

ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า
โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

The results of a five-dimensional happiness program for elderly people at risk of depression
Elderly school in Pa Kae Bo Hin Subdistrict, Thung Wa District, Satun Province.

อนงค์ เกื้อสกุล พย.บ.
โรงพยาบาลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า
จังหวัดสตูล

Anong Kuasakul, (B.N.S)
Thungwa hospital Thung Wa District
Satun Province

(Received: 13 February 2025, Revised 18 April 2025, Accepted: 24 April 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 40 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบวัดคุณภาพชีวิต 2) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 6) แบบตรวจสุขภาพจิต และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test เป็นต้น

ผลการศึกษา ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี เสี่ยงต่อการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ ไม่พบว่าการคิดในการฆ่าตัวตาย และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่า ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุเสี่ยงซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, โปรแกรมความสุข 5 มิติ

ติดต่อผู้พิมพ์ : อนงค์ เกื้อสกุล อีเมล : papukanong@gmail.com

Abstract

This a quasi-experimental research aimed to study the effects of the 5-dimensional happiness program with elderly people at risk of depression in Pa Kae Bo Hin Subdistrict Elderly School, Thung Wa District, Satun Province. The sample consisted of 40 elderly individuals at risk of depression, selected through purposive sampling. The Intervention lasted 16 weeks (June–September 2024) and comprised three phases: (1) problem identification and needs assessment through focus group interviews; (2) Using the 5-Dimensional Happiness Program (3) Measure the results of using the 5-dimensional happiness program. Tools included: 1) The WHO Quality of Life 2) Thai Geriatric Mental Health Assessment 3) Barthel Activities of Daily Living 4) Thai Geriatric Depression Scale 5) 8-item Suicide Risk Assessment 6) The Thai Mini-Mental State Examination and 7) Satisfaction Assessment Form. Pre- and post-intervention data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation) and the Paired t-test.

The results found that the elderly risk of depression had an improved quality of life, good mental health and were at a significantly reduced risk of depression at a statistical level of $P < .05$. No suicidal ideation was found and the satisfaction with the program activities was at a very good level, indicating that the results of the 5-dimensional happiness program can help promote a better quality of life for the elderly at risk of depression.

Keywords : elderly people at risk of depression, quality of life, five-dimensional of happiness Program

Corresponding author : Anong Kuasakul **E-mail :** papukanong@gmail.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงวัย ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพความสามารถในการทำหน้าที่ การรู้คิด จนสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ⁽¹⁾ จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.3, 2.6, 2.9, 3.4 และ 3.5 ตามลำดับ รวมถึงสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.9 ต่อแสนประชากร โดยเฉลี่ยประมาณวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง⁽²⁾ และผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 10.4 ต่อประชากรแสนคน และเมื่อเทียบกับทุกช่วงวัยอื่นนั้นว่าเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงที่สุด⁽³⁾ สำหรับโรคซึมเศร้าในคนสูงอายุนั้น ก็เป็นอีกหนึ่งกลุ่มคนที่ไม่ควรถูกมองข้าม เพราะเป็นโรคที่กว่าผู้สูงอายุจะรู้ตัวว่าป่วยเป็นโรสดังกล่าวก็ต้องใช้เวลานาน และกว่าจะรักษาหายก็ยิ่งต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ไปแล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 7% คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า และสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14⁽⁴⁾ และเมื่อประชากรสูงวัยมากขึ้นจึงมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ตามมามากมาย นอกเหนือจากการเปลี่ยนที่เห็นชัดเจนของร่างกายภายนอกแล้ว การเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเช่นกัน เพราะเป็นวัยที่มีอารมณ์

และความรู้สึกเปราะบางเป็นพิเศษ จนส่งผลให้สุขภาพจิตแย่กลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยอาการของภาวะซึมเศร้านี้ไม่ได้บ่งบอกถึงความเจ็บปวดทรมานทางด้านร่างกาย แต่ในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าทำร้ายสุขภาพจิตใจ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้หรือไม่เข้าใจอาการของโรค ก็จะมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุเอง และคนรอบข้างได้เช่นกัน⁽⁵⁾ จะเห็นว่าเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมตามมาด้วยภาระพึ่งพิงกับผู้ดูแลมากขึ้นตาม จะเห็นได้จากข้อมูลการพึ่งพิงของวัยสูงอายุมากขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ นับตั้งแต่ปี 2537 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด จนมาถึงในปี 2567 พบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มจาก 10.7 เป็น 31.1 เท่ากับว่า ประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน จะต้องรับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 31 คน หรือผู้สูงอายุ 1 คน จะต้องมีการวัยทำงานประมาณ 3 คนในการดูแล⁽⁶⁾

จากสถิติผู้สูงอายุของอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2566 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 22.2, 18.2, 23.1 และ 25 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน 9 ด้าน ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 2,942 ราย ซึ่งได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ จำนวน 2,612 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.78 และในจำนวนนั้นเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 2,531 ราย ติดบ้าน จำนวน 67 ราย และติดเตียงจำนวน 14 ราย โดยแยกเป็นผู้ที่มีปัญหาในด้านความคิดความจำ 14 ราย และมีภาวะซึมเศร้า 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม คือ อัตราการฆ่าตัวตายสูงเกิน 6.3 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลย้อนหลังของปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 15.8 ต่อแสนประชากร ส่วนในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็นอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.9 ต่อแสนประชากร⁽⁷⁾ และเมื่อเปรียบเทียบการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะเป็นตัวเลขที่ลดลงแต่ก็น่าไว้วางใจเพราะปัญหาสุขภาพจิตที่ยังคงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเพราะส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั้งของตัวบุคคลและประเทศ ซึ่งถ้าหากสามารถป้องกันหรือลดปัญหาดังกล่าวลงมาได้ก็นับว่าเป็นเรื่องน่าสนใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ เข้ามาช่วยในการพัฒนาภาวะทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพร่างกาย และยังได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

วัสดุและวิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรม (One groups pretest-posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 16 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จำนวน 40 คน ที่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽⁸⁾ ของกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 2) เสี่ยงซึมเศร้า 3) สามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ 4) ไม่เป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยห้ามหรือจำกัดในการทำกิจกรรมออกกำลังกาย และ 5) ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เป็นต้น

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงความหมายทางบวก และทางลบ 3 โดยข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลผลตามคะแนนโดยรวม ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตดี เป็นต้น

3) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-15)⁽¹⁰⁾ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบมีการให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ ได้คะแนน 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ได้คะแนน 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)⁽⁸⁾ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนรวม กิจวัตรขั้นพื้นฐานเต็ม 20 คะแนน การแปลผลโดยคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึงภาวะพึ่งพารุนแรง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลางและคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

5) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)⁽¹⁰⁾ การให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบใช่ในข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 และตอบไม่ใช่ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ตามลำดับ โดยคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงซึมเศร้า และคะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า การแปลผลคะแนน เมื่อคะแนน 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก และคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)⁽¹¹⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้ คะแนนเต็ม 52 คะแนน ให้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ให้ 1-8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ให้ 9-16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และให้คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง

7) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination : TMSE)⁽¹²⁾ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลคือ ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 23 ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำหรือมีภาวะสมองเสื่อม

8) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือก 5 ระดับตามมาตรวัดของ Likert คะแนนเต็มแต่ละข้อ คือ 5 คะแนน แล้วนำคะแนนรวมที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน = มากที่สุด; 3.51-4.50 คะแนน = มาก; 2.51-3.50 คะแนน = ปานกลาง; 1.51-2.50 คะแนน = น้อย; น้อยกว่า 1.50 คะแนน = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สอดคล้องวัตถุประสงค์ จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบ วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ จากคู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2556⁽¹³⁾ โดยความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) : สุขสบาย (Health) 2) : สุขสนุก (Recreation) 3) : ด้านสุขสง่า (Integrity) 4) : ด้านสุขสว่าง (Cognition) 5) : ด้านสุขสงบ (Peacefulness) โดยจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ แสดงดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมความสุข 5 มิติ

สัปดาห์	ความสุข 5 มิติ	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	สุขสงบ	บรรยายให้ความรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
	สุขสว่าง	ทดสอบภาวะสมองเสื่อม (TMSE)
	สุขสง่า	กิจกรรมบอกเล่าความภาคภูมิใจของแต่ละคนและมาบอกเล่าให้เพื่อนหน้าชั้นเรียน
	สุขสบาย	แบบประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
	สุขสนุก	ทำแบบสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์แนะนำตัวเอง
สัปดาห์ที่ 2	สุขสงบ	ประเมิน คัดกรองซึมเศร้าในผู้สูงอายุและฆ่าตัวตาย TGDS-15 และ 8Q แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ให้ทุกคนฟังเพลงดอกไม้บาน และทำท่าประกอบเพลง
	สุขสว่าง	กิจกรรม “ย้อนรอยวัยรุ่น เล่าความหลังที่ประทับใจ”
	สุขสง่า	บรรยายเรื่องความมีคุณค่าในตนเองและการคิดเชิงบวก ให้สถานการณ์สมมุติที่ไม่พึงประสงค์และให้ผู้สูงอายุคิดเชิงบวกว่าจะคิดเชิงบวกอย่างไร เช่น
	สุขสบาย	ทำน่องออกกำลังกายเพิ่มกำลังขา
	สุขสนุก	เปิดเพลงรำวงเวียนครกภาคใต้ให้ผู้สูงอายุรำวง
สัปดาห์ที่ 3	สุขสงบ	สมดุลชีวิตด้วยหลัก 8 - 8 - 8 สอนในเรื่องการสร้างสุขในชีวิตให้สมดุล
	สุขสว่าง	กิจกรรมบริหารสมองโดยการฝึกการให้วาดภาพจากจินตนาการคนละ 1 ภาพ แล้วออกมาบรรยายภาพหน้าห้อง
	สุขสง่า	ให้ผู้สูงอายุคิดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์ให้ส่วนรวมหรือชุมชน
	สุขสบาย	ปรับสมดุลร่างกายคลายโรคด้วย “มณีเวช 5 ท่า”
	สุขสนุก	กิจกรรมร้องเพลง “ขึ้นเขาไปเด็ดดอกไม้”
สัปดาห์ที่ 4	สุขสงบ	ให้สมาชิกหาวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ
	สุขสว่าง	สอนการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยท่าจับ-แอล
	สุขสง่า	กิจกรรม “ใจเขา ใจเรา” บอกเล่าแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
	สุขสบาย	ให้ออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าที่ผู้สูงอายุใช้ออกกำลังกายประจำวันที่บ้าน
	สุขสนุก	กิจกรรมฝึกการแข่งขันอ่านหนังสือพิมพ์ทีละ 1 ย่อหน้า

(ต่อ) ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมความสุข 5 มิติ

สัปดาห์	ความสุข 5 มิติ	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5	สุขสงบ	ให้ผู้สูงอายุหลับตาแล้วนึกถึงสิ่งที่ไม่ดีที่เคยทำไว้แล้วให้บอกว่าถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะมีวิธีแก้ไขสิ่งนั้นอย่างไร
	สุขสว่าง	สอนการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยท่าใช้มือแตะจมูกและดึงหูสลับกัน
	สุขสง่า	ให้สมาชิกออกมากล่าวชื่นชมตัวเอง
	สุขสบาย	ยืดเหยียดด้วยท่าหมุนไหล่
	สุขสนุก	จัดกิจกรรมร้องโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมต้องออกมาร้องและร้องเพลง
สัปดาห์ที่ 6	สุขสงบ	กิจกรรมให้ผู้สูงอายุฝึกนั่งหลับตาฝึกสติโดยการกำหนดลมหายใจเข้า - ออก
	สุขสว่าง	กิจกรรมท่องสูตรคูณแม่ 2 ให้เข้ากับจังหวะตบมือ (ลงท้ายเลขคี่) และตบตัก (เมื่อท่องลงท้ายด้วยเลขคู่)
	สุขสง่า	กิจกรรมให้สมาชิกกล่าวชื่นชมผู้อื่น
	สุขสบาย	กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยการยืดแขนสองข้าง
	สุขสนุก	กิจกรรมประกวดร้องเพลงพร้อมหางเครื่องและกองเชียร์
สัปดาห์ที่ 7	สุขสงบ	ให้สมาชิกหาวิธีจัดการกับความเครียด
	สุขสว่าง	เกมแข่งขันช่วยกันต่อจิ๊กซอ หม้อ 4 ชิ้น
	สุขสง่า	กิจกรรมบอกสิ่งดี ๆ ที่ต้องการทำให้กับครอบครัว
	สุขสบาย	ให้สมาชิกลำเลียงกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
	สุขสนุก	กิจกรรมเกมส์ส่งของตามเพลง
สัปดาห์ที่ 8	สุขสงบ	กิจกรรมบอกรักและกอดตัวเอง
	สุขสว่าง	กิจกรรมช่วยกันลบเลข (100-7) ลบ 7 ไปเรื่อย ๆ จนผิด แล้วหยุด
	สุขสง่า	“วันนี้ฉันทำดีแล้วหรือยัง”
	สุขสบาย	ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ “ท่านกบิน”
	สุขสนุก	กิจกรรมหัวเราะบำบัด
สัปดาห์ที่ 9-16 สัปดาห์ จัดตารางกิจกรรมทบทวนเหมือนสัปดาห์ที่ 1-8 หรือปรับกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมโดยให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้คิดเพิ่มเติมและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน		
ส่วนสัปดาห์ที่ 15 และ 16 เป็นสัปดาห์ จะประเมินโปรแกรมผลการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า		
สัปดาห์ที่ 15		แบบประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทดสอบภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ทำแบบสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 16		ประเมิน คัดกรองซึมเศร้าในผู้สูงอายุและฆ่าตัวตาย TGDS-15 และ 8Q แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมความสุข 5 มิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้า เพื่อขออนุญาตดำเนินการจัดทำวิจัย
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลสำหรับทำวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
3. ติดต่อโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหินเพื่อกำหนดวันเวลาในการทำแบบประเมินและแบบสอบถาม
4. เตรียมแบบประเมิน แบบสอบถาม ให้พร้อมที่จะทำการประเมินหรือสอบถามแต่ละครั้ง
5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับการทำแบบประเมินและแบบสอบถาม
6. อธิบายวิธีการทำแบบประเมิน และแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนลงมือทำ
7. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567
8. นำผลที่ได้จากการทำแบบประเมินและแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ แล้วจึงนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์และวิธีการให้คะแนนที่อธิบายไว้หัวข้อการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสถิติต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง : ET-ST 11/2567 วันที่ให้การรับรองวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามปัญหาก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถาม หากรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ สามารถออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุชื่อตัวผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแก่บ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 มีอายุในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมาอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 42.50 ส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 12.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 22.50 มีรายได้ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้ คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมามีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้ คิดเป็นร้อยละ 30 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรม คิดเป็นร้อยละ 77.50 และมีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 62.50 เป็นต้น

2. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ (Mean = 87.45, S.D = 8.20) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean = 101.65, S.D = 7.63) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ	หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ
	Mean	S.D		Mean	S.D	
1. สุขภาพทางกาย	22.55	3.10	กลาง ๆ	26.18	3.15	ดี
2. สุขภาพทางจิตใจ	20.93	2.22	กลาง ๆ	24.58	2.12	ดี
3. สัมพันธภาพฯ	9.53	1.82	กลาง ๆ	11.68	1.33	ดี
4. สิ่งแวดล้อม	27.40	5.03	กลาง ๆ	31.15	3.52	ดี
โดยรวม	87.45	8.20	กลาง ๆ	101.65	7.63	ดี

3. ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 47.98, S.D = 2.06) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (Mean = 52.83, S.D = 2.72) และด้านความเศร้าของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเสี่ยงซึมเศร้า (Mean = 8.08, S.D = 1.19) และภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (Mean = 5.38, S.D = 1.18) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับสุขภาพจิต และความซึมเศร้าผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

ด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ	หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ
	Mean	S.D		Mean	S.D	
สุขภาพจิต	47.98	2.06	ปานกลาง	52.83	2.72	ดี
ความซึมเศร้า	8.08	1.19	เสี่ยงซึมเศร้า	5.38	1.18	ปกติ

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีความสามารถในการระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง (Mean = 18.98, S.D. = 0.94) คิดเป็นร้อยละ 100 และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ มีความสามารถระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง (Mean=19.78,S.D.=0.47) คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)

คะแนน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับความสามารถในการทำกิจ	หลังเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับความสามารถในการทำกิจ
	Mean	S.D	พิ่ง	Mean	S.D	พิ่ง
คะแนน 0-4 คะแนน	0.00	0.00	โดยสมบูรณ์	0.00	0.00	โดยสมบูรณ์
คะแนน 5-8 คะแนน	0.00	0.00	รุนแรง	0.00	0.00	รุนแรง
คะแนน 9-11 คะแนน	0.00	0.00	ปานกลาง	0.00	0.00	ปานกลาง
คะแนน 12-20 คะแนน	18.98	0.94	ไม่มีภาวะพิ่ง	19.78	0.47	ไม่มีภาวะพิ่ง

5. ผลการวัดประเมินการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหินฯ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 82.50 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 17.50 (Mean = 0.25, S.D. = 0.58) ค่า $t = -0.69$ และหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุทุกคนไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ		หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	33	82.50	40	100.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	7	17.50	0.00	0.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	0.00	0.00	0.00	0.00
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับมาก	0.00	0.00	0.00	0.00

6. การคัดกรองสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหินอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 12.50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นต้น ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ซึ่งภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 89.95 แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ ทั้งก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

คะแนน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ	หลังการเข้าร่วมกิจกรรม		ระดับ
	Mean	S.D		Mean	S.D	
เสี่ยงต่อสมองเสื่อม (จุดตัดอยู่ที่ ≤ 23 ถือว่ามีความผิดปกติ)	25.60	2.06	ไม่เสี่ยง	26.25	1.93	ไม่เสี่ยง
ความพึงพอใจ	N/A		-	4.51	0.60	ดีมาก

7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายหลังที่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า คุณภาพชีวิต สุขภาพจิต ความซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=40)

ด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		T	p – value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
1.คุณภาพชีวิต	87.45	8.20	101.65	7.63	18.77	< 0.05
2.สุขภาพจิต	47.98	2.06	52.83	2.72	10.41	< 0.05
3.ความเศร้า	8.08	1.19	5.38	1.18	17.21	< 0.05
4.ความสามารถในการทำกิจวัตรฯ	18.98	0.94	19.78	0.47	6.68	< 0.05
5.ภาวะสมองเสื่อม	25.60	2.06	26.25	1.93	6.61	< 0.05

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ดังนี้

1.ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ก่อนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้ง 4 ด้าน โดยด้านที่มีคุณภาพชีวิตดีที่มากที่สุดคือทางด้านร่างกาย รองลงมาทางด้านจิตใจ ทางด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมรวมถึงสอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่ ประกอบกับความต้องการของผู้สูงอายุด้วย และกิจกรรมของโปรแกรมได้แนะนำเรื่องอาหารและการออกกำลังกายความปลอดภัย การชะลอสมองเสื่อม และการแก้ไขการส่งเสริม และสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลงานการวิจัยของพัชรี ฤงแก้ว (2561)⁽¹⁴⁾, สุภาภรณ์ สมพาน (2564)⁽¹⁵⁾ และอรุณรัตน์ เชื้อตาเคน (2565)⁽¹⁶⁾ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของชัชญาภา สมศรี (2559)⁽¹⁷⁾ และเนติยา แจ่มทิม (2565)⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาถึงผลของกิจกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ แวนใจ นาคะสุวรรณ (2563)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตัวอย่างวิจัยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.339$, $p = .019$) และณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564)⁽²⁰⁾ พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นต้น

2.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุฯ พบว่า ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุที่เราเลือกมาเข้ารับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เป็นผู้ที่มีความสามารถในระดับช่วยเหลือตนเองได้อยู่แล้ว ประกอบกับกิจกรรมในโปรแกรมฯ มีการส่งเสริม

ความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยของบุณิกา กิตติกุลธนันท (2560)⁽²¹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นรายข้อพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำเองได้มากที่สุด ร้อยละ 98.9 คือ การล้างหน้าล้างหน้า หวีผม โกนหนวด รองลงมาคือ การรับประทานอาหาร สามารถดื่อกอาหาร ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ ร้อยละ 97.9 เช่นเดียวกับการศึกษาของกมลฤ ญนอมสัตย์ และสุวรรณ สายสุด (2559)⁽²²⁾ ที่พบว่า ภาพรวมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดี ($M = 19.97$, $S.D. = 5.09$) จะเห็นว่า ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของความรู้การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจึงเกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในทางบวกมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้⁽²⁰⁾

3. ด้านสุขภาพจิต ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดึงจุดแข็งของตนเอง ออกมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ขณะเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้สูงอายุมี ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมทาง บวก ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา มาลัย รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์ และคณะ (2561)⁽²³⁾ ที่พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความรักและความห่วงใยการมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการพักผ่อนร่วมกันมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมาก ความรัก การเป็นส่วนหนึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ากับผู้อื่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ในด้านความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อความซึมเศร้า และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะปกติ ซึ่งมองได้ว่ากิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกทั้งท่าทาง คำพูด รวมถึงการแสดงออกทางกายร่วมกับคนอื่น ๆ ทำให้เกิดการผ่อนคลายลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคณินิจ ศรีสอนใจ (2564)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผลการศึกษาหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 93.30 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 6.70 ได้รับการคัดกรองทดสอบ 2Q คิดเป็นร้อยละ 100 ครอบคลุมทุกราย ในส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ก่อนและหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้สูงอายุทุกคนไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นต้น

4. ภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง จะเห็นว่าการ ทำกิจกรรมที่มีการฝึกสมอง เช่น อ่านหนังสือ เล่นต่อคำเล่น ดนตรี ฟังดนตรี ร้องเพลง เต้นรำ และไม่เคร่งเครียดเกินไป ที่สำคัญควรตรวจสุขภาพประจำปี เพียงเท่านี้จะสามารถ ทำให้ชีวิตมีความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของของรัชณี นามจันทร์⁽²⁵⁾ พบว่า กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอและการฟื้นฟูความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ได้ผลดีต้องเป็นภารกิจที่เน้นการบำบัดด้วยการรับรู้และส่งเสริมการรับรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การให้ระบุ วัน เวลา สถานที่ บุคคลให้เล่าพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และบรรยายสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง ผู้ดูแลฟังและวิเคราะห์กิจกรรมพร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและอาจพูดซ้ำ ๆ จะช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ การจดจำ การชวนคุยเน้นการโต้ตอบแบบมีเหตุผลจะช่วยฝึกความตั้งใจและสมาธิแก่ผู้สูงอายุการให้รับความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่เป็นจริงจะทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นโดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ใช้จะเน้นการชวนพูดคุยให้คิดเรื่องต่าง ๆ เช่น ให้เล่าประวัติศาสตร์ เล่าชีวประวัติ การเรียกชื่อและการจำแนกแยกแยะชื่อวัตถุสิ่งของ เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ซึ่งภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม พบว่า สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 89.95 จะเห็นว่าความสุขของผู้สูงอายุว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) มีสุขภาพดี 2) มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต 3) มีความสุขตามสภาพซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะต้องมีกิจกรรมที่เหมาะสม และสำคัญอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเองอันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้เร็วขึ้น

จะเห็นว่า โปรแกรมความสุข 5 มิติกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าแกบ่อหิน เป็นกิจกรรมความสุขทั้ง 5 มิติ จากข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) พบว่า กิจกรรมนำมาใช้อาจมีข้อจำกัดในกลุ่มของชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามาช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการใช้โปรแกรมความสุข 5 มิติ คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญและการสนับสนุนบุคลากรและสถานที่ในการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ อย่างไรก็ตามก็ยังข้อจำกัดในแง่ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดเล็กอาจจะส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้ อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมความสุข 5 มิติ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุอื่น และสามารถปรับกิจกรรมได้ตามบริบทของพื้นที่ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้ความเสี่ยงซึมเศร้าลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาต่อยอดนำไปปรับใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังหรือขยายผล นำโปรแกรมไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นตามบริบทของชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การศึกษาเป็นเพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการ ทดลอง จึงควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อจะดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธวัช วัฒนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้า นายแพทย์ศร ละเอียด อดิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นางวิไลลักษณ์ เลิศเมธากุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งหว้า นางเอมอร ขุนเพชร หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าแพ ที่ให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาวิจัยให้คำแนะนำ และนายชยาเทพ สันจรรย์ศักดิ์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าแกบ่อหินที่อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ประสมสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาลเข้าใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2561; 41(1): 129-140.
2. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>
3. ปิติคุณ เสดะปุระ, ณัฐธกุล ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 1070-1084.
4. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). บทความวิชาการ, สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา 16 สิงหาคม 2566: 1-19.
5. โรงพยาบาลนครธน. ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวควรเข้าใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nakornthon.com/article>
6. สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ. สรุปสถานการณ์ผู้สูงวัยในปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/>
7. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2566.[เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th/>
8. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว. นนทบุรี; 2563.
9. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุลและคณะ. การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
10. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต, “แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15),” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต].2567. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567].เข้าถึงได้จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/1454>
11. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี ; 2563.
- 12.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. นนทบุรี : วจันดาครีเอชั่นจำกัด; 2564.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือ โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
14. พัชรี ถุงแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2561; 13(39): 41-54.
15. สุภาภรณ์ สมพาน. ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบวักค้าง อำเภอสนักำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/view/266020.

16. อรุณรัตน์ เชื้อตาเคน. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยความสุข 5 มิติในวิทยาลัย ณ ไทกะเลิง อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://clouddontanhos.com/doc/agineserver.pdf>.
17. ชัชญาภา สมศรี และพิกุลทอง โมมูล. ผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560: 3-14.
18. เนติยา แจ่มทิม. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2565 ; 5(2): 140-150.
19. แว่นใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(1): 171-180.
20. ณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
21. ปุณิกา กิตติกุลธนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแรงของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
22. กมลภู อนุมสัต์ย์, สุวรรณ สายสุด. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง : กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ ตำบลวังตะกั่ว อำเภอเมือง และตำบลบางภาษี อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 8 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2559. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม | จังหวัดนครปฐม | ประเทศไทย | 31 มีนาคม - 1 เมษายน 2559.
23. ชุตินา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, ศรีสกุล ฉะยบแหลม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลสงขลาครินทร์ 2561; 39(3): 67-76.
24. คณินิจ ศรีสอนใจ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอหาด จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/220223164561529127.pdf>
25. รัชณี นามจันทร์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มจร.วิชาการ 2553; 14(27): 137-50.