

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกลัวหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

อนัญญา เหล่ารินทอง* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

จิราพร เกศพิชญวัฒนา** Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความกลัวของผู้สูงอายุภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความกลัวของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 40 ราย มีความกลัวระดับปานกลางและมีคุณสมบัติตามกำหนด แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 ราย โดยทำการจับคู่ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับความกลัว ทั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 12 ครั้ง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดตามแนวคิดของเคลเลอร์และฮัตสัน 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความกลัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความกลัว ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติควรพิจารณาวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วย

คำสำคัญ: ความกลัว ผู้สูงอายุ นันทนาการบำบัด

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: wattanaj@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความว่าเหวเป็นภาวะซ่อนเร้นในผู้สูงอายุ (Hacihanoglu, Yildirim, & Karakurt, 2012) ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเผชิญกับความว่าเหวสูงถึงร้อยละ 39 (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005) ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะระดับปานกลางร้อยละ 55-74 (วาสนา ปราบกวางศ์, 2552; โสภิณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550) ความว่าเหวเป็นปรากฏการณ์เกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความสัมพันธ์ทางสังคมไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวัง ทั้งความสัมพันธ์เชิงปริมาณและคุณภาพ (Peplau & Perlman, 1982) ความว่าเหวในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะคงที่หรือเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (Dykstra, Van Tilburg, & De Jong Gierveld, 2005) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญ หากถูกมองข้ามจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งการมีกิจกรรมทางกายลดลง (Hawkey, Thisted, & Cacioppo, 2009) มีความเสื่อมถอยด้านการรู้คิด (Wilson et al., 2007) เกิดภาวะซึมเศร้า (Luo et al., 2012) ไปจนถึงเกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (Steptoe et al., 2013)

สาเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว่าเหวของผู้สูงอายุคือ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม โดยปัจจัยด้านสุขภาพจิตที่ถดถอยลงอันนำไปสู่ความว่าเหวนั้น หมายรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Hacihanoglu et al., 2012) การมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Fry & Debats, 2002) การรับรู้อิสระในการควบคุมสิ่งแวดล้อมต่ำลง (Newall, Chipperfield, & Bailis, 2013) และการเพิ่มขึ้นของความรู้สึกไร้อารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด และความรู้สึกไร้ประโยชน์ของผู้สูงอายุ (Aartsen & Jylha, 2011) เช่นเดียวกับลักษณะสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพัง ขาดความรักและความเอาใจใส่ จึงรู้สึกท้อแท้หมดหวังในชีวิต อันนำไปสู่การแยกตัว

ออกจากสังคมในที่สุด (Smith, 2012) ประกอบกับสาเหตุด้านร่างกายที่เปลี่ยนไปในทางเสื่อมลงเกิดความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกอายและสูญเสียความมั่นใจ (Theeke, 2009) ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการติดต่อกับสังคม มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง และรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความรู้สึกว่าเหว (Aartsen & Jylha, 2011; Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Hacihanoglu et al., 2012)

ปัจจุบันการจัดการความว่าเหวในผู้สูงอายุนั้นมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการสื่อสารออนไลน์ (Sar, Göktürk, Tura, & Kazaz, 2012) การบำบัดด้วยการรำลึกถึงความหลัง (Chiang et al., 2010) โปรแกรมทำสวนในร่ม (Tse, 2010) การบำบัดโดยสัตว์เลี้ยง (Krause-Parello, 2012) การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล (คำจันทร์ ร่มเย็น, 2550) การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง (เสาวนีย์ ใหมติ, 2550) การเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (พัชรี แวงวรรณ, 2553) รวมถึงโปรแกรมศิลปะแบบกลุ่ม (ญาดารัตน์ บาลจ่าย, 2549) อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหวอันมีหลายปัจจัย เพียงแต่แก้ไขปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นแนวคิดของเคลเลอร์และฮัดสัน (Keller & Hudson, 1991) ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาด้านความคิดทัศนคติด้านลบ ส่งเสริมความเข้าใจต่อสังคมให้ถูกต้อง สร้างอารมณ์สุข รวมถึงการส่งเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอิสระในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ลดความรู้สึกเฉยเมยและเศร้าหมอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและลดการแยกตัวจากสังคม จึงนำไปสู่การแก้ปัญหาความว่าเหวในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Keller & Hudson, 1991; Leitner & Leitner, 2004) อีกทั้งโปรแกรมดังกล่าวยังสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมร่วมกับการจัดการกับการรู้คิดทางสังคมที่บกพร่องซึ่งเมซีและคณะ (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011) ระบุว่าเป็นวิธีจัดการความว่าเหวได้อย่างตรงจุดอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ใช้กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ประกอบด้วย การประเมินความว่าเหวและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดสาเหตุปัจจัยที่ทำให้ว่าเหว และแนวคิดนันทนาการบำบัดของเคลเลอร์และฮัดสัน (Keller & Hudson, 1991) มี 3 หลักการ คือ การพัฒนาความรู้คิด การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะแนวคิดกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวและแนวคิดนันทนาการบำบัดมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว (Carpenito-Moyet, 2013; Newfield, Hinz, Scott Tiley, Sridaromont, & Maramba, 2007; Wilkinson & Ahem, 2009) คือ 1) การประเมินค้นหาสาเหตุของความว่าเหว 2) การลดสาเหตุปัจจัยของความว่าเหว เช่น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการติดต่อกับสังคม แก้ไขภาวะแยกตัว เป็นต้น 3) การทำกิจกรรมการพยาบาล คือ การกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน พัฒนาทักษะทางสังคม เสริมสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้มีทักษะการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน

นันทนาการบำบัด (Keller & Hudson, 1991) ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาความรู้คิด (cognitive development) เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน

ตามกฎระเบียบนำไปสู่การเข้าใจบุคคลและสังคม เห็นคุณค่าของตนเองว่าเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงลดความว่าเหวลงได้ โดยแบ่งเป็น 2 หลักการ คือ 1) การพัฒนาประสาทสัมผัสทั้ง 5 (sensory development) 2) การพัฒนาโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play)

1.2 การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) ชั้นนี้เชื่อว่าบุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นรอบตัวและตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ และสนุกสนาน ประกอบด้วย 3 หลักการดังนี้ 1) กระตุ้นให้บุคคลตอบสนองสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ 2) การกระตุ้นให้บุคคลรู้สึกแปลกใหม่ และ 3) การกระตุ้นที่เกิดขึ้นจะต้องท้าทายยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้ช่วยลดความว่าเหว เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและผ่อนคลาย

1.3 การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) เป็นกระบวนการที่จูงใจบุคคลให้เกิดการพัฒนาตนเองโดยให้บุคคลใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้ เช่น การเดินรำ การออกกำลังกาย และกีฬา เป็นต้น ทั้งนี้การประสบความสำเร็จนั้นทำให้เพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม และเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การลดความว่าเหวลงได้

ผู้วิจัยใช้นันทนาการบำบัดเป็นหลักแล้วบูรณาการการพยาบาลผู้สูงอายุเข้าไปในเชิงกระบวนการสร้างเป็นกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 12 กิจกรรม คือ 1) การพัฒนาความรู้คิดบูรณาการกับกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน กิจกรรมจิตสัมผัส กิจกรรมยังจำได้ไหม และกิจกรรมฉันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์ 2) การค้นหาสิ่งกระตุ้นบูรณาการกับกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน กิจกรรมชมวิถีไทย กิจกรรมตะเกียบบรรณา และกิจกรรมงานวัด 3) การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะบูรณาการกับกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

กิจกรรมรำมาซิมารำ กิจกรรมสารสัมพันธ์ กิจกรรม สุขกันเถอะเรา 1 และ กิจกรรมสุขกันเถอะเรา 2 ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถพัฒนาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่โดย สร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมทักษะทาง สังคม รวมถึงกระตุ้นอารมณ์ด้านบวก และพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกมีสมรรถนะ แห่งตน เห็นคุณค่าในตนเอง มีอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ซึ่งจะเป็นการ แก้ไขปัญหาความว้าเหว่

สมมติฐานการวิจัย

1. ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม การพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด
2. หลังการทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด มีความรู้สึกว้าเหว่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) และ ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle-aged old)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) และผู้สูงอายุวัยกลาง (middle-aged old) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสองชุมชนในเขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพฯ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยคือ สามารถใช้แขนขาทั้ง 2 ข้าง และ ฟัง พูด และ สื่อสารภาษาไทยได้ปกติ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีโรคทางจิตเวช 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental Stage Examination-Thai: MMSE-T2002) (คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ซึ่งเกณฑ์การวัดระดับคะแนนสำหรับบุคคลที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 5) มีคะแนนความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คือ 41-80 คะแนน โดยใช้แบบวัดความว้าเหว่ University of California, Los Angeles Loneliness Scale Version 3 ของรัสเซล (Russell, 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณิ นันทชัย (2535) และ 6) มีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ทั้งนี้มีการกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัยน้อยกว่า 10 ครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้หลักการของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ซึ่งสำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 ราย ทั้งนี้หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างควรมีไม่ต่ำกว่า 15 ราย ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหวที่แตกต่างกันในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย และโรคประจำตัว รวมคำถามทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อ

1.2 แบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุ University of California, Los Angeles Loneliness Scale Version 3 ของรัสเซล (Russell, 1996) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สุพรรณิ นันทชัย (2535) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (จริงที่สุด) จนถึง 4 (ไม่จริงเลย) เป็นคำถามเชิงลบ 7 ข้อ จะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคะแนนมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน ในการศึกษาที่ใช้แบบวัดความว่าเหวเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดกรองซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกณฑ์การให้ความหมายมีดังนี้ คะแนนมาก คือ มีความว่าเหวสูง คะแนนน้อย คือ มีความว่าเหวต่ำ ส่วนการคัดกรองเกณฑ์การให้ความหมายเป็นช่วงคะแนนความว่าเหว 3 ช่วง ดังนี้ 20-40 คะแนน (มีความว่าเหวระดับต่ำ) 41-60 คะแนน (มีความว่าเหวระดับปานกลาง) และ 61-80 คะแนน (มีความว่าเหวระดับสูง) แบบวัดความว่าเหวมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคเท่ากับ .81 และสำหรับการศึกษานี้เท่ากับ .92

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด โดยผู้วิจัยได้ออกแบบผสมผสานการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว (Carpenito-Moyet, 2013; Newfield et al., 2007; Wilkinson & Ahem, 2009) กับนันทนาการบำบัดของเคลเลอร์และฮัดสัน (Keller & Hudson,

1991) ซึ่งผู้วิจัยใช้นันทนาการบำบัดเป็นหลักแล้วบูรณาการการพยาบาลผู้สูงอายุเข้าไปในเชิงกระบวนการ โดย มุ่งเน้นการประเมิน การค้นหาสาเหตุปัจจัยสัมพันธ์และลดสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุคือ การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง การมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้อิสระในการควบคุมต่ำลง และการเพิ่มขึ้นของความรู้สึกเฉยเมย ความรู้สึกหงุดหงิด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อาศัยอยู่และการแยกตัวออกจากสังคม โดยบูรณาการกับนันทนาการบำบัด ทั้งหมด 12 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development) มุ่งเน้นประเมินความว่าเหว กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน สร้างความรู้สึกเชื่อใจ พัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก รู้สึกผ่อนคลาย และดูแลให้ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองผสมผสานกับหลักนันทนาการบำบัดเพื่อพัฒนาการรู้คิด โดยพัฒนาประสาทสัมผัส และพัฒนาการรู้คิดโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ มุ่งเน้นให้บุคคลตื่นรู้ตัวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง และเกิดอารมณ์สุข ได้แก่

ครั้งที่ 1 กิจกรรมหัวใจดวงเดียวกัน เป็นการประเมินความว่าเหวและทำความรู้จักกัน ประกอบด้วย การไปคำโดยใช้ท่าทางและค้นหาสิ่งของ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมจิตสัมผัส เป็นการกระตุ้นการรับรส การไต่กลิ่น การสัมผัสโดยใช้อาหารและสิ่งของ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมยังจำได้ใหม่ เป็นเกมกระตุ้นการมองเห็นและการได้ยิน เช่น ตอบคำถามจากการฟังเพลง เกมบิงโก เป็นต้น

ครั้งที่ 4 กิจกรรมฉันทายกเป็นซูเปอร์ฮีโร่ เป็นการแสดงละครย้อนยุคร่วมกัน อาศัยการสื่อสารเพื่อแบ่งหน้าที่ และการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อบรรลุตามเป้าหมาย

ส่วนที่ 2 การค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน พัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งในส่วนนี้ยังส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง รวมถึงแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ซึ่งผสมผสานกับหลักนันทนาการบำบัด การค้นหาสิ่งกระตุ้นให้บุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว และตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ พอใจ สนุกสนาน และผ่อนคลาย ส่งผลให้อารมณ์ด้านลบลดลง ได้แก่

ครั้งที่ 5 กิจกรรมไม่ขาดไม่เกิน เป็นกิจกรรมรูปแบบของเกมและศิลปะ คือ เกมทำสลัดตามเงื่อนไข และตกแต่งสลัด

ครั้งที่ 6 กิจกรรมชมวิถีไทย เป็นการเล่นที่สร้างความสนุกสนานและตื่นเต้น ตามฐานที่สวนลุมพินี คือ เกมอุดรูรั้ว เกมส่งต่อลูกโป่งน้ำ และการสำรวจสวนลุมพินี

ครั้งที่ 7 กิจกรรมตะเกียบบรรณา ส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง เป็นเกมคืบคัตแยกเมล็ดพืชและเกมปลูกต้นไม้

ครั้งที่ 12 กิจกรรมงานวัดเป็นกิจกรรมสุดท้าย เน้นการระบายความรู้สึก และสรุปประโยชน์ที่ได้รับ ประกอบด้วยกิจกรรมตกแต่งงานเลี้ยงร่วมกัน เกมประมูลของ เกมปาเป้า และเกมโยนห่วง

ส่วนที่ 3 การพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) มุ่งเน้นกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน พัฒนาทักษะทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กระตุ้นให้ได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้มีทักษะในการทำกิจกรรมยามว่าง ผสมผสานกับหลักนันทนาการบำบัดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ เน้นการพัฒนาทักษะของบุคคล เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ส่งผล

ให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังและเพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุม ได้แก่

ครั้งที่ 8 กิจกรรมร่ำมาชิมาร่า เป็นการฝึกท่าอย่างมีแบบแผน มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการรำตามเป้าหมายที่กำหนด

ครั้งที่ 9 กิจกรรมสานสัมพันธ์ เป็นเกมฝึกออกกำลังกายด้วยลูกเทนนิสอย่างมีแบบแผน มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการออกกำลังกายตามเป้าหมายที่กำหนด

ครั้งที่ 10 และ 11 กิจกรรมสุขกันเถอะเถา เป็นการเต้นลีลาศจังหวะบิกิน มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเต้นลีลาศตามเป้าหมายที่กำหนด และการสื่อสารด้วยอวจนภาษา

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมนันทนาการ 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

นอกจากโปรแกรมแล้ว ภายในโปรแกรมยังรวมถึงคู่มือดำเนินกิจกรรม แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินกิจกรรมนันทนาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 คู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรม นันทนาการบำบัด เพื่อลดความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลประกอบด้วย หลักการโปรแกรม นันทนาการบำบัดตามแนวคิดของเคลเลอร์และฮัดสัน (Keller & Hudson, 1991) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความหวาดหวั่นรายละเอียดขั้นตอนและการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง

2.2 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง Rosenberg's Self Esteem Scale ของโรเซนเบิร์ก

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

(Rosenberg, 1965) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย วิจิตรา เปรมปรี (2550) เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองเพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีสมรรถนะแห่งตน เห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหว (Hacıhasanoglu et al., 2012) แบบวัดมีจำนวนคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามเป็นเชิงลบ 8 ข้อ จะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน คะแนนมาก คือ เห็นคุณค่าของตนเองสูง คะแนนน้อย คือ เห็นคุณค่าของตนเองต่ำ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ .83 สำหรับในการศึกษานี้เท่ากับ .92 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าร้อยละ 60 คิดเป็น 48 คะแนนเป็นเกณฑ์กำกับการทดลอง โดยประเมิน 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5

2.3 แบบประเมินกิจกรรมนันทนาการ เป็นการกำกับการทำกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับกิจกรรมครบและเท่าเทียมกัน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ประเมิน ทั้งนี้เกณฑ์การประเมินมีดังนี้ 1) ผู้สูงอายุจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 10 ครั้ง คือ มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมด และ 2) ผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในแบบประเมินอย่างครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับความเห็นชอบจากประธานชุมชนที่ศึกษาให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลการประเมินต่าง ๆ เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาการบำบัดทางการพยาบาล และเข้าร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการของชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดโดยนักนันทนาการบำบัดและพยาบาล

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังประธานชุมชน และขออนุญาตใช้สถานที่ทำกิจกรรมซึ่งเป็นห้องเอนกประสงค์ของสถานเลี้ยงในชุมชน

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ซึ่งเป็นคนละชุมชนกัน รวม 40 คน ทั้งสองกลุ่มดำเนินการพร้อมกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง/เดือน และการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด เป็นกิจกรรมกลุ่ม 20 คน ในบางกิจกรรมแบ่งเป็น 2 หรือ 4 กลุ่มย่อยขึ้นกับลักษณะกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 12 กิจกรรม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกิจกรรม มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลระดับการศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ช่วยเหลือ 1 คน ทำหน้าที่จัดสถานที่และอำนวยความสะดวกในการใช้อุปกรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้สถิติบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวภายในกลุ่มด้วยสถิติ dependent-t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test ทั้งนี้ได้ทดสอบข้อต่อกลองเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วย t-test พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ในการศึกษานี้จำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67 อายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 5.63) สถานภาพสมรส คือ โสด หม้าย หย่า หรือแยก คิดเป็นร้อยละ 45 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับครอบครัว แต่ใน

ระหว่างวันผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเนื่องจากบุตรหลานออกไปทำงานจึงทำให้เกิดความว่าเหวขึ้น ทั้งนี้ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในด้านการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 47.5 ยังทำงานด้วยตนเอง ลักษณะงานที่ทำคือ รับจ้างและค้าขาย บางรายให้เช่าห้องพักซึ่งเป็นรายได้หลัก รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75 และมากกว่าครึ่งรายงานว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 52.5

เปรียบเทียบความว่าเหวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ dependent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบความว่าเหวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ dependent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 40)

คะแนนความว่าเหว	N	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	20	49.90	5.89	19	.96	.35
หลังการทดลอง	20	50.07	6.96			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	20	49.95	4.79	19	13.71	< .001
หลังการทดลอง	20	38.30	5.10			

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

เปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

เปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (N = 40)

คะแนนความว่าเหว	N	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	20	49.95	4.79	38	.03	.98
กลุ่มทดลอง	20	49.90	5.89			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	20	50.70	6.96	38	.64	< .001
กลุ่มทดลอง	20	38.30	5.10			

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แพททรีเชนและคณะ (Petryshen, Hawkin, & Fronchak, 2001) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมนันทนาการทางสังคมต่อความว่าเหว พบว่าความว่าเหวของกลุ่มตัวอย่างลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับสมิท (Smit, 2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมงานเลี้ยงดื่มชากลางวันในผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวลดลงร้อยละ 80 มีความมั่นใจมากขึ้นร้อยละ 63 คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 38 และพบแพทย์ลดลงร้อยละ 26 เป็นที่ทราบกันดีว่าความว่าเหวเกิดจากความบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลโดยเฉพาะด้านทักษะทางสังคมและบุคลิกภาพ (Cacioppo & Hawkley, 2009) ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการทางสังคมมีความสำคัญในการลดความว่าเหว

นอกจากกิจกรรมนันทนาการทางสังคมแล้ว กิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างอื่นๆ ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมนันทนาการอีกประเภท ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ว่าเหวลดลง โดยการศึกษาของแลมพินเนและคณะ (Lampinen, Heikkinen, Kauppinen, & Heikkinen, 2006) เป็นการศึกษาในระยะยาว 8 ปี ในผู้สูงอายุพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายและกิจกรรมยามว่างที่สูง เป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจรวมถึงทำให้ความว่าเหวลดลง สอดคล้องกับฮอล

(Hall, 2005) ได้กล่าวว่าการกระทำนันทนาการการร้องเพลงเป็นการระบายความรู้สึก และลดความว้าวเหว โดยเฉพาะการร้องเพลงเป็นกลุ่มและนันทนาการละครเพลง ทั้งนี้คาบอดซ์และคณะ (Kahlbaugh, Sperandio, Carlson, & Hauselt, 2011) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการประเภทเกม พบว่าเกมวีทำให้ผู้สูงอายุมีความว้าวเหวลดลง ทั้งนี้นันทนาการบำบัดยังสร้างความสุข และกระตุ้นความรู้สึกด้านบวก นำไปสู่การลดความว้าวเหวในผู้สูงอายุ ดังโปรแกรมนันทนาการบำบัดด้วยเสียงหัวเราะของแมทธิว (Mathieu, 2008) จากการศึกษาวิจัยระบุเพิ่มเติมว่านันทนาการบำบัดยังสร้างความพึงพอใจให้กับชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

ในประเทศไทยพบว่านันทนาการบำบัดมีผลลดความว้าวเหวด้วยเช่นกัน ดังเช่น ชมานันท์ บัวงาม (2539) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความว้าวเหวของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร สอดคล้องกับ วิชา มัทยา (2543) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการลดความว้าวเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และญาติวอร์ดนบาลจ่าย (2549) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมนันทนาการประเภทศิลปะแบบกลุ่มต่อความว้าวเหวของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในปีต่อมามีการนำกิจกรรมนันทนาการประเภทอื่นมาใช้จัดการความว้าวเหวอย่างหลากหลายขึ้น ซึ่งพบว่า คำจันทร์ รมเย็น (2550) ได้พัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจโดยใช้หลักการโยนิโสมนสิกา และพัชรี แวงวรรณ (2553) ได้ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการการดนตรี คือ การเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว้าวเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จะเห็นได้ว่านันทนาการบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความว้าวเหวในผู้สูงอายุได้

ดังนั้นโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าสามารถลดความว้าวเหวได้ เนื่องจากประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าวเหว

(Carpenito-Moyet, 2013; Newfield et al., 2007; Wilkinson & Ahem, 2009) ผสมผสานกรอบแนวคิดนันทนาการบำบัดตามทฤษฎีของเคลเลอร์และฮัดสัน (1991) ทั้ง 3 ชั้น ทั้งนี้การอภิปรายสรุปในแต่ละชั้นมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1-4 เป็นขั้นพัฒนาด้านการรู้คิด (cognitive development) แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ การพัฒนาประสาทสัมผัส (sensory development) และการพัฒนาโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติ (symbolic play and make believe play) โดยส่วนนี้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาก ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเปรียบได้กับการเรียนรู้ขั้นเริ่มต้นของมนุษย์ (Keller & Hudson, 1991) กล่าวคือเป็นการปูพื้นฐานด้านการรู้คิดอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการรู้คิดทางสังคม มุ่งเน้นจัดการกับทัศนคติที่บุคคลไม่พอใจกับสัมพันธภาพที่ตนมีกับผู้อื่น โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน และการช่วยเหลือกัน สร้างความรู้สึกเชื่อใจและสัมพันธภาพที่มีความหมายจึงลดความว้าวเหวลงที่สุดในขั้นพัฒนาประสาทสัมผัส

ขั้นพัฒนาประสาทสัมผัส จะอาศัยการกระตุ้นประสาทสัมผัส ทั้ง 5 โดยการกระตุ้นนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองในการรับรู้จดจำ และการวางแผน ยิ่งกว่านั้นยังก่อให้เกิดการสร้างใยประสาทเพิ่มขึ้นในสมองและระบบประสาทส่วนกลาง เพื่อที่จะมีการตื่นรู้ตัว ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง ทั้งนี้การพัฒนาการด้านประสาทสัมผัสเป็นพื้นฐานการเรียนรู้ก่อนที่บุคคลจะมีการรู้คิดที่ซับซ้อนขึ้นไปในการศึกษา กิจกรรมการกระตุ้นประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าสามารถลดอาการเบื่อหน่าย กลัว เศร้า โศก และเฉยเมยได้ อีกทั้งเพิ่มระดับการเข้าสังคมและการเห็นคุณค่าในตนเองอีกด้วย (Hawkins, 2009) ดังนั้นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 จึงเป็นการลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความว้าวเหว

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ขั้นพัฒนาการรู้คิดโดยใช้สัญลักษณ์และบทบาทสมมุติตามแนวคิดของเคลเลอร์และฮัดสัน (1991) เป็นขั้นที่ใช้ภาษา สัญลักษณ์ ทาทาง สิ่งสมมุติ อุปกรณ์สิ่งของรอบตัวมาจัดกระทำ สร้างสรรค์ตามความคิดและจินตนาการของแต่ละบุคคลทำให้บุคคลสามารถเข้าใจความเป็นจริง เป็นการส่งเสริมการสื่อสาร การระบายความรู้สึก และการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง อันนำไปสู่การลดความหวาดได้ (Leitner & Leitner, 2004)

กิจกรรมที่ 5, 6, 7, และ 12 เป็นขั้นค้นหาสิ่งกระตุ้น (arousal seeking) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่าประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นเมื่อบุคคลค้นหาสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัว และตอบสนองสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อที่จะให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นแปลกใหม่ ไม่น่าเบื่อใจ และสนุกสนาน การกระตุ้นที่เกิดขึ้นจะต้องท้าทายยิ่งขึ้น คือ มีกิจกรรมตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับท้าทายความสามารถขึ้นไปอีกระดับ ซึ่งบุคคลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมไว้ในอดีตมาใช้ (Keller & Hudson, 1991) ดังนั้นขั้นนี้จึงมุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยอารมณ์ด้านลบ ความรู้สึกไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกหงุดหงิด ส่งเสริมอารมณ์ด้านบวก อีกทั้งมีกิจกรรมการเล่นเป็นกลุ่มในบริเวณแหล่งประโยชน์ของชุมชน ทำให้ส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมที่อาศัยอยู่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และลดการแยกตัวออกจากสังคม

กิจกรรมที่ 8-11 เป็นขั้นพัฒนาความสามารถและสมรรถนะ (competence-effectance development) โดยลักษณะของกิจกรรมมีหลายระดับตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงระดับที่ท้าทายความสามารถของบุคคล ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของตนเอง โดยอาศัยทักษะการสังเกตสิ่งแวดล้อม การลงมือแก้ปัญหา และการสังเกตผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะ มีความชำนาญ เกิดการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะเป็นขั้น ๆ นำไปสู่การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เพิ่มความรู้สึกมี

อำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อมและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งผลักดันทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุอีกด้วย (Keller & Hudson, 1991)

ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้มีการกำกับการทดลองเพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเป็นสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความหวาด (Hacihanoglu et al., 2012) ผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุได้คะแนนผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ทุกคน คือ มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองคิดเป็นร้อยละ 93.60 ของคะแนนเต็ม แสดงถึงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ค่อนข้างสูง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรประเสริฐ เสือสี (2547) ที่ระบุว่ากิจกรรมนันทนาการสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุปว่าโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวก คือ ความรู้สึกสนุกสนาน มีความสุข สร้างความรู้สึกพึงพอใจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากการได้พัฒนาทักษะความสามารถของตน อีกทั้งส่งเสริมการรู้คิดที่ถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของความจริง จากการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดการเรียนรู้ผู้อื่น จึงปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิด มีการพัฒนาทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา และลดการแยกตัวจากสังคมทั้งหมดนี้นำไปสู่การลดความหวาดได้

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุให้ความสนใจในโปรแกรมและชื่นชอบในกิจกรรมทุกคน เห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมครบร้อยละ 80 ทุกคน โดยมีผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้งสูงถึง 18 คน ที่เหลือจำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดเพียงคนละ 1 ครั้ง ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้สูงอายุซึ่งได้กล่าวสรุปในวันอำลาในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุประทับใจในกิจกรรมทุกคน

เนื่องจากกิจกรรมมีความหลากหลาย ทำความ สามารถ และแปลกใหม่ ต้องการให้จัดกิจกรรมในชุมชน อย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงตามหลักการของโปรแกรมที่มีความ หลากหลายในกิจกรรมนันทนาการถึง 8 ลักษณะ ทั้งกิจกรรมนันทนาการทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ พัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพ กิจกรรมนันทนาการงาน อดิเรกและศิลปะ กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง กิจกรรมนันทนาการเกม กิจกรรมนันทนาการการเต้นรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ กิจกรรมนันทนาการ การแสดงละคร และกิจกรรมนันทนาการดนตรีและการ ร้องเพลง ส่วนกิจกรรมที่ทุกคนชื่นชอบและต้องการให้ จัดในชุมชนมากที่สุดคือ กิจกรรมนันทนาการทางสังคม เช่น การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ งานเต้นรำ และกิจกรรม นันทนาการงานอดิเรกและศิลปะ

การจัดกิจกรรมนันทนาการในผู้สูงอายุ ผู้จัด กิจกรรมควรมีความรู้และประสบการณ์ในการจัด กิจกรรมนันทนาการบำบัด เนื่องจากต้องอาศัยเวลาและ เทคนิคในการกระตุ้นผู้สูงอายุที่มีความว้าวุ่นให้เกิด อารมณ์ด้านบวกและมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม รวมถึงเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุและ สามารถปรับกิจกรรมให้เข้ากับระดับการทำหน้าที่ของ ร่างกายผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามคู่มือการดำเนิน กิจกรรมโปรแกรมนันทนาการบำบัด เพื่อลดความ ว้าวุ่นในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล จึงมีส่วนช่วยพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจเพื่อสามารถจัดโปรแกรมการ พยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดด้วยตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการพยาบาลผสมผสาน นันทนาการบำบัดไปใช้ ควรเริ่มต้นที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มี อยู่ในชุมชนทั้งจากชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม อาสาสมัคร เป็นต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญ สามารถเป็นต้นแบบในการทำกิจกรรมเกิดการต่อยอด สู่ผู้สูงอายุภายในชุมชน

2. โปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการ บำบัดสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในบริบทของชุมชน และสถานดูแลระยะยาว โดยผู้ปฏิบัติควรมีความรู้และ ประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมนันทนาการกับผู้สูงอายุ เบื้องต้น รวมถึงเข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติสามารถนำคู่มือการ ดำเนินกิจกรรมนันทนาการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไป ประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม อีกทั้งสามารถปรับ เปลี่ยนกฎกติกาของแต่ละกิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับ วิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T)*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คำจันทร์ รมเย็น. (2550). *การศึกษาความว้าวุ่นและการพัฒนา โปรแกรมเพื่อลดความว้าวุ่นของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วัดราษฎร์บูรณะเขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ โดยใช้หลัก โยนิโสมนสิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชมนันท์ บัวงาม. (2539). *ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและ การออกกำลังกายต่อการลดความว้าวุ่นของผู้สูงอายุใน ตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอบางบัว จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ญาดารัตน์ บาลจ่าย. (2549). *ผลของโปรแกรมศิลปะแบบกลุ่ม ต่อความว้าวุ่นของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พรประเสริฐ เสือสี. (2547). *ผลของการจัดกิจกรรมนันทนาการ ตามทฤษฎีแอนดราโกจี เพื่อเพิ่มความเห็นคุณค่าใน ตนเองของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขา ศึกษานอกโรงเรียน, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

- พัชรี แวงวรรณ. (2553). ผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิศา มัทยา. (2543). ผลของการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มต่อการลดความรู้สึกว่าเหงของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปราบกวางศ์. (2552). ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิจิตรา เปรมปรี. (2550). ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาจิตพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกว่าเหงและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสานีย์ ใหมดี. (2550). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความรู้สึกว่าเหงในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 13(1), 54-69
- Aartsen, M., & Jylha, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 227-239). New York: Guilford Press.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2013). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (14th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., et al. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 380-388.
- Cohen-Mansfield, J., & Pappura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19, 279-294.
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Fry, P., & Debats, D. (2002). Loneliness and psychological distress in older adults. *International Journal of Aging & Human Development*, 55, 233-269.
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 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*. State College, PA: Venture Publishing.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28, 354-363.
- 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 and Aging*, 35(4), 331-344.
- Keller, M. J., & 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.
- Krause-Parello, C. A. (2012). Pet ownership and older women: the relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatric Nursing*, 33(3), 194-203.

- Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging and Mental Health, 10*(5), 454-466.
- Leitner, M. J., & Leitner, S. F. (2004). *Leisure in later life* (3rded.). New York: Haworth Press.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine, 74*(6), 907-914.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review, 15*(3), 219-266.
- Mathieu, S. I. (2008). Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities Adaptation and Aging, 32*(2), 134-148.
- Newall, N. E. G., Chipperfield, J. G., & Bailis, D. S. (2013). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships, 31*(3), 335-351.
- Newfield, S. A., Hinz, M. D., Scott-Tiley, D., Sridaromont, K. L., & Maramba, P. J. (2007). *Cox's clinical applications of nursing diagnosis: Adult, child, women's, mental health, gerontic, and home health considerations* (5th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Peplau, A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Petryshen, P. M., Hawkin, J. D. & Fronchak, T. A. (2001). An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(3), 293-298.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7thed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, & factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20-40.
- Sar, A. H., Göktürk, G. Y., Tura, G., & Kazaz, N. (2012). Is the internet use an effective method to cope with elderly loneliness & decrease loneliness symptom? *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 55*, 1053-1059.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*(3), 223-233.
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *Journal of Psychology, 146*(3), 293-311.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & 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.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(5), 387-396.
- Tse, M. M. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 19*(7-8), 949-958.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2009). *Prentice hall nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes*. Upper Saddle River, NJ: 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.

The Effect of Nursing Intervention Integrated Therapeutic Recreation Program on Loneliness among Community-Dwelling Older Persons

Ananya Laorinthong* M.N.S. (Gerontological Nursing)

Jiraporn Kespichayawattana** Ph.D. (Gerontological Nursing)

Abstract: The purposes of this quasi-experimental research were to compare 1) loneliness in older persons in 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 conventional nursing care. The participants consisted of 40 older persons living in a community, aged between 60 and 79 years old, who experienced moderate loneliness and met the study criteria. The first 20 participants were assigned into an experimental group and the later 20 participants were assigned into a control group. Both groups were pair-matched by age, gender, marital status, education, and degree of loneliness. The experimental group underwent the program developed by the researchers which composed of 12 sessions, 90 minutes for each session, and meeting twice a week for 6 weeks. Research instruments were: 1) the Nursing Intervention Integrated Therapeutic Recreation Program for Older Persons with Loneliness, and 2) the Data Collection Instrument, including the Demographic Characteristics Questionnaire and the University of California, Los Angeles Loneliness Scale Version 3. Descriptive statistic and t-test were used in data analysis. Major findings showed that 1) the mean score of loneliness of older persons who participated in the integrated nursing intervention and therapeutic recreation program was significantly lower than that prior to experiment, and 2) after the experiment, the mean score of loneliness of older persons who participated in the integrated nursing intervention and therapeutic recreation program was significantly lower than that of control group. Therefore, this program can be used with older persons who face loneliness. In addition, practitioners should concern about older persons' context and way of life during utilization.

Keywords: Loneliness, Older persons, Therapeutic recreation

*Master Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, E-mail: wattanaj@yahoo.com