย

มักเป็นคนขี้อายและลังเล อีกทั้งเนื่องจากบุคคลที่มีความว่าเหวมีความรู้สึกเบื่อหน่ายจึงแสดงออก โดยขาดการสนใจสิ่งแวดล้อมและไม่มีสมาธิ เก็บตัวออกห่างจากสังคม อยู่ในห้องคนเดียว ใช้เวลา ส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมคนเดียวและคิดว่าตนเองอยู่คนเดียว มีความอคติ เป็นคนที่เข้มงวด ดูแลตนเองลดลงและหากมีใครร่วมบุคคลมักไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Stek et al., 2005) ในบางรายมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ เป็นต้น

#### 1.5.4 ด้านร่างกาย

ผู้ที่มีความว่าเหวมักแสดงออกจากอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ มึนงง ปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป เช่น การนอนมากกว่าปกติเพื่อหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

การพิจารณาความว่าเหวควรพิจารณาในองค์ประกอบ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวินิจฉัยความว่าเหว และพยาบาล ควรตระหนักมากยิ่งขึ้นเมื่อความว่าเหวมีผลกระทบต่อการรู้คิดและพฤติกรรม (Cacioppo and Hawley, 2005) เพราะความว่าเหวจะเปลี่ยนแปลงเป็นรูปแบบเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่ผลที่ร้ายแรงตามมา (Cacioppo and Hawley, 2009b; Young, 1982)

### 1.6 การวินิจฉัยความว่าเหว

Peplau และ Perman (1998) ระบุการวินิจฉัยความว่าเหวไว้ว่า ควรพิจารณาบุคคลทั้ง 3 ด้าน คือ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เนื่องจากการพิจารณาแต่เพียงด้านเดียว ไม่เพียงพอในการวินิจฉัยความว่าเหวได้ เช่น พฤติกรรมการอยู่คนเดียวอาจไม่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว เพราะบุคคลอาจมีความสุขกับการอยู่คนเดียวได้ หรือแม้แต่อารมณ์เศร้าโศกเพียงอย่างเดียวก็ต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ยาก หรือความรู้สึกไม่พอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมแล้ว ต่อมาควรพิจารณาด้านความคิดของบุคคลนั้นจนครบทั้ง 3 ด้านอย่างไรก็ตามบุคคลที่ว่าเหวจะปรับตัวโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ใกล้ชิดบ่อยครั้งขึ้น หากการปรับตัวไม่สำเร็จจะส่งผลให้เกิดความว่าเหวชนิดเรื้อรัง จึงสรุปได้ว่าการวินิจฉัยความว่าเหว อาศัยการประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน อีกทั้งสังเกตการแสดงออกด้านร่างกายตามที่ Shultz (1993) ได้เพิ่มเติมไว้ ทั้งนี้ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความว่าเหว เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่สามารถนำมาประกอบการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ และนักวิชาการ

## 1.7 เครื่องมือประเมินความว่าเหว่

เครื่องมือประเมินความว่าเหว่มีลักษณะเช่นเครื่องมืออื่น คือ มีทั้งการใช้คำถามที่ให้ผู้สูงอายุให้เลือกความถี่ของความว่าเหว่ด้วยตนเอง (self-rating question) เช่น ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นต้น หรือ คำถามที่แสดงคำตอบมาให้เลือกซึ่งตัวเลือกดั้งกล่าวถูกกำหนดค่าคะแนนไว้แล้ว (indirect scale question) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือวัดความว่าเหว่ ดังนี้

### 1.7.1 Single question self-rating

Single question self-rating เป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างใช้ง่ายกับทุกกลุ่มประชากร มีลักษณะคำถามเป็นคำถามเดียว 1 ข้อแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) กล่าวคือ บุคคลเลือกตอบคำถามว่าตนเองมีความว่าเหว่บ่อยแค่ไหน โดยมีตัวเลือก เช่น ไม่เคย บางครั้ง หรือ บ่อยครั้ง แบบวัดความว่าเหว่ชนิดนี้มีข้อดีคือ เป็นคำถามที่ถามตรงไปตรงมาถึงความรู้สึกว่าเหว่ อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่สะดวกต่อผู้วิจัยในการนำไปใช้ และผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกิดความรู้สึกยอมรับได้ง่าย (Victoret al., 2009) เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่เรียบง่าย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้อาจไม่ได้แสดงถึง ข้อมูลเชิงลึกไม่ว่าจะเป็น ลักษณะความว่าเหว่ สาเหตุและผลกระทบของความว่าเหว่ รวมถึงคุณค่าและความหมายของความว่าเหว่ของบุคคล (Fees, Martin, and Poon, 1999) นอกจากนี้ผู้สูงอายุให้ความหมายหรือนิยามความว่าเหว่แตกต่างกันตามลักษณะของวัฒนธรรม (Jylhä, 2004; Fokkema, De Jong Gierveld, and Dykstra, 2012) อีกทั้งการหาค่าความตรงและความเที่ยงได้ยาก เนื่องจากเป็นคำถามเชิงทัศนคติ มีความละเอียดอ่อนหากมีการเปลี่ยนแปลงค่าในประโยค หรืออารมณ์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Victor et al., 2009)

### 1.7.2 The de Jong-Gierveld Loneliness Scale

The de Jong-Gierveld Loneliness Scale สร้างขึ้นโดย de Jong-Gierveld ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่พัฒนาและใช้อย่างแพร่หลายในประเทศเนเธอร์แลนด์และแถบยุโรป ข้อดีของแบบวัดนี้คือสามารถใช้วัดความว่าเหว่ได้ทุกกลุ่มอายุมีความละเอียดเนื่องจาก de Jong-Gierveld มองความว่าเหว่เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน มีสาเหตุมากมาย แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มบุคคล จึงสร้างเครื่องมือวัดความว่าเหว่แบบหลายมิติ (multidimensional measure) เพื่อค้นหาชนิดของความว่าเหว่ที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น ทั้งความว่าเหว่ทางอารมณ์และความว่าเหว่ทางสังคม (Victor et al., 2009) โดยแบบประเมินนี้ถูกจำแนกเป็น 3 มิติ ประกอบด้วย

1) ด้านอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการขาดความสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดและความหมาย เช่น ความรู้สึกว่างเปล่า รู้สึกทอดทิ้ง เป็นต้น

2) ด้านความรู้สึปัจจุบันเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหว เช่น บุคคลตีความหรือเข้าใจความรู้สึกว่าเป็นความรู้สึกสิ้นหวัง หรือเป็นเรื่องที่รักษาได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้นอกจากนี้รวมถึงปฏิกริยาของบุคคลที่รู้สึกเหว ว่ามีการโทษตัวเองหรือโทษคนอื่นในการเกิดความารู้สึกว่าเหวในครั้งนี้

3) ด้านอารมณ์ระดับต่างๆ เช่น เสียใจ ทุกข์ใจ อาย รู้สึกผิดและโทษตัวเอง ท้อแท้ เป็นต้น

เดิมมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อแต่ล่าสุดมีการพัฒนาเป็น 6 ข้อ (de Jong-Gierveld and Van Tilberg, 2006) อย่างไรก็ตามข้อคำถามของ de Jong-Gierveld ถามถึงอารมณ์ต่างๆที่หลากหลายมากเกินไป ซึ่งอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหวจากการขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดหรือมีความหมาย (Victor et al., 2009)

### 1.7.2 The Social and Emotional Loneliness Scale for Adult (SELSA)

SELSA เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่มีลักษณะวัดแบบหลายมิติ (multidimensional measure) ใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเหวทางอารมณ์และเหวทางสังคม (Tracy et al., 2005) มีคำถามจำนวน 37 ข้อ อย่างไรก็ตาม SELSA ยังมีรูปแบบคำถาม 15 ข้อ ซึ่งมีความกระชับกว่าทั้ง 2 รูปแบบวัด 3 ด้าน คือ ความเหวจากครอบครัว (family loneliness) ความเหวจากสังคม (social loneliness) ความเหวจากคู่รักหรือเพื่อนสนิท (romantic loneliness) มีความตรงตามสภาพสูง (Concurrent validity) ความสัมพันธ์ระหว่างคำถาม 3 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ยิ่งกว่านั้นหลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าทั้ง 3 ด้านเป็นโมเดลที่มีความเหมาะสมกับข้อมูลในการวิจัยของ Di Tommaso, Brannen และ Best (2004)

### 1.7.3 Wenger Loneliness Scale

Wenger Loneliness Scale พัฒนาโดย Wenger(1983) เป็นเครื่องมือวัดความเหวแบบหลายมิติ (multidimensional measure) ได้รับความนิยมไม่มากนักเมื่อเทียบกับ The de Jong-Gierveld Loneliness Scale และ UCLA Loneliness Scale ที่จะกล่าวในลำดับต่อไป แม้ว่าเครื่องมือนี้จะไม่ได้รับความนิยม แต่สามารถเป็นตัวอย่างสำหรับผู้วิจัยที่ต้องการพัฒนาเครื่องมือวัดความเหวของตนเอง ให้สอดคล้องกับข้อมูลและสิ่งที่สนใจได้ โดย Wenger Loneliness Scale มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ 8 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกว่าเหว และอีกสองข้อเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมมากกว่าความรู้สึกว่าเหว (Victor et al., 2009)

### 1.7.4 University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA)

UCLA Loneliness Scale เป็นเครื่องมือที่นิยมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80 ของการวิจัยเรื่องความเหว (Mayers and Svartberg, 2001) ที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มบุคคลที่มีอายุน้อยและ

กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งมีพื้นฐานจากข้อมูลความว่าเหว่ของบุคคลทั่วไป (Russell, Peplau and Ferguson, 1978) เป็นเครื่องมือวัดความว่าเหว่ที่ถูกรนำมาใช้อย่างกว้างขวางในแถบประเทศยุโรปแบบมิติเดียว (single-dimensional measure) โดยสร้างจากปัจจัยที่นำไปสู่ความว่าเหว่ อีกทั้งไม่ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินชนิดของความว่าเหว่ (Perlman, 1989) ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่กำลังสูญเสียคู่ครองหรือผู้สูงอายุที่ขาดการติดต่อกับสังคมจึงก็มีประสบการณ์ความว่าเหว่เดียวกัน (Victor et al., 2009; Cacioppo and Hawley, 2009b)

ในส่วน UCLA Loneliness Scale ฉบับแรกประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ต่อมาพัฒนาลดคำถามเหลือเพียง 10 ข้อ (Russell, Peplau and Cutrona, 1980) และมีการสร้าง UCLA Loneliness Scale รูปแบบที่ 3 ขึ้น โดยมีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และเชิงลบจำนวน 11 ข้อ ได้รับการยอมรับทั้งมีความคงที่ภายใน (internal constancy) มีความตรงเชิงจำแนก (discriminate validity) (Victor et al., 2009) มีการตรวจคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล .89-.97 (Russell, 1996) ทั้งนี้จากการประเมินของผู้พัฒนา UCLA Loneliness Scale รูปแบบที่ 3 ได้ระบุว่าเครื่องมือนี้ถูกพัฒนาให้มีความเป็นแบบวัดทางจิตและง่ายต่อการนำไปใช้ จึงถูกใช้อย่างกว้างขวางทุกกลุ่มบุคคลและหลากหลายสภาพแวดล้อม (Victor et al., 2009) ล่าสุดมีการพัฒนาเป็นรูปแบบที่สั้นขึ้น โดยมีคำถามเหลือเพียง 3 ข้อ และถูกรับรองว่าใช้ได้จริงโดยเฉพาะการงานวิจัยเชิงสำรวจที่ต้องการกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ (Hughes, et al., 2004)

ในงานวิจัยนี้จึงเลือกใช้เครื่องมือ UCLA Loneliness Scale รูปแบบที่ 3 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงได้รับการยอมรับในระดับสากล จำนวนข้อคำถามมีความเหมาะสมคำถามเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อนเหมาะกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ปัจจุบันงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความว่าเหว่ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้เครื่องมือนี้ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สถานสงเคราะห์คนชรา รวมถึงในโรงพยาบาล (เพ็ญพยอม เชนสมบัติ, 2547; ญาดารัตน์ บาลจ่าย , 2549; คำจันทร์ ร่มเย็น, 2550)

## 1.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าเหว่

### 1.8.1 การประเมินผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าเหว่

การประเมินความว่าเหว่ในผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ในการพยาบาล เนื่องจากการค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ได้ จะนำไปสู่การให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหว่ลงได้มากที่สุด การประเมินจึงมีทั้งข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัยประกอบกัน (Carpenito-Moyet, 1997) ดังนี้

1) ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว่าเหว่ 4 หัวข้อ ดังนี้

(1) แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ แหล่งสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม พยาบาลสามารถทำได้โดยประเมินลักษณะการอยู่อาศัย การติดต่อกับผู้อื่น การพึ่งพาเพื่อนหรือเพื่อนบ้านด้านอาหารหรือยานพาหนะ ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและเพื่อน การไปเยี่ยมเพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือผู้อื่น และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสามารถนำคำถามดังต่อไปนี้ไปประเมินผู้สูงอายุ ดังนี้

ก. คุณอาศัยอยู่กับใคร?

ข. คุณพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์กับเพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือผู้อื่น ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหน? หรือในกรณีไม่มีโทรศัพท์ที่ใช้คำถามว่า คุณพบปะกับเพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือผู้อื่น ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนกับ?

ค. ใครเป็นผู้ที่คุณไว้วางใจและสามารถปรึกษาได้?

ง. ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาอาศัยเพื่อนและเพื่อนบ้าน ด้านอาหารหรือการเดินทางหรือไม่?

จ. คุณคิดว่าการพบปะญาติและเพื่อนของคุณเป็นอย่างไร พอใจหรือต้องการพบปะให้บ่อยกว่านี้?

ฉ. ในหนึ่งปีที่ผ่านมาคุณไปเยี่ยมครอบครัวหรือเพื่อนบ่อยแค่ไหน ในวันหยุด? หรือคุณออกไปทำกิจกรรมนอกสถานที่กับเพื่อนบ่อยแค่ไหน

(2) การตัดสินใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้สูงอายุเป็นจุดเริ่มต้นในการแก้ปัญหาความว่าเหว่ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ รวมถึงการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มที่สนใจ เพื่อสร้างโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การสูญเสียและแยกจากบุคคลอันเป็นที่รักนั้นสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุว่าเหว่ ซึ่งพยาบาลสามารถตั้งคำถามดังต่อไปนี้

ก. คุณชอบพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับใคร? (เพศเดียวกันหรือเพศตรงข้าม? อายุเดียวกัน? บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันหรือมีปัญหาคล้ายคลึงกัน?)

- ข. คุณสามารถพบปะเพื่อนใหม่ สร้างมิตรภาพใหม่ หรือไปที่ที่คุณไม่เคยไปได้ไหม?
- ค. กิจกรรมกลุ่มประเภทใดที่คุณชอบ (ท่องเที่ยว? กิจกรรมทางศาสนา?)
- ง. ที่ผ่านมามีเหตุการณ์ที่คุณสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อนสนิทไหม?
- จ. อุปสรรคของผู้สูงอายุในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หากมีความบกพร่องด้านการสื่อสารมักนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองลดลงและขาดการสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับผู้อื่น ในทางตรงข้ามหากบุคคลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมาย ก็สามารถลดความหวาดหวั่นได้ โดยพยาบาลควรประเมินว่าบุคคลขาดข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ สถานที่ที่เปิดโอกาสได้พบปะผู้คน หรือแม้กระทั่งวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนแปลกหน้า อีกทั้งการค้นหาสาเหตุที่ทำให้บุคคลไม่สามารถออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มักพบว่าอันตรายจากอากาศและสภาพแวดล้อม รวมถึงการขาดยานพาหนะในการเดินทาง เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่กล้าออกจากบ้าน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องสังเกตและค้นหาปัจจัยดังกล่าว

(3) การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ขาดความรู้สึกใกล้ชิดและความรู้สึกที่ทำให้ปลอดภัย (attachment) มีผลทำให้เกิดความหวาดหวั่น ดังนั้นพยาบาลควรสอบถามเกี่ยวกับการโยกย้ายที่อยู่อาศัยในผู้สูงอายุ บางกรณีผู้สูงอายุจำเป็นต้องย้ายตามบุตรหลานมาเพื่อได้รับการดูแลจากครอบครัว เป็นต้น

## 2) ข้อมูลปรนัย (Objective data)

ควรประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวาดหวั่น 2 ด้าน คือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์และปัญหาจากบุคลิกภาพ โดยพยาบาลสามารถสังเกตความพิการด้านแขนขา ประวัติสุขภาพโรคเรื้อรัง และปัญหาการกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะการสื่อสารที่แสดงออก เช่น ก้าวร้าว บ่น เป็นต้น ทั้งนี้ด้านการสื่อสารการใช้ภาษายังรวมถึง การชักประวัติด้านเชื้อชาติ ปัญหาการตี๋มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับความหวาดหวั่น

### 1.8.2 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความหวาดหวั่น

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความหวาดหวั่นมุ่งเน้นไปยังการลดปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความหวาดหวั่นในผู้สูงอายุ โดยจากขั้นตอนการประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับความหวาดหวั่นทั้งข้อมูลที่เป็น

ปรนัยและอัตนัย นำไปสู่การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำเหว (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) รวมถึงผู้สูงอายุที่เผชิญกับความจำเหวไม่ต่างจากวัยอื่น อันมีรายละเอียดดังนี้

1) ค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความจำเหวในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว ดังนี้

(1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชน การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นโดยองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือกิจกรรมของชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ

(2) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบการณสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือมีความหมายให้ผ่านพ้นความโศกเศร้าไปได้

(3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกของความจำเหวและสาเหตุที่ทำให้เกิดความจำเหว

(4) ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครมาเยี่ยมบ้าน

(5) ให้คำปรึกษาเพื่อค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นกับบุคคลที่มีความสนใจคล้ายคลึงกัน

(6) ส่งเสริมการพัฒนาาระบบสนับสนุน หรือสร้างเครือข่ายสนับสนุนขึ้นโดยอาศัยครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชน

(7) ให้ความรู้และส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางสังคม รวมถึงให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้สูงอายุว่าพวกเขามีทักษะทางสังคมอย่างไร

(8) มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย กล่าวคือส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ

(9) ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การชื่นชมธรรมชาติ การทำงานศิลปะ และการทำงานอดิเรก เป็นต้น การทำกิจกรรมคนเดียวดังที่กล่าวมานี้สามารถป้องกันและลดความจำเหวลงได้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกประสบความสำเร็จ ควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง และได้ช่วยเหลือตนเองไม่พึ่งพาผู้อื่น

(10) ส่งเสริมการใช้โทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ติดต่อกับเพื่อนหรือครอบครัว

(11) ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความจำเหวและระดับความรุนแรงแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว



(12) ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เช่น การจับมือ การทำโลชั่นบำรุงผิว การดูแลช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร แสดงความเอาใจใส่ดูแลโดยแจ้งผู้สูงอายุให้ทราบว่าตนจะไปที่ไหน ส่งข้อความเมื่อไม่สามารถมาพบได้ เนื่องจากการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง

(13) ประเมินอาการไม่สบายทางกายและแก้ไขปัญหาเมื่อผู้สูงอายุแสดงอาการไม่สุขสบายขึ้น จากนั้นค้นหาความสัมพันธ์ของอาการดังกล่าวและความวิตกกังวลว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ ในการศึกษาพบว่า 3 ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุให้สูงขึ้น คือ การขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความหมาย การมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น และการสูญเสีย

(14) ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการค้นหาช่วงเวลาที่ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เช่น ช่วงกลางวันที่ถูกหลอนไปทำงาน ช่วงครบรอบโอกาสพิเศษ เป็นต้น พร้อมทั้งให้การบริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรืออาสาสมัครหากผู้สูงอายุให้การอนุญาต ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านนั้นมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุ นำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ยาวนาน โดยเฉพาะระหว่างผู้สูงอายุและอาสาสมัคร

(15) ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และค้นหาวิธีการป้องกันความวิตกกังวล โดยเฉพาะการใช้ศิลปะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เนื่องจากสามารถช่วยเติมพลังให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ยังเป็นกิจกรรมที่มีความหมายส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งบริบทของชุมชน บ้านพักคนชรา หรือโรงพยาบาล

(16) ควรให้คำแนะนำหรือวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลขณะรับประทานอาหารคนเดียว เนื่องจากความวิตกกังวลมักเกิดขึ้นขณะรับประทานอาหาร และสามารถทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารลดลงหรือรับประทานอาหารมากเกินไป

(17) ควรให้คำแนะนำหรือวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลขณะอยู่คนเดียว เช่น การพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีเพื่อนมี การสนับสนุนทางสังคม และเห็นคุณค่าในตนเอง

(18) ให้การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุ เมื่อใดที่ผู้สูงอายุเกิดความโศกเศร้าเสียใจเกี่ยวกับชีวิต พวกเขาอาจแยกตัวออกจากสังคมและแหล่งประโยชน์ทางศาสนา

(19) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เน้นย้ำถึงผู้ที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุได้

(20) แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับความตาย และความกลัวในการตายอย่างโดดเดี่ยว ค้นหาผู้ที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุและสามารถอยู่กับพวกเขาได้เมื่อถึงเวลานั้น ผู้สูงอายุที่คิดว่าชีวิตของตนไม่เป็นไปตามที่คาดหวังมักจะกลัวความตาย

2) ลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม

(1) ค้นหาแหล่งยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ  
(2) ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องวิธีการเดินทาง และพิจารณา ยานพาหนะที่มีให้บริการในชุมชน

(3) ให้คำปรึกษาในกรณีผู้สูงอายุที่มีความกลัวหรือมีทัศนคติด้านลบในการใช้บริการรถสาธารณะ และผู้สูงอายุควรได้รับการเรียนรู้ในการใช้ยานพาหนะชนิดต่างๆ

(4) ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความสามารถในการรับรู้ ทั้งการมองเห็นและการได้ยิน เช่น การใช้เครื่องขยายเสียง การใช้เครื่องบันทึกเสียงแทนการเขียน เป็นต้น

(5) ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาพลักษณ์ รวมถึงแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมได้ เช่น ขาเทียม หน้าอกเทียม เป็นต้น

(6) ผู้มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ควรให้การพยาบาลเฉพาะในการลดปัญหาดังกล่าว

3) ค้นหาวิธีแก้ไขภาวะแยกตัว

(1) ส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ

(2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือองค์กรต่างๆ เช่น โรงพยาบาล วัด เป็นต้น

(3) ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในโครงการหรือโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ

(4) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รู้จักแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น สถานดูแลกลางวัน ชุมชนคนวัยเกษียณ เป็นต้น

(5) แนะนำการเลี้ยงสัตว์มามีส่วนร่วมในการลดความรู้สึกว่าเหว่ ทั้งนี้การเลี้ยงสัตว์เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่เลี้ยงสัตว์เช่นกัน

(6) ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายแบบกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายแอโรบิก การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

(7) ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นประจำ เพื่อป้องกันอาการที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

4) ให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ

(1) วางแผนในเรื่องรายได้และการออม ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างรายได้หลังเกษียณอายุ

(2) สอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง เช่น การปลูกต้นไม้ ทำอาหาร อ่านหนังสือ ฟังเพลง ท่องเที่ยว เป็นต้น

(3) ดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

(4) ส่งต่อข้อมูลเพื่อเกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่มีหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนเอง (community-based group) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเฉพาะ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ความช่วยเหลือและความรู้ด้านสิทธิต่างๆ

5) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงชาติพันธุ์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นเชื้อชาติอื่น ดังนี้

(1) ให้การยอมรับด้านความแตกต่างของเชื้อชาติและชาติพันธุ์ในช่วงเริ่มต้นการรักษา นำไปสู่การส่งเสริมการสื่อสาร และสร้างความเห็นอกเห็นใจระหว่างระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี

(2) ประเมินการมีอิทธิพลของวัฒนธรรมความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของผู้สูงอายุในการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม (social activity) และความสัมพันธ์ระหว่างกัน (relationship)

(3) ให้การพยาบาลด้วยความเคารพ นุ่มนวล สุภาพ และให้เกียรติ ในทางตรงข้ามหากพยาบาลขาดความเคารพ ความห่วงใยแล้ว ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าระบายความรู้สึกที่แท้จริงของตนกับพยาบาล

(4) ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการความเป็นส่วนตัว อีกทั้งการใช้ภาษาพูด ภาษากายที่ผู้ป่วยยอมรับได้ การใช้การสบตา การรับรู้ด้วยการสัมผัส และการใช้อวัยวะภาษาเมื่อสนทนากับผู้สูงอายุ ทั้งนี้พยาบาลจำเป็นต้องพิจารณาสิ่งเหล่านี้ในการตีความการสนทนาของผู้สูงอายุ เช่น ในผู้ป่วยชาวอเมริกันการหลบสายตาหมายถึงการให้ความเคารพ และควรหลีกเลี่ยงคำถามลักษณะก้าวก่ายและหยาบคาย

(5) ใช้การเทคนิค การดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เมื่อทำงานกับชาวลาติน เอเชียอเมริกัน แอฟริกันอเมริกัน

(6) ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันทางชาติพันธุ์ (ethnic attachment) มีการศึกษาว่าผู้ที่มีความผูกพันทางชาติพันธุ์มีความว่าเหนียวแน่นกว่าผู้ที่ปราศจากความผูกพันทางชาติพันธุ์

(7) ใส่ใจความรู้สึกว่าเหว และการแยกตัวของผู้สูงอายุ ให้การพยาบาลที่แสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าหรือความเห็นของเขามีคุณค่า การแสดงความใส่ใจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าพยาบาลรับฟัง และเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูดหรือรู้สึก นำไปสู่การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ

### 1.8.3 บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว้าเหว

ความว้าเหวในผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและซับซ้อน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับทั้งด้านจิตใจและสังคม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการกระทำการพยาบาลโดยตรงในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการผู้สูงอายุที่มีความว้าเหวรายกรณีหรือวิธีการอื่นๆ รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ และมุ่งเน้นผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหวอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังกล่าว (สภาการพยาบาล, 2552) ปัญหาความว้าเหวจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายพยาบาลอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงในการเผชิญและจัดการกับความว้าเหว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสามารถอธิบายบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหวตามภายใต้ขอบเขตที่สภาการพยาบาลได้บัญญัติไว้มีดังนี้

1) บทบาทในด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care)

(1) การประเมินปัญหา ส่วนที่สำคัญอันดับแรกในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การค้นหาและบรรลุความต้องการของผู้สูงอายุ (Joy, Carter, and Smith, 2000) การประเมินปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการพยาบาล กล่าวคือพยาบาลจำเป็นต้องมีความตระหนักในความสำคัญปัญหา และมีความรู้ความเข้าใจในปัญหา ทั้งการเข้าใจในความหมายของความว่าเหวในผู้สูงอายุ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหวของผู้สูงอายุ แต่ละบุคคลก็มีบริบทแตกต่างกัน ผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณทั้งนี้ Perlman และ Peplau (1982) แนะนำว่าการดูแลผู้ที่มีความว่าเหวจะต้องเข้าใจถึงรูปแบบทางความคิดที่ทำให้เกิดความว่าเหวในแต่ละบุคคล รวมถึงความคิดที่เป็นเหตุทำให้ความว่าเหวนั้นทวีความรุนแรงขึ้น นั้นหมายถึงพยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การประเมินตนเองและการประเมินสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ที่มีปัญหาว่าเหวแต่ละบุคคลประเมินว่าอย่างไร จึงจะสามารถเข้าใจความรู้สึกและการกระทำของบุคคลที่ว่าเหวได้ อย่างถูกต้อง นอกจากนี้พยาบาลมีหน้าที่เลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เครื่องมือประเมินสุขภาพนั้นไม่หมายรวมถึงเครื่องมือประเมินความว่าเหวเท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวนั้นมีผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงจำเป็นต้องอาศัยการประเมินจากเครื่องมืออื่นร่วมด้วย เพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุม

(2) การวินิจฉัยปัญหา เป็นการแยกความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ทัศนวิทยา การพยาบาลและทัศนวิทยาอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก โดยการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวมักอาศัยการประเมินผู้สูงอายุ 3 ด้านมาประกอบกัน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม (Perlman and Peplau, 1982; Shultz, 1993)

(3) การบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ ทัศนวิทยา และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวแบบองค์รวม โดยปัจจุบันมีการบำบัดพยาบาลหลายวิธีด้วยกัน โดยจะกล่าวในลำดับต่อไป

(4) การประเมินผล เป็นการประเมินหลังจากผู้สูงอายุได้รับการบำบัดทางการพยาบาลแล้ว เป็นระยะๆ เนื่องจากเป้าหมายการพยาบาลมีทั้งระยะสั้น และระยะยาว นอกจากนี้ยังรวมถึงการเฝ้าระวัง จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมอื่นที่อาจทำให้เกิดความ

เสื่อมถอยของการทำหน้าที่ ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอย่างมีประสิทธิภาพ

(5) การประสานงานและการส่งต่อ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหรือปัญหาทางสุขภาพอื่นร่วมด้วย รวมถึงความว่าเหวนั้นมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนอันเป็นผลจากความว่าเหวและโรคร่วม ไม่ว่าจะเป็ความเสีงต่อการฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำลง เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่พยาบาลในการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ พยาบาลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพรวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2) บทบาทการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Management)

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นในฐานะพยาบาลผู้ใกล้ชิดดั่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุ ทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล และจัดการปัญหาได้อย่างตรงจุด ทั้งนี้พยาบาลยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวได้ โดยสร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลในระยะยาว นั้นรวมถึงการคัดกรองการให้การพยาบาล ไปจนถึงการประเมินผล และสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพยาบาลยังมีบทบาทกำกับควบคุมคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพทางหนึ่ง ทั้งนี้ก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอย่างต่อเนื่อง เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน ทั้งในสถานบริการชุมชนและสถานดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากความว่าเหวในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื้อรัง และมีโอกาสเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแล (Victor, Scambler, and Bond, 2009) ทั้งนี้พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวให้เข้าถึงระบบสุขภาพ รวมถึงพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ตลอดจนการป้องกันการทารุณกรรมผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว โดยเฉพาะการทารุณกรรมทางจิตใจ ในกรณีการถูกทอดทิ้ง การถูกละทิ้งจากสังคม การถูกทารุณทางคำพูดจากสมาชิกในครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น

### 3) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

จากที่กล่าวมาแล้วว่าพยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ดังนั้นการประสานงานทั้งที่มสุขภาพและครอบครัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกัน การประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญในการวางแผน และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพยาบาลมีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุ และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รักษาระดับกิจกรรมทางสังคมไว้ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาความว่าเหว่ได้ (Windle, Francis and Coomber, 2011; Hacıhasanoglu et al., 2012)

### 4) มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก(coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

พยาบาลควรดูแลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหา อีกทั้งฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการจัดการกับความว่าเหว่ด้วยตนเอง ด้วยวิธีต่างๆตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจกรรมสังคม การทำงานอดิเรก การร้องเพลง การทำสวน เป็นต้น โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้และความจำ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทฝึกทักษะการเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาร่วมกับความว่าเหว่เช่นเดียวกัน ทั้งนี้การฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเองของพยาบาลนั้น จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ ของผู้สูงอายุและครอบครัวสอน ชี้นำผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาความว่าเหว่และปัญหาร่วมโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

### 5) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่ (Consultation)

พยาบาลสามารถสร้างระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู

สภาพ ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว เนื่องจากความว่าเหวในผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถสังเกตได้ชัดเจน และถือเป็นภาวะที่ซ่อนเร้นภายในผู้สูงอายุ (Eshbaugh, 2009; Hacıhasanoglu, 2012) จึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการให้คำปรึกษาปัญหาเพื่อเป็นช่องทางหนึ่งในการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายอารมณ์ คลายความวิตกกังวล และค้นหาความว่าเหวในผู้สูงอายุ นำไปสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวสามารถได้รับคำปรึกษาอย่างทันท่วงที และได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไป เพื่อไม่ให้ความว่าเหวกลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมดูแลผู้สูงอายุในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว และปัญหาร่วม โดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการชุมชน และสถานดูแลระยะยาว โดยเฉพาะการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมและป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาความว่าเหวในผู้สูงอายุได้

6) มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

พยาบาลมีหน้าที่กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล และสามารถพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล อีกทั้งมีบทบาทในการดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังรวมถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวในหน่วยงาน เพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติ ในบทบาทต่อไปพยาบาลสามารถเผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว

กล่าวโดยสรุปว่าปัญหาความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และเป็นเรื่องที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญ การช่วยเหลือผู้สูงอายุด่านแรกคือพยาบาลชุมชน ผู้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากที่สุด ควรมีความรู้ความเข้าใจประเด็นดังกล่าว เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุและชุมชนสามารถป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน



## 2. นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

### 2.1 ความหมายของนันทนาการ

ในประเทศไทยนันทนาการถูกบัญญัติขึ้นเมื่อประมาณ 50 ปีก่อน (พ.ศ. 2507) นันทนาการ (recreation) โดยพระยาอนุমানราชชน ซึ่งเดิมใช้คำว่า สันทนาการ โดยกระทรวงศึกษาธิการ (วรรณ จีระเดช, 2551; อภิรัฐมา นิลนพคุณ, 2554) ซึ่งนันทนาการแปลว่า อากาที่สนุกสนานร่าเริง นอกจากนี้นันทนาการมาจากภาษาละติน recreatio แปลว่า การฟื้นฟู สุขภาพทำให้สดชื่น (McLean, Hurd, and Rogers, 2005; Torkildsen, 2005) ซึ่งนักวิชาการในอดีตใช้คำนิยามนี้กับกิจกรรมที่ฟื้นฟูบุคคล ให้มีพลังขึ้นมาใหม่หลังจากเหนื่อยล้าจากการทำงาน อย่างไรก็ตามเห็นได้ชัดว่าการนำไปใช้ของความหมายดังกล่าวนั้นมีข้อจำกัด ดังนั้นปัจจุบันนักวิชาการจำนวนมากได้ให้ความหมายของนันทนาการคล้ายคลึงกัน กว้างขึ้น ทั้งในแง่มุมมองของ กิจกรรม กระบวนการ และสถาบันสังคม ดังนี้

2.1.1 นันทนาการ หมายถึง การให้ความสดชื่น มีชีวิตชีวา การสร้างพลังขึ้นใหม่

2.1.2 นันทนาการ หมายถึง กิจกรรม (activity) ในรูปแบบต่างๆ ภายใต้งैอนไขที่แน่นอนและสามารถจูงใจบุคคลหรือชุมชนให้เข้าร่วมได้ (McLean, Hurd, and Rogers, 2005) มีผลทำให้เกิดการพัฒนาอารมณ์ สุข สนุกสนาน และ/หรือสุขสงบ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวต้องเป็นกิจกรรมที่สังคมยอมรับ (สมบัติ กาญจนกิจ, 2535) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย เช่น กิจกรรมศิลปหัตถกรรม การอ่าน-เขียน กิจกรรมอาสาสมัคร ศิลปวัฒนธรรม งานอดิเรก เกม กีฬา การละคร ดนตรี กิจกรรมเข้าจังหวะ และนันทนาการกลางแจ้งนอกเมือง (อาภรณ์ จะบัง และ พิรุณณี สุขเกษม, 2556)

2.1.3 นันทนาการ หมายถึง กระบวนการ (process) คือ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นขณะบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ (McLean, Hurd, and Rogers, 2005) พัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือสังคม โดยอาศัยกิจกรรมนันทนาการเป็นสื่อ ในช่วงเวลาว่าง เวลาอิสระ โดยบุคคลเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ หรือมีแรงจูงใจ แล้วส่งผลให้เกิดการพัฒนาการหรือเจริญงอกงามทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของบุคคล (สมบัติ กาญจนกิจ, 2535)

2.1.4 นันทนาการ หมายถึง สถาบันทางสังคม ซึ่งให้บริการสวัสดิการทางสังคม (social welfare) (McLean, Hurd, and Rogers, 2005) โดยเฉพาะรัฐบาลและฝ่ายบริหารท้องถิ่น ต้องมีหน้าที่จัดหรือบริการให้ชุมชน เพื่อสร้างบรรยากาศของเมืองและของประเทศให้น่าอยู่ มีความอบอุ่น ซึ่งโดยปกติรัฐมีหน้าที่จัดแหล่งนันทนาการในรูปแบบต่างๆ เช่น สวนสาธารณะในเมือง

สวนหย่อม ศูนย์เยาวชน ห้องสมุดสำหรับประชาชน ดนตรีสำหรับประชาชน วนอุทยาน และ อุทยานแห่งชาติ (อาภรณ์ จะบัง และ พิรุณณี สุขเกษม, 2556)

McLean และคณะ (2005) ได้เพิ่มเติมว่าความหมายของนันทนาการนั้นกว้างขวาง มีทั้ง กิจกรรมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมาเกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมที่กระทำในเวลาว่าง (Mull, Bayless and Jamieson, 2005) และบุคคลเลือกกระทำด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ หรือกล่าวว่าการตัดสินใจทำกิจกรรมของบุคคลนั้นอยู่บนพื้นฐานความพึงพอใจของตน มากกว่า ทำกิจกรรมเพื่อปัจจัยภายนอก เช่น การได้รางวัล อย่างไรก็ตามนักวิชาการในประเทศไทยสรุป ความหมายนันทนาการไว้คล้ายคลึงกันว่าเป็นกิจกรรมยามว่าง ที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ มีคุณค่า (เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย, 2554) ทั้งนี้กิจกรรมต้องไม่ขัดต่อวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคม อีกทั้งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสนุกสนาน ความสุข ความเพลิดเพลิน พัฒนาอารมณ์สุขสงบ และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล (คณิต เขียววิชัย ,2534; พีระพงศ์ บุญศรี, 2542; ถนอมวรรณ อยู่ขำ,2546) นอกจากกิจกรรมนันทนาการส่งผลต่อตนเองแล้วยังเกิดประโยชน์ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

## 2.2 ลักษณะของนันทนาการ

ลักษณะที่แท้จริงของนันทนาการไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน และมีความหมาย กว้าง เห็นได้จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าความหมายของนันทนาการ มีทั้งกิจกรรมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมาเกี่ยวข้อง (McLean, Hurd, and Rogers, 2005) นอกจากนี้เนื่องจาก สิ่งที่เป็นนันทนาการสำหรับบุคคลหนึ่งอาจไม่ใช่สำหรับอีกบุคคลหนึ่ง เพราะในความ เข้าใจของแต่ละบุคคลนั้นนันทนาการอาจเป็นงานหรืออาชีพได้ ทั้งนี้สามารถแบ่งคุณลักษณะของ กิจกรรมนันทนาการเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมนันทนาการ (อาภรณ์ จะบัง และ พิรุณณี สุขเกษม, 2551; McLean, Hurd, and Rogers, 2005) ดังนี้

### 2.2.1 นันทนาการต้องประกอบหรือเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำในยามว่าง

1) กิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานทางกายซึ่งมีอยู่อย่าง หลากหลาย เช่น การเล่นกีฬา การปีนเขา การเดินรำ การร้องเพลง การเล่นกายกรรม การละเล่น ต่างๆ เป็นต้น

2) กิจกรรมทางจิตใจหรือทางสมอง เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังทางสมอง ในการคิดอย่างสร้างสรรค์ จึงไม่สามารถที่จะมองเห็นได้ง่าย ๆ เหมือนกับการประกอบกิจกรรมทาง กาย เพราะบางทีสีหน้าหรือพฤติกรรมที่เห็น อาจดูเหมือนว่าเรามีได้มีความเพลิดเพลินแต่อย่างใด กิจกรรมนันทนาการทางสมอง ได้แก่ การออกแบบเสื้อผ้า ออกแบบบ้าน ออกแบบสวน การ

คิดถึงแบบการตกแต่งห้อง การคิดประดิษฐ์สิ่งของเครื่องใช้ การแต่งคำประพันธ์ แต่งเพลง กิจกรรมนันทนาการที่ใช้สมอง มักจะเกิดในหมู่นักจิตกรรม นักประติมากรรม นักวรรณกรรม นักออกแบบ

3) กิจกรรมทางอารมณ์ เป็นการค่อนข้างยากที่จะวัดอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ว่าเขาได้รับความสุข สนุกสนาน ประทับใจ ฟังพอใจมากน้อยเพียงใด กิจกรรมนันทนาการทางอารมณ์ เช่น การฟังดนตรีการชมนก ชมวิวทิวทัศน์ ชมหนังตะลุง ลิเก โขน ละคร จั้ว หมอลำ ชมภาพยนตร์ ชมกีฬา เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ที่ประกอบกิจกรรมนันทนาการทางกายและทางสมองก็มักจะได้ประกอบกิจกรรมนันทนาการทางอารมณ์ไปด้วย แม้จะสังเกตพฤติกรรมทางอารมณ์ไม่ได้ง่าย แต่ก็พอจะสังเกตเห็นความพึงพอใจ ความประทับใจได้บ้าง เช่น การหัวเราะ สีหน้าที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ การปรบมือ เป็นต้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมนันทนาการต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมในรูปใดรูปหนึ่ง อาจจะมีประกอบกิจกรรมด้วยตนเองหรือไม่ก็ตามต่างเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทั้งสิ้น กิจกรรมนันทนาการที่แสดงออกได้ทางกาย ทางสมอง และทางอารมณ์นั้น ต่างกันเพียงการใช้พลังงานเท่านั้น ส่วนคุณค่าจากการประกอบกิจกรรมนันทนาการได้รับผลตอบแทนในระดับเดียวกัน กิจกรรมนันทนาการทางกายอาจต้องเสียพลังงานเพื่อประกอบกิจกรรมมากกว่า ขณะที่การประกอบกิจกรรมนันทนาการทางสมอง หรือทางอารมณ์อาจเสียพลังงานน้อยกว่า แต่ถ้ากล่าวถึงคุณค่าที่ได้รับแล้วขึ้นอยู่กับความสุข สนุกสนาน ความพึงพอใจของแต่ละคนว่าพึงพอใจกิจกรรมประเภทใด อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริงนั้น ผู้ประกอบ กิจกรรมนันทนาการจะใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมนันทนาการ ทั้ง 3 ด้าน ไปพร้อม ๆ กันเสมอ ไม่อาจ แบ่งแยกได้อย่างเด็ดขาด

### 2.2.2 นันทนาการมีรูปแบบหลากหลาย

นันทนาการมีขอบข่ายที่กว้าง ลึกซึ้ง ไม่มีรูปแบบที่จำกัดแน่นอน เพราะรูปแบบของกิจกรรมนันทนาการนั้นขึ้นกับความพอใจของบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพ อย่างไรก็ตามบุคคลและกลุ่มคนเป็นผู้กำหนดรูปแบบของกิจกรรมนันทนาการ เช่น ประเภทกีฬา ชนิดของการเล่น เป็นต้น แต่มิได้หมายความว่าไม่มีรูปแบบอื่นเกิดขึ้น โดยแท้จริงแล้วบุคคลแต่ละคนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมนันทนาการสำหรับตนเอง นอกจากในแง่ของกิจกรรมแล้วยังรวมถึงรูปแบบที่จัดเป็นสวัสดิการทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งนันทนาการบริการแก่บุคคลทุกกลุ่ม

### 2.2.3 นันทนาการต้องอาศัยแรงจูงใจ

การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการนั้นต้องมีแรงจูงใจ กล่าวคือมีความสนใจหรือมีแรงกระตุ้นในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น สิ่งกระตุ้นนั้นอาจเป็นความสนุกสนานเพลิดเพลิน หรือความรู้สึกพึงพอใจในผลที่จะได้รับจากกิจกรรมนันทนาการ กล่าวคือแรงกระตุ้นนั้นอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด

หรือใช้เวลา ในกิจกรรมที่มีความซับซ้อนอาจทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดก่อนก่อให้เกิดความท้าทายที่จะแก้ปัญหา และเมื่อสามารถทำได้จึงเกิดความรู้สึกพอใจในภายหลัง แรงจูงใจหรือแรงกระตุ้นเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมนันทนาการสำหรับตน อย่างไรก็ตามจากที่กล่าวแล้วข้างต้นว่า กิจกรรมนันทนาการสามารถเป็นงานหรืออาชีพสำหรับผู้อื่นก็ได้

#### 2.2.4 นันทนาการเกิดขึ้นในเวลาว่าง

การประกอบกิจกรรมนันทนาการเกิดขึ้นในเวลาที่คุณปลดปล่อยจากภารกิจต่างๆ อย่างไรก็ตามหากบุคคลนำเวลาว่างมาประกอบกิจกรรมเพื่อเป็นอาชีพด้วยแล้ว ก็ไม่ถือว่าเป็นกิจกรรมนันทนาการแต่เป็นงานของบุคคลนั้น กิจกรรมนันทนาการต้องเกิดในเวลาว่าง อันทำให้บุคคลเกิดความสุขเพลิดเพลิน เบิกบานใจในเวลาที่พักจากงานหรือภารกิจประจำ ทั้งนี้งานไม่จัดว่าเป็นนันทนาการ มิได้หมายความว่างานไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ แต่หากผู้ที่สามารถทำงานโดยให้งานเปรียบเสมือนกิจกรรมนันทนาการไปด้วย ย่อมเป็นผู้ได้รับประโยชน์ทางนันทนาการได้มากกว่า

#### 2.2.5 การเข้าร่วมประกอบกิจกรรมนันทนาการเป็นไปด้วยความสมัครใจ

การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการของคุณต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ และปราศจากการบังคับหรือแรงกดดันจากภายนอก ควรให้คุณเข้าร่วมด้วยความพอใจและความต้องการของตนเองอย่างอิสระ หากเกิดการบังคับไม่ว่ารูปแบบใดก็ตาม ความเป็นนันทนาการก็หมดลงทันที เนื่องจากการบังคับเป็นสิ่งที่หยุดยั้งความคิดสร้างสรรค์ของคุณ

#### 2.2.6 กิจกรรมนันทนาการเป็นสิ่งสากล

กิจกรรมนันทนาการเป็นสิ่งสากล และเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนในโลกสามารถรับรู้และร่วมปฏิบัติได้ เนื่องจากเนื้อหาของกิจกรรมนันทนาการ คือ ความเพลิดเพลิน การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการโดยธรรมชาติ แม้ไม่อาจร่วมปฏิบัติได้แต่ก็ร่วมรับรู้ได้ ทั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่ามนุษย์ทุกคนต้องมีนันทนาการ ไม่ว่าจะสร้างขึ้นเฉพาะตนหรือรับมาจากบุคคลอื่น

#### 2.2.7 กิจกรรมนันทนาการเป็นสิ่งจริงจังและมีจุดมุ่งหมาย

แม้ว่ากิจกรรมนันทนาการจะเป็นเรื่องของความสนุกสนานเพลิดเพลินและการเล่น แต่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการก็ต้องปฏิบัติอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เช่น นักกีฬาจะต้องเคร่งครัดกับกติกา นักแสดงต้องแสดงให้สมบทบาท นักดนตรีต้องควบคุมจังหวะและกำหนดเสียง ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งผู้ชมซึ่งก็คือผู้เข้าร่วมในกิจกรรมนันทนาการ ก็จะต้องรักษามารยาทและระเบียบวินัย ของกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย เช่น ไม่ก่อกวนรบกวนใคร ๆ อันจะทำให้กิจกรรมนั้นไม่สำเร็จตามความมุ่งหมาย แม้แต่ การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การเล่นเกมเล็ก ๆ น้อย ๆ ผู้ประกอบ

กิจกรรมนันทนาการก็ควรทำด้วยความจริงจัง จึงจะทำให้ได้รับคุณค่าของนันทนาการอย่างสมบูรณ์

### 2.2.8 กิจกรรมนันทนาการสามารถยืดหยุ่นได้

กิจกรรมนันทนาการสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสภาพการณ์ ทุกเวลา อาจเกิดขึ้นอย่างเป็นระเบียบแบบแผนหรือไม่เป็นระเบียบแบบแผน ในชุมชนที่มีคนจำนวนมากก็อาจจัดกิจกรรมนันทนาการในรูปแบบที่ต่างกันไป ซึ่งการจัดนี้ก็ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ บางที่อาจจะเป็นเพียงการจัดอุปกรณ์ สถานที่ หรือแหล่งนันทนาการให้ประชาชนหาความสนุกสนานเพลิดเพลินเฝ้าเอง เช่น สนามเด็กเล่น สวนหย่อม สนามกีฬา คนจำนวนมากจนถึงฝูงชนอาจร่วมกันประกอบกิจกรรมนันทนาการได้ ซึ่งถ้าหากจัดอย่างมีแบบแผนก็เป็นกิจกรรมนันทนาการในรูปของกิจกรรมสาธารณะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ของหน่วยงานของรัฐหรือภายใต้ความอุปการะของสโมสร องค์การทางสังคม องค์การค้าต่าง ๆ ตลอดจนในรูปงานอาสาสมัคร

### 2.2.9 กิจกรรมนันทนาการมีผลพลอยได้

นอกจากความสุข สนุกสนานเพลิดเพลินใจที่ได้รับโดยตรงจาก กิจกรรมนันทนาการแล้ว ผลพลอยได้จากกิจกรรมนันทนาการยังสืบเนื่องไปอีกหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพกายและจิต ด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรัก ความสามัคคี ความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมไปถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงาม กิจกรรมบางอย่างที่มีผลประโยชน์ เป็นเงินทองในรูปของการพนัน แม้จะมีความสนุกสนานอยู่ด้วยแต่ก็ไม่อาจนับเป็น กิจกรรมนันทนาการได้ เพราะมีโทษและความเสื่อมเสียแทรกอยู่เป็นสำคัญด้วย จัดเป็นอบายมุขไม่ถือเป็นกิจกรรมนันทนาการ

### 2.2.10 กิจกรรมนันทนาการมีไว้เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน

กิจกรรมนันทนาการทุกชนิด จะต้อง เป็นกิจกรรมที่เมื่อเข้าร่วมแล้วได้รับความสุข สนุกสนานเพลิดเพลินจากกิจกรรมนั้น และยังเป็นกรช่วยเหลือให้บุคคล ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดจากการศึกษาเล่าเรียน จากการประกอบภารกิจที่หนักประจำวัน ความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน เป็นเครื่องจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลเข้าร่วมประกอบกิจกรรมนันทนาการและเสาะหากิจกรรมนันทนาการ อันจะเป็นเครื่องช่วยให้เกิดความสมดุลในชีวิตยิ่งขึ้น

### 2.2.11 กิจกรรมนันทนาการเป็นประโยชน์ สร้างสรรค์ และเป็นที่ยอมรับของสังคม

แม้ว่ากิจกรรมนันทนาการ จะเป็นกิจกรรมที่บุคคลเลือกประกอบตามความพึงพอใจ แต่ก็มีข้อแม้ว่า กิจกรรมนั้นจะต้องเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นที่ยอมรับของสังคมไม่ทำลายกฎระเบียบ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณีอันดีงามของสังคม กิจกรรมนันทนาการต้องเป็นประโยชน์ในทางสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เสพยาเสพติด การ

พจน์ หรือการประกอบกิจกรรมอบายมุขต่าง ๆ ไม่จัดว่าเป็นกิจกรรมนันทนาการ เนื่องจากสิ่งที่เป็นอบายมุขเหล่านั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างสรรค์ แต่กลับเป็นสิ่งที่ ทำลายการพัฒนาการของร่างกายและก่อให้เกิดโทษภัยพิบัติต่าง ๆ ต่อสังคม

คุณลักษณะของกิจกรรมนันทนาการทั้ง 11 ข้อ มีประโยชน์เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมนันทนาการ อย่างไรก็ตามกิจกรรมนันทนาการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ตามความสนใจและความต้องการของบุคคลนั้น ที่สำคัญคือไม่ขัดต่อกฎระเบียบ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณีอันดีงามของสังคม

### 2.3 คุณค่านันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะอยู่ในเพศและวัยใดก็จะก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีเกิดประโยชน์แก่ตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น McLean, และคณะ (2005) กล่าวว่ามีการวิจัยออกมาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทั้งนี้สมบัติ กาญจนกิจ (2535) ได้กล่าวว่ากิจกรรมนันทนาการนั้นมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยนอกจากสามารถช่วยรักษาความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ยังก่อให้เกิดแรงจูงใจในชีวิต มีความคิดสร้างสรรค์ หรือกระตุ้นความคิดใหม่ๆ เปิดโอกาสแก่ผู้สูงอายุในการมีบทบาทในสังคมของตน ได้ช่วยเหลือสังคม เกิดความภาคภูมิใจ และเมื่อผู้สูงอายุได้เข้าสังคมแล้ว พวกเขาสามารถเข้าใจโลกยุคใหม่และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ นอกจากนี้ความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินขณะร่วมกิจกรรมทำให้ผ่อนคลายความว้าวุ่นได้ Leitner and Leitner (2004) ได้สรุปประโยชน์ของนันทนาการที่มีต่อผู้สูงอายุไว้ว่า นันทนาการมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังตารางที่ 1

### 2.2 กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2552) ได้แนะนำให้มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มุ่งเน้นเชื่อมโยงครอบครัวและชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นนันทนาการบำบัดจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากสามารถคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมเช่นกัน ทั้งนี้โดยทั่วไปการมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง เป็นองค์ประกอบในการนำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful aging) กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุจะเป็นกิจกรรมที่รักษาระดับสมรรถภาพทางกายให้คงที่ หรือผ่อนคลายความวิตกกังวล และเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเป็นสำคัญ

ตารางที่ 1 ประโยชน์กิจกรรมนันทนาการที่มีต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ประโยชน์ด้านร่างกาย	ประโยชน์ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด</li> <li>● พัฒนาระบบหายใจ</li> <li>● ส่งเสริมความยืดหยุ่นของร่างกาย</li> <li>● เพิ่มพลังทางกาย</li> <li>● ลดความดันโลหิต</li> <li>● ลดคอเลสเตอรอล</li> <li>● ส่งเสริมการเคลื่อนไหว</li> <li>● ส่งเสริมการมีอิสระในการทำกิจกรรม</li> <li>● ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น</li> <li>● ส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>● ลดความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน</li> <li>● ลดความเสี่ยงในการหกล้ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เสริมสร้างความสุขทางใจ</li> <li>● เพิ่มคุณภาพชีวิต</li> <li>● เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต</li> <li>● เพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และสมรรถนะแห่งตน</li> <li>● ส่งเสริมศักยภาพด้านจิตใจ</li> <li>● ส่งเสริมความชำนาญ ความรู้สึกระเบียบสำเร็จ</li> <li>● เสริมสร้างความคิดเชิงบวก</li> <li>● เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม</li> <li>● ทำให้สนุกสนาน</li> <li>● ลดความวิตกกังวล</li> <li>● ลดอุบัติเหตุการเกิดคว่ำหว่อและภาวะซึมเศร้า</li> <li>● ลดการกักตัวการหกล้ม</li> </ul>

ที่มา: Leitner and Leitner (2004)

ทั้งนี้กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุถูกแบ่งอย่างหลากหลายตามจุดประสงค์ของนันทนาการ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมนันทนาการเป็น 11 กิจกรรม (รังสฤษฏ์ เสรีวุฒิชัย, 2533; สมบัติ กาญจนกิจ, 2544; ถนอมวรรณ อยู่ช้า, 2546; เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย, 2554; พิระพงศ์ บุญศิริ, 2542; อารมณ์ จะบัง และ พิรุณณี สุขเกษม, 2551; อัญฐมา นิลนพคุณ, 2554; Hawkins, 2009; Leitner and Leitner, 2004; Shivers, 2002) โดยรวบรวมรายละเอียดมาแสดงดังนี้

### 2.2.1 กิจกรรมนันทนาการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพ (Develop of Health and Capacity)

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย กิจกรรมนันทนาการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีและชะลอความเสื่อม ทั้งนี้กิจกรรมมีลักษณะผสมผสานในรูปแบบของการออกกำลังกายไปพร้อมกับการผ่อนคลายและลดความเครียด รวมถึงการจัดการวิถีชีวิตของตน (life style management) ให้มีสุขภาพดี ทั้งการจัดการเกี่ยวกับโภชนาการและการสูดดมดูดสุขภาพกายและจิต

ดังนั้นสามารถสรุปชนิดของการออกกำลังกายเป็น 4 ลักษณะคือ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ (endurance exercise) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strength training) การออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว (balance exercise) และการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น (flexibility exercise) ตัวอย่างการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ การปั่นจักรยาน การเดิน การวิ่งเหยาะๆ เปตอง โยคะ ชีกง มวยจีน แอโรบิก จำพืด จำไม้พอง การออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก (weight bearing exercise) เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพด้วยการออกกำลังกาย คือ

- 1) ต้องไม่หนักมาก ไม่เร็วมาก
- 2) ไม่มีการกลั้นหายใจ
- 3) ไม่มีการเหวี่ยง การกระแทก
- 4) เล่นนานได้แต่ต้องพักเป็นระยะๆ
- 5) มีจุดประสงค์เพื่อความสนุกสนานมากกว่าการแข่งขัน
- 6) กิจกรรมแอโรบิก การออกกำลังกายด้วยไม้พองหรือผ้าเช้าม้า สามารถนำไป

ประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม



## 2.2.2 กิจกรรมนันทนาการงานอดิเรก ศิลปะและหัตถกรรม (Hobby, Art, and Craft)

งานอดิเรกจัดเป็นกิจกรรมนันทนาการที่ทำด้วยความเต็มใจขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละบุคคลในช่วงเวลาอิสระและเวลาว่าง ส่งเสริมการพัฒนาคุณค่าชีวิตของมนุษย์ เป็นการส่งเสริมการสร้างประสบการณ์ชีวิต เกิดความผ่อนคลาย เพลิดเพลิน และส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการบำบัดทางกายและจิตใจ ตัวอย่างงานอดิเรก เช่น สะสมรูปภาพ วัตถุโบราณพระเครื่อง แสตมป์ ดอกไม้ ประดิษฐ์ของเล่น การ์ดวันสำคัญ กรอบรูป ตกแต่งบ้าน หรือจะเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ถ่ายรูป ฝึกทำอาหารและขนม ตัดเย็บเสื้อผ้า ทำผม ตกปลา เป็นต้น

กิจกรรมศิลปะและหัตถกรรม หมายถึง การประดิษฐ์สิ่งต่างๆ ด้วยมือ หรืองานด้านศิลปะต่างๆ ที่ทำขึ้นด้วยมือ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะความสามารถ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก กระตุ้นการรู้คิด นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าให้ความสุขทางใจ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ทั้งนี้ศิลปะและหัตถกรรมยังสะท้อนถึงวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์อีกด้วย จึงเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาอารมณ์ สังคม และสติปัญญา สามารถทำคนเดียวหรือในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มงานศิลปะหัตถกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของมือ เช่น การวาดรูป การเย็บปักถักร้อย การทำเครื่องจักสาน เครื่องปั้นดินเผา การทอเสื่อ การแกะสลักผลไม้ การทำร่ม การประดิษฐ์ดอกไม้ การร้อยพวงมาลัย การจัดดอกไม้ การทำกระเป๋า การประดิษฐ์บัตรอวยพร การปั้น การทำเครื่องเงิน เครื่องเงิน การเป่าแก้ว การพับกระดาษ การทำวุ้น การประกอบอาหาร เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการงานอดิเรก ศิลปะ และหัตถกรรม คือ

- 1) ในผู้สูงอายุที่มีความสับสน ควรระมัดระวังอุบัติเหตุ หรือ การเคี้ยวและกลืนอุปกรณ์ที่ใช้ทำกิจกรรม
- 2) กิจกรรมไม่ควรง่ายจนเกิดความรู้สึกเบื่อ ในทางกลับกันก็ไม่ควรยากจนเกิดความท้อแท้
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนในการเลือกกิจกรรม
- 4) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เน้นความละเอียด ใช้อุปกรณ์ขนาดเล็ก อาจยากไปสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา
- 5) ควรมีห้องสำหรับทำกิจกรรมโดยเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำได้เมื่อมีเวลาว่าง
- 6) ควรใช้อุปกรณ์ที่มีสีสันทนสวยงาม เพื่อกระตุ้นความสนใจและการมองเห็น

- ให้ดีขึ้น
- 7) ให้ออกกำลังกายในการทำกิจกรรม แต่ไม่ควรเกินคนละ 2 ชั่วโมง
  - 8) ควรเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุพบอุปสรรค และช่วยสร้างผลงาน
  - 9) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงผลงานของตนเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม
  - 10) กระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมโดยพูดคุยเกี่ยวกับคุณค่าและประโยชน์ของกิจกรรม

11) ใช้เทคนิคการสอนที่ชัดเจนร่วมกับการสาธิต เป็นขั้นๆ

### 2.2.3 กิจกรรมนันทนาการเกมและกีฬา (Games and Sports)

เกมและกีฬาเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยการทำงานกลุ่มเนื้อมัดใหญ่ ทักษะการเคลื่อนไหว สติปัญญา และความอดทนในการประกอบกิจกรรม ซึ่งบางกิจกรรมมีการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่มักจัดกิจกรรมในสถานที่กว้าง เช่น สนามหญ้า โรงยิม หอประชุม เป็นต้น ในการเล่นหรือการแข่งขันเกมและกีฬาเป็นกิจกรรมที่มีกฎกติกาการเล่นเฉพาะ เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่เสมอภาค สนุกสนาน ตื่นเต้น และท้าทายความสามารถของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับกิจกรรมประเภทเกมมีรูปแบบที่หลากหลายเช่น เกมการละเล่นพื้นเมือง เกมกลุ่มสัมพันธ์ เป็นต้น โดยกิจกรรมนันทนาการเกมและกีฬาแบ่งออกเป็นหลายประเภท เช่น เกมประเภทเลียนแบบ (Imitative or Mimetic Games) เกมเล่นเป็นนิยาย (Story Play Games) เกมแข่งขันเป็นรายบุคคล (Individual Contest Games) เกมแข่งขันเป็นหมู่ (Mass Contest Games) เกมนำ (Lead up Games) และกิจกรรมกีฬา (Sport Activities) เป็นต้น ตัวอย่างกิจกรรมเกม เช่น การเล่นไพ่ การเล่นเกมกรุกหมากรุก การเล่นเกมบิงโก เกมปาเป้า เกมพูล (สนุกเกอร์) เกมต่อคำ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมกีฬาที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุ คือ กอล์ฟเทนนิส เปตอง วាយน้ำ มาราธอน แบดมินตัน ตะกร้อวง บาสเกตบอล วอลเลย์บอล บันจี้กระดาน โยนโบว์ลิ่ง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการเกมและกีฬา คือ

- 1) ใช้อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักเบา สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำ
- 2) เลือกกีฬาที่เป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในชุมชนและใช้กฎกติกาที่เรียบง่าย
- 3) ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนกฎกติกา และอุปกรณ์เมื่อจำเป็น เช่น ระยะทาง เวลา ความสูง ความถี่ในการพัก อุปกรณ์มีลักษณะนุ่ม เป็นต้น
- 4) ควรจัดหน่วยบริการด้านการแพทย์และพยาบาล เพื่อดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

5) ควรจัดทำประกันภัยเกี่ยวกับความรับผิดตามกฎหมายและประกันอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุ (Liability and Accident Insurance)

#### 2.2.4 กิจกรรมนันทนาการดนตรีและการร้องเพลง (Music and Singing)

กิจกรรมนันทนาการดนตรีและการร้องเพลงเป็นกิจกรรมที่นำดนตรีเข้ามามีส่วนในการทำกิจกรรม ดนตรีและการร้องเพลงเป็นเครื่องซึ่งถึงคุณค่าความสำคัญของชีวิตมนุษย์ ทั้งนี้ยังแสดงถึงควมมีอารยธรรมและความแตกต่างของชนชาติต่างๆ ดนตรีจัดเป็นการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ของผู้เล่นและผู้ฟัง กิจกรรมทางดนตรีสำหรับผู้สูงอายุมิได้หลายรูปแบบ และสามารถทำกิจกรรมเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล คือ การร้องเพลง การฟังเพลง การเล่นดนตรี การแต่งเพลง และการนำเพลงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของเกมเพลงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มักเป็นเพลงที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและขึ้นอยู่กับความชอบของบุคคล เช่น เพลงพื้นเมือง เพลงไทยเดิม เพลงหมอลำ เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการดนตรีและการร้องเพลงด้วยการเล่นหรือบรรเลงดนตรี คือ

- 1) เป็นกิจกรรมที่ต้องศึกษาจากครูที่มีความรู้ทางด้านดนตรีเพื่อการเล่นอย่างถูกต้อง
- 2) ควรเป็นเครื่องดนตรีที่ผู้เล่นมีความชอบ มีเวลาฝึกซ้อม ราคาไม่แพง พกพาสะดวก
- 3) ผู้สูงอายุก่อรูปการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับต่ำ ควรเลือกอุปกรณ์ประเภทเคาะจังหวะ เช่น ฉิ่ง แทมบูรีน ลูกเข้ค คาบาซา กระจดิ่ง เป็นต้น

#### 2.2.5 กิจกรรมนันทนาการ การเต้นรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ (Dance and Rhythmic activity)

กิจกรรมนันทนาการการเต้นรำและการฟ้อนรำ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้เข้ากับจังหวะดนตรีหรือเสียงที่กำหนดขึ้น เพื่อความสนุกสนานและส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกภายในของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเกิดการทํางานสัมพันธ์กันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการเต้นรำมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การเต้นรำพื้นเมือง (Folk Dance) การเต้นรำเพื่อสังคม (Social Dance) และนาฏศิลป์สากล (Western dance)

กิจกรรมเข้าจังหวะ (Rhythmic Activities) หมายถึง การนำเอาจังหวะดนตรีเพลงหรือดนตรี ประกอบการเคลื่อนไหว อาจจะเป็นการเคลื่อนไหวตามบทเพลง ตามเนื้อเพลง นิทาน นิยาย เลียนแบบเสียงร้อง ทำท่าง การเต้นรำเพื่อความสนุกสนาน พัฒนากลไกการเคลื่อนไหวของ

ร่างกาย ซึ่งจัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่มคือ การเคลื่อนไหวประกอบเพลง (Motion Song) การเล่นประกอบเพลง (Singing Games) และการออกกำลังกายประกอบดนตรี (Music Exercise) กิจกรรมลักษณะนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ รวมถึงผู้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง สามารถนั่งบนรถเข็น และใช้มือแทนการเคลื่อนไหวของเท้า เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มยังสามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการ การเดินรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ คือ

- 1) ในการวางแผนกิจกรรมควรพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุ ความบกพร่อง ปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความหมายกับผู้สูงอายุ
- 2) เทคนิคการทำซ้ำและการเคลื่อนไหวที่ใช้กำลังน้อย ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมประเภทนี้
- 3) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและฝึกหายใจการนวด ลดความอ่อนล้าและคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ
- 4) ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายทุกส่วน
- 5) ควรสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ได้พูดคุย ทำความรู้จัก ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 6) ระวังอุบัติเหตุจากการชนกันของรถเข็น การหกล้ม การออกกำลังกายที่หนักเกินไป

## 2.2.6 กิจกรรมนันทนาการการแสดงละครและภาพยนตร์ (Drama and Theatre)

กิจกรรมนันทนาการการแสดงละครและภาพยนตร์ เป็นกิจกรรมที่แสดงอัตลักษณ์แห่งตน ได้ระบายอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกบันเทิงและผ่อนคลาย อีกทั้งเป็นสื่อในการปลูกฝังคุณธรรมหรือจริยธรรม นันทนาการการละครเกิดขึ้นได้หลายวิธี เช่น เกิดจากประสบการณ์ชีวิตจริง เกิดจากการแสดงพิธีการศาสนา เกิดจากการจินตนาการของมนุษย์มาผูกเป็นเรื่องราว เป็นต้น นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการประเภทนี้ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างง่าย คือ การแสดงละครเงา เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้แสดงแต่งกายและแสดงท่าทางตามบทบาทที่ได้รับ ให้สมจริงโดยไม่ใช้คำพูด ผู้แสดงต้องพยายามใช้ความสามารถในการแสดงท่าทาง ให้เห็นเอกลักษณ์ของตัวละครที่สวมบทบาทโดยสามารถใช้อุปกรณ์ประกอบได้

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการการแสดงละครและภาพยนตร์ คือ

- 1) ควรสร้างบรรยากาศให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและยอมรับระหว่างกันเช่น เทคนิคการสื่อสารด้วยการสัมผัส
- 2) เตรียมสิ่งกระตุ้นอย่างหลากหลาย เช่น อุปกรณ์ประกอบฉาก เสื้อผ้า เสียงเพลง เป็นต้น
- 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้นำกิจกรรม เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงเหตุการณ์ที่คล้ายกับตนเองในอดีต
- 4) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำระยะสั้น ควรได้รับหน้าที่เป็นผู้เล่าเรื่อง
- 5) การถ่ายวิดีโอเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจทั้งขณะซ้อมและขณะแสดงจริง อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เห็นตัวเอง เกิดความสนุกสนานและภูมิใจในตนเอง

### 2.2.7 กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง (Outdoor recreation)

นันทนาการกลางแจ้ง เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นนอกสถานที่โดยเฉพาะการท่องเที่ยวและทัศนศึกษา และการอยู่ค่ายพักแรม เป็นกิจกรรมที่นิยมในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม แม้กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนมากผู้สูงอายุมักทำกิจกรรมในรูปแบบของการพักผ่อนสุดสัปดาห์ การท่องเที่ยวเป็นหมู่คณะหรือกับครอบครัวหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน กิจกรรมนันทนาการท่องเที่ยวเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน เปลี่ยนบรรยากาศ เป็นส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้และใกล้ชิดธรรมชาติ อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่แสดงออกซึ่งความต้องการของมนุษย์ที่ต้องการความอิสระ ทำทนาย ค้นหาสิ่งแปลกใหม่ เกิดความผ่อนคลาย สร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต เกิดความความประทับใจ หวังแทน ตระหนักในการป้องกันและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมีการจัดทัวร์สุขภาพซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุอย่างมาก สถานที่นิยมคือ วัด พิพิธภัณฑสถานสัตว์ ทะเล น้ำตก สวนสาธารณะ สถานที่ทางประวัติศาสตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้งที่ผู้สูงอายุนิยม คือ ชมนก ปิกนิก ตกปลา ชมธรรมชาติ ตั้งแคมป์ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง คือ

- 1) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ดังนั้นจึงควรเตรียมข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือเบื้องต้นให้พร้อม
- 2) ควรคำนึงถึงความสะดวกสบายขณะเดินทางและเมื่อถึงจุดหมายปลายทาง เช่นเก้าอี้ที่นั่งที่วางแขนและพนักพิง ลื่นซัก ถูกบิดประตูและก๊อกน้ำใช้งานง่าย ใช้การเคลื่อนไหวของข้อมือน้อยเป็นต้น

- 3) สำหรับผู้สูงอายุแล้วการท่องเที่ยวเกี่ยวกับอุทยานนั้นเป็นสิ่งที่กระตุ้นความรู้สึกพอใจ ทำให้กิจกรรมมีสีสันขึ้น
- 4) ควรจัดปฐมนิเทศก่อนจัดกิจกรรม 2 อาทิตย์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่จะไปอย่างเพียงพอ รวมถึงรายการสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
- 5) สัตว์เลี้ยงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมักกังวล ไม่กล้าออกไปไหน ดังนั้นที่พักรายทางแห่งอนุญาตให้นำสัตว์เลี้ยงเข้าได้ หรืออาจใช้บริการรับฝากสัตว์เลี้ยงซึ่งปัจจุบันมีอย่างแพร่หลาย
- 6) ผู้สูงอายุจะรู้สึกสนุกสนานขึ้น หากมีการถ่ายรูปรูปขณะท่องเที่ยว และพอใจที่ได้เห็นตัวเองในภาพหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม
- 7) คำนึงถึงเรื่องอาหารของผู้สูงอายุเพื่อจัดสรรให้เหมาะสม ส่วนในด้านกิจกรรมทางศาสนา ควรจัดสรรเวลาให้ปฏิบัติ

### 2.2.8 กิจกรรมนันทนาการประเภทภาษาและวรรณกรรม (Reading, Writing and Speaking)

กิจกรรมนันทนาการประเภทภาษาและวรรณกรรม ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถ มีความรู้ทันโลก ก่อให้เกิดการพัฒนาจินตนาการ การแสดงอัตลักษณ์แห่งตนอย่างสร้างสรรค์ เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เนื่องจากทุกกิจกรรมอยู่บนพื้นฐานของความพึงพอใจและความสนใจแต่ละบุคคล อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อาจเป็นกิจกรรมเดี่ยวหรือทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ ประกอบด้วยการอ่าน การเขียน การพูด เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ นวนิยาย สารคดี และธรรมะ การเขียนบันทึกเขียนร้อยกรอง เรื่องสั้น การพูดพบปะสมาคม การพูดเป็นพิธีกร การพูดคุยทางโทรศัพท์ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการภาษาและวรรณกรรม คือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมตามความถนัดและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การอ่าน การพูด การเขียน
- 2) สามารถจัดกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับกิจกรรมนันทนาการอื่น เช่น การพูดเป็นพิธีกรขณะทำกิจกรรมทางสังคมการเขียนบันทึกขณะทำกิจกรรมกลางแจ้ง เป็นต้น
- 3) ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนในการเลือกหัวข้อที่นำมาสนทนาหรือนำมาเขียนของตนเอง ทำให้ได้รับความรู้ที่หลากหลาย

### 2.2.9 กิจกรรมนันทนาการทางสังคม (Social Recreation) และกิจกรรมนันทนาการพิเศษ (Special Recreation)

กิจกรรมนันทนาการทางสังคม คือ กิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีของบุคคลในสังคม ทั้งกลุ่มที่ยังไม่รู้จักรักกันและกลุ่มที่รู้จักกันแล้ว ทั้งนี้ยังเป็นการสร้างสรรค์กิจกรรม

ตามประเพณีหรือกิจกรรมของชุมชน เช่น งานแต่งงาน งานรดน้ำดำหัว งานบวช งานชุมนุมศิษย์เก่า เป็นต้น ทำให้ได้รับความสุข คลายเครียด แก้เหงา เกิดความกระชุ่มกระชวย ในส่วนของกิจกรรมนันทนาการพิเศษ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นในโอกาสพิเศษตามเทศกาลหรือจัดเพื่อจุดมุ่งหมายใดมุ่งหมายหนึ่ง เพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน สามารถจัดได้ทั้งกิจกรรมบุคคล กิจกรรมของหน่วยงาน ชุมชน กิจกรรมของชาติ หรือนานาชาติ โดยจะต้องคำนึงถึงฤดูกาลและงบประมาณ

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการทางสังคมและกิจกรรมพิเศษคือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ และมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น งานสังสรรค์ (party) งานเฉลิมฉลอง (celebration) งานแสดงความสามารถพิเศษ (special performance) เป็นต้น
- 2) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการจัดกิจกรรม เพื่อเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของกิจกรรม นำไปสู่การมีส่วนร่วมและการบรรลุความต้องการของผู้สูงอายุ
- 3) ควรคำนึงถึงแหล่งประโยชน์อื่นในชุมชน เช่น ผู้เชี่ยวชาญ องค์กร ชมรม เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรม

#### 2.2.10 กิจกรรมนันทนาการให้บริการอาสาสมัคร (Volunteer Service)

กิจกรรมนันทนาการอาสาสมัคร หมายถึง การอาสาสมัครเข้าไปช่วยเหลืองานสังคมหรือองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ในยามว่าง โดยสมัครใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองแล้ว เป็นการเสริมทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุ ที่ได้บำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม เกิดความพอใจ รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตนเอง ทั้งนี้ยังเป็นการพัฒนาชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย กิจกรรมนี้เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ปัจจุบันผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างหลากหลายทั้งในองค์กรของรัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา สถานอนามัย ชมรมกีฬา และองค์กรการกุศล

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการให้บริการอาสาสมัคร คือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมตามความถนัดและความสนใจของผู้สูงอายุ
- 2) ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกอยู่ใกล้บ้าน ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงเช่น ลูกเสือชาวบ้าน การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

### 2.2.11 กิจกรรมนันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจ (Development of Mind and Peace)

กิจกรรมเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจ เป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านรวมทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นกิจกรรมพัฒนาจิต สมาธิ และสติปัญญา ซึ่งไม่เน้นเรื่องการเคลื่อนไหวหรือกระตุ้นอารมณ์มากนัก และเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ขาดเกลียดใจและรู้จักการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขมีความพอเพียงได้ เช่น การเข้าวัดฟังธรรม การปฏิบัติสมาธิ ศึกษาธรรมะหรือปรัชญา การสร้างจินตภาพร่วมกับการผ่อนคลายตามเสียงเพลง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจคือ

- 1) ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสงบ ห่างไกลจากเสียงรบกวน
- 2) ควรเลือกกิจกรรมตามความสนใจของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่ชอบนั่งสมาธิ แต่ชอบสวดมนต์ฟังธรรม เป็นต้น
- 3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตควรได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแลก่อน เนื่องจากการนั่งสมาธิขณะที่จิตใจอ่อนแอ วุ่นวาย วิตกกังวล อาจทำให้มีความคิดฟุ้งซ่านมากยิ่งขึ้น การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น

กิจกรรมนันทนาการทั้ง 11 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ปัจจุบันมีการนำกิจกรรมนันทนาการมาบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมาแสดงนี้เป็นหัวข้อสำคัญในการนำกิจกรรมนันทนาการไปใช้ในเชิงบำบัด ดังกล่าวในลำดับต่อไป

### 2.3 ความหมายของนันทนาการบำบัด

ตามนิยามของ National Therapeutic Recreation Society (2000) นันทนาการบำบัด (therapeutic recreation) หมายถึง การดูแลบำบัด การให้ความรู้ และการบริการด้านนันทนาการ (recreation services) เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยให้เกิดการพัฒนา และใช้เวลาว่างในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพิ่มอิสระในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

Snead (2003) นันทนาการบำบัดเป็นการนำเอากิจกรรมนันทนาการ มาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา และมุ่งเน้นให้บุคคลมีทักษะในการใช้เวลาว่าง เพื่อบรรลุตามเป้าหมายของบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น



Leitner, Leitner, and Associates (2004) กล่าวว่านันทนาการบำบัดเป็นกระบวนการที่ใช้กิจกรรมนันทนาการมาช่วยให้เกิดการพัฒนา และ/หรือคงไว้ซึ่งการทำงานที่ด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งนันทนาการบำบัดยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตของบุคคลอีกด้วย

สรุปได้ว่านันทนาการบำบัด คือ การนำเอากิจกรรมนันทนาการมาช่วยเหลือ ดูแลรักษาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดการพัฒนา และ/หรือคงไว้ซึ่งการทำงานด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้นอกจากองค์ความรู้เกี่ยวกับความหมายนันทนาการบำบัดแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงจุดมุ่งหมายของนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ อันนำไปสู่การวางแผนการบำบัดทางการพยาบาล

#### 2.4 จุดมุ่งหมายของนันทนาการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย อย่างไรก็ตามทุกคนต้องการมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นในวัยสูงอายุนั้นเกิดขึ้นจากการประสบอุบัติเหตุและโรคต่างๆ ทั้งนี้ความผาสุกทางกายและใจ ความพึงพอใจในชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุล้วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่น ทั้งนี้การนำกิจกรรมนันทนาการเข้ามาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะพึ่งพาและภาวะบกพร่องต่างๆ คงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย และฟื้นฟูสุขภาพ ล้วนเป็นจุดมุ่งหมายของนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ (Hawkins, 2009)

จุดมุ่งหมายของนันทนาการบำบัดมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุก และพลังชีวิต โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือแม้กระทั่งการป้องกันโรคจากความเสื่อมของร่างกายจากการเคลื่อนไหวลดลงและโรคเรื้อรัง นอกจากนี้นันทนาการบำบัดยังมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีการสูญเสียการทำงานของร่างกายจากอุบัติเหตุและโรคต่างๆ เช่น การใช้การบำบัดด้วยหนังสือสวดมนต์ สามารถกระตุ้นความจำ และพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั่นทำให้นันทนาการบำบัดแตกต่างจากกิจกรรมนันทนาการทั่วไป ในเป้าหมายด้านการคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย ให้สามารถอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (Hawkins, 2009)

จุดมุ่งหมายของนันทนาการบำบัดเป็นเป้าหมายภาพกว้างที่นำไปสู่การวางแผนการบำบัดทางการพยาบาล นอกจากนี้แล้วความเข้าใจในหลักการของนันทนาการบำบัดเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนที่นำไปสู่การสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายที่พยาบาลตั้งไว้

## 2.5 หลักในการนำนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ

ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มุ่งเน้นการรักษาการทำงานของร่างกายให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างอิสระหรือพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่วัย 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ นันทนาการบำบัดมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความบกพร่องและภาวะพึ่งพา คงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายอย่างสมดุล และฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เสื่อมหรือสูญเสียการทำหน้าที่ การนำนันทนาการบำบัดเข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเข้าใจ กระบวนการสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ ขั้นตอนและเทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่มรวมทั้งการสื่อสารกับผู้สูงอายุ (Leitner and Leitner, 2004; Hawkins, 2009)

### 2.5.1 กระบวนการสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ

กระบวนการหลักในสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ มี 5 ขั้นตอน (Hawkins, 2009) ดังนี้

1) การประเมิน (Assessment) เป็นขั้นแรกที่ทำให้เกิดการสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ควรประเมินสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อีกทั้งการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้นักบำบัดควรค้นหาอุปสรรคในการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อกำจัดปัจจัยดังกล่าวให้เกิดความปลอดภัยที่สุด เช่น อุณหภูมิ แสง ทางเดินที่ขรุขระ เฟอร์นิเจอร์ในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้างที่อันตราย เป็นต้น นอกจากนี้ควรประเมินมุมมองด้านสังคม ทั้งสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่มีอิทธิพลกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นที่มีส่วนร่วมในโปรแกรม รวมทั้งความเชื่อและพื้นฐานวัฒนธรรมประเพณีของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในขั้นนี้สามารถตั้งเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาวได้ ทั้งนี้เริ่มจากวัตถุประสงค์ทั่วไป เช่น เพื่อป้องกัน เพื่อส่งเสริม เพื่อฟื้นฟู เป็นต้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการจำแนกระดับการบำบัด การวางแผนในการบำบัดและจำนวนผู้สูงอายุในการบำบัดแต่ละครั้ง

2) การวิเคราะห์กิจกรรม (Activity analysis) ในขั้นนี้นักบำบัดควรค้นหากิจกรรมที่สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุให้มากที่สุด แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ว่ากิจกรรมนั้นเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุแต่ละบุคคลหรือไม่ ในกิจกรรมรายบุคคลควรคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการมุ่งเน้นส่งเสริมทักษะเฉพาะที่จำเป็นในแต่ละกิจกรรม อีกทั้งกิจกรรมควรตอบสนองด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีตัวตน รับรู้ความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกที่ตนเองมีความหมาย ความรู้สึกปลอดภัย เป็นต้น

3) การวางแผนโปรแกรม (Program planning) เป็นขั้นตอนที่นักบำบัด ต้องมีองค์ประกอบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

3.1) การระบุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ควรให้สอดคล้องกับการ เลือกรูปแบบกิจกรรม ทั้งนี้การตั้งวัตถุประสงค์ควรประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เป้าหมายพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ต้องการ เงื่อนไขในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม และเครื่องมือวัดพฤติกรรม ทั้งนี้เงื่อนไข เฉพาะอาจหมายถึงแหล่งสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการ

3.2) การเลือกกิจกรรมที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุ และตรงตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อบรรลุความต้องการของผู้สูงอายุ

3.3) การระบุแหล่งประโยชน์และปัญหา ทั้งนี้รวมถึงพื้นที่ในการจัด กิจกรรม เงินสนับสนุน และจำนวนบุคลากร ซึ่งอาจนำไปสู่การสร้างหรือปรับเปลี่ยนโปรแกรมได้ ในขั้นตอนนี้

3.4) การวางแผนปฏิบัติการสำรอง เป็นขั้นตอนที่คำนึงถึงปัญหาที่ อาจเกิดขึ้น เช่นสภาพอากาศซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นต้น นำไปสู่การวางแผน สำรองเพื่อป้องกันแผนหลักให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ

3.5) การเขียนแผนปฏิบัติการจริงที่ชัดเจน ทั้งนี้ผู้สูงอายุ สมาชิกใน ครอบครัว ผู้ดูแล นักบำบัด รวมถึงผู้นำกิจกรรมหรือผู้ช่วยกิจกรรม ควรมีส่วนในการวางแผน ร่วมกันและให้การเห็นชอบในแผนปฏิบัติการดังกล่าว ซึ่งในระยะแรกอาจสร้างเป้าหมายในอุดมคติ ก่อน ต่อมาจึงมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

4) การนำโปรแกรมไปใช้ (Program implementation) จำเป็นต้อง ประกอบด้วย 6 ข้อดังนี้

4.1) การฝึกอบรมบุคลากร เป็นขั้นตอนที่คัดเลือกและฝึกอบรมบุคลากร ให้มีความเป็นผู้นำกิจกรรม สามารถบริหารจัดการโปรแกรม และให้การช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความ ปลอดภัยในผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้เชี่ยวชาญควรคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถด้านนันทนาการ บำบัด ด้านวิทยาศาสตร์ฟื้นฟู ด้านผู้สูงอายุ หรือด้านโปรแกรมนันทนาการทั่วไป ทั้งนี้บุคลากรควรมีความรู้และทักษะดังต่างๆ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสมอง เสื่อม การกระตุ้นและการควบคุมผู้สูงอายุ การจัดการความปลอดภัย เป็นต้น

4.2) การเขียนตารางกิจกรรม ควรพิจารณากิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรคำนึงถึง 4 องค์ประกอบ คือ ความต้องการของผู้สูงอายุ โครงสร้างของ

โปรแกรมและกลุ่มผู้สูงอายุ บุคลากรและแหล่งประโยชน์ รวมถึงเวลา พื้นที่ และการดำเนินการ นอกจากนี้การสร้างตารางควรมีความยืดหยุ่นเพราะอาจมีเหตุไม่คาดคิดเกิดขึ้นได้

4.3) การกำกับดูแลในการนำโปรแกรมไปใช้

4.4) การจัดการสิ่งแวดล้อม ควรให้ความสำคัญกับสถานที่ที่เข้าถึงสะดวก กว้างขวาง กระตุ้นประสาทรับรู้ของผู้สูงอายุ ปลอดภัย และใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย ทั้งนี้ควรมุ่งเน้นจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นส่วนตัวเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

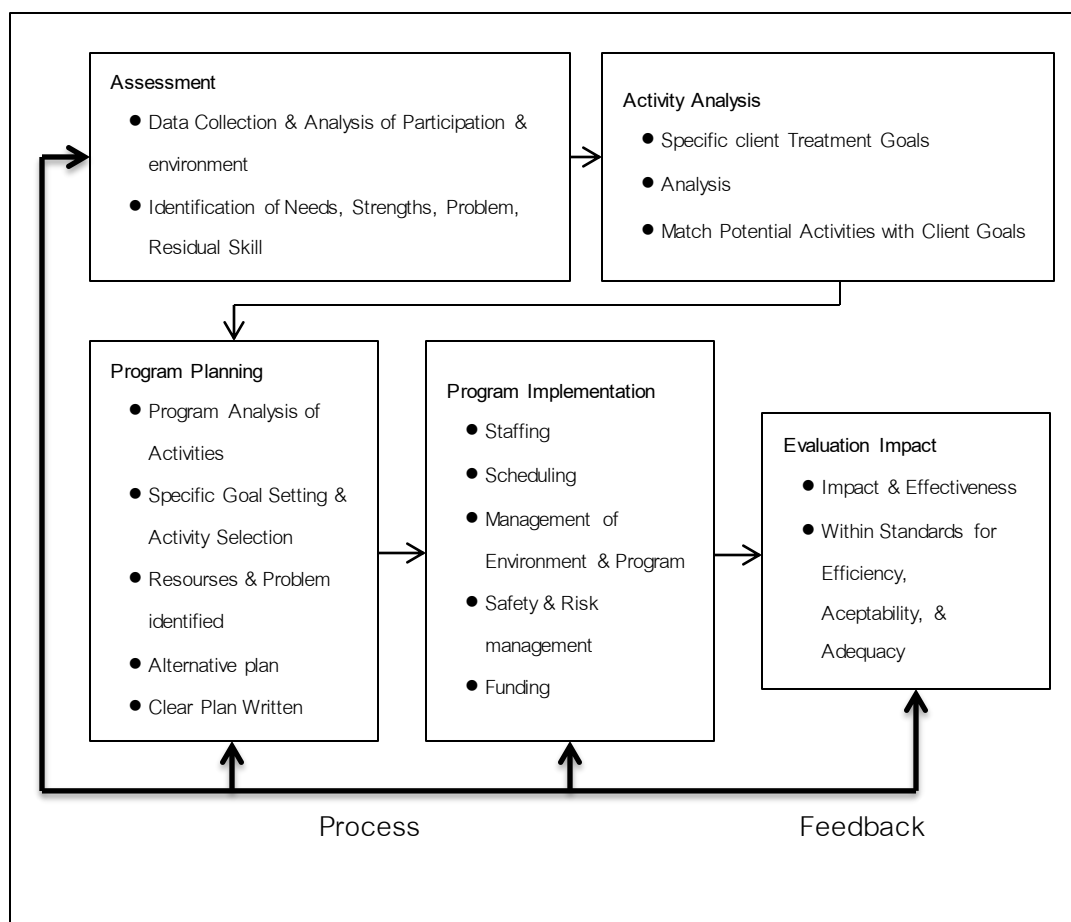
4.5) การป้องกันและการจัดการความเสี่ยง

4.6) การจัดการความต้องการพื้นฐานด้านอื่นๆ เช่น แหล่งทรัพยากร เงินสนับสนุน อุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เป็นต้น

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยเอกสาร การบันทึกภาพหรือเสียง การประเมินด้วยตัวบุคคลในแต่ละขั้นตอนและเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ ในการประเมินควรคำนึงถึงความเหมาะสม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล การยอมรับ ความสามารถและสมรรถนะ และผลกระทบ ในด้านมุมของผู้สูงอายุ ด้านบุคลากร ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านโปรแกรม ทั้งนี้ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการประเมินผลจะประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าได้ตรงตามเป้าหมายหรือไม่โดยใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินผู้สูงอายุว่าได้รับประโยชน์ด้านสังคมและจิตใจตามที่ผู้สูงอายุต้องการหรือไม่

โดยสรุปหลักในสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดมี 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน การวิเคราะห์กิจกรรม การวางแผนโปรแกรม การนำโปรแกรมไปใช้ และการประเมินผล ในทุกขั้นตอนนั้นมีความสำคัญต่อการบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ของพยาบาล ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล อย่างไรก็ตามหลักการนันทนาการบำบัดดังกล่าวมีรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของการนำโปรแกรมไปใช้และการประเมินผล ซึ่งมุ่งเน้นการจัดเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้รวมถึงการประเมินไม่ใช่เฉพาะผู้สูงอายุแต่เป็นการประเมินบุคลากร โปรแกรม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ Hawkins (2009) ได้สรุปกระบวนการสร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดดังภาพที่ 1

## สรุปกระบวนการสร้างโปรแกรมเน้นทางการบำบัด



ที่มา: Hawkins (2009)

ภาพที่ 1 สรุปกระบวนการสร้างโปรแกรมเน้นทางการบำบัด

### 2.5.2 ขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมประเภทกลุ่ม โดยผู้นำกิจกรรมสามารถประยุกต์ใช้กับกิจกรรมเน้นทางการทุกประเภท (Hawkins, 2009; Leitner and Leitner, 2004) มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้นำแนะนำตัวเองและสมาชิก
- 2) กล่าวแนะนำกิจกรรม ใช้ช่วงเวลานี้เป็นโอกาสในการกระตุ้นความสนใจของผู้สูงอายุ
- 3) อธิบายรายละเอียดของกิจกรรม เป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา

4) สถิติกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ ร่วมกับเปิดโอกาสให้ถามหากมีข้อสงสัย

5) ดำเนินกิจกรรม

6) สิ้นสุดกิจกรรมก่อนผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อ

### 2.5.3 เทคนิคของการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุ

เทคนิคของการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องผู้นำกิจกรรมนั้นทนทานการทำให้สามารถสร้างกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งเกิดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลักดันให้กลุ่มประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นผู้นำกิจกรรมควรมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุ (Hawkins, 2009; Leitner and Leitner, 2004) ดังนี้

1) ผู้นำกิจกรรมจำเป็นต้องมีความสามารถในการนำเข้าสู่กิจกรรม การจูงใจและการผลักดันให้เกิดความสำเร็จของกลุ่ม ทั้งนี้การเสริมแรงบวกชื่นชม ชมเชย และการให้รางวัลรวมถึงกิจกรรมที่หลากหลายและท้าทาย ป้องกันความรู้สึกเบื่อหน่ายได้

2) การค้นหาผู้นำกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้มีส่วนให้กิจกรรมดำเนินอย่างต่อเนื่อง เกิดความเชื่อมโยงและบรรลุจุดประสงค์ของกิจกรรม

3) พิจารณาความสามารถและการทำงานของร่างกายของบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่เรียนรู้ได้ช้าควรมีผู้ช่วยหรือได้รับโอกาสในการฝึกฝน นอกจากนี้ควรจับคู่กับผู้สูงอายุที่มีร่างกายที่สมบูรณ์

4) หากผู้สูงอายุมีระดับการท้อแท้ของร่างกายที่หลากหลายมาก จำเป็นต้องแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นระดับเริ่มต้น และระดับปานกลางหรือระดับที่ก้าวหน้าแล้ว

5) ผู้สูงอายุที่มีความกระตือรือร้นสูงไม่ควรทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

6) ควรติดป้ายชื่อ และมีการแนะนำตัวเองสั้นๆ ก่อนเริ่มกิจกรรม เพื่อพัฒนาและส่งเสริมมิติด้านสังคม

7) ควรมีกิจกรรมประมาณ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เพียงพอในการคงไว้ซึ่งความคุ้นเคยและความสนใจ และไม่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและอ่อนล้า

### 2.5.4 หลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

หลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการทำกิจกรรมนั้นทนทานการเนื่องจากประสาทรับความรู้สึทกข์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่อง ดังนั้นผู้นำกิจกรรมนั้นทนทานการจำเป็นต้องมีหลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) สังเกตว่าผู้สูงอายุได้ยินเสียงจากหูข้างไหนได้ดีกว่ากัน เมื่อมีการสื่อสารกันให้เข้าไปใกล้หูข้างที่ได้ยินมากกว่า
- 2) พยายามใช้เทคนิคการสบตา และรักษาระดับริมฝีปากของผู้นำในระดับที่มองเห็นได้ชัด ผู้นำที่เป็นเพศชายควรโกนหนวดเคราให้เรียบร้อย ส่วนเพศหญิงควรใช้ลิปสติกสีสว่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านปากของผู้นำกิจกรรมได้ง่ายขึ้น
- 3) พูดชัดเจน เสียงดัง ช้าและไม่เร็วจนเกินไป อธิบายด้วยประโยคที่กระชับเข้าใจง่าย อาจใช้เทคนิคการยกตัวอย่างมาใช้ ทั้งนี้ควรทวนคำพูดและข้อความหลายๆครั้ง โดยเฉพาะก่อนเริ่มกิจกรรม
- 4) ในกรณีใช้ป้ายแสดงตัวอักษร ควรเขียนด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
- 5) จัดกลุ่มให้อยู่ในลักษณะของวงกลมเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการฟังและการมองเห็นของผู้สูงอายุ
- 6) ใช้ชื่อในการเรียกสมาชิกกลุ่มเพื่อดึงความสนใจ
- 7) ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อแสดงความเข้าใจ

### 2.5.5 เทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพ

เทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นทนทานการเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยปราศจากการบังคับก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน สบายใจ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่การบรรลุจุดประสงค์ของกิจกรรม (Hawkins, 2009; Leitner and Leitner, 2004) ซึ่งเทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ใช้เทคนิคการสัมผัส และแสดงท่าทางหรือสัญลักษณ์ โดยเฉพาะการบีบมือ การยิ้มและหัวเราะเป็นวิธีสร้างแรงจูงใจที่ได้ผลดี
- 2) ควรเน้นย้ำประโยชน์ของกิจกรรมที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีไม่ควรคะยั้นคะยอ ขอร้อง บังคับผู้สูงอายุ
- 3) สร้างความรู้สึกปลอดภัยโดยอธิบายถึงอุปกรณ์ที่ใช้มีน้ำหนักเบา ไม่คม กิจกรรมไม่มีการปะทะ เพื่อลดความรู้สึกกลัว ไม่สมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) ควรแบ่งกิจกรรมเป็นกิจกรรมย่อย ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้ควบคุมกิจกรรมย่อยนั้น จนเกิดความรู้สึกบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และมองตนเองในแง่บวก
- 5) ใช้เทคนิคการมอบหมายให้เป็นผู้นำกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

6) ค้นหาผู้สูงอายุที่สามารถจูงใจให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คน โดยให้ผู้สูงอายุเป็นคู่แรกในการทำกิจกรรม และเข้าไปเชิญชวนเพื่อนในกลุ่มคนอื่นเป็นต้น

7) จัดแสดงผลงานของผู้สูงอายุเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

### 2.5.6 การประยุกต์นันทนาการบำบัดมาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (วรรณภา ศิริวัชรรัตน์และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) ดังนั้นในบริบทของชุมชนนันทนาการบำบัดจึงออกมาในรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบกับชุมชนมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมนันทนาการที่หลากหลาย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ วัด โรงเรียน เป็นต้น และเป็นสถานที่ที่มีพื้นที่ใช้สอยมาก ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการในชุมชนจึงมีลักษณะเฉพาะ (Hawkins, 2009; Leitner and Leitner, 2004; Shivers, 2002) ดังนี้

1) เป็นกิจกรรมสามารถเชื่อมโยงครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุให้เข้ามามีส่วนร่วมได้ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานอย่างเต็มที่ ไม่เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ หรือคับข้องใจในการทำกิจกรรม

2) ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครั้งละหลายคนรวมถึงสมาชิกวัยอื่นที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ใช้พื้นที่กว้าง เช่น กิจกรรมเกมและกีฬา

3) เป็นกิจกรรมที่บุคคลในชุมชนสามารถเป็นผู้คิดริเริ่มขึ้นเอง ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคม เช่น งานวันเด็ก งานวัด งานบวช งานแต่งงานกีฬาชุมชน เป็นต้น

4) ชมรมผู้สูงอายุและวัด ถือเป็นองค์กรในชุมชนที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมเช่น กิจกรรมทางสังคมและวันพิเศษ การปฏิบัติธรรมการออกกำลังกาย งานอดิเรกการจัดรายการวิทยุในชุมชนกิจกรรมการท่องเที่ยว เป็นต้น

5) กิจกรรมส่งเสริมมิติด้านจิตสังคมเหมาะสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เช่น อาสาสมัครจากภาครัฐและเอกชนให้บริการเยี่ยมบ้าน (friendly visitor) โดยให้บริการนันทนาการบำบัดประเภทดนตรี การอ่านหนังสือ การนวดผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมโทรศัพท์แสดงภาพคู่สนทนาได้ถึง 9 คน (teleconference) ถูกนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้



6) ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดจากความพิการเหมาะสมสำหรับกิจกรรมนันทนาการการท่องเที่ยวที่เปิดโอกาสให้ได้พบปะผู้คน อีกทั้งยังเหมาะกับกิจกรรมงานอดิเรก การเรียนหลักสูตรสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ โดยสามารถเลือกเรียนตามความสนใจและนำไปประกอบอาชีพได้ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง

การนำนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในทุกด้านดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับการนำองค์ความรู้แนวคิดที่ได้ทบทวนและวิเคราะห์มาสร้างเป็นโปรแกรมหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้นำหลักการนันทนาการบำบัดของ Keller และ Hudson (1991) มาใช้ ดังกล่าวในลำดับต่อไป

## 2.6 หลักการนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991)

นันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) มุ่งเน้นการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้พัฒนาทักษะทางสังคมและการปรับตัว รวมถึงเสริมสร้างอารมณ์ด้านบวก ความรู้สึกมีคุณค่า และความรู้สึกมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม อันเป็นลบล้างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความหวู่ ทั้งนี้ นันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ประกอบด้วย 3 ขั้นดังนี้

### 2.6.1 การพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development)

โดยส่วนนี้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาก ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น (Piget, 1962) เป็นการปูพื้นฐานด้านการรู้คิดอย่างถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกที่เหมาะสม แบ่งเป็น 2 ขั้น คือ

#### 1) การพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development)

เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส ด้วย แสง สี เสียง สัมผัส รสชาติ และกลิ่น โดยการกระตุ้นนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองในการรับรู้ จดจำ และ การวางแผนในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ ยิ่งกว่านั้นยังก่อให้เกิดการสร้างใยประสาทเพิ่มขึ้นในสมองและระบบประสาทส่วนกลาง เพื่อที่จะมีการตื่นรู้ตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ (Elliott and Walker, 2005; Ayres, 1989 cited in Wardlaw and Stumbo, 2011) ทั้งนี้การพัฒนาการด้านประสาทสัมผัสเป็นพื้นฐานการเรียนรู้ก่อนที่บุคคลจะมีการรู้คิดที่ซับซ้อนขึ้นไป (Bott, Hershfeldt, and Cristen-Sandfort, 2008) โดยมีการศึกษากิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าสามารถลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข (Cox, Burn, and Savage, 2004; van Weert et al., 2005; Gillis, McClive-Reed, and Brown, 2009) อันเป็นการจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหวู่ ทั้งนี้การกระตุ้นประสาทสัมผัสได้แสดงดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 รายการวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่ใช้กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5

การกระตุ้นประสาทการมองเห็น	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เน้นสีสว่าง แสงกระพริบ ไฟหลากสี วัตถุสะท้อนแสง</li> <li>● อุปกรณ์ฉายภาพสะท้อนแบบวิจิตร (kaleidoscope) โคมไฟจากเส้นใยนำแสง (fiber optic lamp), กังหันลม (pinwheels), ถุงวัดทิศทางลม (wind socks)</li> <li>● รูปภาพหรือวัตถุจากบุคคลในอดีต (ไปรษณียบัตร รูปถ่าย ภาพถ่ายวิดีโอ)</li> <li>● สิ่งของหรือเครื่องใช้ที่สามารถกระตุ้นความจำและแสดงถึงความจริงในปัจจุบัน</li> </ul>
การกระตุ้นประสาทการได้ยิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพลงที่ทำให้รู้สึกต่างๆ เช่น ใจอ่อนคลาย หรือเพลงที่คุ้นเคย</li> <li>● การเคาะจังหวะ หรือ เสียงกลอง</li> <li>● เสียงรัว เช่น ลูกแซ็ก แทมบูรีน</li> </ul>
กระตุ้นประสาทสัมผัส	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ลักษณะพื้นผิวต่างๆ เช่น ขนสัตว์ โคลน กระดาษทราย เปลือกหอย พลาสติกกันกระแทก</li> <li>● ลักษณะรูปร่างต่างๆ เช่น กววย ลูกบอล กล้องสี่เหลี่ยม</li> <li>● พัดลม เครื่องสูบลม น้ำแข็ง ไม้เป่าผม</li> <li>● กล้องกระตุ้นการสัมผัส ที่มีวัตถุหลายชนิดอยู่ข้างใน เช่น ที่แปรงขนสัตว์ ยางลบ แปรงสีฟัน ไขควง เขี่ยหญ้า เป็นต้น เพื่อให้บุคคลคาดเดาจากการสัมผัสไม่ใช่การมองเห็น</li> </ul>
กระตุ้นประสาทรับรส	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ลักษณะรสชาติต่างๆ ที่ชัดเจน เช่น อบเชย ช็อคโกแลต น้ำมะนาว กาแฟ ข้าวโพดข้าว</li> <li>● ร้านอาหารต่างชาติ เช่น ร้านอาหารจีน ร้านอาหารแม็กซิกัน นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความน่าสนใจ รสชาติ เนื้อสัมผัส ความทรงจำเกี่ยวกับการเตรียมและประกอบอาหาร</li> </ul>
กระตุ้นประสาทได้กลิ่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>● น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นเฉพาะ เช่น อบเชย ลาเวนเดอร์ วนิลา สาระแหน่ มะพร้าว</li> <li>● อาหาร เช่น เนยถั่ว แท่งอบเชย อาหารหมักดอง</li> </ul>

ที่มา: Vozzella (2007)

2) การพัฒนาโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play)

เป็นขั้นที่ใช้การจินตนาการในการสร้างสรรค์ เปลี่ยนแปลงบุคคล วัตถุ หรือสถานการณ์ โดยบุคคลใช้การแสดงออกทางภาษาและการเคลื่อนไหว เพื่อสามารถสื่อสารออกมาได้อย่างชัดเจน (Schaefer, 1993 cited in Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011) กล่าวคือเป็นขั้นที่ใช้ภาษา ท่าทาง สิ่งสมมุติ สัญลักษณ์ อุปกรณ์สิ่งของรอบตัวมาจัดกระทำ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการของแต่ละบุคคลทำให้บุคคลสามารถเข้าใจความเป็นจริง (Schaefer, 1993 cited in Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011)

อีกทั้งในขั้นพัฒนาด้านการรู้คิดยังรวมถึงการสอดแทรกกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น กามีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม เนื่องจากเกมที่มีกฎกติกา (Game with rule) เกมที่ต้องอาศัยความร่วมมือ (cooperative game) มีส่วนในการพัฒนาการรู้คิด โดยที่เกมควรมีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ภายใต้การยอมรับในกฎกติกาของเกม มุ่งเน้นความร่วมมือและส่งเสริมการแข่งขัน ทั้งนี้เกมชนิดนี้ให้ความสำคัญต่อจุดมุ่งหมายของกลุ่มมากกว่าจุดมุ่งหมายของแต่ละคน อีกทั้งเนื่องจากกฎกติกาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเข้าใจกับบรรทัดฐานทางสังคม (Keller and Hudson, 1991) นั้นแสดงถึงการพัฒนาทักษะทางสังคมในขั้นนี้

การพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development) ในแต่ละขั้นจะเกิดกระบวนการรับข้อมูล (assimilation) และการปรับและจัดระบบข้อมูลที่ได้รับ (accommodation) ซึ่งทั้ง 2 กระบวนการจำเป็นต้องมีความสมดุลกันเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาการรู้คิดไปสู่ขั้นที่สูงขึ้น (Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011) โดยการรับข้อมูลเป็นกระบวนการทางสมองในการรับประสบการณ์และข้อมูลใหม่ เข้ามาสะสมเก็บไว้กับวิธีคิดแบบเดิม ส่วนการปรับและจัดระบบ คือกระบวนการทางสมองในการปรับประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ใหม่ให้เข้ากันเป็นระบบ เกิดการรู้คิดใหม่ขึ้น เพื่อที่จะสามารถอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นได้

โดยสรุปกระบวนการดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ในส่วนของขั้นต่อไปคือการค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) และขั้นพัฒนาความสามารถ (competence-effectance development) ทั้งสองขั้นเป็นขั้นที่เน้นความสำคัญด้านจิตใจ นำไปสู่การประสบความสำเร็จในขั้นสูงสุดของมนุษย์ นั่นคือการได้รับการยอมรับ (self-actualization)

### 2.6.2 การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking)

ขั้นการค้นหาสิ่งกระตุ้นอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า ประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เกิดขึ้นเมื่อบุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว และตอบสนองสิ่งกระตุ้น

นั้นเพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน จำเป็นต้องประกอบด้วย 3 หลักการดังนี้ คือ

- 1) บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองของสิ่งกระตุ้นที่ตนได้รับ
- 2) สิ่งกระตุ้นดังกล่าวต้องประกอบด้วยสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่แน่ใจ เช่น ความแปลกใหม่ ความน่าสนใจ ความตื่นเต้น เป็นต้น
- 3) การกระตุ้นที่เกิดขึ้นจะต้องท้าทายยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้

โดยสรุปกล่าวได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวควรมีความท้าทายและแปลกใหม่เพียงพอที่จะกระตุ้นผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใจ ไม่แน่ใจ และสนุกสนาน เนื่องจากกิจกรรมมีตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับท้าทายความสามารถขึ้นไปอีกระดับ นำไปสู่ขั้นต่อไปคือขั้นพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development)

### 2.6.3 การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่ากิจกรรมควรมีหลายระดับตั้งแต่ระดับง่าย ไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกถูกกระตุ้นและถูกจูงใจด้วยความต้องการของตนเองในทดสอบสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหา และบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตนเอง โดยอาศัยทักษะ การสังเกตสิ่งแวดล้อม การลงมือแก้ปัญหา และการสังเกตผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะ มีความชำนาญ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลในทางตรงข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อมและเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย

ดังนั้นนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวก สร้างการรู้จักทางสังคมที่ถูกต้อง ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความหวาดหวั่น นอกจากแนวคิดนันทนาการแล้ว ในงานวิจัยนี้ยังนำองค์ประกอบของการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความหวาดหวั่นดังกล่าวมาข้างต้นผสมผสานกับนันทนาการบำบัด ซึ่งแสดงในลำดับต่อไป

### 3. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991)

โปรแกรมในการวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำหวู่ (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) ผสมผสานกับนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ที่มุ่งเน้นการประเมิน การค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความจำหวู่ในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว รวมถึงลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก้ไขภาวะแยกตัว และให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลายทั้งการประเมินความจำหวู่ กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง สอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ผสมผสานการพัฒนา 3 ด้าน คือ การพัฒนาด้านการรู้คิด การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 กิจกรรมที่ 1-4 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นประเมินความจำหวู่ กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผสมผสานกับหลักนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวคิดการพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development) มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านการรู้คิดที่บุคคลไม่พอใจกับสัมพันธ์ภาพที่ตนมีกับผู้อื่น โดยส่งเสริมทักษะทางสังคมที่ถูกต้อง ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการช่วยเหลือกัน สร้างความรู้สึกเชื่อใจและสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย เข้าใจสถานการณ์และบุคคลตามความเป็นจริง อันประกอบด้วยกิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ กิจกรรมยังจำได้ใหม่ กิจกรรมจิตสัมผัส และกิจกรรมการใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมติ (symbolic play and make believe play) เพื่อพัฒนาการรู้คิด คือ กิจกรรมอยากบอกตรงๆ และกิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวยังสามารถลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข (Keller and Hudson, 1991; Cox, Burn, and Savage, 2004; van Weert et al., 2005; Gillis, McClive-Reed, and Brown, 2009)

3.2 กิจกรรมที่ 5, 6, 7, 12 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นมุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งในส่วนนี้ยังสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ซึ่งผสมผสานกับนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวความคิดการค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) มุ่งเน้นการกระตุ้นผู้สูงอายุให้ค้นหาและต้องทดสอบกิจกรรมนั้น เกิดการพัฒนาอารมณ์ด้านบวกของผู้สูงอายุขึ้นทั้งความรู้สึกตื่นเต้น พอใจ และสนุกสนาน จัดการกับปัจจัยความคิดด้านลบ ความรู้สึกไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด (Keller and Hudson, 1991) กิจกรรมขั้นนี้จึงมีลักษณะแปลกใหม่และท้าทาย จำเป็นต้องนำความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ทำกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน กิจกรรมชมวิถีไทย กิจกรรมหยุดไม่ได้ และกิจกรรมงานวัด

3.3 กิจกรรมที่ 8-11 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง ผสมผสานกับนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวความคิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านการมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง โดยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะเป็นขั้นๆ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ในทางตรงกันข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมและความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย (Keller and Hudson, 1991) ซึ่งทำให้กิจกรรมมีหลายระดับตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล โดยประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมมามาชิมารำ กิจกรรมสารสัมพันธ์ กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1 และกิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปว่าโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการจัดการกับการปรับตัวที่บกพร่อง ซึ่ง Masi และคณะ (2011) กล่าวว่า เป็นวิธีที่สามารถแก้ปัญหาความรู้สึกว่าเหว่ได้ตรงจุดที่สุด แสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานบำบัด ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) เพื่อลดความรู้สึกลัวว่าเหวในผู้สูงอายุ

การพยาบาล		น้ำหนักการบำบัด (Keller and Hudson, 1991)	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	(Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013)		
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมหัวใจ ดวงเดียวกัน 90 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความ ว่าเหว</li> <li>กระตุ้นการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน</li> <li>แนะนำและให้ ความรู้</li> <li>เพื่อพัฒนาทักษะ ทางสังคม</li> <li>ส่งเสริมความรู้สึ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม</li> </ol>	<b>การพัฒนาด้าน การรู้คิด</b> (cognitive development) <b>โดย ใช้สัญลักษณ์</b> (symbolic play) เป็นขั้นที่ใช้ สิ่งของ มาจัดกระทำ ตาม จินตนาการ เป็นการ ส่งเสริมด้านสื่อสาร และการเข้าใจ สิ่งแวดล้อมตาม ความเป็นจริง	<b>กิจกรรมต้นไม้ใหญ่</b> เพื่อทำความรู้ จักกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ สัมผัสธรรมชาติและข้อมูลทั่วไปซึ่งกัน และกัน <b>เกมใบคำ</b> เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้น การใบ้สุภาษิตคำพังเพยโดยใช้ท่าทาง <b>เกมเวทดาหน้าเมือง</b> เป็นกิจกรรม กลุ่มที่เน้นจินตนาการ และการ ประยุกต์ใช้สิ่งของรอบตัวมาทดแทน สิ่งของที่หายากกำหนด
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรม จิตสัมผัส 90 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>กระตุ้นการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน</li> <li>กระตุ้นให้เกิด สัมพันธ์ภาพที่มีความ หมา</li> <li>ส่งเสริมความรู้สึ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม</li> <li>กระตุ้นให้ได้ ระบายความรู้สึ</li> </ol>	<b>การพัฒนาด้าน การรู้คิด</b> (cognitive development) <b>ด้านการพัฒนา ประสาทสัมผัส</b> (sensory development) เป็นขั้นที่ส่งเสริม การตอบสนองต่อ สิ่งแวดล้อมอย่าง ถูกต้อง และลด อารมณ์ด้านลบ	<b>แสดงภาพกิจกรรมครั้งก่อน</b> ให้ ผู้สูงอายุได้เห็นตนเองในด้านบวก <b>เกมจับ</b> มุ่งเน้นละลายพฤติกรรม ลด ความเขินอาย <b>การกระตุ้นการรับรส การได้กลิ่น และการสัมผัส</b> โดยผู้สูงอายุทั้งหมด ถูกปิดตา พร้อมได้รับการกระตุ้นที่ เหมือนกันทั้ง 3 ด้าน เปิดโอกาสให้ ช่วยกันบรรยายลักษณะสิ่งกระตุ้น เพื่อให้เกิดกระบวนการทบทวน ก่อน หาข้อสรุปร่วมกัน <b>เกมดัชนีออร์หันต์</b> มุ่งเน้นส่งเสริมการ สื่อสารการวางแผนเป็นกลุ่ม

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

	การพยาบาล	นันทนาการบำบัด	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	(Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013)	(Keller and Hudson, 1991)	
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กิจกรรม ยังจำได้ไหม 90 นาที	1. ส่งเสริมการมี ปฏิสัมพันธ์กัน 2. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคม 3. ส่งเสริม ความรู้สึกร่วมเป็นส่วน หนึ่งของกลุ่ม 4. เสริมสร้าง ความรู้สึกร่วมคลาย	การพัฒนาด้าน การรู้คิด (cognitive development) ด้านการพัฒนา ประสาทสัมผัส (sensory development) เป็นขั้นที่ส่งเสริม การตอบสนองต่อ สิ่งแวดล้อมอย่าง ถูกต้อง และลด อารมณ์ด้านลบ	เกมโป่งไธ่ยา มุ่งเน้นละลาย พฤติกรรม ลดความเขินอาย สร้าง ความสนุกสนาน การกระตุ้นการมองเห็นและการ ได้ยิน เป็นเกมทายสีที่มองเห็น รวมถึงกิจกรรมฟังเพลง และตอบ คำถามเกี่ยวกับเพลง เกมบิงโก มุ่งเน้นการกระตุ้นการ มองเห็นและการได้ยิน โดยมีเงื่อนไข หากผู้สูงอายุตอบชื่อนักร้องได้จึง สามารถวางเบี้ยบิงโก เกมเรืออารมณ์ มุ่งเน้นการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการสร้าง บรรยากาศที่ดีภายในกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 กิจกรรม ฉันอยากเป็น ซูเปอร์สตาร์ 90 นาที	1. ส่งเสริมการมี ปฏิสัมพันธ์กัน 2. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคม 3. ส่งเสริมความรู้สึกร่วม เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 4. ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง	การพัฒนาด้าน การรู้คิด (cognitive development) โดยใช้บทบาท สมมุติ (make believe play) การใช้ภาษาท่าทาง ในการส่งเสริมด้าน สื่อสารและการ เข้าใจสิ่งแวดล้อม ตามความเป็นจริง	แสดงละคร มุ่งเน้นการสื่อสาร การ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงานเป็น กลุ่ม การค้นหาความสามารถหรือ ทักษะใหม่ๆ และความรู้สึกร่วม คุณค่าในตนเอง



ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	การพยาบาล (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito- Moyet, 2013)	นันทนาการบำบัด (Keller and Hudson, 1991)	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 กิจกรรม ไม่ขาดไม่เกิน 90 นาที	1. ส่งเสริม สัมพันธภาพที่มี ความหมาย 2. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคม 3. ส่งเสริมความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 4. ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง 5. สอนและให้ คำปรึกษาให้มีทักษะใน การทำกิจกรรมยามว่าง	<b>การค้นหาสิ่ง กระตุ้น (arousal seeking)</b> มุ่งเน้นให้บุคคล ค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ อยู่รอบตัว และ ตอบสนองสิ่ง กระตุ้นนั้น เพื่อที่จะให้เกิด ความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน	<b>แสดงภาพกิจกรรมครั้งก่อน</b> ให้ ผู้สูงอายุได้เห็นตนเองในด้านบวก <b>กิจกรรมทำสลัดในขั้นที่ 1</b> เป็นการ เรียนรู้เกี่ยวกับการทำสลัด <b>กิจกรรมทำสลัดในขั้นที่ 2</b> เป็นการ เตรียมผักสลัดตามเงื่อนไขที่ผู้วิจัย กำหนด และนำความรู้ในขั้นที่ 1 มาใช้ <b>กิจกรรมทำสลัดในขั้นที่ 3</b> เป็นการ ตกแต่งสลัดของตนเองพร้อมตั้งชื่อ
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 6 กิจกรรม ชมวิดีโอไทย 90 นาที	1. ส่งเสริมการมี ปฏิสัมพันธ์กัน 2. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคม 3. ส่งเสริมความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 4. แนะนำและให้ ความรู้เกี่ยวกับแหล่ง ประโยชน์	<b>การค้นหาสิ่ง กระตุ้น (arousal seeking)</b> มุ่งเน้นให้บุคคล ค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ อยู่รอบตัว และ ตอบสนองสิ่ง กระตุ้นนั้น เพื่อที่จะให้เกิด ความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน	<b>ฐานที่ 1 เกมไข่มังกรที่รัก</b> เป็นการ ส่งต่อลูกโป่งที่มีน้ำอยู่ข้ามศีรษะ ทั้งนี้ หลังเสร็จกิจกรรมให้ผู้สูงอายุวางแผน ร่วมกัน เพื่อนำไปเล่นเกมครั้งที่ 2 <b>ฐานที่ 2 เกมอุดรูรั่ว</b> เป็นการแข่งขัน ส่งต่อขวดที่เจาะรูและมีน้ำอยู่ โดย อาศัยความเร็ว การวางแผน และ ความสามัคคี <b>กิจกรรมเที่ยวชมสวนลุมพินี</b> มุ่งเน้น ให้บุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว โดยให้ผู้สูงอายุค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ สวนลุมพินี นำมาแลกเปลี่ยนกัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	การพยาบาล (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013)	นันทนาการบำบัด (Keller and Hudson, 1991)	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7 กิจกรรม ตะเกียบ หรรษา 90 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมสัมพันธภาพ ที่มีความหมาย</li> <li>แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนาทักษะ ทางสังคม</li> <li>ส่งเสริมความรู้สึกลึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม</li> <li>ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง</li> <li>สอนและให้ คำปรึกษาให้มีทักษะใน การทำกิจกรรมยามว่าง</li> </ol>	<p><b>การค้นหาสิ่ง กระตุ้น (arousal seeking)</b></p> <p>มุ่งเน้นให้บุคคล ค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ อยู่รอบตัว และ ตอบสนองของสิ่ง กระตุ้นนั้น เพื่อที่จะให้เกิด ความรู้สึกลึกซึ้งขึ้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน</p>	<p><b>แสดงภาพกิจกรรมครั้งก่อน</b> ให้ ผู้สูงอายุได้เห็นตนเองในด้านบวก</p> <p><b>กิจกรรมตะเกียบหรรษาขั้นที่ 1</b> มุ่งเน้นให้ตอบสนองของสิ่งกระตุ้นนั้น เพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกลึกซึ้งขึ้น ซึ่งเป็นการคัดแยกเมล็ดพืช</p> <p><b>กิจกรรมตะเกียบหรรษาขั้นที่ 2</b> เป็นแข่งขันการคัดแยกเมล็ดพืชตาม เงื่อนไขที่กำหนด โดยใช้ความชำนาญ ที่มีเพิ่มขึ้นจากขั้นที่ 1 มาใช้</p> <p><b>กิจกรรมปลูกต้นไม้</b> มุ่งเน้นการที่ ทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง และ เห็นคุณค่าในตนเอง</p>
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 8 กิจกรรม มาฆิมารำ 90 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมการมี ปฏิสัมพันธ์กัน</li> <li>แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนาทักษะ ทางสังคม</li> <li>ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง</li> <li>สอนและให้ คำปรึกษาให้มีทักษะใน การทำกิจกรรมยามว่าง</li> <li>เสริมสร้างความรู้สึกลึก ซึ้งผ่อนคลาย</li> </ol>	<p><b>ขั้นพัฒนา ความสามารถ และสมรรถนะ (competence- effectance development)</b></p> <p>บุคคลต้องมีการ พัฒนาทักษะ เพื่อ ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ลด ความรู้สึกลึกลับ และเพิ่มความรู้สึกลึก มีอำนาจควบคุม</p>	<p><b>กิจกรรมรำมาฆิมารำขั้นที่ 1</b> เป็น การทำท่าประกอบเพลง เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกาย เกิด ความรู้สึกลึกซึ้งผ่อนคลาย และมีสมาธิ คุ้นเคยกับเสียงเพลงและจังหวะเพลง</p> <p><b>กิจกรรมทำรำมาฆิมารำขั้นที่ 2</b> เป็น การรำวง โดยมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุ ได้ฝึกฝน โดยเริ่มจากการปรบมือเป็น จังหวะ การเดิน ตลอดจนการเดิน อย่างมีแบบแผนพร้อมกับการรำวง</p> <p><b>กิจกรรมรำวงร่วมกันอย่างอิสระ</b></p>

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	การพยาบาล (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013)	นันทนาการบำบัด (Keller and Hudson, 1991)	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9 กิจกรรม สารสัมพันธ์ 90 นาที	1. ส่งเสริมสัมพันธภาพ ที่มีความหมาย 2. ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง 3. สอนและให้ คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้ มีทักษะในการทำ กิจกรรมยามว่าง 4. เสริมสร้างความรู้สึกลึก ผ่อนคลาย	<b>ขั้นพัฒนา ความสามารถ และสมรรถนะ (competence- effectance development)</b> บุคคลต้องมีการ พัฒนาทักษะ เพื่อ ประสบ ความสำเร็จ ส่งผล ให้ลดความรู้สึกสิ้น หวัง และเพิ่ม ความรู้สึกรับอำนาจ ควบคุม	<b>แสดงภาพกิจกรรมครั้งก่อน</b> ให้ ผู้สูงอายุได้เห็นตนเองในด้านบวกและ การมีมิตรภาพที่ดีต่อกัน <b>กิจกรรมสารสัมพันธ์ขั้นที่ 1</b> ฝึกออก กำลังกายด้วยลูกเทนนิสท่าต่างๆ <b>กิจกรรมทำสารสัมพันธ์ขั้นที่ 2</b> ออก กำลังกายด้วยลูกเทนนิสโดยนำท่าใน ขั้นที่ 1 มารวมกัน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้น ขั้นที่ 1 มารวมกัน ซึ่งมีระยะเวลาฝึกฝนให้ เกิดความชำนาญ แล้วจึงปฏิบัติเป็น รายบุคคลให้ประสบความสำเร็จอย่าง น้อย 1 แบบแผน <b>เกมลงหลุม</b> แข่งในลูกเทนนิสลงในถัง ก้นลึก
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 10 กิจกรรมสุข กันเถอะเรา 1 90 นาที	1. ส่งเสริมสัมพันธภาพ ที่มีความหมาย 2. สอนและให้ คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้ มีทักษะในการทำ กิจกรรมยามว่าง 3. ส่งเสริมการเห็น คุณค่าในตนเอง สร้าง ความรู้สึกลึกผ่อนคลาย 4. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนาทักษะ ทางสังคม	<b>ขั้นพัฒนา ความสามารถ และสมรรถนะ (competence- effectance development)</b> บุคคลต้องมีการ พัฒนาทักษะ เพื่อ ประสบ ความสำเร็จ ส่งผล ให้ลดความรู้สึกสิ้น หวัง เพิ่มความรู้สึกรับ อำนาจควบคุม	<b>แสดงภาพกิจกรรมครั้งก่อน</b> ให้ ผู้สูงอายุได้เห็นตนเองในด้านบวก <b>กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1</b> ขั้นที่ 1 ฝึกเดินลีลาศจังหวะบีกินท่า เบ สิควอล์ค (Basic walk) <b>กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1</b> ขั้นที่ 2 ฝึกเดินลีลาศจังหวะบีกินท่า นิวยอร์กบิ กิน (New York begin) <b>กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1</b> ขั้นที่ 3 ฝึกเดินลีลาศจังหวะบีกินท่า เบ สิควอล์ค (Basic walk) และ นิวยอร์กบิ กิน (New York begin)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่/ ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม/ ระยะเวลา	การพยาบาล (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito- Moyet, 2013)	นันทนาการบำบัด (Keller and Hudson, 1991)	กิจกรรมในโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 11 กิจกรรมสุข กันเถอะเรา 2 90 นาที	1. ส่งเสริม สัมพันธภาพที่มี ความหมาย 2. สอนและให้ คำปรึกษาเพื่อส่งเสริม ให้มีทักษะในการทำ กิจกรรมยามว่าง 3. ส่งเสริมการเห็น คุณค่าในตนเอง สร้าง ความรู้สึกผ่อนคลาย 4. แนะนำและให้ ความรู้ เพื่อพัฒนา ทักษะทางสังคม	<b>ขั้นพัฒนา ความสามารถ และสมรรถนะ (competence- effectance development)</b> บุคคลต้องมีการ พัฒนาทักษะ เพื่อ ประสบ ความสำเร็จ ส่งผล ให้ลดความรู้สึกสิ้น หวัง เพิ่มความรู้สึก มีอำนาจควบคุม	<b>กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 ชั้นที่ 1</b> ทบทวนลีลา ศจังหวะ บีกินท่าเบ สิควอล์ค (Basic walk) และนิวยอร์กบิ กิน (New York begin) กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 ชั้นที่ 2 ฝึก เดินลีลา ศจังหวะ บีกินท่า อันเดอร์ อาร์ม เทิร์น (Under Arm Turn) <b>กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 ชั้นที่ 3</b> ฝึกเดินลีลา ศจังหวะ บีกินท่า เบ สิควอล์ค (Basic walk) นิวยอร์กบิกิน (New York begin) และอันเดอร์ อาร์ม เทิร์น (Under Arm Turn)
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 12 กิจกรรม งานวัด 90 นาที	1. ส่งเสริม สัมพันธภาพที่มี ความหมาย 2. ดูแลให้ได้รับ กิจกรรมที่ส่งเสริมการ เห็นคุณค่าในตนเอง 3. สอนและให้ คำปรึกษาให้มีทักษะใน การทำกิจกรรมยามว่าง 4. ส่งเสริมความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 5. ประเมินความ รู้แล้ว	<b>การค้นหาสิ่ง กระตุ้น (arousal seeking)</b> มุ่งเน้นให้บุคคล ค้นหาสิ่งกระตุ้นที่ อยู่รอบตัว และ ตอบสนองสิ่ง กระตุ้นนั้น เพื่อที่จะให้เกิด ความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน	<b>แสดงภาพกิจกรรม</b> เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้เห็นการช่วยเหลือระหว่างกลุ่ม และ มิตรภาพที่พวกเขาสร้างขึ้น อีกทั้งเปิด โอกาสให้แสดงความรู้สึก <b>การจัดและตกแต่งงานเลี้ยงร่วมกัน</b> เพื่อค้นหาสิ่งแวดล่อมและต้องการ ทดสอบสิ่งแวดล้อม <b>กิจกรรมโยนห่วงชั้นที่ 1และ2</b> โยน ห่วงในระยะ 1 เมตร และ1.5 เมตร <b>การประมุขของ</b> มุ่งเน้นความตื่นเต้น แปลกใหม่ และสนุกสนาน <b>การปิดโปรแกรม</b> ให้ผู้สูงอายุระบาย ความรู้สึก ผู้วิจัยสรุปโปรแกรม

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-96 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 100 คน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ความว่าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายถึงระดับความว่าเหว่ได้ร้อยละ 46.35 และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ความว่าเหว่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอธิบายระดับภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 41.91

วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และสุพรรณ เตรียมวิศิษฎ์ (2535) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความว่าเหว่ระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ และที่อยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ มีคะแนนความว่าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปัจจัยที่ร่วมทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ เพศและอายุ ปัจจัยที่ร่วมทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา

ธรรมรุจา อุดม (2536) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 10 คนได้เข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองซึมเศร้ามลดลงและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองซึมเศร้ามลดลงและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เปรมฤดี ศรีราม (2539) ศึกษาความว่าเหว่และการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 250 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่าความว่าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่เพศ รายได้ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมี

ทำผลให้การปรับตัวของผู้สูงอายุแตกต่างกัน นอกจากนี้รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีความว่าเหว้แตกต่างกัน และการปรับตัวและความว่าเหว้ของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัยอยู่ และพบว่า ความว่าเหว้ รายได้ รวมทั้งสถานภาพสมรสที่สามารถร่วมทำนายนการปรับตัวของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชมานันท์ บัวงาม (2539) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความว่าเหว้ของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอประทิว จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 166 คน พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความว่าเหว้อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะชุมชน สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในสังคม การมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความว่าเหว้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยความว่าเหว้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับรายได้ ลักษณะชุมชน สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในสังคม ภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เพศ งานอดิเรก และลักษณะความสูญเสีย ไม่พบความสัมพันธ์กับความว่าเหว้ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังระบุว่าความว่าเหว้ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย

ธิดา มีศิริ (2541) ได้ศึกษาความว่าเหว้ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 109 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความว่าเหว้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45 โดยเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย แหล่งที่มาของรายได้ ที่แตกต่างกันมีความว่าเหว้แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความว่าเหว้สูงกว่าเพศชาย สถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยก มีความว่าเหว้มากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวมีความว่าเหว้สูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และผู้ที่มีรายได้จากบุตรหลานมีความว่าเหว้สูงกว่าผู้ที่ไม่หารายได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่ารายได้ ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหว้ และความสูญเสียมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว่าเหว้

สิริหทัย มูลฉนิชย์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว้ของผู้สูงอายุในชมรมวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานครจำนวน 673 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม รายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทาง

ลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว นอกจากนี้ผลการวิจัยระบุเพิ่มเติมว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ เพศ รายได้ และการมีส่วนร่วมในสังคมสามารถพยากรณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 52.81

วัลลภา โคลิตานนท์ (2542) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อการลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระณะเวศม์ที่มีความว่าเหวระดับสูงจำนวน 14 คน โดยกลุ่มทดลอง 7 คน ได้รับการให้คำปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1½-2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 18 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนความว่าเหวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนความว่าเหวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วริศา มัทยา (2543) ได้ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มต่อการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านป่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 38 คน ผลการวิจัยพบว่าความว่าเหวของผู้สูงอายุหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือนน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตามความว่าเหวหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Petryshen, Hawkin and Fronchak (2001) ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการทางสังคมต่อความว่าเหว โดยโปรแกรมใช้เวลา 18 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลอายุ 18-65 ปี อาศัยในชุมชนจำนวน 36 คน พบว่าความว่าเหวของกลุ่มตัวอย่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญ .01 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ .05

Banks และ Banks (2002) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยสัตว์ต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ถูกสุ่มและแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 ได้รับโปรแกรม 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยสัตว์มีความสำคัญในการลดความว่าเหวได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทั้งนี้กลุ่มที่ได้โปรแกรม 3 ครั้ง/สัปดาห์มีความว่าเหวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กิ่งแก้ว แสงสว่าง (2545) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 39 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมัย พรหมประดิษฐ์ (2546) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มโดยการประยุกต์การติดตามหลักโยนิโสมนสิการของศาสนาพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าคะแนนค่าเฉลี่ยจำนวน 12 คน สุ่มอย่างง่ายมา 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 คน ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มโดยการประยุกต์การติดตามหลักโยนิโสมนสิการของศาสนาพุทธ 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที กลุ่มควบคุม 5 คนดำเนินชีวิตตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการ ที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีอายุระหว่าง 55-65 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนได้เข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการเพื่อพัฒนาสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินทักษะการจัดการสุขภาพก่อนและหลังการทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตวิญญาณ สุขภาพด้านอารมณ์ สุขภาพด้านสังคม และสุขภาพด้านสติปัญญา ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีสุขภาพทั้ง 5 ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เต็มเพชร สุขคนาภิบาล (2546) ศึกษาและเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมนันทนาการ ในการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-65 ปี เพศหญิง จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนได้เข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า



หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีค่าความอ่อนตัว ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และค่าชไนเดอร์อินเดกซ์เทส (Schneider Index Test) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีค่าความอ่อนตัว ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และค่าชไนเดอร์อินเดกซ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมทดสอบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ฉวีวรรณ ภิรมณ์ชน (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี จำนวน 185 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.1 มีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง โดยสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้รายได้กับความว่าเหวไม่มีความสัมพันธ์กันในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เพ็ญพโยม เชนสมบัติ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน ผลการวิจัยระบุว่าความว่าเหวของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ยังพบว่าการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหว ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้าด้านความโกรธ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว่าเหวของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว

พรเพ็ญ ลำภา (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 96 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยจำนวนปัญหาสุขภาพและความว่าเหว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสำคัญทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การวิจัยได้ระบุว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ จำนวนปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และความว่าเหว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะ

ซึ่มเศร้าได้ร้อยละ 62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมไม่เพิ่มอำนาจการทำนายของภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุได้

นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในโรงพยาบาลจำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 55.5 ปานกลางร้อยละ 42.0 และมากร้อยละ 2.5 โดยสัมพันธ์ภาพครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และสถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ร้อยละ 45 ส่วนเพศ การศึกษา จำนวนครั้งในการเข้ากิจกรรมทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล

พรประเสริฐ เสือสี (2547) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการตามทฤษฎีแอนดราโกจี เพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 34 คนได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 10 วัน วันละ 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินทักษะการจัดการสุขภาพก่อนและหลังการทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองมีสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตวิญญาณ สุขภาพด้านอารมณ์ สุขภาพด้านสังคม และสุขภาพด้านสติปัญญา ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสุขภาพทั้ง 5 ด้านดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทวีศักดิ์ สว่างเมฆ (2548) ศึกษาความต้องการการจัดกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 500 คน ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 2 แห่ง จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก มีความต้องการการจัดกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

ญาดารัตน์ บาลจ่าย (2549) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่ม ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 29 คน ที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนเวศน์ จังหวัดนครศรีอยุธยา ใช้การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดซ้ำ 4 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองจำนวน 29 คนได้เข้าร่วมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่ม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วัน

ละ 1-1½ ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าความว้าเหวของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการวิจัยยังระบุว่า ค่าเฉลี่ยความว้าเหวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความว้าเหวหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) ได้ศึกษาความว้าเหว และการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความว้าเหวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดราษฎร์บูรณะ เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักโยนิโสมนสิกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนความว้าเหวสูง จำนวน 16 คน โดยกลุ่มทดลอง 8 คนได้รับโปรแกรมเพื่อลดความว้าเหวโดยใช้หลักโยนิโสมนสิกา และกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดราษฎร์บูรณะ มีความว้าเหวในระดับสูงมาก โดยเพศ ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีระดับความว้าเหวไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีความว้าเหวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการวิจัยระบุเพิ่มเติมว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความว้าเหวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวนีย์ ไหมดี (2550) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความว้าเหวในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับความว้าเหวสูงตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไปจำนวน 16 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง โดยทำการทดลอง 13 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 7 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมของชมรมปกติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนระดับความว้าเหวในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงมีความว้าเหวในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงมีความว้าเหวในระยะหลังการทดลองระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Collins และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในการลดความเหงา อ้างอิง ว่าเหว และความเครียด โดยใช้การสอนในห้องเรียนทุกสัปดาห์รวม 4 เดือน เฉลี่ย 32 ชั่วโมง (2 ชม./ครั้ง/สัปดาห์ รวม 16 สัปดาห์) ทั้งหมดมี 15 บทเรียน เป็นเรื่องของ

โภชนาการ อาหาร ความปลอดภัย การลดอุบัติเหตุในบ้าน เรื่องการเงิน การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สิน สุขภาพทั่วไป ภูมิคุ้มกันและการล้างมือ ผลของการเข้าสู่วัยสูงอายุ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายกลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมได้ประยุกต์ใช้ข้อมูล ผสมผสานแนวคิดใหม่ๆ หรือทักษะต่างๆ จากบทเรียน และทดลองทำจริง ซึ่งทำให้เกิดความชำนาญในผู้สูงอายุ มีการศึกษารูปแบบหรือกรณีตัวอย่างจากเพื่อน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 เดือน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความวิตกกังวลลดลง ความเครียดลดลง และคุณภาพดีขึ้น

Lampinen และคณะ (2006) ศึกษาระยะเวลา 8 ปี เพื่อทดสอบบทบาทของกิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างว่าเป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1224 คน ซึ่งทำกิจกรรมยามว่าง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมหัตถกรรม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างที่สูง เป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจรวมถึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง

สุพิชชา ช่มภาณี (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นคนชราบางเขน (มูลนิธิธารนุเคราะห์) กรุงเทพมหานคร จำนวน 34 คน โดยผู้สูงอายุ 34 คนได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละไม่เกิน 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปาริชาติ คำชู (2551) ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต เป็นการวิจัยกลุ่มเดียววัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต โดยผู้สูงอายุ 20 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละไม่เกิน 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Mathieu (2008) ที่สร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดโดยมุ่งเน้นความสุขและเสียงหัวเราะประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 17 ซึ่งมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์สูง โปรแกรมจัดขึ้น 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน นอกจากลดความวิตกกังวลแล้วยังสร้างความพึงพอใจให้กับชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

พัชรี แวงวรรณ (2553) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 40 คน ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มทดลอง 20 คนได้เข้า

ร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1-1½ ชั่วโมง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยระบุว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ได้ศึกษาความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวแตกต่างกันมีความผาสุกทางใจไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกทั้งความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.8

Chiang และคณะ (2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความผาสุกทางใจ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมระลึกความหลัง 8 ครั้ง ในเวลา 2 เดือน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการโปรแกรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมมีผลเชิงบวกต่อความผาสุกทางใจ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tse (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมปลูกต้นไม้ในร่มต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยโปรแกรมจัดขึ้น 8 สัปดาห์ แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรม 26 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 27 คน พบว่าความพึงพอใจในชีวิตและเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสูงขึ้นรวมถึงความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มนัญญา เอี่ยมบุตร (2554) ได้ศึกษาผลการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 45 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมงานอดิเรก และกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกาย กลุ่มทดลองที่ 2 ผู้สูงอายุเข้าร่วม กิจกรรมดนตรีและการร้องเพลง กิจกรรมการเดินรำ และกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามอิสระ ดำเนินการทดลองระยะเวลา จำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และผู้วิจัยได้ประเมินคุณภาพชีวิตของทั้ง 3 กลุ่ม ในระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ใน 3 ระยะเวลา คือ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการของกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ครบองค์ประกอบรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

Kahlbaugh และคณะ (2011) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการประเภทเกม ในกลุ่มผู้สูงอายุ 35 คน โดยสุ่มให้ได้มีส่วนร่วมในเกมวีหรือดูโทรทัศน์กับเพื่อน เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีส่วนร่วมในการเล่นเกมวีมีความรู้ความเข้าใจที่ลดลง และมีอารมณ์ด้านบวกเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูโทรทัศน์ โดย Kahlbaugh และคณะ อภิปรายว่าการเล่นเกมวีเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกสนุกสนาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในผู้สูงอายุ

Vrbanac และคณะ (2013) ได้ศึกษาผลของการบำบัดด้วยสัตว์ต่อการรับรู้ความจำในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 21 คน โดยโปรแกรมดำเนินการเป็นเวลา 6 เดือน โดยให้สุนัขอยู่เป็นเพื่อน 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 90 นาที พบว่าการบำบัดด้วยสุนัขสามารถลดความจำหว่วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sar (2012) ได้ศึกษาผลของการใช้อินเทอร์เน็ตในผู้สูงอายุ 569 คน ต่อการปรับตัวกับความจำหว่วและลดอาการจำหว่วลง พบว่าคนที่อยู่คนเดียวมักมีความจำหว่วมากกว่ากลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตในการพูดคุยติดต่อกับสังคม นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่สูงมีผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและลดความจำหว่วลง

Smith (2013) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการงานเลี้ยงดื่มชากลางวันในผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่คนเดียว และมีข้อจำกัดด้านแรงสนับสนุนทาง

สังคมต่ำ ซึ่งมีผู้ร่วมภารกิจมากกว่า 4,200 คน โดยการดำเนินกิจกรรมนันทนาการงานเลี้ยง ดื่มชากลางวัน ได้จัดกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ต้นเดือน นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนเจ้าบ้านที่ทำหน้าที่ จัดงานเลี้ยงขึ้นทุกเดือน งานเลี้ยงแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ มีความว่าเหว่ลดลงร้อยละ 80 มีความมั่นใจมากขึ้นร้อยละ 63 คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 38 และพบแพทย์ลดลงร้อยละ 26

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความว่าเหว่ในผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ท้าทาย บทบาทของพยาบาล ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ที่ผ่านมามีการนำกิจกรรมนันทนาการ บำบัดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมศิลปะบำบัด โปรแกรมดนตรีบำบัด โปรแกรมการนั่งสมาธิบำบัด โปรแกรมหัตถะบำบัด โปรแกรมงานเลี้ยงดื่มชา โปรแกรมเกมบำบัด โปรแกรมการออกกำลังกาย ซึ่งการวิจัยทั้งหมดนี้เป็นการนำกิจกรรมนันทนาการเพียงส่วนเดียวเข้ามา ใช้ จึงมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยความว่าเหว่เพียงปัจจัยเดียว เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวก เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมนันทนาการในงานวิจัยนี้แตกต่างจาก งานวิจัยที่ผ่านมา กล่าวคือเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นบนพื้นฐาน 2 องค์ประกอบหลักคือการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่และนันทนาการบำบัด โดยมีความหลากหลายในกิจกรรมนันทนาการถึง 8 ลักษณะ ทั้งกิจกรรมนันทนาการทางสังคม กิจกรรมนันทนาการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพ กิจกรรมนันทนาการงานอดิเรกและศิลปะ กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง กิจกรรมนันทนาการเกม กิจกรรมนันทนาการการเต้นรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ กิจกรรมนันทนาการการแสดง ละคร และกิจกรรมนันทนาการดนตรีและการร้องเพลง อีกทั้งโปรแกรมนี้ยังลดปัจจัยที่ก่อให้เกิด ความว่าเหว่หลายปัจจัย และยังแก้ไขความว่าเหว่ได้อย่างตรงจุด

ความว่าเหว่เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าล้มเหลวในความสัมพันธ์ที่ตนคาดหวังไว้ ดังนั้น ต้นเหตุของความว่าเหว่จึงมาจากมุมมองของบุคคล ว่าบุคคลรับรู้และประเมินตนเองรวมถึงสังคม ของตนเองอย่างไร ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ จึงตระหนักถึงความสำคัญ ของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ซึ่งโปรแกรมห่วงการพยาบาลที่มุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหว่ (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) และ นันทนาการบำบัดที่พัฒนาทักษะทางสังคม และการจัดการกับการปรับตัวที่บกพร่องด้านการรู้คิด ทางสังคมของผู้สูงอายุ (Keller and Hudson, 1991) เป็นวิธีที่สามารถแก้ปัญหาความรู้สึกลัวว่าเหว่ ได้ตรงจุดที่สุด (Masi et al., 2011) จึงถือเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลอันเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อ ลดความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 2

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำเหว (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) และแนวคิดนันทนาการบำบัดของ Keller and Hudson (1991) โดยกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการ 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทั้งนี้แนวคิดของโปรแกรม ได้แก่

**การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำเหว** ที่มุ่งเน้นการประเมิน การค้นหาสาเหตุ ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความจำเหวในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว รวมถึงลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก้ไขภาวะแยกตัว และให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลายทั้งการประเมินความจำเหว กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง สอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์

**การผสมผสานนันทนาการบำบัด** โดยจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่

- การพัฒนาด้านความรู้คิด (cognitive development) เชื่อว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของบุคคล ก่อให้เกิดการเรียนรู้อันนำไปสู่การรู้คิดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้
  - พัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้วย แสง สี เสียง สัมผัส รสชาติ และกลิ่น เพื่อที่จะมีการตื่นตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องและสมบูรณ์
  - พัฒนาการโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) เป็นการใช้ภาษา ท่าทาง สิ่งสมมุติ อุปกรณ์สิ่งของรอบตัวมาจัดกระทำ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการทำให้บุคคลสามารถเข้าใจความเป็นจริง
- การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) เป็นการค้นหาและทดสอบสิ่งกระตุ้นของบุคคล เพื่อเกิดความรู้สึกด้านบวก
- การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาทำให้เกิดความชำนาญ เพิ่มความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ความรู้คิด  
จำเหว

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน และจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 วัน ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

แบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- X หมายถึง โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
- O1 หมายถึง การประเมินความว้าเหวของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
- O2 หมายถึง การประเมินความว้าเหวของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
- O3 หมายถึง การประเมินความว้าเหวของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง การประเมินความว้าเหวของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-aged old) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อีกทั้งมีภาวะว้าเหว โดยผ่านการคัดกรองว่าว้าเหวระดับปานกลางถึงสูง รวมถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลปกติ และสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทำกิจกรรม และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-aged old) จำนวน 40 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพระเจดีย์ และ ชุมชนร่วมฤดี เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพฯ มีภาวะว่าเหวได้รับการคัดกรองว่าว่าเหวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในงานวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย คือสามารถใช้แขนขาทั้ง 2 ข้างได้เป็นปกติ

3. สามารถฟัง พูด เป็นภาษาไทยได้ และสื่อสารได้ปกติ
4. ผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น คือ มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Stage Examination-Thai: MMSE-T2002) ซึ่งแปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เกณฑ์การวัดระดับคะแนนสำหรับบุคคลที่มีสภาวะปกติ คือ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นดังนี้

- 4.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

- 4.2 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

- 4.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

5. มีคะแนนความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คือ 41-80 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความว่าเหว University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณณี นันทชัย (2534)

6. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจางานวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์
2. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาทางจิตเวช
3. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คือ เข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่า 10 ครั้ง

### การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยจากหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Polit และ Beck (2004) ได้กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน ทั้งนี้หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมและหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยเสนอประธานชุมชนพระเจดีย์และชุมชนร่วมฤดี พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแก่ประธานชุมชนอนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานขอแผนที่พร้อมรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนพระเจดีย์และชุมชนร่วมฤดีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ต้องการ
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ชุมชนว่าชุมชนใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบบวิธีจับฉลาก ได้ข้อสรุปคือชุมชนพระเจดีย์เป็นกลุ่มทดลองและชุมชนร่วมฤดีเป็นกลุ่มควบคุม
3. ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติและข้อมูลเบื้องต้นจากรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับ และประกาศเชิญชวนโดยแจกเอกสารประกาศเชิญชวนแจกตามบ้านและประกาศผ่านเสียงตามสาย หากมีผู้ใดที่อยู่ในเกณฑ์สนใจเข้าร่วมกิจกรรมสามารถแจ้งและลงชื่อกับประธานชุมชนก่อนวันนัดหมาย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามบ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมขออนุญาตทำการคัดกรองความว่าเห่อตามความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินดังต่อไปนี้

4.2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Stage Examination-Thai: MMSE-T2002) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการประเมิน 20-30 นาที

4.3 แบบประเมินความว่างเหว University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณินี นันทชัย (2534) ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการประเมินด้วยวิธีสัมภาษณ์ 30-45 นาที

5. ภายหลังจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และกลุ่มผู้สนใจแต่ไม่เข้าเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์หรือไม่ยินยอม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

5.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือมีความว่างเหวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยได้เชิญผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย หากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดูแลให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.2 กลุ่มผู้สนใจแต่ไม่เข้าเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์หรือไม่ยินยอม ผู้วิจัยได้แนะนำ ดังนี้

5.2.1 กรณีที่มีความว่างเหวในระดับต่ำ หรือร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม จะแจ้งผลการประเมินความว่างเหว แนะนำแนวทางการจัดการปัญหา และการส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลแก้ปัญหา ร่วมกันกับทีมสุขภาพ

5.2.2 กรณีประเมินแล้วไม่มีความว่างเหว ผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการให้ช่วยเหลือก่อน หากสามารถช่วยเหลือได้เบื้องต้นหรือเป็นบทบาทของพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา การแนะนำเบื้องต้น จึงให้การพยาบาลและพร้อมส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

ทั้งนี้ทั้ง 2 กรณี จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการได้ เช่น กิจกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ฝึกอบรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด และมอบคู่มือโปรแกรมแก่พยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถนำความรู้มาใช้ได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง อีกทั้งผู้วิจัยได้วางแผนจัดกิจกรรมนันทนาการขึ้นหลังการวิจัยสิ้นสุดลงแก่กลุ่มผู้สนใจและผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

6. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน จาก 70 คน ซึ่งจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 70 คนไม่พบผู้สูงอายุที่มีความว่างเหวระดับสูง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้ง

40 คนจึงมีความว่าเหวในระดับเดียวกันคือระดับปานกลาง โดยเริ่มจากการการคัดกรองผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง 20 คนจากชุมชนพระเจดีย์ ต่อมาจึงคัดกรองกลุ่มควบคุมอีก 20 คนจากชุมชนร่วมฤดี โดยการจับคู่ที่ละคู่ (Matched Pair) ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกันเป็นคู่ๆ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Polit and Beck, 2004) โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส และระดับความว่าเหวเหมือนกัน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทำนายความว่าเหวดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 เพศ เพศหญิงจะมีความว่าเหวมากกว่าเพศชาย (Pinquart and Sorensen, 2001; Savikko et al., 2005; ; Beal, 2006; Steptoe et al., 2013) นอกจากนี้ Victor และ Bowling (2012) ยังพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุเพศหญิงมักเริ่มมีความว่าเหวเพิ่มขึ้นแตกต่างจากเพศชายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้มีความเป็นไปได้สูงที่ปัจจัยด้านเพศหญิงมีปัจจัยอื่นร่วมอยู่ด้วย โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุที่มากกว่า มีร่างกายที่เสื่อมลงมากกว่า มีการหย่าร้างและอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าเพศชาย (Victor, Scambler, and Bond, 2009)

6.2 อายุ ความว่าเหวมักสูงขึ้นตามอายุ (Victor, Scambler, and Bond, 2009; Steptoe et al., 2013) มักพบความว่าเหวเป็นปกติในผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ  $\geq 80$  ปี) (Dykstra, van Tilburg, and de Jong Gierveld, 2005; Savikko et al., 2005) อายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต เพื่อนในวัยเดียวกัน และสุขภาพที่เสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ (Savikko et al., 2005; Victor, Scambler, and Bond, 2009)

6.3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ (Savikko et al., 2005; Hazer and Boylu, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2012) เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีเครือข่ายทางสังคมน้อยกว่าผู้มีการศึกษาสูง (Savikko et al., 2005)

6.4 สถานภาพสมรส โดยสถานภาพโสดหรือหย่าร้างหรือหม้าย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ (Savikko et al., 2005; Drageset et al., 2011; Hacıhasanoglu, Yildirim, and Karakurt, 2012; Newall, Chipperfield, and Bailis, 2013) จากการศึกษาของ Cacioppo และคณะ (2009) ได้กล่าวว่าการสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิต ทั้งนี้สถานะภาพหม้ายจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับปัจจัยการขาดความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างคู่ครอง (De Jong Gierveld et al., 2009) และการขาดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นหรือที่สามารถไว้วางใจได้ (intimate relationship) (Hicks, 2000) ทั้งนี้โดยเฉพาะผู้ที่การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่มี

ความหมาย หรือปราศจากเพื่อนคู่คิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไว้ใจได้ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (Theeke, 2009)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แสดงผลการจับคู่ตัวแปรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ  $\pm 4$  ปี ระดับการศึกษา และสถานะภาพสมรส

คู่ที่	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานะภาพ สมรส	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
				(n=20)	(n=20)
				อายุ	
1	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	75	77
2	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	74	73
3	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	79	76
4	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	69	68
5	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	61	62
6	หญิง	ประถมศึกษา	โสด	65	68
7	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	67	65
8	หญิง	มัธยมศึกษา	คู่	63	64
9	ชาย	มัธยมศึกษา	คู่	68	66
10	ชาย	มัธยมศึกษา	คู่	74	75
11	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	72	73
12	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	62	64
13	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	63	60
14	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	76	76
15	หญิง	ไม่ได้รับการศึกษา	หย่าหรือแยก	62	64
16	หญิง	มัธยมศึกษา	หย่าหรือแยก	76	72
17	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	61	62
18	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	63	64
19	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	73	74
20	หญิง	ประถมศึกษา	หม้าย	74	70

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหน้าที่ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 119.1/57 ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฉบับที่ 148/2557 โดยใช้หลักของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อีกทั้งได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดมีลักษณะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม

### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนจากชุมชนร่วมฤดี 20 คน และจากชุมชนพระเจด 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา คະแนนความว่าเหว และคະแนนภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> =20)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> =20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	33	5	33	10	33
หญิง	15	67	15	67	30	67
อายุ ( $\bar{X}$ =68.88, SD=5.63, Min=60, Max=69)						
60-64 ปี	6	30	6	30	12	30
65-69 ปี	5	25	5	25	10	25
70-74 ปี	6	30	6	30	12	30
75-79 ปี	3	15	3	15	6	15

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1=20)		กลุ่มทดลอง (n2=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส						
โสด	1	5	2	5	2	5
หม้าย	6	30	6	30	12	30
คู่	11	55	11	55	22	55
หย่าหรือแยก	2	10	2	10	4	10
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	5	1	5	2	5
ประถมศึกษา	15	75	15	75	30	75
มัธยมศึกษา	4	20	4	20	8	20
ศาสนา						
พุทธ	18	90	20	100	38	95
อิสลาม	2	10	-	-	2	5
โรคประจำตัว						
ไม่เคยตรวจ	1	5	-	-	1	2.5
ไม่มีโรคประจำตัว	5	25	4	20	9	22.5
มีโรคประจำตัว	14	70	16	80	30	75
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ประกอบอาชีพ	3	15	8	40	11	27.5
รับจ้าง	8	40	2	10	10	25
ค้าขาย	5	25	4	20	9	22.5
เจ้าของห้องเช่า	4	20	6	30	10	25
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอ	11	55	10	50	21	52.5
เพียงพอ	9	45	10	50	19	47.5



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1=20)		กลุ่มทดลอง (n2=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ที่มาของรายได้หลัก						
บุตรหลาน	3	15	8	40	11	27.5
การทำงาน ด้วยตนเอง	12	60	6	30	18	45
การให้เช่าห้องพัก	4	20	6	30	10	25
อื่นๆ เช่น เบี้ยยังชีพ	1	5	-	-	1	2.5
ลักษณะการอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	1	5	3	15	4	10
อยู่กับครอบครัว	19	95	17	85	36	90
คะแนนความว้าเหว ( $\bar{X}=49.93$ , $SD=5.30$ , $Min=41$ , $Max=60$ )						
ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน)	20	100	20	100	40	100
คะแนนสมรรถภาพสมอง ( $\bar{X}=26.48$ , $SD=3.85$ , $Min=20$ , $Max=33$ )						
ไม่มีภาวะสมอง เสื่อม	20	100	20	100	40	100

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความว้าเหวในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว้าเหวที่แตกต่างกันในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว รวมข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อ

1.2 แบบประเมินความว้าเหวในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความว้าเหว University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณณี นันทชัย (2534) ทั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าแสดงความเที่ยงที่เหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 13 ข้อ ทางลบ 7 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ จริงที่สุด จริงปานกลาง จริงแต่น้อย และไม่จริง โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

#### เกณฑ์ในการให้ความหมายมาตราส่วน

จริงที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นทุกวันหรือเกือบทุกวัน  
 จริงปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์  
 จริงแต่น้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นนานๆ ครั้ง  
 ไม่จริงเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้น

#### เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับความเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
จริงที่สุด	1	4
จริงปานกลาง	2	3
จริงแต่น้อย	3	2
ไม่จริงเลย	4	1

#### เกณฑ์ในการแปลความหมาย

แบบประเมินความว้าเหวมีคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน โดยแบ่งระดับความว้าเหวเป็น 3 ระดับ โดย สุพรรณณี นันทชัย (2534) ดังนี้

คะแนน 20-40 มีความว้าเหวระดับต่ำ

คะแนน 41-60 มีความว้าเหวระดับปานกลาง

คะแนน 60-80 มีความว้าเหวระดับสูง

คะแนนมาก คือ ผู้ที่มีความว้าเหวระดับสูง คะแนนน้อย คือ ผู้ที่มีความว้าเหวระดับ

ต่ำ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำหวู่ (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) และนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการ 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์

**ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดเพื่อลดความจำหวู่ในผู้สูงอายุ** มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ทบทวนวรรณกรรมโดยสืบค้นจากตำรา บทความ และเอกสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับความจำหวู่ในผู้สูงอายุทั้งในเชิงจิตวิทยาและสังคมศาสตร์ แนวคิดนันทนาการบำบัดในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ นำไปสู่แนวทางการสร้างกิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมและสามารถลดความจำหวู่ในผู้สูงอายุได้

**ขั้นตอนที่ 2** นำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์มาสร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำหวู่ (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) และนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1-4 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นประเมินความจำหวู่ กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้หลักนันทนาการบำบัดเพื่อพัฒนาด้านความรู้คิด (cognitive development) มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านความรู้คิดที่บุคคลไม่พอใจกับสัมพันธภาพที่ตนมีกับผู้อื่น โดยส่งเสริมทักษะทางสังคมที่ถูกต้อง ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน และการช่วยเหลือกัน สร้างความรู้สึกเชื่อใจและสัมพันธภาพที่มีความหมาย กิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 สามารถลดอาการเบื่อหน่าย ก้าวร้าว โศกเศร้า และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งเพิ่มความรู้คิดด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข (Keller and Hudson, 1991; Cox, Burn, and Savage, 2004; van Weert et al., 2005; Gillis, McClive-Reed, and Brown, 2009) ทั้งนี้การพัฒนาคำรู้คิดได้ต้องอาศัยการพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมยังจำได้ใหม่ กิจกรรมจิตสัมผัส และการใช้

สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) เพื่อพัฒนาการรู้คิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมอยากบอกตรงๆ และกิจกรรมฉันทายากเป็นซูเปอร์สตาร์

กิจกรรมที่ 5, 6, 7, 12 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นมุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งในส่วนนี้ยังเพิ่มการสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ซึ่งผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักนันทนาการบำบัดการค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) โดยกิจกรรมมีลักษณะแปลกใหม่และท้าทาย จำเป็นต้องนำความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ ดังนั้นจึงเป็นการกระตุ้นผู้สูงอายุให้ค้นหาและต้องทดสอบกิจกรรมนั้น เกิดการพัฒนาอารมณ์ด้านบวกของผู้สูงอายุขึ้นทั้งความรู้สึกตื่นเต้น พอใจ และสนุกสนาน จัดการกับปัจจัยความคิดด้านลบ ความรู้สึกไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด (Keller and Hudson, 1991) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน กิจกรรมชมวิถีไทย กิจกรรมหยุดไม่ได้ และกิจกรรมงานวัด

ในกิจกรรมที่ 8-11 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้น กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เสริมสร้างความรู้สึกล้นอกคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง ผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้หลักนันทนาการบำบัด การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) ซึ่งทำให้กิจกรรมมีหลายระดับตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านการมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ เห็นคุณค่าในตนเองลดลง โดยกิจกรรมจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะเป็นขั้นๆ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ในทางตรงกันข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมและความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย (Keller and Hudson, 1991) โดยประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมมามาชิมารำ กิจกรรมสารสัมพันธ์ กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1 และกิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมให้ผู้มีความว่าเหวมีส่วนร่วมกับกิจกรรมจึงสามารถลดความว่าเหวได้ เนื่องจากแต่ละกิจกรรมมุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวแตกต่างกัน นอกจากนี้โปรแกรมดังที่กล่าวมาข้างต้น การจัดทำคู่มือดำเนินกิจกรรมเป็นเรื่องสำคัญอันเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำคู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนี้ขึ้นเพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล รวมถึงแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนี้ขึ้นเพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล

คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนี้ขึ้นเพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลประกอบด้วย ความหมายและประโยชน์ของนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุ หลักการโปรแกรมนี้ขึ้นตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ตารางโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด 12 ครั้ง การเตรียมผู้สูงอายุและสถานที่ และรายละเอียดขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยกิจกรรมนันทนาการแต่ละครั้งมีเนื้อหา ดังนี้คือ ชื่อกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม สาระสำคัญ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม สื่อและอุปกรณ์ รายละเอียดขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรม ภาพแสดงขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

2) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) แปลและพัฒนาโดย วิจิตรา เปรมปรี (2550) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ ทางลบ 8 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

**เกณฑ์ในการให้ความหมายมาตราส่วน**

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

### เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับความเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองมีคะแนนตั้งแต่ 18-72 คะแนน โดยผู้วิจัยได้กำหนดให้มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าร้อยละ 60 เป็นเกณฑ์กำกับการทดลอง ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 42 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ทั้งนี้การประเมินจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 10 เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถลดความวิตกกังวลได้

### 3) แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างเพื่อเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยกำกับการทำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการประเมินการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง ดังนี้คือ

- (1) ผู้สูงอายุจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 10 ครั้ง คิดเป็น มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมด
- (2) ผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของแต่ละกิจกรรมได้ครบ ตามที่ระบุไว้ในแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

**ขั้นตอนที่ 3** นำคู่มือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ต่อมาจึงนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 5 คน ดังนี้

- 1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 คน

1.1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน

1.1.4 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมนันทนาการ 2 คน

1.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ดังต่อไปนี้

1.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีคำแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข

1.2.2 แบบประเมินความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ข้อ 2 ปรับคำถามเป็น จริงไหมถ้าถามว่าขณะนี้ท่านไม่ค่อยมีเพื่อน

เลย

ข้อ 4 ปรับคำถามเป็น ขณะนี้ท่านรู้สึกเหงาบ้างไหม

ข้อ 4 ปรับตัวเลือกเป็น เหงาตลอดเวลา

ข้อ 7 ปรับคำถามเป็น ในขณะนี้ท่านมีคนสนิทชิดชอบมากไหม

ข้อ 8 ปรับคำถามเป็น เวลาที่ท่านคิดอะไรพูดอะไร คนในบ้านหรือใน

ชุมชนสนใจฟังความเห็นของท่านไหม

ข้อ 11 ปรับคำถามเป็น ท่านมีความรู้สึกไม่มีใครเอาใจใส่ดูแลท่าน

เลยไหม

ข้อ 14 ปรับตัวเลือกเป็น รู้สึกตลอดเวลา

ข้อ 16 ปรับคำถามเป็น ท่านรู้สึกว่ามีความเข้าใจและรู้จักท่านจำนวน

มากน้อยเท่าไร

1.2.3 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนันทนาการ เพื่อลดความว้าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล ควรระบุจุดประสงค์เฉพาะให้มุ่งเน้นแก้ปัญหาความว้าเหว และเพิ่มเวลาพักไปในโปรแกรมเป็น 10-15 นาทีรวมถึงปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยเริ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรมด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และแต่ละกิจกรรมควรมีความหลากหลาย สร้างกิจกรรมโดยไม่ขึ้นกับทฤษฎีเดียวทำให้ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนอิริยาบถ ทั้งนี้ในการสรุปแต่ละกิจกรรมควรมีข้อคิดให้ผู้สูงอายุและเมื่อออกจากกิจกรรมแล้วส่วนนี้จะคงอยู่กับผู้สูงอายุ

1.2.4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ในข้อคำถามที่กล่าวอ้างถึงผู้อื่นให้ผู้ประเมินอธิบายให้ผู้สูงอายุฟังว่าผู้อื่นเป็นใคร เป็นครอบครัวหรือเพื่อนหรือสังคม

1.2.5 แบบประเมินการทำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรม ไม่มีการปรับปรุงแก้ไข

1.3 ภายหลังจากการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมและถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง จึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า 0.80 โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับความเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004)

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย   |
| 2 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม  |

สูตรการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

**ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถสรุปได้ดังนี้**

1) แบบประเมินความว้าเหว University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลง มีผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI = 0.9

2) โปรแกรมบันทึกการบำบัด ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของทุกกิจกรรม ตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนวิธีการปฏิบัติกิจกรรม อุปกรณ์ที่ใช้ ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผล โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอให้ปรับปรุงโปรแกรมบันทึกการบำบัด ดังต่อไปนี้ คือ ปรับปรุงวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมให้มีความเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาความว้าเหว ปรับกระบวนการในการจัดกิจกรรมให้เริ่มด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และกิจกรรมแต่ละครั้งควรมีความหลากหลาย



3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) แปลและพัฒนาโดย วิจิตรา เปรมปรี (2550) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ มีผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา  $CVI = 0.89$

## 2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุต่างชุมชนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในกรณีแบบประเมินมีอยู่แล้วและนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2005)

ในส่วนของโปรแกรมบันทึกการบำบัด เมื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุต่างชุมชนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของลักษณะกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์และสื่อที่ใช้ทำกิจกรรม

### ผลการตรวจสอบความเที่ยงสามารถสรุปได้ดังนี้

1) แบบประเมินความเหงา University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลง มีค่าความเที่ยง 0.92

2) โปรแกรมบันทึกการบำบัด ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ได้ผ่านการทดลองใช้ และพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ทุกกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์และสื่อมีความเหมาะสม นอกจากนี้พบว่าการอธิบายกติกาและการสอนสาธิตเมื่อเริ่มกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเข้าใจและเพลิดเพลินในกิจกรรม

3) แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) แปลและพัฒนาโดย วิจิตรา เปรมปรี (2550) ที่ผู้วิจัยนำมาดัดแปลง มีค่าความเที่ยง 0.83

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมในการวิจัยที่ชุมชนพระเจดีย์และชุมชนร่วมฤดี โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด โดยเพิ่มพูนความรู้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ และได้ผ่านการเรียนวิชาการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย รวมถึงได้เข้าร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการของชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากนักนันทนาการเกี่ยวกับวิธีและเทคนิคการจัดกิจกรรมนันทนาการ ทั้งนี้ในส่วนกิจกรรมที่ใช้ทักษะเฉพาะ คือ กิจกรรมลีลาศ ผู้วิจัยได้เข้ารับการฝึกปฏิบัติกับอาจารย์สอนลีลาศระดับมัธยมศึกษา

1.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือวิจัยโดยทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ แบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดเพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล แบบประเมินการเห็นคุณค่า และแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการในตนเอง รวมถึงการเตรียมสื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมนันทนาการบำบัด

1.3 การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยเตรียมสถานที่โดยขออนุญาตผู้ดำเนินการสถานที่เลี้ยงเด็กกิติมาศเนอริสเซอร์และประธานชมรมผู้สูงอายุชุมชนพระเจดีย์ เพื่อขอใช้สถานที่ลานอเนกประสงค์ในการจัดกิจกรรม

1.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกอบรมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ แบบประเมินความว่าเหว แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินในแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้ฝึกการใช้แบบประเมินดังกล่าวแก่ผู้ช่วยวิจัย รวมถึงการฝึกอบรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดทั้ง 12 กิจกรรม ก่อนเก็บข้อมูลจริง

## 2. ขั้นตอนก่อนดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอประธานชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.2 ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากประธานชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แก่ประธานชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือระหว่างลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ศักยภาพหาเบื้องต้น และเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำมาคัดกรองเบื้องต้นก่อนลงพื้นที่จริง

2.3 ผู้วิจัยลงพื้นที่จริงและสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน

2.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ภายหลังจากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความจำเหว่ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับคำปรึกษา การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับสิทธิในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่จัดขึ้น โดยผู้วิจัยหลังการวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง

2.5 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ (Matched Pair) ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกันเป็นคู่ๆ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Polit and Beck, 2004) โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส และระดับความจำเหว่เหมือนกัน ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายความจำเหว่ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

## 3. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเช่นกันในกระบวนการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเวลาของโปรแกรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2557 ถึง 23 ตุลาคม 2557 มีขั้นตอนดังนี้

### 3.1 กลุ่มควบคุม

3.1.1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เป็นรายบุคคลที่บ้าน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง

3.1.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี คือ การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมขอความร่วมมือเพื่อทำการประเมินความจำเหว่ก่อนการทดลอง (Pretest) อีกทั้งทำการนัดหมายเพื่อประเมินความจำเหว่ครั้งต่อไป หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

3.1.3 สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความจำเหว่หลังการทดลอง (Posttest) เป็นรายบุคคลที่บ้าน ให้ข้อมูลแนวทางในการเผชิญความจำเหว่แก่ผู้สูงอายุ และญาติ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สาธารณสุข 16 เป็นต้น พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบ จากนั้นมอบของที่ระลึกพร้อมกล่าวคำขอบคุณ

### 3.2 กลุ่มทดลอง

3.2.1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง พร้อมสอบถามระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยที่ผู้สูงอายุสะดวก

3.2.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี คือ การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการจัด โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

3.2.3 สัปดาห์ที่ 1-6 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดที่ได้สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการ 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 10.30 น. ถึง 12.00 น. ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 “กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน”

ผู้วิจัยประเมินความจำเหว่ก่อนการทดลอง (Pretest) และให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่พร้อมกระตุ้นให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริง โดยใช้ภาษา ท่าทาง

สัญญาณลักษณะ อุปกรณ์ และสิ่งของรอบตัว เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความเข้าใจ การปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 “กิจกรรมจิตสัมผัส”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นการรับรส การได้กลิ่น และการสัมผัส เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความเข้าใจ การปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ ลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 “กิจกรรมยังจำได้ไหม”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นการมองเห็นและการได้ยิน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความเข้าใจ การปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ ลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 “กิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริง โดยใช้บทบาทสมมติ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความเข้าใจ การปรับตัว และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ ลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะ

เปิดเผยตนเอง รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 5 “กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกสนใจในสิ่งแวดล้อม เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข เป็นต้น รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การสื่อสารระหว่างกัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งเกิดทักษะการทำกิจกรรมยามว่าง พร้อมความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 6 “กิจกรรมชมวิถีไทย”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกสนใจในสิ่งแวดล้อม เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข เป็นต้น รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การสื่อสารระหว่างกัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งประโยชน์ใหม่และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นภายนอกชุมชน โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 7 “กิจกรรมตะเกียบหรรษา”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกสนใจในสิ่งแวดล้อม เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข เป็นต้น รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การสื่อสารระหว่างกัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งเกิดทักษะการทำกิจกรรมยามว่าง พร้อมความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### **สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 8 “กิจกรรมรำมาชิมาชิ”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว่พร้อมกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัว เพิ่มพูน

ทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และผ่อนคลาย ผ่านการเคลื่อนไหวพร้อมเสียงเพลง อีกทั้งทำให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่างอีกด้วย โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

#### **สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 9 “กิจกรรมสารสัมพันธ์”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจพร้อมกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัว เพิ่มพูนทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และผ่อนคลาย ภาควิชาใจและเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

#### **สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 10 “กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจพร้อมกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัว เพิ่มพูนทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และผ่อนคลาย ผ่านการเคลื่อนไหวพร้อมเสียงเพลง อีกทั้งทำให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่างอีกด้วย โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

#### **สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 11 “กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2”**

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจพร้อมกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัว เพิ่มพูนทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกดีต่อตนเองให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และผ่อนคลาย ผ่านการเคลื่อนไหวพร้อมเสียงเพลง อีกทั้งทำให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่างอีกด้วย โดยจัด

กิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

### สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 12 “กิจกรรมงานวัด”

ผู้วิจัยให้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกลัวหรือวิตกกังวลระดับความวิตกกังวลและความรู้สึกสนใจในสิ่งแวดล้อม เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข เป็นต้น รวมถึงส่งเสริมทักษะทางสังคม การสื่อสารระหว่างกัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม การวางแผน และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งเกิดทักษะการทำกิจกรรมยามว่าง พร้อมความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ โดยจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นรายกลุ่ม รวมเวลา 90 นาที ตามคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ทั้งนี้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดครั้งที่ 12 ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้สึกว่าเหวหลังการทดลอง (Post-test) และมอบของที่ระลึกพร้อมกล่าวคำขอบคุณ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังในภาพที่ 3

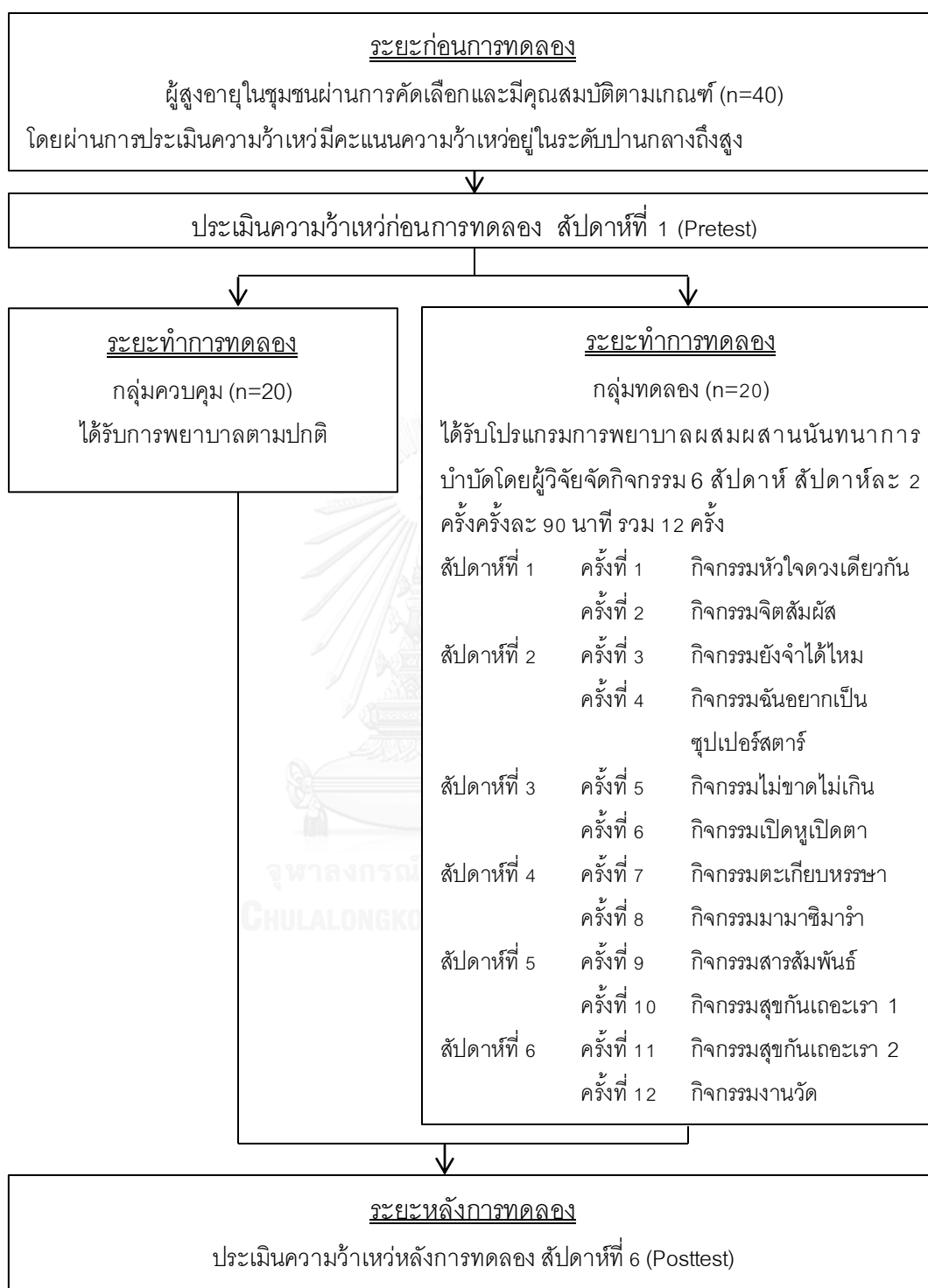
### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ซึ่งโปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปโดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดของตัวแปรที่มีระดับการวัดต่างกัน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)



### แผนผังสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหง่ของผู้สูงอายุ คือวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลองสิ้นสุดลง 1 ครั้ง ทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นจึงนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความว่าเหง่ที่วัดได้ ภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 40 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพระเจน และ ชุมชนร่วมฤดี เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพฯ ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะว่าเหง่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ทำการจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหง่นำเสนอเป็นรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหง่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 6-7

**ส่วนที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหง่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 คะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนความว่าเหว			
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ผสมผสานนันทนาการบำบัด (n=20)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	55	57	43	36
2	57	55	56	42
3	52	56	56	46
4	50	54	51	33
5	45	55	50	41
6	47	46	51	42
7	43	42	41	32
8	45	49	59	42
9	52	52	44	36
10	47	52	51	46
11	60	59	49	40
12	46	40	53	43
13	53	54	47	33
14	58	62	47	38
15	60	58	46	33
16	52	54	52	39
17	42	38	46	28
18	48	45	50	33

ตารางที่ 6 (ต่อ)

คู่ที่	คะแนนความว้าเหว่			
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ผสมผสานนันทนาการบำบัด (n=20)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
19	44	42	57	44
20	42	44	50	39
Min	42	38	41	28
Max	60	62	59	46
Mean	49.90	50.70	49.95	38.30
SD	5.89	6.96	4.79	5.10

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองได้คะแนนระหว่าง 42-60 คะแนน (Mean = 49.90, SD = 5.89) หลังการทดลองได้คะแนนระหว่าง 38-62 คะแนน (Mean = 50.70, SD = 6.96)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด พบว่าก่อนทดลองได้คะแนนระหว่าง 41-59 คะแนน (Mean = 49.95, SD = 4.79) หลังการทดลองได้คะแนนระหว่าง 28-46 คะแนน (Mean = 38.30, SD = 5.10)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

คะแนนความจำเหว	N	Mean	Standard Deviation	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	20	49.95	4.79	19	13.71	.000
หลังการทดลอง	20	38.30	5.10			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดก่อนการทดลองเท่ากับ 49.95 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 38.30 คะแนน และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด มีความความจำเหวลดลง

**ส่วนที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความว่าเหว	N	Mean	Standard Deviation	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มควบคุม	20	49.95	4.79	38	.029	.977
กลุ่มทดลอง	20	49.90	5.89			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มควบคุม	20	50.70	6.96	38	.643	.000
กลุ่มทดลอง	20	38.30	5.10			

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนก่อนการทดลองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 49.95 คะแนน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดเท่ากับ 49.90 คะแนน และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 50.70 คะแนน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดเท่ากับ 38.30 คะแนน และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความรู้สึกว่าเหงาในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คนดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเหงา ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
2. กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเหงา ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหงาของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหงาของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกเหงาของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดลดลง
2. ความรู้สึกเหงาของผู้สูงอายุหลังรับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-aged old) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อีกทั้งมีภาวะเหงา โดยผ่านการคัดกรองว่าเหงาระดับปานกลางถึงสูง รวมถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลปกติและสามารถสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการเจ็บป่วย

รุนแรงและมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทำกิจกรรม และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle-aged old) จำนวน 40 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพระเจดีย์ และ ชุมชนร่วมฤดี เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพฯ มีภาวะว่าเหวได้รับการคัดกรองว่าว่าเหวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย คือสามารถใช้แขนขาทั้ง 2 ข้างได้เป็นปกติ
  3. สามารถฟัง พูด เป็นภาษาไทยได้ และสื่อสารได้ปกติ
  4. ผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น คือ มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Stage Examination-Thai: MMSE-T2002) ซึ่ง แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เกณฑ์การวัดระดับคะแนนสำหรับบุคคลที่มีสภาวะปกติ คือ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นดังนี้
    - 4.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
    - 4.2 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
    - 4.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
  5. มีคะแนนความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คือ 41-80 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความว่าเหว University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณณี นันทชัย (2534)
6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
7. ไม่มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาทางจิตเวช
8. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย



### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมและหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยเสนอประธานชุมชนพระเจดีย์และชุมชนร่วมฤดี พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแก่ประธานชุมชนอนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานขอแผนที่พร้อมรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนพระเจดีย์และชุมชนร่วมฤดี

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ชุมชนว่าชุมชนใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบบวิธีจับฉลาก ได้ข้อสรุปคือชุมชนพระเจดีย์เป็นกลุ่มทดลองและชุมชนร่วมฤดีเป็นกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติและข้อมูลเบื้องต้นจากรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับ และประกาศเชิญชวนโดยแจกเอกสารและผ่านเสียงตามสาย หากมีผู้ใดที่อยู่ในเกณฑ์สนใจเข้าร่วมกิจกรรมสามารถแจ้งและลงชื่อกับประธานชุมชนก่อนวันนัดหมาย

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามบ้าน โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์พร้อมขออนุญาตทำการคัดกรองความว่าเหตุตามความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินดังต่อไปนี้

4.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Stage Examination-Thai: MMSE-T2002) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการประเมิน 20-30 นาที

4.2 แบบประเมินความว่าเหว่ University of California, Los Angeles Loneliness Scale version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ นันท์ชัย (2534) ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการประเมินด้วยวิธีสัมภาษณ์ 30-45 นาที

5. ภายหลังจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และกลุ่มผู้สนใจแต่ไม่เข้าเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์หรือไม่ยินยอม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

5.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือมีความว่าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยได้เชิญผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย หากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดูแลให้ลงนามยินยอม

5.2 กลุ่มผู้สนใจแต่ไม่เข้าเกณฑ์หรือไม่ผ่านเกณฑ์หรือไม่ยินยอม ผู้วิจัยได้แนะนำ ดังนี้

5.2.1 กรณีที่มีความว่าเหวในระดับต่ำ หรือร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม จะแจ้งผลการประเมินความว่าเหว แนะนำแนวทางการจัดการปัญหา และการส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลแก้ปัญหา ร่วมกันกับทีมสุขภาพ

5.2.2 กรณีประเมินแล้วไม่มีความว่าเหว ผู้วิจัยจะสอบถามถึงปัญหาสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุต้องการให้ช่วยเหลือก่อน หากสามารถช่วยเหลือได้เบื้องต้นหรือเป็นบทบาทของพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา การแนะนำเบื้องต้น จึงให้การพยาบาลและพร้อมส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

ทั้งนี้ทั้ง 2 กรณี จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม นั้นนันทนาการได้ เช่น กิจกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ฝึกอบรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด และมอบคู่มือโปรแกรมแก่พยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถนำความรู้มาใช้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง อีกทั้งผู้วิจัยได้วางแผนจัดกิจกรรมนันทนาการขึ้นหลังการวิจัยสิ้นสุดลงแก่กลุ่มผู้สนใจและผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

6. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน จาก 70 คน ซึ่งจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 70 คนไม่พบผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวระดับสูง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คนจึงมีความว่าเหวในระดับเดียวกันคือระดับปานกลาง โดยเริ่มจากการการคัดกรองผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง 20 คนจากชุมชนพระเจดีย์ ต่อมาจึงคัดกรองกลุ่มควบคุมอีก 20 คนจากชุมชนร่วมฤดี โดยการจับคู่ที่ละคู่ (Matched Pair) ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกันเป็นคู่ๆ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Polit and Beck, 2004) โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส และระดับความว่าเหวเหมือนกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ทดลอง ดังนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวที่แตกต่างกันในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว รวมข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความว่าเหว University of California Loneliness Scale, Los Angeles version 3 ของ Russel (1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันทชัย (2534) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าแสดงความเที่ยงที่เหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 13 ข้อ ทางลบ 7 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ จริงที่สุด จริงปานกลาง จริงแต่น้อย และไม่จริง โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุมาดัดแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุของการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

### 2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการ 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นคู่มือการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย โดยมีชื่อว่า “คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดเพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล” แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนันทนาการบำบัด เพื่อลดความหวาดเหวในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย ความหมายและประโยชน์ของนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุ หลักการโปรแกรมนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความหวาดเหว ตารางโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด 12 ครั้ง การเตรียมผู้สูงอายุและสถานที่ และรายละเอียดขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยกิจกรรมนันทนาการแต่ละครั้งมีเนื้อหา ดังนี้คือ ชื่อกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม สาระสำคัญ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม สื่อและอุปกรณ์ รายละเอียดขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรม ภาพแสดงขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

2.2 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) แปลและพัฒนาโดย วิจิตรา เปรมปรี (2550) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ ทางลบ 8 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้กำหนดให้มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าร้อยละ 60 เป็นเกณฑ์กำกับการทดลอง ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 44 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ซึ่งการประเมินจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 10 เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถลดความหวาดเหวลงได้

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความหวาดเหวในผู้สูงอายุมาดัดแปลงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความหวาดเหวในผู้สูงอายุของการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

2.3 แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างเพื่อเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยกำกับการทำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการประเมินการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง ดังนี้คือ

2.3.1 ผู้สูงอายุจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 10 ครั้ง คิดเป็น มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมด

2.3.2 ผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของแต่ละกิจกรรมได้ครบ ตามที่ระบุไว้ในแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นตอนก่อนดำเนินการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอประธานชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากประธานชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แก่ประธานชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือระหว่างลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ศึกษาปัญหาเบื้องต้น และเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำมาคัดกรองเบื้องต้นก่อนลงพื้นที่จริง

1.3 ผู้วิจัยลงพื้นที่จริงและสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ภายหลังจากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความจำ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับคำปรึกษา การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับสิทธิในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่จัดขึ้น โดยผู้วิจัยหลังการวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง

1.5 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ (Matched Pair) ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกันเป็นคู่ๆ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Polit and Beck, 2004)

### 2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเวลาของโปรแกรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน 2557 ถึง 23 ตุลาคม 2557 มีขั้นตอนดังนี้

## 2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เป็นรายบุคคลที่บ้าน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง

2.1.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี คือ การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมขอความร่วมมือเพื่อทำการประเมินความจำเหว่ก่อนการทดลอง (Pretest) อีกทั้งทำการนัดหมายเพื่อประเมินความจำเหว่ครั้งต่อไป หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

2.1.3 สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความจำเหว่หลังการทดลอง (Posttest) เป็นรายบุคคลที่บ้าน ให้ข้อมูลแนวทางในการเผชิญความจำเหว่แก่ผู้สูงอายุ และญาติ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สาธารณสุข 16 เป็นต้น พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบ จากนั้นมอบของที่ระลึกพร้อมกล่าวคำขอบคุณ

## 2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง พร้อมสอบถามระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยที่ผู้สูงอายุสะดวก

2.2.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี คือ การบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการจัด โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

2.2.3 สัปดาห์ที่ 1-6 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดที่ได้สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ทั้งนี้โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการ 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 10.30 น. ถึง 12.00 น. และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความจำเหว่หลังการทดลอง (Posttest)

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ซึ่งโปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปโดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดของตัวแปรที่มีระดับการวัดต่างกัน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเหวของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด หลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีความจำเหวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (ชมานันท์ บัวงาม, 2539; ธิดา มีศิริ, 2541; พรเพ็ญ ลำภา, 2546; ฉวีวรรณ ภิรมณฺชน; 2547) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67 อายุเฉลี่ย 69 ปี สถานภาพเดียว คือ โสด หม้าย หย่า หรือแยก คิดเป็นร้อยละ 45 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับครอบครัว แต่ในระหว่างวันผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเนื่องจากบุตรหลานออกไปทำงานทุกคนจึงทำให้เกิดความจำเหวขึ้น ทั้งนี้ 3 ใน 4 ของ

ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 75 มีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในด้านการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังทำงานด้วยตนเอง โดยคิดเป็นร้อยละ 47.5 ลักษณะงานที่ทำคือ รับจ้างและค้าขาย บางรายให้เช่าห้องพัก ซึ่งเป็นรายได้หลักของพวกเขา รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75 และมากกว่าครึ่ง บอกว่ารายได้ของตนไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 52.5

ดังนั้นจากข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ได้ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาคือ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Pinquart and Sorensen, 2001; Savikko et al., 2005; Beal, 2006; Steptoe et al., 2013) เนื่องจากเพศหญิงมีอายุที่มากกว่า มีร่างกายที่เสื่อมลงมากกว่า มีการหย่าร้างและอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าเพศชาย (Victor, Scambler, and Bond, 2009) สถานภาพโสดหรือหย่าร้างหรือหม้าย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Savikko et al., 2005; Drageset et al., 2011; Hacıhasanoglu, Yildirim, and Karakurt, 2012; Newall, Chipperfield, and Bailis, 2013) จากการศึกษาของ Cacioppo และคณะ (2009) ได้กล่าวว่าการสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิต ทั้งนี้สถานะภาพหม้าย จะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าหวงในผู้สูงอายุค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มอื่น เช่นเดียวกับปัจจัย การขาดความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างคู่ครอง (De Jong Gierveld et al., 2009) และการขาดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นหรือที่สามารถไว้วางใจได้ (intimate relationship) (Hicks, 2000) ทั้งนี้ โดยเฉพาะผู้ที่การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่มีความหมาย หรือปราศจากเพื่อนคู่คิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (Theeke, 2009) รวมถึงระดับการศึกษาที่ต่ำมักสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Savikko et al., 2005; Hazer and Boylu, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2012) เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีเครือข่ายทางสังคมน้อยกว่าผู้มีการศึกษาสูง (Savikko et al., 2005)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความรู้สึกว่าหวงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ผลการศึกษเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ โดยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดมีความรู้สึกหวงน้อยกว่าก่อนการทดลอง

**ผลการวิจัย** พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวงหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด มีความรู้สึกว่าการนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ผลการวิจัย** พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Petryshen, Hawkin and Fronchak (2001) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการทางสังคมต่อความวิตกกังวล โดยโปรแกรมใช้เวลา 18 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลอายุ 18-65 ปี อาศัยในชุมชนจำนวน 36 คน พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Smith (2013) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการงานเลี้ยงดื่มชากลางวันในผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่คนเดียว และมีข้อจำกัดด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งมีผู้ร่วมการกิจกรรมมากกว่า 4,200 คน โดยการดำเนินกิจกรรมนันทนาการงานเลี้ยงดื่มชากลางวัน ได้จัดกิจกรรมทุกวันอาทิตย์ต้นเดือน เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมักมีความรู้สึกวิตกกังวลที่สุดในวันอาทิตย์ เพราะศูนย์บริการต่างๆ ปิดทำการในวันนี้นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนเจ้าบ้านที่ทำหน้าที่จัดงานเลี้ยงขึ้นทุกเดือน งานเลี้ยงแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลลดลงร้อยละ 80 มีความมั่นใจมากขึ้นร้อยละ 63 คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 38 และพบแพทย์ลดลงร้อยละ 26 เป็นที่ทราบกันดีว่าความวิตกกังวลเกิดจากความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล โดยเฉพาะด้านทักษะทางสังคมและบุคลิกภาพ (Cacioppo and Hawkey, 2009a) ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการทางสังคมมีความสำคัญในการลดความวิตกกังวล เนื่องจากสามารถส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้

นอกจากกิจกรรมนันทนาการทางสังคมแล้ว กิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างอื่นๆ ซึ่งจัดว่าเป็นกิจกรรมนันทนาการอีกประเภทหนึ่ง ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกวิตกกังวลลดลง โดยการศึกษาของ Lampinen และคณะ (2006) เป็นการศึกษาระยะยาว 8 ปี ในผู้สูงอายุจำนวน 1224 คน ทำกิจกรรมยามว่าง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมหัตถกรรม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างที่สูง เป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจรวมถึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับ Hall (2011) ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ว่ากิจกรรมนันทนาการการร้องเพลงเป็นการระบายความรู้สึก และลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะการร้องเพลงเป็นกลุ่มและนำการร้องเพลงมาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม

นันทนาการการแสดงละคร ทั้งนี้ Kahlbaugh และคณะ ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการประเภทเกม ซึ่งการศึกษาพบว่าเกมวีททำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลลดลง ทั้งนี้ นันทนาการบำบัดยังสร้างความสุขเสียงหัวเราะ และกระตุ้นความรู้สึกด้านบวก นำไปสู่การลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ดังปรากฏในการศึกษาของ Mathieu (2008) ที่สร้างโปรแกรมนันทนาการบำบัดโดยมุ่งเน้นความสุขและเสียงหัวเราะ ประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นยังระบุเพิ่มเติมว่านอกจากนันทนาการบำบัดยังลดความวิตกกังวลแล้ว ยังสร้างความพึงพอใจให้กับชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

ในประเทศไทยพบว่านันทนาการบำบัดมีผลลดความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ดังเช่น ชมานันท์ บัวงาม (2539) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ผลการวิจัยระบุว่าความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ วริศา มัทยา (2543) ได้ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกระบวนการกลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และญาดารัตน์ บาลจ่าย (2549) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมนันทนาการประเภทศิลปะแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในปีต่อมาได้มีการนำกิจกรรมนันทนาการเข้ามามีใช้ในการวิจัยเพื่อลดความวิตกกังวลอย่างหลากหลายขึ้น ซึ่งพบว่า คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยใช้นันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจหลักการโยนิโสมนสิกา และพัชรี แวงวรรณ (2553) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการการดนตรี คือการเล่นอังกะลุง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จะเห็นได้ว่านันทนาการบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ ดังมีข้อสรุปออกมาเป็นที่ประจักษ์ในวงการของวิชาชีพนันทนาการ (Wilhite, Collins and Jacobson, 2003)

ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบของโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้สร้างจากหลักการการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล (Newfield, et al., 2007; Wilkinson and Ahem, 2009; Carpenito-Moyet, 2013) ผสมผสานร่วมกับกรอบแนวคิดนันทนาการบำบัดตามทฤษฎีของ Keller และ Hudson (1991) เกิดเป็นแนวคิดการพัฒนา 3 ด้าน คือ การพัฒนาการทางด้านการรู้คิด (cognitive-developmental) การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal-seeking) และการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance) โดยทั้งหมดมุ่งเน้นการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลได้แก่การประเมิน การค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ และลดสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว รวมถึงลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก่ไขภาวะแยกตัว

และให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากการเกษียณอายุ ทั้งนี้แนวความคิดการพัฒนานี้ใน 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1-4 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นประเมินความว่าเหว่ กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผสมผสานกับหลักนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวความคิดการพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development) โดยส่วนนี้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาก ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเปรียบได้กับการเรียนรู้ขั้นเริ่มต้นของมนุษย์ (Keller and Hudson, 1991) กล่าวคือเป็นการปูพื้นฐานด้านความรู้คิดอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการรู้คิดทางสังคม มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านความรู้คิดที่บุคคลไม่พอใจกับสัมพันธ์ภาพที่ตนมีกับผู้อื่น โดยส่งเสริมทักษะทางสังคมที่ถูกต้อง ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการช่วยเหลือกัน ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกต่อกันอย่างเหมาะสม สร้างความรู้สึกเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย จึงลดความว่าเหว่ลงในที่สุด

นอกจากนี้การพัฒนาด้านการรู้คิดในแต่ละชั้นจะเกิดกระบวนการการจดจำ (assimilation) และการปรับและจัดระบบข้อมูลที่ได้รับ (accommodation) ซึ่งทั้ง 2 กระบวนการจำเป็นต้องมีความสมดุลกันเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาการรู้คิดไปสู่อีกขั้นหนึ่งที่สูงขึ้น (Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011) โดยการจดจำเป็นกระบวนการทางสมองในการรับประสบการณ์เรื่องราว และข้อมูลใหม่ เข้ามาสะสมเก็บไว้กับวิธีคิดหรือวิธีปฏิบัติแบบเดิม ส่วนการปรับและจัดระบบ คือกระบวนการทางสมองในการปรับประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ใหม่ให้เข้ากันเป็นระบบ เกิดเป็นโครงสร้างทางการรู้คิดใหม่ขึ้น กล่าวคือเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อที่จะสามารถอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นได้ ทั้งนี้ขั้นพัฒนาการทางด้านการรู้คิด (cognitive-developmental) แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ การพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) และ การพัฒนาโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play)

ขั้นพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) จะอาศัยการกระตุ้นประสาทสัมผัสด้วย แสง สี เสียง สัมผัส รสชาติ และกลิ่นโดยการกระตุ้นนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองในการรับรู้ จดจำ และการวางแผนในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ของมนุษย์ ยิ่งกว่านั้นยังก่อให้เกิดการสร้างใยประสาทเพิ่มขึ้นในสมองและระบบประสาท

ส่วนกลาง เพื่อที่จะมีการตื่นตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ (Elliott and Walker, 2005; Hawkins, 2009; Ayres, 1989 cited in Wardlaw and Stumbo, 2011) ทั้งนี้การพัฒนาการด้านประสาทสัมผัส เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ก่อนที่บุคคลจะมีการรู้คิดที่ซับซ้อนขึ้นไป (Bott, Hershfeldt, and Cristen-Sandfort, 2008) ในการศึกษากิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าสามารถลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้า โศก และเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมได้ ในทางตรงกันข้ามยังเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน มีความสุข และกระตือรือร้น อีกทั้งเพิ่มระดับการเข้าสังคมและการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุอีกด้วย (Cox, Burn, and Savage, 2004; van Weert et al., 2005; Gllis, McClive-Reed, and Brown, 2009; Hawkins, 2009) ซึ่งความรู้สึกไร้อารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด การมองตนเองไร้ประโยชน์และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ดังนั้นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 จึงเป็นการลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหว่ลง

ขั้นพัฒนาการรู้คิดโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (Symbolic play and Make believe play) ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) เป็นขั้นที่ใช้การจินตนาการในการสร้างสรรค์ เปลี่ยนแปลงบุคคล วัตถุ หรือสถานการณ์ โดยบุคคลใช้การแสดงออกทางภาษาและการเคลื่อนไหว เพื่อสามารถสื่อสารออกมาได้อย่างชัดเจน (Schaefer, 1993 cited in Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011) กล่าวคือเป็นขั้นที่ใช้ภาษา ท่าทาง สิ่งสมมุติ สัญลักษณ์ อุปกรณ์สิ่งของรอบตัวมาจัดกระทำ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการของแต่ละบุคคลทำให้บุคคลสามารถเข้าใจความเป็นจริง (Schaefer, 1993 cited in Dattilo, Gordon, and Weybright, 2011) เป็นการส่งเสริมการสื่อสาร การระบายความรู้สึก และการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง อันนำไปสู่การลดความว่าเหว่ได้ (Leitner and Leitner, 2004)

อีกทั้งในขั้นพัฒนาการรู้คิดยังรวมถึงการสอดแทรกกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น กามิปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม (Keller and Hudson, 1991) โดยสอดคล้องกับ Glakas (1991) ที่กล่าวว่าเกมที่มีกฎกติกา (Game with rule) เกมที่ต้องอาศัยความร่วมมือ (cooperative game) มีส่วนในการพัฒนาการรู้คิด โดยที่เกมดังกล่าวควรมีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ภายใต้การยอมรับในกฎกติกาของเกม มุ่งเน้นความร่วมมือ เป็นเกมที่มีเป้าหมาย ส่งเสริมการแบ่งปัน การอยู่ร่วมกันและการร่วมมือกัน ทั้งนี้เกมชนิดนี้ให้ความสำคัญต่อจุดมุ่งหมายของกลุ่มมากกว่าจุดมุ่งหมายของแต่ละบุคคล เนื่องจากกฎกติกาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลปรับตัวสร้างความคุ้นเคย และเข้าใจกับบรรทัดฐานทางสังคม ดังนั้นในขณะที่บุคคลมีส่วนร่วมในเกมที่มีกฎกติกาบุคคลก็ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมเช่นกัน นั่นแสดงถึงการพัฒนาทักษะ

ทางสังคมของผู้สูงอายุได้เกิดขึ้นในขั้นนี้ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดของผู้สูงอายุที่มีความ  
ว่าเหว่ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีทักษะในการสร้างมิตรภาพใหม่ และลงการแยกตัว  
ออกจากสังคม

กล่าวโดยสรุปคือ ขั้นนี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิด  
การเรียนรู้อย่างถูกต้อง และแสดงอารมณ์และพฤติกรรมด้านบวกที่เหมาะสม อีกทั้งพัฒนาทักษะ  
ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กัน การมีส่วนร่วม และการร่วมมือกัน นำไปสู่การ  
เสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างความรู้สึกพึงพอใจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกมีคุณค่าและ  
เป็นส่วนหนึ่งในสังคม

กิจกรรมที่ 5, 6, 7, 12 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นมุ่งเน้นกระตุ้นการมี  
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะ  
ทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก และดูแลให้ได้รับ  
กิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งในส่วนนี้ยังสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มี  
ทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ซึ่ง  
ผสมผสานกับนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวความคิดค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) ซึ่งอยู่บน  
พื้นฐานของความเชื่อที่ว่าประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เกิดขึ้นเมื่อบุคคลค้นหาสิ่ง  
กระตุ้นที่อยู่รอบตัว และตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ ไม่  
แน่ใจ พอใจ และสนุกสนาน การกระตุ้นที่เกิดขึ้นจะต้องท้าทายยิ่งขึ้น คือมีกิจกรรมตั้งแต่ระดับง่าย  
ไปจนถึงระดับท้าทายความสามารถขึ้นไปอีกระดับ ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่  
สะสมไว้ในอดีตมาใช้ (Keller and Hudson, 1991) ดังนั้นขั้นนี้จึงมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัย  
อารมณ์ด้านลบ ความรู้สึกไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด ส่งเสริมความอารมณ์ด้านบวก

กิจกรรมที่ 8-11 เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง  
กันให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย แนะนำและให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริม  
ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เสริมสร้างความรู้สึกละอ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่  
ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงสอนและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้มีทักษะในการทำ  
กิจกรรมยามว่าง ผสมผสานกับนันทนาการบำบัด เกิดเป็นแนวความคิดพัฒนาความสามารถและ  
สมรรถนะ (competence-effectance development) โดยลักษณะของกิจกรรมในแนวคิดนี้มี  
หลายระดับตั้งแต่ระดับง่าย ไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกถูก  
กระตุ้นและถูกจูงใจด้วยความต้องการของตนเองในทดสอบสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหา และบรรลุ  
เป้าหมาย ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตนเอง โดยอาศัย

ทักษะการสังเกตสิ่งแวดล้อม การลงมือแก้ปัญหา และการสังเกตผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะ มีความชำนาญ เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะเป็นขั้นๆ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลในทางตรงข้ามกลับเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อมและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย (Keller and Hudson, 1991) โดยการวิจัยมีการกำกับการทดลองโดยประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 พบว่าได้คะแนนผ่านเกณฑ์ทุกคน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 67.40 คิดเป็นร้อยละ 93.60 จากเกณฑ์ประเมินที่ตั้งไว้คือมากกว่าร้อยละ 60 ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรประเสริฐ เสือสี (2547) ที่ระบุว่ากิจกรรมนันทนาการสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นการอธิบายข้างต้นโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดนี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวก คือ ความรู้สึก สนุกสนาน มีความสุข สร้างความรู้สึกพึงพอใจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของความจริง ส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางสังคม และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ทั้งหมดนี้นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว้าวุ่นได้

### ข้อสังเกตจากการทดลอง

1. ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว้าวุ่น ได้มาจากการคัดกรองเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพบว่ามี ความรุนแรงความว้าวุ่นอยู่ในระดับปานกลางอยู่มาก ซึ่งให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ชุมชนยังขาดทักษะการใช้เวลาว่าง ส่วนใหญ่ไม่ต้องการออกมาทำกิจกรรมในชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกายและมองว่าตนเองไม่ใช่บุคคลสำคัญของชุมชน หากปล่อยให้ความรู้สึกว้าวุ่นดำเนินต่อไปในผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ จะนำมาซึ่งภาวะพึ่งพาในที่สุด ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรค้นหาผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ ใฝ่ระวังและให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะส่งเสริมการทำกิจกรรมยามว่างให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2. การคัดกรองภาวะว้าวุ่นในผู้สูงอายุจำเป็นต้อง คัดกรอง เป็นรายบุคคลที่บ้าน เนื่องจากส่วนใหญ่มักแยกตัวออกจากสังคม อีกทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เมื่ออยู่ในระยะประเมินความว้าวุ่นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวไม่ควรถามคำถามรายกลุ่ม ผู้ประเมินควรมีความรู้ความเข้าใจภาวะว้าวุ่นในผู้สูงอายุและข้อคำถามแต่ละข้อ สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะฟังและตอบคำถาม เช่น การหลบสายตา น้ำเสียงสั้นครือ น้ำตาซึม แหวตาศรั้า เป็นต้น

3. การจัดกิจกรรมนันทนาการในผู้สูงอายุ ผู้จัดกิจกรรมควรมีความรู้และประสบการณ์ในการจัดกิจกรรม เนื่องจากต้องอาศัยเวลาและเทคนิคในการกระตุ้นผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวให้เกิดอารมณ์ด้านบวกและมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล

4. ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทุกคนสามารถทำได้ อาจมีการปรับเปลี่ยนกฎกติกาให้เข้ากับสถานการณ์จริง และระดับความสามารถของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล กิจกรรมไม่ควรง่ายจนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือไม่ควรง่ายจนทำให้รู้สึกท้อแท้ใจ ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าร่าเหวเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากอาจเป็นจุดเปลี่ยนให้พวกเขาล้มเลิกความต้องการในการทำกิจกรรมดังกล่าวทันที

5. ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมควรมีความหลากหลาย ปรับเปลี่ยนอิริยาบถของผู้สูงอายุจากนั่งเป็นยืนและจากยืนเป็นนั่ง รวมถึงการเริ่มต้นกิจกรรมด้วยเกมละลายพฤติกรรมให้ความรู้สึกสนุกสนานถูกกระตุ้นออกมา จะทำให้ตลอดทั้งกิจกรรมดำเนินไปอย่างสนุกสนานเช่นกัน

6. การเปลี่ยนสถานที่จัดกิจกรรมเป็นสถานที่ใหม่และใกล้กับชุมชน เป็นอีกหนึ่งข้อสังเกตที่ควรพิจารณา เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกใหม่และต้องการค้นหาสิ่งแวดล้อมใหม่ นี่เป็นการกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกได้ดี ทั้งนี้ควรมีการนัดหมายกับผู้สูงอายุให้ชัดเจนหากมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ หรือจัดหายานพาหนะที่เหมาะสมในการเดินทาง

7. กิจกรรมพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ควรมีความยืดหยุ่นสูงด้านเป้าหมายที่ผู้นำกิจกรรมวางไว้ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถทำได้ตามเป้าประสงค์ เช่น กิจกรรมลีลาศ เนื่องจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้นผู้นำกิจกรรมไม่ควรบังคับหรือกดดันผู้สูงอายุ ควรใช้เทคนิคการสอนรายบุคคล หรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้เข้าไปช่วยสอน การจับคู่ลีลาศเช่นเดียวกันควรจับคู่ผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ดีกับผู้ที่สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย ซึ่งเห็นได้ชัดเลยว่าหลังจับคู่เช่นนี้ผู้สูงอายุมีทักษะการเต้นลีลาศดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดไปใช้ในการให้บริการเชิงรุก รวมถึงจัดอบรมบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความว่าเหวใน

ผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมนันทนาการ อย่างไรก็ตามการดำเนินโปรแกรมดังกล่าวจำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนั้นควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรม

2. การนำโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดไปใช้ ควรเริ่มต้นที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนทั้งจากชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาสาสมัคร เป็นต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญในชุมชน สามารถเป็นต้นแบบในการทำกิจกรรมทำให้เกิดการต่อยอดสู่ผู้สูงอายุภายในชุมชนตามมา

3. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในบริบทของชุมชนและสถานดูแลระยะยาว รวมถึงผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน โดยผู้ปฏิบัติควรมีความรู้และประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการกับผู้สูงอายุเบื้องต้น รวมถึงความเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน และสามารถนำคู่มือการดำเนินกิจกรรมนันทนาการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนกฎกติกาของแต่ละกิจกรรม เพื่อให้เหมาะกับบริบทของสถานที่และความต้องการของผู้สูงอายุ

4. การนำโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ไปใช้ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือชุมชนที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนชนบท เป็นต้น

5. ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และในด้านอื่นๆ เช่น ด้านคุณภาพชีวิต ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กิ่งแก้ว แสงสว่าง. (2545). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความจำเหวของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T). กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณิต เขียววิชัย. (2534). หลัคนันทนาการ. นครปฐม: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คำจันทร์ ร่มเย็น. (2550). การศึกษาความจำเหวและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความจำเหวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดราษฎร์บูรณะเขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ โดยใช้หลักโยนิโสมนสิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ ภิรมย์ชน. (2547). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำเหวของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เต็มเพชร สุขคนาภิบาล. (2546). ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมนันท์ บัวงาม. (2539). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความจำเหวของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ญาดาร์ตัน บาลจ่าย. (2549). *ผลของโปรแกรมศิลปะแบบกลุ่มต่อความจำเหวของผู้สูงอายุ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ สว่างเมฆ. (2548). *การศึกษาความต้องการการจัดกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุใน  
กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ถนอมวรรณ อยู่ขำ. (2546). *นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและ  
พัฒนานันทนาการ สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและ  
กีฬา.
- เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย. (2554). *การนันทนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วี พรินท์.
- ธรรมรุจา อุดม. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธิดา มีศิริ. (2541). *การศึกษาความจำเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงเยาว์ พลโทพงส์. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความจำเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ คำชู. (2551). *ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
โทมหาบัณฑิต. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- เปรมฤดี ศรีราม. (2539). *การศึกษาความจำเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรประเสริฐ เลือสี. (2547). *ผลของการจัดกิจกรรมนันทนาการตามทฤษฎีแอนดราโกจี เพื่อเพิ่ม  
ความเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค  
กรุงเทพมหานคร*. สาขาวิชาการศึกษานอกโรงเรียน ภาควิชานโยบาย การจัดการและ  
ความเป็นผู้นำทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรเพ็ญ ลำภา. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี แวงวรรณ. (2553). *ผลของกิจกรรมการเล่นองกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความว่าเหว การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์จิตเวชชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พระพงศ์ บุญศิริ. 2542. *นันทนาการและการจัดการ*. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัญญา เขียมบุตร. (2554). *ผลการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสฤษฎ์ เสริวุฒิชัย. (2533). *คู่มือ การเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
- วรรณ จีระเดช. (2551). *นันทนาการสำหรับเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์และ ลัดดา ดำริการเลิศ, บรรณาธิการ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตร พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิง
- วิศา มัทยา. (2543). *ผลของการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มต่อการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฎ์. (2535). รายงานการศึกษากการเปรียบเทียบระดับ  
ความว่าเหวระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน.  
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ.
- วัลลภา โคสิตานนท์. (2542). ผลของการปรัษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล  
อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อการลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการปรัษา คณะจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา เปรมปรี. (2550). ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุใน  
ชมรมผู้สูงอายุอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา  
จิตพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2552). โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี  
ความเปาะบางด้านสุขภาพในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ซีจี ทูล จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2552). สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง [Online]. Available from:  
[www.tnc.or.th/registation-license/page-2.html](http://www.tnc.or.th/registation-license/page-2.html) [12 กุมภาพันธ์ 2557]
- สมบัติ กาญจนกิจ. (2535). การเป็นผู้นำนันทนาการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สมบัติ กาญจนกิจ. (2544). นันทนาการและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว. กรุงเทพมหานคร: โรง  
พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัย พรหมประดิษฐ์. (2546). ผลการให้คำปรัษากลุ่มโดยการประยุกต์การติดตามหลัก  
โยนิโสมนสิการของศาสนาพุทธต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรัษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริหทัย มุลวณิชย์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุชรพยาบาล  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพรรณณี นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่งความว่าเหว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุพิชชา ชุมภาณี. (2551). ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เสาวนีย์ ไหมดี. (2550). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความหวาดหวั่นในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และ อรทัย หงษ์เจริญพรพานิช. เช็กซ์แอนเดอะซีดี. (2550). ใน วรชัย ทองไทย และสุรียพร พันพึ้ง (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม*. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- อัฐธูมา นิลนพคุณ. (2554). เอกสารประกอบการสอนรายวิชานันทนาการกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา)
- อาภรณ์ จะบัง และ พิรุณณีย์ สุขเกษม, บรรณาธิการ. (2551). *ชีวิตธรรมดาด้วยนันทนาการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

### ภาษาอังกฤษ

- Aartsen, M., and Jylha, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *Eur J Ageing* 8(1): 31-38.
- Adam, E. K., Hawkey, L. C., Kudielka, B. M., and Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience: cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America* 103(45): 17058-17063.
- Ayalon, L. and Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics* 23(10): 1677-1685.
- Ballantyne, A., Trenwith, L., Zubrinich, S., and Corlis, M. (2010). "I feel less lonely": what older people say about participating in a social networking website. *Quality in Ageing and Older Adults* 11(3):25-35.

- Banks, M. R., Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 57(7): M428-M432
- Baron, R. A., and Byrne, D. (2003). *Social psychology*. 10th ed.. Singapore. Prentice-Hall.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 27(7): 795-813.
- Bekhet, A. K., and Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: is loneliness a key factor? *Arch PsychiatrNurs* 26(3): 214-224.
- Bott, B. H., Hershfeldt, P. A., and Cristen-Sandfort, R. J. (2008). Snoezelen: Empirical review of product representation. *Focus on Autism and Other developmental Disability* 23(3): 138-147.
- Brownie, S., and Horstmanshof, L. (2011). The management of loneliness in aged care residents: an important therapeutic target for gerontological nursing. *GeriatrNurs* 32(5): 318-325.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). *Study guide for the practice of nursing research conduct, critique and utilization*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cacioppo, J. T., and Hawkley, L. C. (2005). People thinking about people: The vicious cycle of being a social outcast in one's own mind. In K. D. Williams, J. P. Forgas, and W. von Hippel (eds.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying*, pp. 91-108. New York: Psychology Press.
- Cacioppo, J. T., and Hawkley, L. C. (2009a). Loneliness. In M. R. Leary, and R. H. Hoyle (eds), *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford Press.
- Cacioppo, J. T., and Hawkley, L. C. (2009b). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences* 13: 447-454.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 64: 407-417.

- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., and Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging* 21: 140-151.
- Carpenito-Moyet, L. J. (1997). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2013). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., et al. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry*. 25:380-388.
- Cohen-Mansfield, J., and Pargura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics* 19: 279–294.
- Cole, S. W. (2008). Social regulation of leukocyte homeostasis: The role of glucocorticoid sensitivity. *Brain, Behavior, and Immunity* 22: 1049-1055.
- Cole, S. W., Hawkley, L. C., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., and Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol.* 8(9): R189.
- Collins, C. C., & Benedict, J. (2006). Evaluation of a Community-based Health Promotion Program for the Elderly: Lessons from Seniors CAN. *American Journal of Health Promotion* 21(1): 45-48.
- Cox, H., Burn, I., and Savage, S. (2004). Multisensory environments for leisure: promoting wellbeing in nursing home residents with dementia. *J Gerontol Nurs* 30: 37–45.
- Creecy, R. F., Berg, W. E., Wright, R. (1985). Loneliness among the elderly: a causal approach *Journal of gerontology* 40(4): 487-493.
- Cruz, A. D. (1986). On loneliness and the elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 12(11): 13-27.

- Dattilo, J., Gordon, R., and Weybright, E. (2011). Therapeutic Use of Play. In J. Dattilo, and A. McKenney (eds.), *Facilitation Techniques in Therapeutic Recreation*, 2<sup>nd</sup> ed, pp. 515-549. State College: Venture Publishing.
- De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Review in Clinical Gerontology* 8: 73-100.
- De Jong Gierveld, J., Broese van Groenou, M., Hoogendoorn, A. W., Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *J Gerontol* 64B:S497-S506
- De Jong-Gierveld, J., and Van Tilberg, T. (2006). A 6 items scale for overall, emotional and social loneliness: confirmatory tests on survey data. *Research on Aging* 28(5): 528-598.
- Di Tommaso, E., Brannen, C., and Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adult. *Educational and Psychological Measurement* 64(1): 582-598.
- Drageset, J., Kirkevold, M., and Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 48(5): 611-619.
- Dykstra, P. A. van Tilburg, T., and de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in Older Adult Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *Res Aging* 27(6): 725-747.
- Ebersole, P. (2002). Loneliness, compassion, and nursing. *Geriatric Nursing* 23(5): 236-237.
- Elliott, L., and Walker, L. (2005). Rehabilitation intervention for vegetative and minimally conscious patients. *Neuropsychological Rehabilitation* 15(3/4): 480-493.
- Eshbaugh, E. M. (2009). The role of friends in predicting loneliness in older adult women living alone. *Journal of Gerontological Nursing* 35: 13-16.
- Fees, B. S., Martin, P., and Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adult. *Journal of gerontology* 54B(4): 231-239.



- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., and Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology* 146(1-2): 201-228.
- Fry, P., and Debats, D. (2002). Loneliness and psychological distress in older adults. *International Journal of Aging and Human Development* 55: 233-269.
- Gllis, Z. D., McClive-Reed, K. P., and Brown, E. L. (2009). Treatment of depression in older persons with dementia. *Annals of Long Term Care* 17(2): 29-36.
- Green, J. R., Richardson, D. S., Lago, T., and Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin* 27(3): 281-288.
- Grenade L, Boldy D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Austral Health Rev* 32(3): 468-78.
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A., and Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr* 54(1): 61-66.
- Hall, S. (2005). An exploration of the therapeutic potential of song in drama therapy. *Drama therapy* 27(1): 13-18.
- Hawkins, B.A., (2009). *Active Living in Older Adulthood: Principle and Practice of Activity Programs*. PA: Venture Publishing.
- Hawkey, L. C., and Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 40(2): 218-227.
- Hawkey, L. C., Preacher, J. T., and Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology* 29(2): 124-129.
- Hawkey, L. C. and Cacioppo, J. T. (2013). Loneliness and Health. In M.D. Gellman and J. R. Turner (eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.
- Hawkey, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., and Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging* 21(1): 152-164.

- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., and Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychology* 28: 354-363.
- Hazer, O., and Boylu, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 9: 2083-2089.
- Hicks Jr., T.J. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing* 26(8): 15–19.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., and Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 26(6): 655-672.
- Jang, S. (2012). Social participation and social network. In J. Reed, C. L. Clarke, A. Macfarlane (eds.), *Nursing older adults*, pp. 220-230. Maidenhead: Open University Press.
- Joy, J. P., Carter, D. E., and Smith, L.N. (2000). The evolving educational needs of nurses caring for the older adult: A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1039-1045.
- Jylhä, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging* 23(2): 157-168.
- Kahlbaugh, P. E., Sperandio, A. J., Carlson, A. L., & Hauselt, J. (2011). Effects of Playing Wii on Well-Being in the Elderly: Physical Activity, Loneliness, and Mood. *Activities, Adaptation & Aging* 35(4): 331-344.
- Kara, M., and Mirici, A. (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship* 36(4):331-336.
- Kart, S. C. and Manard, B. B. (1981). *Aging in America: Readings in social Gerontology*. 3<sup>rd</sup> ed. Palo Alto, CA: Mayfiled, p. 449. Cited in C. Z. Howe (ed.). (2009).

- Selected Social Gerontology Theories and Older Adult Leisure Involvement: A Review of the Literature. *Journal of Applied Gerontology* 6(4): 448-463.
- Keller, M. J., and Hudson, S. D. (1991). Theory to practice: creating play environments for therapeutic recreation experiences. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance* 62(4): 42-44.
- Kim, O., Byeon, Y. S., Kim, J. H., Endo, E., Akahoshi, M., and Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nurs Res* 3(2): 63–70.
- Krause-Parello, C. A. (2012). Pet ownership and older women: the relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatr Nurs* 33(3): 194-203.
- Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., and Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging Ment Health* 10(5): 454-466.
- Lauder, W., Sharkey, S., and Mummery, K. (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing* 46:88–94.
- Leitner, M. J., and Leitner, S. F. (2004). *Leisure in later life*. 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: Haworth Press.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., and Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine* 74(6): 907-914.
- Mathieu, S. I. (2008). Happiness and Humor Group Promotes Life Satisfaction for Senior Center Participants. *Activities Adaptation and Aging* 32(2): 134-148.
- Mayers, A. M., and Svartberg, M. (2001). Existential loneliness: A review of the concept, its psychosocial precipitants and psychotherapeutic implications for HIV-infected women. *British Journal of Medical Psychology* 74: 539-553.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., and Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev* 15(3): 219-266.

- McLean, D. D., Hurd, A. R., and Rogers, N. B. (2005). *Kraus' Recreation and Leisure in Modern Society*. 7<sup>th</sup> ed. Mississauga: Jones and Bartlett.
- Moyle, W., Kellett, U., Ballantyne, A., and Gracia, N. (2011). Dementia and loneliness: an Australian perspective. *J Clin Nurs* 20(9-10): 1445-1453.
- Mull, R. F., Bayless, K. G., and Jamieson, L. M. (2005). *Recreational sport management*. 4<sup>th</sup> ed. Illinois: Human Kinetics United State of America.
- National Therapeutic Recreation Society. (2000). Definitions of recreational therapy[Online]. Available From: <http://www.recreationtherapy.com/define.htm> [18, October 2013]
- Newall, N. E. G., Chipperfield, J. G., and Bailis, D. S. (2013). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1-17.
- Newfield, S. A., et al. (2007). *Cox's clinical applications of nursing diagnosis : adult, child, women's, mental health, gerontic, and home health considerations*. 5<sup>th</sup> ed. United States of America: F.A. Davis Company.
- Peplau, A., and Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory research and therapy*. New York: Wiley- Interscience.
- Perlman, D. (1989). Further reflections on the present state of loneliness research. In M. Hojat and R. Crandall (eds), *Loneliness: theory, research, and applications*, pp.1-16. Newbury Park: Sage.
- Perissinotto, C. M., StijacicCenzer, I., andCovinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med* 172(14): 1078-1083.
- Petryshen, P. M., Hawkin, J. D. and Fronchak, T. A. (2001). An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24(3): 293-298
- Phillips, J., Ajrouch, K., and Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles: Sage publication.
- Piget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. New York: Norton.

- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships* 20: 31–53.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych.* 23: 245–266.
- Polit, D. F., and Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principle and methods*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., and Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology* 24(3): 297-306.
- Ramage-Morin, P. L, and Gilmour, H. (2013). Urinary incontinence and loneliness in Canadian seniors. *Health Rep.* 24(10):3-10.
- Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66: 22-40.
- Russell, D., Peplau, L.A., and Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 39: 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. A., and Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment* 42: 290-294.
- Ryan, M. C., and Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*: 13(5): 6-11.
- Sar, A. H., Göktürk, G. Y., Tura, G., and Kazaz, N. (2012). Is the internet use an effective method to cope with elderly loneliness and decrease loneliness symptom? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*: 55: 1053-1059.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., and Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41(3): 223-233.
- Shivers, J.S. (2002). *Recreational Services for Older Adults*(eBook). Retrieved July 25, 2014, from <http://eds.b.ebscohost.com>

- Shultz, C. M. (1993). *Psychosocial Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach*. St. Louis: Moby-Year Book.
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *The Journal of Psychology* 146(3): 293-311.
- Smith, K. (2013). Tea parties combat loneliness in old age. *Nursing Times* 109(43): 19.
- Snead, S. L. *Therapeutic recreation. In Encyclopedia of leisure and outdoor recreation.* (2003). London: Routledge.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., Van der Mast, R., and Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry* 162(1): 178–180.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., and Wardle J. (2013). 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* 110(15): 5797-5801.
- Sung, M. O. (2006). A comparative study on privacy desire and desire satisfaction of the elderly between community resident and institutional settings-Based on the sociodemographic factors. *Journal of Welfare for the Aged* 31: 101–117.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs* 23(5): 387-396.
- Tilvis, R. S., Laitala, V. V., Routasalo, P. E., and Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research* 534781.
- Torkildsen, G. (2005). *Leisure and recreation management*. 5<sup>th</sup> ed. London : Routledge.
- Touhy, T. A., and Jett, K. *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs & nursing response*. China: Elsevier Moby.
- Tse M. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *J Clin Nursing* 19: 949-58.

- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57: 33-42.
- Van der Geest, S. (2004). "They don't come to listen": The experience of loneliness among older people in Kwahu, Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 19: 77-96.
- Van Weert, J. C. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., and Bensing, J. M. (2005). Behavioral and mood effects of Snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc.* 53: 24-33.
- Victor, C. R., and Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in great britain. *The Journal of Psychology* 146(3): 313-331.
- Victor, C., Scambler, S., and Bond, J. (2009). *The social world of older people*. Maidenhead: Open University Press.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N. N., and Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society* 25(3): 357-375.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Marston, L., Bond, J., and Boeling, A. (2005). Older people's experiences of loneliness in UK: does gender matter? *Social Policy and Society* 5(1): 27-38.
- Vozzella, S. (2007). Sensory stimulation in dementia care: Why it is important and how to implement it. *Topic in Geriatric Rehabilitation* 23(2): 102-113.
- Vrbanac, et al. (2013). Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll Antropol* 37(3): 973-976.
- Wardlaw, B., and Stumbo, N. J. (2011). Sensory Stimulation and Sensory Integration. In N. J. Stumbo and B. Wardlaw (eds.), *Facilitation of Therapeutic Recreation Service: An Evidence-Based and Best Practice Approach to Techniques and Processes*, pp. 339-352. State College: Venture Publishing.

- Weiss, R. S. (1989). Reflection on the present state of loneliness research. In M. Hojatand and R. Crandall (eds), *Loneliness: theory, research, and applications*, pp.1-16. Newbury Park: Sage.
- Weiten, W., Lloyd, M. A., Dunn, D. A., and Hammer, E. Y. (2009). *Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century*. 9th ed. United Stage of America : Wadsworth Cengage Learning.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S., and Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 57– 67.
- Wilhite, B., Keller, M. J., Collins Jr., J. R., and Jacobson, S. (2003). A Research Agenda for Therapeutic Recreation Revisited. *Therapeutic Recreation Journal*. 37(3): 207-223.
- Wilkinson, J. M., Ahern, N. R. (2009). *Prentice Hall nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes*. United States of America: Pearson Prentice Hall.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry* 64(2): 234-240.
- Windle, K., Francis, F., and Coomber, C. (2011). *Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes*[online]. Social Care Institute for Excellence (Producer). Available from:  
<http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing39.pdf>[2014, 2 Feb]
- Young, J. E. (1982). *Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application*. In L. A. Peplau and D. Perlman (eds.), *Loneliness*, pp. 379-405. New York: John Wiley.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
ศ.ดร. สมบัติ กาญจนกิจ	ประธานแขนงวิชาการจัดการนันทนาการและการท่องเที่ยว
รศ.สุวิมล ตั้งสัจจะพจน์	อาจารย์ประจำภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร. อทิตยา พรชัยเกตุ ไหว ยอง	อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางกอบกุล สิทธิชัย	หัวหน้างานพยาบาลปฐมภูมิ, APN การพยาบาลอายุรศาสตร์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
นางสาวญาดารัตน์ บาลจ่าย	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านศิลปะบำบัด

ภาคผนวก ข  
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
ใบรับรองจริยธรรมในการวิจัย  
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศธ 0512.11/ 0694 วันที่ ๑๖ มิถุนายน 2557  
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกรู้ว่าเหงื่อของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ กาญจนกิจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

*สุนิตา มั่งคั่ง*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ศาสตราจารย์ ดร. สมบัติ กาญจนกิจ  
 รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
 นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 08-1031-0317

ที่ ศธ 0512.11/ 0671



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และ ด้านศิลปะบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชวานิช)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต	นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 08-1031-0317

ที่ ศธ 0512.11/06๗1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อหิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. อหิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 08-1031-0317

ที่ ศร 0512.11/06๗4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล ตั้งสัจจะพจน์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหนื่อยของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

xonilist

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 08-1031-0317



ที่ ศธ 0512.11/0674



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๓ มิถุนายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกลัวว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกอบกุล สิทธิชัย หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ APN การพยาบาลอายุรศาสตร์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิต มีชัยวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวังษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางกอบกุล สิทธิชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 08-1031-0317

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๙๘๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ สิงหาคม 2557

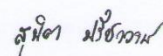
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อยของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก จากสารนิพนธ์ เรื่อง ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ของ นางสาววิจิตรา เปรมปรี สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2550) ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 081-031-0317

ที่ ศธ 0512.11/๐๑๘๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

20 สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความว่าเหว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ นางสาวสุพรรณิ นันทชัย สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2534) ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประคิน สุจฉายา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรืชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรืชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 081-031-0317

ที่ ศร 0512.11/ 1714



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ประธานชุมชน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพระเจดีย์ และชุมชนร่วมฤดี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน โดยใช้ แบบประเมินความว่าเหว โปรแกรม นันทนาการบำบัด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว อนัญญา เหล่ารินทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สมิตา มิ่งคองค์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมิตา ปรินางษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158  
นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง โทร. 081-031-0317

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 148/2557

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 119.1/57 : ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการ การนัดหมายการการบำบัดต่อ  
ความรู้สึกรู้สึกว่าห่วยของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์*  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....*ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 7 ตุลาคม 2557

วันหมดอายุ : 6 ตุลาคม 2558

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 119.1/57
- 4) แบบสอบถาม วันที่รับรอง - 7 ต.ค. 2557  
วันหมดอายุ - 6 ต.ค. 2558

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ช่วงคัดกรอง)

(Patient/Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหง่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 292 อาคารถนนอมฤตี ซอยบ้านช่างหล่อ ถนนพรวนนก แขวงบ้านช่าง

หล่อเขตบางกอกน้อยโทรศัพท์มือถือ 084-9199629 และ 081-0310317 E-mail

MNIPIGL@WINDOWS.COM

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเหง่ในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความเหง่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบความเหง่ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและหญิง รวมจำนวน 20 คน

2) มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม คือสามารถใช้แขนขา

ทั้ง 2 ข้างได้เป็นปกติ

3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนเป็นภาษาไทยได้ และสื่อสารได้ปกติ

4) ไม่มีภาวะสมองเริ่มทำงานลดลง คัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T2002) ใช้เวลาในการประเมิน 20-30 นาที

5) มีคะแนนความเหง่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเหง่ (UCLA) ใช้เวลาในการประเมิน 20-30 นาที

6) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการมีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

1) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์

2) มีโรคทางจิตเวช หรืออยู่ระหว่างการได้รับยาทางจิตเวช

3) มีปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการประชุมโปรแกรม จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คือ เข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่า 10 ครั้ง

5. หากพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีคะแนนความจำเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อย หรือมีภาวะสมองทำงานลดลง ผู้วิจัยจะให้การดูแลโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางสุขภาพของศูนย์สาธารณสุข 16 และจัดกิจกรรมนันทนาการบำบัดให้หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

6. หากพบว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จะได้เข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ½ ชั่วโมง มีกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมที่โรงเรียนอนุบาลกิตติมาศ ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมยังจำได้ไหม เกมทำความรู้จักกัน ฟังเพลง เกมบิงโก

ครั้งที่ 2 กิจกรรมจิตสัมผัส เป็นเกมปิดตาทายสิ่งของจากการดมกลิ่น การรับรส การสัมผัส

ครั้งที่ 3 กิจกรรมอยากบอกตรงๆ เป็นเกมใบ้คำโดยใช้ร่างกาย และใช้สิ่งของรอบตัว

ครั้งที่ 4 กิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์ เป็นการแสดงละคร

ครั้งที่ 5 กิจกรรมไม่ขาดไมเกิน เป็นการประกอบอาหาร

ครั้งที่ 6 กิจกรรมชมวิถีไทย เป็นการออกไปเที่ยวสวนลุมพินี เกมตามหาสิ่งของ

ครั้งที่ 7 กิจกรรมตะเกียบหรรษา เป็นเกมคัดแยกเมล็ดพืช

ครั้งที่ 8 กิจกรรมมาชิมารำ เป็นการรำวง

ครั้งที่ 9 กิจกรรมสารสัมพันธ์ เป็นการออกกำลังกายด้วยลูกเทนนิส

ครั้งที่ 10 กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1 เป็นการเดินลีลาศจังหวะพื้นฐาน

ครั้งที่ 11 กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 เป็นการเดินลีลาศจังหวะพื้นฐาน

ครั้งที่ 12 กิจกรรมงานวัด เป็นงานเลี้ยงอำลาสิ้นสุดโปรแกรม

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจมีอาการอ่อนเพลียเนื่องด้วยภาวะสุขภาพ ซึ่งในบางกิจกรรมเป็นกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรมเดินลีลาศ ดังนั้นผู้ร่วมกิจกรรมสามารถพักในขณะร่วมกิจกรรมได้ แต่หากอาการดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น และแผนการส่งต่อไปยังทีมสุขภาพทันที

8. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม เกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน ส่งเสริมความรู้สึกด้านบวก สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้เข้าสังคมพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ใหม่ สามารถป้องกันและส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้รู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปรวมดั่งกล่าวมาช่วยเหลือผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการบำบัดในการวิจัยนี้ หรือชุมชนที่มีผู้สูงอายุประสบปัญหาต่อไป

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ อีกทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. การวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย แต่มีของที่ระลึกมอบให้กลุ่มผู้ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็นปากกา 1 ด้าม ส่วน**ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นค่าเดินทางและของที่ระลึก คือ กระเป๋าของใช้ ประกอบด้วย สบู่ แชมพู ยาสีฟัน แป้งฝุ่น ผ้าขุหนุ** ซึ่งจะมอบให้เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมวันสุดท้าย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

(Patient/Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหว  
ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 292 อาคารถนนอมฤตี ซอยบ้านช่างหล่อ ถนนพรานนก แขวงบ้านช่าง

หล่อเขตบางกอกน้อยโทรศัพท์มือถือ 084-9199629 และ 081-0310317 E-mail

MNIPIGL@WINDOWS.COM

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลา  
ในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจน  
ได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด  
ต่อผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเหงาในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความเหงาของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้า  
ร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบความเหงาของ  
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

4. ผู้ดำเนินการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน โดย  
เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินและคัดเลือกรวมตัวอย่างตามเกณฑ์ 20 คน ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการ  
วิจัยจะได้รับการประเมินความเหงาทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาใน  
การประเมินครั้งละ 20-30 นาที และเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบำบัดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์  
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1½ ชั่วโมง มีกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมที่โรงเรียนอนุบาล  
กิตติมาศ ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมยังจำได้ไหม เกมทำความรู้จักกัน ฟังเพลง เกมบิงโก

ครั้งที่ 2 กิจกรรมจิตสัมผัส เป็นเกมปิดตาทายสิ่งของจากการดมกลิ่น การรับรส การสัมผัส

ครั้งที่ 3 กิจกรรมอยากบอกตรงๆ เป็นเกมใบ้คำโดยใช้ร่างกาย และใช้สิ่งของรอบตัว

ครั้งที่ 4 กิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์ เป็นการแสดงละคร

ครั้งที่ 5 กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน เป็นการประกอบอาหาร

ครั้งที่ 6 กิจกรรมชมวิถีไทย เป็นการออกไปเที่ยวสวนลุมพินี เกมตามหาสิ่งของ

ครั้งที่ 7 กิจกรรมตะเกียบหรรษา เป็นเกมคัดแยกเมล็ดพืช

ครั้งที่ 8 กิจกรรมมาชิมารำ เป็นการรำวง

ครั้งที่ 9 กิจกรรมสารสัมพันธ์ เป็นการออกกำลังกายด้วยลูกเทนนิส

ครั้งที่ 10 กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1 เป็นการเต้นลีลาศจังหวะพื้นฐาน

ครั้งที่ 11 กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 เป็นการเต้นลีลาศจังหวะพื้นฐาน

ครั้งที่ 12 กิจกรรมงานวัด เป็นงานเลี้ยงอำลาสิ้นสุดโปรแกรม

5. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจมีอาการอ่อนเพลียเนื่องด้วยภาวะสุขภาพ ซึ่งในบางกิจกรรมเป็นกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรมเต้นลีลาศ ดังนั้นผู้ร่วมกิจกรรมสามารถพักในขณะร่วมกิจกรรมได้ แต่หากอาการดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น และแผนการส่งต่อไปยังทีมสุขภาพทันที

6. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม เกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน ส่งเสริมความรู้สึกล้านบวก สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้เข้าสังคมพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ใหม่ สามารถป้องกันและส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้รู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้กับโปรแกรมดังกล่าวมาช่วยเหลือผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมนันทนาการบำบัดในการวิจัยนี้ หรือชุมชนที่มีผู้สูงอายุประสบปัญหาต่อไป

7. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ อีกทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. การวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย แต่มีค่าตอบแทนและของที่ระลึกมอบให้เป็นกระเช้าของใช้ ประกอบด้วย สบู่ แชมพู ยาสีฟัน แป้งฝุ่น ผ้าขนหนู ซึ่งจะมอบให้เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมวันสุดท้าย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

(Patient/Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 292 อาคารถนนอมฤตี ซอยบ้านช่างหล่อ ถนนพวานนก แขวงบ้านช่าง

หล่อเขตบางกอกน้อยโทรศัพท์มือถือ 084-9199629 และ 081-0310317 E-mail

MNIPIGL@WINDOWS.COM

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าจะเหว่ในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความเหว่ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบความเหว่ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

4. ผู้ดำเนินการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 20 คน ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการประเมินความเหว่ทั้งหมด 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาในการประเมินครั้งละ 20-30 นาที

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมนันทนาการบำบัดขึ้น ร่วมกับศูนย์สาธารณสุข 16 ที่ โรงเรียนกิตติมาศให้กับผู้ร่วมในการวิจัย

6. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม เกิดความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน ส่งเสริมความรู้สึกด้านบวก สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้เข้าสังคมพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ใหม่ สามารถป้องกันและส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้รู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปรวมดังกล่าวมาช่วยเหลือ

ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการบำบัดในการวิจัยนี้ หรือชุมชนที่มีผู้สูงอายุประสบปัญหาต่อไป

7. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ อีกทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใดๆ ทั้งสิ้น

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. การวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย แต่มีของที่ระลึกมอบให้เป็นกระเช้าของขวัญ ประกอบด้วย สบู่ แชมพู ยาสีฟัน แป้งฝุ่น ผ้าขุหนุ ซึ่งจะมอบให้เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมวันสุดท้าย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)**  
(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงาของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน  
ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง  
ที่อยู่ติดต่อ 292 อาคารนอมฤดี ซอยบ้านช่างหล่อ ถนนพรานนก แขวงบ้านช่างหล่อ เขต บางกอกน้อยโทรศัพท์มือถือ 084-9199629 และ 081-0310317

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการบำบัด ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1½ ชั่วโมง

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่

1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุม  
วัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147  
E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วม  
การวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)**  
(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงาของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง ที่อยู่ติดต่อ 292 อาคารถนนมฤดี ซอยบ้านช่างหล่อ ถนนพรานนก แขวงบ้านช่างหล่อ เขต บางกอกน้อยโทรศัพท์มือถือ 084-9199629 และ 081-0310317

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 6 สัปดาห์ ซึ่งจะได้รับการประเมินความว่าเหงาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาในการประเมินครั้งละ 20-30 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุม



วัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
  - 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง
  - 2.1 โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
  - 2.2 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล
  - 2.3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง
  - 2.4 แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินความว่าหวในผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ.....  
ครั้งที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

แบบสอบถามผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามมี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินความว่าหวในผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่กำหนดให้ ให้ตรงกับความรู้สึกรจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี
3. สถานภาพสมรส โสด หม้าย คู่ หย่า
4. การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา  
อาชีวศึกษา อุดมศึกษา  
อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม  
อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพปัจจุบัน ไม่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย  
ข้าราชการบำนาญ อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน
8. รายได้ปัจจุบันเพียงพอหรือไม่ ไม่เพียงพอ เพียงพอ
9. ที่มาของรายได้ บุตรหลาน การทำงานด้วยตนเอง เงินบำนาญ  
อื่นๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โปรดระบุ.....

10. ลักษณะการอยู่อาศัย  อยู่คนเดียว  
 อยู่กับครอบครัวอีก.....คน มีผู้ดูแลคือ.....  
 อื่นๆโปรดระบุ.....
11. โรคประจำตัว  ไม่เคยตรวจ  ไม่มีโรคประจำตัว  
 มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....



### ตัวอย่างแบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ

#### ตอนที่2 แบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีจุดประสงค์ เพื่อต้องการทราบความรู้สึกและความเห็นของท่านเกี่ยวกับความใกล้ชิดสนิทสนมของท่านกับเพื่อนสนิทและคนในชุมชนที่ท่านสนิทอยู่ในขณะนี้ ขอให้ท่านตอบตามความจริงของท่าน การตอบแบบสอบถามนี้ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่ต้องการ และโปรดตอบทุกข้อ

1. ท่านรู้สึกว่าคนที่รู้จักทั่วไป เช่น เพื่อน คนในชุมชน มีการคบค้าสมาคม ติดต่อเข้ากันได้ดีกับท่าน

- เข้ากันได้ดีทุกคน  
 เข้ากันได้ดีเป็นส่วนใหญ่  
 เข้ากันได้ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง  
 เข้ากันไม่ได้เลย

ข้อสังเกตเพิ่มเติมสำหรับผู้วิจัย

2. เวลาเมื่อเรื่องอยากจะทำหรือกับใคร ท่านรู้สึกว่ามีคนให้คำปรึกษามากน้อยเพียงใด

- มีมากเป็นที่พอใจ  
 มีพอสมควร  
 มีแต่น้อย  
 ไม่มีเลย

ข้อสังเกตเพิ่มเติมสำหรับผู้วิจัย

20. ยามมีความทุกข์โศก ท่านมีคนคอยให้คำแนะนำหรือปลอบโยนหรือไม่

- หาได้ง่าย มีมากมาย  
 พอหาได้ไม่ยาก  
 หาไม่ยาก  
 หาไม่ได้เลย

ข้อสังเกตเพิ่มเติมสำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
2. คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด เพื่อลดความว้าวุ่นในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล
3. แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง
4. แบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ตามแนวคิดของ Keller และ Hudson (1991) มีทั้งหมด 12 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	ระยะเวลา	หลักการ
1	กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน	90 นาที	กระตุ้นให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริง โดยใช้ภาษาท่าทาง สัญลักษณ์ อุปกรณ์ และสิ่งของรอบตัว
2	กิจกรรมจิตสัมผัส	90 นาที	กระตุ้นการรับรส การได้กลิ่น และการสัมผัส
3	กิจกรรมยังจำได้ไหม	90 นาที	กระตุ้นการมองเห็นและการได้ยิน
4	กิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์	90 นาที	กระตุ้นให้เข้าใจความเป็นจริง โดยใช้บทบาทสมมติ
5	กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน	90 นาที	กระตุ้นความรู้สึกด้านบวก
6	กิจกรรมเปิดหูเปิดตา	90 นาที	กระตุ้นความรู้สึกด้านบวก
7	กิจกรรมตะเกียบหรรษา	90 นาที	กระตุ้นความรู้สึกด้านบวก
8	กิจกรรมมามาชิมารำ	90 นาที	กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถ
9	กิจกรรมสารสัมพันธ์	90 นาที	กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถ
10	กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 1	90 นาที	กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถ
11	กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2	90 นาที	กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถ
12	กิจกรรมงานวัด	90 นาที	กระตุ้นความรู้สึกด้านบวก

## ตัวอย่างคู่มือ



**คู่มือ**

**การดำเนินกิจกรรม  
โปรแกรมนันทนาการบำบัด  
เพื่อลดความว้าเหวในผู้สูงอายุ  
สำหรับพยาบาล**

จัดทำโดย  
นางสาว อนัญญา เหล่ารินทอง  
คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา



## คำนำ

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับความรู้สึกที่ว่าเหว่ จากปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยแวดล้อมภายนอก ทั้งนี้ความว่าเหว่ยังเป็นภาวะซ่อนเร้นที่มีอยู่ในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ไม่มีอาการแสดงที่มองเห็นได้ชัดเจน จำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติและเครื่องมือประเมินความ ว่าเหว่จึงสามารถทราบได้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ว่าเหว่เกิดขึ้น ประกอบกับปัญหาดังกล่าวยัง ถูกกลบเกลี้ยงและมองข้ามจากบุคคลส่วนใหญ่ในสังคม ดังนั้นหากปล่อยปัญหาให้ดำเนินต่อไปอาจ ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงตามมาต่อผู้สูงอายุได้

อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันดีว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีพลัง และได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม อีกทั้งการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เมื่อกระทำกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข ไม่ถอยหนีออกจากสังคม ทั้งนี้ นันทนาการบำบัดเป็นการนำเอากิจกรรมนันทนาการ มาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา และ มุ่งเน้นให้บุคคลมีทักษะในการใช้เวลาว่าง เพื่อแก้ไขปัญหาด้านเป้าหมายของบุคคลที่มีปัญหา ด้านสุขภาพนั้น

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการบำบัด เป็นการเพิ่มโอกาสใน การเข้าสังคมซึ่งนันทนาการบำบัดตามแนวคิด Keller และ Hudson (1991) ที่ผู้จัดทำได้นำ มาแสดงในคู่มือเล่มนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาการรู้คิดที่ถูกต้องรวมถึงการรู้คิดด้านสังคม ก่อให้เกิด ทักษะทางสังคมที่เหมาะสม อันนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ที่มีความความหมาย อีกทั้ง นันทนาการบำบัดยังกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านบวก ไม่ว่าจะเป็นความสนุกสนาน ความสุข ความรู้สึกมีพลังและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า จึงเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทาง สังคมและลดความรู้สึกว่าเหว่ในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นันทนาการบำบัดยังส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในทุกมิติ ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

อนัญญา เหล่ารินทอง  
ผู้จัดทำ

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมนันทนาการบำบัด  
เพื่อลดความจำหวนในผู้สูงอายุ

สารบัญ

- ก** คำนำ
- ข** สารบัญ
- 3** ความหมายของนันทนาการบำบัด
- 3** ประโยชน์ของนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุ
- 4** หลักการและแนวคิดโปรแกรมนันทนาการบำบัด  
ตามแนวคิด Keller และ Hudson (1991)
- 6** การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความจำหวน
- 8** โปรแกรมนันทนาการบำบัดตามแนวคิด Keller  
และ Hudson (1991)
- 57** สรุป
- 58** ภาคผนวก



## ครั้งที่ 1 กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเริญ



ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การใช้ภาษา ท่าทาง สิ่งสมมุติ สัญลักษณ์ อุปกรณ์สิ่งของรอบตัวมาจัดกระทำ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการของแต่ละบุคคลทำให้บุคคลสามารถเข้าใจ ความจริง เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างหนึ่งอันเป็นพื้นฐานการเรียนรู้ก่อนที่ บุคคลจะมีการรู้คิดที่ซับซ้อนขึ้นไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเกิดการเรียนรู้สิ่งแวดลอมและเกิดความคิดด้านบวก นำไปสู่ความ เข้าใจและการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความจำเริญ
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และ กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม การร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อ ใจและความสัมพันธ์ที่ดี



### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ผู้สูงอายุแต่ละคนเขียนชื่อและข้อมูลของเพื่อนได้อย่างน้อย 3 คน
4. ผู้สูงอายุสามารถค้นหาสิ่งของตามโจทย์หรือสิ่งของที่มีลักษณะคล้ายได้ครบ
5. ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถไปคำพังเพยด้วยท่าทางได้

### อุปกรณ์

กลองทอมบ้า, แทมบูรีน (Tambourine), นาฬิกาจับเวลา, นกหวีด, กระดาษสีรูปต้นไม้ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ใบ ลำต้น ราก ดิน แต่ละส่วนมีสีต่างกัน นำมาตัดให้เป็นจิ๊กซอว์สี่ละ 5 ส่วน, ปากกา, กระดาษ, ปากกา เมจิก, กรรไกร, ฤงดำ, กระดาษทิชชู, รายการคำพังเพย 20 รายการ ที่มีลักษณะเข้าใจง่ายและสามารถทำท่า ประกอบได้

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็น การร่วมมือกัน และ แบบประเมินการทำกิจกรรมนั้นหน้าการ ดังแสดงในภาคผนวก

ขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
<p>3. เกมใบ้คำ</p> <p>3.1 จัดกลุ่มตามกระดาษสีที่ได้รับ และให้ผู้สูงอายุเข้าแถวตอนลึก</p> <p>3.2 อธิบายกติกาว่าทุกกลุ่มจะได้รับสุภาษิตคำพังเพยที่เหมือนกัน 1 ประโยค และให้ผู้สูงอายุที่อยู่หัวแถวไปสุภาษิตโดยใช้ท่าทางและไม่ใช้เสียง ไปยังเพื่อนคนที่อยู่ถัดไป เมื่อครบทุกคนแล้วคนสุดท้ายให้บอกคำตอบว่าเป็นสุภาษิตใด ทำเช่นเดิมจนครบ 15 นาที กลุ่มไหนตอบถูกมากที่สุดกลุ่มนั้นได้รับรางวัลใหญ่ ส่วนกลุ่มที่เหลือได้รับรางวัลลอปโลบใจเช่นกัน</p> <p>3.3 เป่านกหวีดเริ่มกิจกรรม</p>	15 นาที
<p>4. พักรับประทานอาหารเครื่องดื่มและของว่าง</p>	10 นาที
<p>5. เกมเทวดาหน้าเมือง</p> <p>5.1 เตรียมกระดาษ, ปากกาเมจิก, กรรไกร, ถุงดำ, กระดาษทิชชู วางบนโต๊ะให้ผู้สูงอายุ</p> <p>5.2 แบ่งกลุ่มกลุ่มละ 7 คน</p> <p>5.3 อธิบายกติกาให้ผู้สูงอายุฟังว่า วันนี้เราได้ตัวไปเที่ยวที่กำแพงเมืองจีน แต่การเข้าไปเมืองจีนนั้นจะต้องมีใบผ่านทาง ครึ่งนี้นายท่าบอกว่าการต้องการสิ่งของดังต่อไปนี้ คือ ที่หนีบขน (แหนบ), ผ้าเช็ดหน้าที่มีรอยลิปสติก, รองเท้าผ้าใบ, รูปถ่ายภรรยาหรือสามี, กางเกง, ขน 5 เส้น, แมว 1 ตัว ให้ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มช่วยกันหาสิ่งของดังกล่าว โดยสิ่งของแต่ละชิ้นมีคะแนน 1 คะแนน แต่หากหาไม่ได้สามารถหาสิ่งที่คล้ายมาทดแทนได้ ซึ่งคิดคะแนนเพียงครึ่งคะแนน ทั้งนี้สามารถใช้อุปกรณ์ที่ผู้นำกิจกรรมเตรียมไว้ให้บนโต๊ะ โดยผู้นำกิจกรรมให้เวลาทั้งหมด 5 นาที กลุ่มที่ได้รับคะแนนสูงสุดจะได้รับรางวัลใหญ่ และกลุ่มที่เหลือได้รับรางวัลลอปโลบใจ</p> <p>5.4 เป่านกหวีดเริ่มกิจกรรมและหยุดกิจกรรมเมื่อครบ 5 นาที</p> <p>5.5 เข้าไปสอบถามว่าได้สิ่งของครบหรือไม่ และสิ่งของดังกล่าวมีที่มาอย่างไรของใคร เป็นต้น</p>	20 นาที
<p>6. สรุป</p> <p>เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นสิ่งที่ได้จากกิจกรรมครั้งนี้ และผู้นำกิจกรรมจึงสรุปให้ทุกคนตระหนักถึงบรรยากาศที่ดีในการร่วมมือร่วมใจไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนต้องการ วิธีการสื่อสาร และการเสียสละ</p>	10 นาที
<b>รวมเวลาทำกิจกรรม</b>	<b>90 นาที</b>

ประชากรกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ.....

ครั้งที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

### แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (□) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับความเห็น คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น				
2. ท่านรู้สึกว่าคุณเองก็มีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง				
3. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน				
4. ท่านรู้สึกว่าคุณเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก				
5. ท่านมักรู้สึกบ่อยๆ ว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์				
6. โดยทั่วไปแล้วท่านรู้สึกพอใจในตัวเอง				
7. ท่านหวังว่าคุณจะภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้				
8. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				
9. ท่านมีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง				
10. ท่านพอใจในสภาพตัวเองในขณะนี้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านไม่สามารถเป็นที่พึ่งพาของ ผู้อื่นได้				
12. บ่อยครั้งที่ท่านอยากเป็นคนอื่น				
13. โดยปกติแล้วครอบครัวท่านสนใจใน ความรู้สึกของท่าน				
14. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกท้อแท้ใจในสิ่งที่ ทำอยู่				
15. ปกติแล้วไม่ค่อยมีอะไรมารบกวนใจ ท่าน				
16. ครอบครัวท่านเข้าใจท่านดี				
17. คนส่วนใหญ่ในวัยเดียวกับท่าน ได้รับความชื่นชมมากกว่าท่าน				
18. ท่านมักประสบความสำเร็จกับสิ่งที่ ทำเสมอ				

## ตัวอย่างแบบประเมินการทำกิจกรรมนันทนาการ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ.....  
จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม.....ครั้ง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นการทำกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ปฏิบัติได้” และ “ปฏิบัติไม่ได้” ให้ตรงตามความเป็นจริง

กิจกรรมครั้งที่หัวข้อประเมิน	ปฏิบัติ ได้	ปฏิบัติ ไม่ได้
<b>ครั้งที่ 1</b> 1. ผู้สูงอายุแต่ละคนเขียนชื่อและข้อมูลของเพื่อนได้อย่างน้อย 3 คน 2. ผู้สูงอายุสามารถค้นหาสิ่งของตามโจทย์หรือสิ่งของที่มีลักษณะคล้ายได้ครบ 3. ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถไปคำพังเพยด้วยท่าทางได้		
. . . . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY		
<b>ครั้งที่ 12</b> ผู้สูงอายุสามารถ เดินลีลาศทั้ง 2 ท่า คือ ท่าเบสิกวอล์ค (Basic walk) เดินลีลาศทำนิวยอร์กบิกิน (New York begin) ได้		
<b>ครั้งที่ 11</b> ผู้สูงอายุสามารถ เดินลีลาศทั้ง 3 ท่า คือ ท่าเบสิกวอล์ค (Basic walk) เดินลีลาศทำนิวยอร์กบิกิน (New York begin) และ อันเดอร์ อาร์ม เทิร์น (Under Arm Turn) ได้		
<b>ครั้งที่ 12</b> 1. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตกแต่งงานเลี้ยง 2. ผู้สูงอายุได้โยนห่วงในระยะ 1 เมตร และ 1.5 เมตร อย่างละ 2 ครั้ง		

ตัวอย่างใบประกาศเชิญชวน

ตัวอย่างใบประกาศเชิญชวนผู้เข้าร่วม

## ขอเชิญชวน ท่านผู้สนใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในโครงการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลโดยบูรณาการการนันทนาการบำบัด  
ต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน”



❖ ผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมสามารถเข้าร่วมการทดสอบ  
ได้ โดยขอให้ท่านผ่านการประเมินดังนี้คือ

1. การประเมินความว่าเหง ระยะเวลาที่ใช้ 20-30 นาที
2. การประเมินภาวะสมองเริ่มทำงานลดลง ระยะเวลาที่ใช้ 20-30 นาที
3. คุณสมบัติอื่น คือ อายุตั้งแต่ 60-79 ปีทั้งชายและหญิง สุขภาพและสภาพร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

❖ กิจกรรมในโครงการวิจัย ประกอบด้วย

- เกมต่างๆ เช่น เกมบิงโก เกมคัดแยกเมล็ดข้าวด้วยตะเกียบ เกมโยนห่วง เกมประกอบอาหาร เกมจับคู่ เกมไม้ค้ำ
- งานเลี้ยงสังสรรค์ การแสดงละคร
- ไปเที่ยวสวนลุมพินี
- กิจกรรมเข้าจังหวะเช่น รำวงย้อนยุค เดินลีลาจังหวะพื้นฐาน (บิกิน)
- การออกกำลังกายด้วยลูกเทนนิส

หากไม่ผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจะมีการให้คำปรึกษาและคำแนะนำการปฏิบัติตัว

หากผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดและข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้ท่านทราบ







### ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลมีการเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 9 คะแนนสมรรถภาพสมอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐานของคะแนนสมรรถภาพสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 10 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน และค่าร้อยละเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่ม  
ทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด



ตารางที่ 9 คะแนนสมรรถภาพสมอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
คะแนนสมรรถภาพสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนสมรรถภาพสมอง	
	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)
1	25	20
2	20	33
3	22	26
4	30	33
5	27	28
6	26	26
7	30	24
8	29	30
9	29	30
10	27	30
11	24	28
12	30	24
13	23	33
14	20	25
15	21	20
16	28	20
17	25	29
18	26	27
19	29	30
20	30	22
Min	20	20
Max	30	33
Mean	26.05	26.90
SD	3.44	4.27

ตารางที่ 10 คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม ของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานบำบัด

ลำดับที่	คะแนนการเห็นคุณค่า ในตนเอง	ค่าร้อยละเมื่อเทียบกับ คะแนนเต็ม
1	71	98.61
2	70	97.22
3	67	93.05
4	70	97.22
5	71	98.61
6	65	90.27
7	68	94.44
8	67	93.05
9	70	97.22
10	58	80.55
11	68	94.44
12	65	90.24
13	66	91.66
14	66	91.66
15	71	98.61
16	70	97.22
17	68	94.44
18	68	94.44
19	65	90.27
20	64	88.88
Min	58	80.55
Max	71	98.61
Mean	67.40	93.60
SD	3.15	4.38

ภาคผนวก จ  
ภาพการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด  
เพื่อลดความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สัปดาห์ที่ 1

**ครั้งที่ 1** กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุที่มีความจำหว่

**ระยะเวลา** 90 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเกิดการเรียนรู้สิ่งแวดล่อมและเกิดความคิดด้านบวก นำไปสู่ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความจำหว่
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมการร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี



ภาพที่ 1 ผู้วิจัยสาธิตการทำประกอบการร้องเพลง



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันต่อจิ๊กซอว์รูปต้นไม้



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุไปสุภาษิตคำพังเพยโดยใช้ท่าทาง



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุแสดงสิ่งของตามใจท์กำหนด

## สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 2      กิจกรรมจิตสัมพันธ์  
 กลุ่มเป้าหมาย    ผู้สูงอายุที่มีความจำหว่  
 ระยะเวลา      90 นาที  
 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นการรับรส การได้กลิ่น และการสัมผัส
2. ลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้าโศก และเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และเพิ่มความรู้สึกด้านบวก เช่น พอใจ สนุกสนาน และมีความสุข
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง
4. เพื่อส่งเสริมการร่วมมือกัน การมีส่วนร่วม และการเสียสละ ก่อให้เกิดความเชื่อใจและความสัมพันธ์ที่ดี



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุเล่นเกมละลายพฤติกรรม



ภาพที่ 2 สิ่งกระตุ้นที่ใช้ในกิจกรรม



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นด้านการดมกลิ่น



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุร่วมกันใช้นิ้วชี้ยกท่อ PVC

## สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 3 กิจกรรมยังจำได้ไหม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นการมองเห็นและการได้ยิน อันเป็นการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่ทำให้เกิดความจำเหว่
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักเพื่อนในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมการสื่อสารที่ถูกต้อง การแก้ปัญหาร่วมกัน ความเสียสละ



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทายลี



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุตอบคำถามจากการฟังเพลง



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุเล่นบิงโก



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุตกลงกันในกลุ่มว่าใครเป็นผู้เสียสละในเกมเรืออาร์มอร์



## สัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 4 กิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ
2. เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกด้านบวก เช่น ผ่อนคลาย สนุกสนาน พอใจ มีความสุข
3. เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการแสดงละคร



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันวางแผนแบ่งหน้าที่ว่าใครเหมาะสมเป็นบทบาทใด



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มแรกแสดงละครเรื่อง มนต์รักลูกทุ่ง



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุกลุ่มที่สองแสดงละครเรื่อง บ้านทรายทอง

### สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 5 กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นความรู้สึกสนใจในสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกด้านบวก เช่น ตื่นเต้น ทำทนาย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเชื่อใจ
3. เพื่อเกิดทักษะการทำกิจกรรมยามว่าง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีทำสลัด



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันเลือกผักตามที่ใจหทัยกำหนด



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ตัดขนมปัง เพื่อนำมาตกแต่งสลัดให้นำมารับประทาน



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุแสดงสลัดที่ตนเองทำขึ้น

### สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 6 กิจกรรมชมวิถีไทย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเพาะ

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นความรู้สึกต้องการค้นหาและทดสอบสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว นำไปสู่ความรู้สึกด้านบวก เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ
3. เพื่อเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เพลิดเพลิน ลดความตึงเครียด
4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งประโยชน์เพิ่มขึ้น และเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้อื่น ภายนอกชุมชน



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มตามสีริบบิ้น



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุทำท่าประกอบเพลง  
นันทนาการ



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุเล่นเกมไข่มังกรที่รัก



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุเล่นเกมอุดรูรั้ว

#### สัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 7 กิจกรรมตะเกียบหรรษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเพาะ

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นความรู้สึกต้องการค้นหาและทดสอบสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว นำไปสู่ความรู้สึกด้านบวก เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ
3. ส่งเสริมการมองตัวเองในแง่ดี และรู้จักตนเอง



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ในการทำกิจกรรม



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุแข่งขันคีบคัดแยกเม็ดถั่วเป็นกลุ่ม



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุปลูกพืชผักสวนครัวตามความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัย



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุแสดงผลการปลูกพริกและผักชี ภายหลัง 1 สัปดาห์

#### สัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 8 กิจกรรมมาชิมรำ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตน รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา และการปรับตัว
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิด ความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ
3. เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกดี ต่อตนเองให้เกิดขึ้น
4. เพื่อเปิดโอกาส ได้ระบายความรู้สึกและผ่อนคลายผ่านการเคลื่อนไหวพร้อม เสียงเพลง



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุฝึกการเดินตามจังหวะ เสียงเพลง



ภาพที่ 2 ผู้วิจัยสาทิตการรำอย่างมีแบบแผน



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุรำอย่างมีแบบแผน



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุรำร่วมกันอย่างอิสระ

## สัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 9 กิจกรรมสารสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตน รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา และการปรับตัว
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิด ความสัมพันธ์ด้านบวก และความเข้าใจ
3. เพื่อสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และมีอำนาจ ควบคุมสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุอบอุ่นร่างกาย



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุฝึกโยนลูกเทนนิส



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุออกมาแสดงการโยนลูก เทนนิส



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุเล่นเกมโยนลูกเทนนิสลง ตะกร้า

## สัปดาห์ที่ 5 และ 6

ครั้งที่ 10,11 กิจกรรมสุขกันเถอะเรา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตน รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา และการปรับตัว
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสารที่เหมาะสมโดยเฉพาะการสื่อสาร ชนิดอวจนภาษา การมีปฏิสัมพันธ์กัน และการช่วยเหลือกัน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ ด้านบวก และความเชื่อถือ
3. เพื่อสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ประสบความสำเร็จ และมีอำนาจควบคุม สิ่งแวดล้อม
4. เพื่อเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและผ่อนคลายผ่านการเคลื่อนไหวพร้อม เสียงเพลง



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุตั้งแถวเป็นผู้เดินชายและหญิง



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุจับคู่ฝึกเต้นลีลาศ



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุฝึกฝนการเต้นลีลาศ



ภาพที่ 4 ผู้วิจัยตรวจสอบการเดินผู้สูงอายุ

## สัปดาห์ที่ 6

ครั้งที่ 12 กิจกรรมงานวัด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความจำเหว่

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อกระตุ้นความรู้สึกต้องการค้นหาและทดสอบสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว นำไปสู่ความรู้สึกด้านบวก เช่น ตื่นเต้น ทำท่าย แปลกใหม่ สนุกสนาน พอใจ มีความสุข
2. เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กัน การร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ด้านบวก และความเชื่อใจ
3. เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก
4. ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุช่วยกันจัดขนมไทย



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุเตรียมของตกแต่งงานเลี้ยง



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุเล่นเกมโยนห่วง



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม  
ประมุขของ



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอนัญญา เหล่ารินทอง เกิดวันที่ 13 มีนาคม 2530 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2552 หลังจากนั้นได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2555 ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก (ICU CVT) ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2555-ปัจจุบัน

