

ผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Results of health promotion to prevent depression with the 5 Dimensions of Happiness Program in the depression risk group of the elderly in Wanonniwat Subdistrict, Wanonniwat District Sakon Nakhon Province.

(Received: April 21,2025 ; Revised: April 26,2025 ; Accepted: April 27,2025)

กายสิทธิ์ จันทะบาล¹

Kaiyasit Juntabal¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 34 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสุขภาพจิต 5 มิติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ t-test แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงจากค่าเฉลี่ย 2.88 เหลือ 1.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิตในทุกมิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมน้อยละ 94.1 มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ, สุขภาพจิต

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest format. The objective was to investigate the effects of a health promotion program designed to prevent depression using the “5 Dimensions of Happiness” program, as well as to evaluate the satisfaction of elderly participants. The sample consisted of 34 elderly individuals at risk of depression residing in Wanorn Niwat Subdistrict, Wanorn Niwat District, Sakon Nakhon Province, selected through purposive sampling. Data were collected before, during, and after the 12-week intervention. Research tools included a personal information questionnaire, a depression assessment scale, a five-dimensional mental health assessment tool, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results showed a statistically significant decrease in depression levels among participants, from a mean score of 2.88 to 1.93 ($p < 0.001$). Mental health behavior improved significantly across all five dimensions: comfort, joy, elegance, brightness, and tranquility ($p < 0.001$). Additionally, 94.1% of participants reported a high to very high level of satisfaction with the program.

Keywords: Elderly, Depression, 5 Dimensions of Happiness Program, Mental Health

¹ โรงพยาบาลวานรนิวาส

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ รายงานว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 เพิ่มขึ้นถึง 962 พันล้านคนและจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050^{1,2} แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ประชากรสูงอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2557 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 หรือประมาณ 10 ล้านคน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวน ผู้สูงอายุมากถึง 18 ล้านคน⁴ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจนอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้หากไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรโลกมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคน โดยพบมากในกลุ่มประชากรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน⁷

ภาวะการซึมเศร้า เป็นภาวะของการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตัวเองไร้ค่าและยังเป็นภาระต่อคนอื่น นอนไม่หลับ ไม่อยากทานอาหาร น้ำหนักลดหากมีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย -ฆ่าตัวตาย รวมถึงมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและมักเริ่มพบได้บ่อยในสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น กรมสุขภาพจิต ชี้สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และสาเหตุการฆ่าตัวตายในของตำรวจส่วนใหญ่ คือ อาการซึมเศร้า¹ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10-20 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁶ ผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการมาก ๆ อาจรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายจะคิดหรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ นึกอยากตาย และอาจ

วางแผนทำร้ายร่างกาย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ยอมกินยาประจำตัว เพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิต⁷ ภาวะอารมณ์เศร้า หรือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Late-life depression) เป็นโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ ช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 แบบ คือ อาการซึมเศร้าที่เป็นมาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และที่เกิดในช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงวัยพบมากถึง 10-20 % ของประชากร และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยตรงไปตรงมา มีตั้งแต่เศร้าเล็กน้อย อารมณ์ไม่แจ่มใส ไปจนถึงรุนแรงมากจนกระทั่งเป็นโรคหรือมีอาการจิตเวชร่วมด้วย ดังนั้นหากคนไข้ไปพบแพทย์ในขั้นที่เป็นรุนแรงมาก มีอาการหลงทาง จิต หรือขนาดคิดฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยทำได้ไม่ยากนัก แต่กลุ่มคนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่แสดงออก อาจมีเพียงจิตใจไม่แจ่มใส ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน จะถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นอันตรายในที่สุด อาการเตือนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนอารมณ์ดีก็เปลี่ยนเป็นหงุดหงิดง่าย มีเหตุผลน้อยลง ขี้บ่นมากขึ้น หรือสนใจในสิ่งที่เคยชอบลดลงจากเดิม รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าเบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ ไม่อยากร่วมกิจกรรม พูดน้อยลง ไม่ดูแลตัวเอง ไม่ยอมกินยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีปัญหาการนอนที่ผิดปกติ นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นกลางดึก มีอาการความจำไม่ค่อยดี สมาธิสั้นลง เหนื่อยไม่มีพลังงาน อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ⁹

จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2562 พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2561) มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมาเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยบอกจำนวน 141,566 รายต่อปี และรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2,663 รายต่อปี โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ¹⁰ และในอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี มีผู้สูงอายุที่เข้า

รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 94.43 ประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.02 ตำบลวานร มีจำนวน ผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และปีพ.ศ. 2565 เท่ากับ 1,496 คน, 1,606 คน และ 1,713 คน ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2565 ได้รับการคัดกรองภาวะ สุขภาพ ร้อยละ 98.31 พบผู้ป่วยผิดปกติ 2 คน¹³ การ ป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งเป็น กลุ่มที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง กิจกรรมสร้างสุข ตามการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยความสุข 5 ด้าน ประกอบด้วย สุขสบายซึ่ง เน้นเรื่องสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมเสี่ยงด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุสุขสนุกเป็นความ สามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ด้วยการทำ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่น แจ่มใส สุขสง่าเน้นความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองและความรู้สึกต่อ ตนเองและผู้อื่น อย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่ซึมเศร้า ไม่ ท้อแท้สุขสว่างเป็นความสามารถด้านความจำ ความ เข้าใจความคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้ เหตุผล และการวางแผนแก้ไขปัญหา สุขสงบ เป็นการ รับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุม อารมณ์ และสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่าง มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการควบคุม ความ ต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตัวเองได้^{๑๖}

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วย โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เป็นการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี มีความสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค ในวัย สูงอายุ ลดระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะติดบ้าน หรือติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาผล การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วย โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ของชมรมผู้สูงอายุตำบลวานร อำเภอวนรนิवास

จังหวัดสกลนคร ให้มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตดี ขึ้นได้ และจะเป็นประโยชน์ ต่อการวางแผนช่วยเหลือ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุอันจะ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าเศร้าได้อย่าง เหมาะสม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่ม เสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ใน กลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบแผนการวิจัย กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสืบค้นข้อมูล ของกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่มารับการรักษาจากฐาน ข้อมูลคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลวานรนิवास แล้ว กำหนดขนาดตัวอย่างโดยในสูตรในการคำนวณขนาด ตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (สิริมา, 2553) อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมของ ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกสมองต่อความ สามารถด้านสมาธิ และความจำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนของระยะเวลาใน การใช้ความสามารถด้านความจำในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม เท่ากับ 26.48 (S.D=1.33) และ 24.60 (S.D=1.99) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } n / \text{group} = \beta)$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ
 $Z_{\alpha/2}$ คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
 Z คือ ค่าอัตราส่วนวิกฤติของพื้นที่ใต้โค้งปกติ
 ด้านน้อย ณ จุดความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% เท่ากับ
 1.64

σ คือ ค่าความแปรปรวน
 μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 1
 μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 2
 แทนค่าสัญลักษณ์
 $Z_{\alpha/2} = 1.96$
 $Z_\beta = 1.64$
 $\sigma = 1.99$
 $\mu_1 = 26.48$
 $\mu_2 = 24.60$
 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการแทนค่าในสูตร
 ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{2(1.96 + 1.64)^2 (1.99)^2}{(26.48 - 24.60)^2}$$

$$n / \text{group} = 29.04 \approx 30$$
 หาค่า Adjust เพื่อป้องกันการสูญหายของ
 กลุ่มตัวอย่าง โดยคิดที่ 10% (อรุณ, 2552)

$$n_{\text{adj}} = \frac{(1-R)}{n}$$

$n_{\text{adj}} = 33.33 \approx 34$ คน
 จากการคำนวณได้ค่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34
 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มหรือเลือก
 ตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Sampling-
 Randomization Probability) แบบสุ่มอย่างง่าย
 (Simple Random Sampling) โดยมีรายละเอียด
 ดังนี้ 1) เขียนหมายเลขและรายชื่อตามจำนวนกลุ่ม
 เสี่ยงโรคซึมเศร้าแล้วนำมารวมกันในกล่อง 2) ทำการ
 จับสลากแบบไม่มีการใส่คืน (Sampling Without
 Replacement) ขึ้นมาจำนวน 34 ครั้ง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม
 โครงการ (Inclusion criteria) 1) ประเมินแบบการใช้

ชีวิตประจำวัน (ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน
 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจนครบระยะเวลา 12
 สัปดาห์ ด้วยความสมัครใจ 3) ติดต่อสื่อสารด้วยการ
 พูดได้รู้เรื่อง 4) สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก
 โครงการ (Exclusion Criteria) 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วม
 การวิจัยต่อ 2) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 3) ย้ายบ้าน/ย้ายถิ่นฐาน ออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ
 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้
 ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างสุขในกลุ่มเสี่ยงโรค
 ซึมเศร้าตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัด
 สกลนคร ได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณได้
 สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวม
 ข้อมูล ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย การสูบ
 บุหรี่/ยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินสุขภาพจิต
 และความเครียดโดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4
 ระดับ โดยมีคำตอบ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย มาก
 ที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม
 สุขภาพจิต โดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4 ระดับ
 โดยมี คำตอบ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย มากที่สุด

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยนี้ดำเนินการตาม
 ขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย ศึกษาทบทวน
 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต และโปรแกรม
 สุขภาพจิตแบบองค์รวม กำหนดวัตถุประสงค์
 ขอบเขต และระเบียบวิธีวิจัยจัดทำเค้าโครงวิจัยและ

เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาวะซึมเศร้า (12 ข้อ) แบบ
ประเมินสุขภาพจิต 5 มิติแบบสอบถามความพึงพอใจ
ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือ (ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและการทดสอบความ
เชื่อมั่น ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha))

2. การดำเนินการวิจัยภาคสนาม ประชุมชี้แจง
ผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุในพื้นที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามเกณฑ์การมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบ
คัดกรอง ดำเนินการขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการ
วิจัย (Informed Consent)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลอง
(Pretest หรือ 00) ระหว่างการทดลอง (01 และ 02)
จัดกิจกรรม “โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ” สัปดาห์ละ 1
ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ให้ผู้สูงอายุฝึกกิจกรรม
ต่อเนื่องที่บ้าน และมีบันทึกกิจกรรมตนเอง
ประเมินผลรายเดือน โดยเก็บบันทึกกิจกรรมและ
พฤติกรรมสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลง และหลังการ
ทดลอง (Posttest หรือ 03) ผู้สูงอายุทำแบบสอบถาม
อีกครั้ง แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสุขภาพจิต
5 มิติ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความพึง
พอใจต่อโปรแกรม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ
คะแนนก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired
Sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

5. การสรุปผลและจัดทำรายงาน วิเคราะห์ผล
และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สรุปผลการวิจัย
พร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะ
สำหรับการวิจัยในอนาคต จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์
และจัดเตรียมบทความวิชาการสำหรับนำเสนอหรือ
เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้
ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดย
คณะผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อ
คำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้า
คณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการ
เก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกันการสร้าง
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการก่อนเก็บข้อมูลมีดังนี้ในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย
ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงผู้นำ
ชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอ
อนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ 2) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อ
ผู้เข้าร่วมโครงการ วัสดุอุปกรณ์ และแบบสอบถาม
แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย 3) สร้างสัมพันธภาพ
กับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และ
สร้างความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยการ
แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ
และอธิบายให้เข้าใจเปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลา
สำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วม
โครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจและเข้าพบ
ช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการในระยะก่อน
ดำเนินการ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) อาศัยดุลย
พินิจของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหา
(Subject Master Specialist) ทั้งความเหมาะสม
ด้านภาษาและข้อคำถามที่สร้างขึ้นครอบคลุม
ประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือไม่ (อรพินท์ ชูชม,
2545) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยได้
ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในค่าที่มากกว่า 0.7 ขึ้นไป
ยอมรับได้ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังจากปรับแก้ตาม
คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้กับ
กลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกวัดความเที่ยงด้วยวิธีการหา Alpha Coefficient (Cronbach, 1951) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.75 โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ แบบประเมินเรื่องการทดสอบสมรรถภาพร่างกายและแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE) แบบวัดความสุขฉบับ 15 ข้อ แบบประเมินการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel's Index) แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสุข 5 มิติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษา ผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองโครงการเลขที่ SKN REC 135-2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวน 34 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69.2 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และสูงสุด 82 ปี เมื่อแจกแจงเป็นช่วงอายุ พบว่ามากที่สุดอยู่ในช่วง

อายุ 60–65 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 66–70 ปี ร้อยละ 17.6 และช่วงอายุอื่น ๆ มีสัดส่วนน้อยลงตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่คู่สมรส (ร้อยละ 67.6) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 41.2)

อาชีพพบว่ามากที่สุดคือกลุ่มว่างงาน/แม่บ้าน/ทำงานบ้าน (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือกลุ่มงานใช้แรงงาน (ร้อยละ 29.4) และมีเพียงร้อยละ 11.8 ที่เป็นข้าราชการบำนาญ

ด้านสุขภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 55.9 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน และร้อยละ 44.1 ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 12 ข้อ (ช่วงคะแนน 1–4) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมจากการวิเคราะห์ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ $2.88 (\pm 0.64)$ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเหลือ $1.93 (\pm 0.56)$ ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired sample t-test ให้ค่า $t = 9.24$ และมี ค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมที่หลากหลายตามมิติสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิตตามมิติสุขภาพจิต 5 มิติ

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5 มิติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยในทุกมิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้า

ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดดังนี้

1. มิติ สุขสบาย (Health): คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมอยู่ที่ $2.79 (\pm 0.59)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.60 (\pm 0.48)$ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่า $t = 8.67, p < 0.001$

2. มิติ สุขสนุก (Recreation): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.57 (\pm 0.65)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.55 (\pm 0.50)$ ค่า $t = 8.11, p < 0.001$

3. มิติ สุขสง่า (Integrity): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.63 (\pm 0.61)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.58 (\pm 0.54)$ ค่า $t = 8.37, p < 0.001$

4. มิติ สุขสว่าง (Cognition): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.50 (\pm 0.56)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.47 (\pm 0.51)$ ค่า $t = 8.90, p < 0.001$

5. มิติ สุขสงบ (Peacefulness): คะแนนเฉลี่ยก่อน $2.43 (\pm 0.67)$ เพิ่มขึ้นเป็น $3.46 (\pm 0.47)$ ค่า $t = 7.89, p < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตในแต่ละมิติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้าน “สุขสว่าง (Cognition)” และ “สุขสบาย (Health)” ที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดอย่างชัดเจน การเพิ่มขึ้นของคะแนนสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพกาย การทำกิจกรรมที่สร้างความสุข การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรู้จักคุณค่าตนเอง และการฝึกฝนด้านจิตวิญญาณอย่างสมดุล

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ

การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุจำนวน 34 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ดังนี้

ร้อยละ 58.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุด

ร้อยละ 35.3 มีความพึงพอใจในระดับ มาก

ร้อยละ 5.9 อยู่ในระดับ ปานกลาง

จากผลการแปลความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.1 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด

สรุปและอภิปรายผล

ด้านภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนว่า กิจกรรมที่เน้นการเคลื่อนไหว การผ่อนคลาย การพบปะแลกเปลี่ยน และการฝึกจิตใจ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติา แซ่ลิ่ม¹⁵ ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตที่ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการทำสมาธิ มีผลในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต⁹ ที่สนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงทั้งกาย ใจ และสังคม

ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต 5 มิติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนในมิติต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตในเชิงบวก โดยเฉพาะมิติสุขสบาย (Health) และสุขสว่าง (Cognition) ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลสุขภาพตนเอง การตื่นรู้ทางความคิด และการเห็นคุณค่าของชีวิต ผลนี้สอดคล้องกับงานของ เนตรนภา กาบมณีและคณะ¹¹ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม มีผลต่อการพัฒนาด้านความสุขและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ด้านความพึงพอใจ ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมของกิจกรรมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน การใช้กิจกรรมที่ง่าย ใกล้ตัว และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และปฏิบัติ¹⁶ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในโครงการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพระดับ
ปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำ
โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่ม
ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะ
ซึมเศร้า และเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงรุก

2. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับกิจกรรมของ
ชมรมผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมเข้าวัด ปลูกผัก ทำสมาธิ

ร้องเพลง หรือกิจกรรมนันทนาการ เพื่อเพิ่มความ
ต่อเนื่องและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการพัฒนาแกนนำสุขภาพจิตในชุมชน
(อสม./ผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำกลุ่ม) ให้สามารถจัด
กิจกรรมสุขภาพจิตเบื้องต้นร่วมกับทีมสาธารณสุข
เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2561). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2561].จาก: <http://www.dop.go.th/th/>.
2. ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน.(2561). รูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 6].เข้าถึงได้จาก <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/handle/123456789/5715>
3. สุรพงษ์ มาลี.(2561). รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ(ในประเทศไทย). วารสารข้าราชการ. 60:6
4. ณิชฎิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, จารุภา แซ่ฮ้อ.(2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์.วารสาร มฉก.วิชาการ. 20:115-125.
- 5.ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, รัชนิกร อุปเสน.(2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารพยาบาลสาร. 46:70-82.
6. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2023). “คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ,” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 19 ตุลาคม 2023, <https://dmh-elibrary.org/items/show/1236>
7. Department of Mental Health. (2020). Sick, Depressed, Victim of Society Convicted. Retrieved December 5, 2021, from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>. [in Thai].
8. Department of Mental Health.(2020). Sick, Depressed, Victim of Society Convicted [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30118>
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ก้าวอย่างประเทศไทย สู่ ‘สังคมผู้สูงอายุ’ อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
10. ทิปา ขุดิกายจโนโกศล.(2563). อาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยอันตรายกว่าที่คิด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ>
11. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ, ปานเพชร สกุลคู.(2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 11(1):27-39.
12. อริสา อ่วมคง.(2565). แนวทางการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. WHO Quality of Life Assessment Group.(1996). What quality of life? World Health Forum. 17(4):354-6.
14. โรงพยาบาลวานรนิวาส.(2566). งานเวชระเบียนโรงพยาบาลวานรนิวาส. เอกสารภายใน. [เข้าถึงเมื่อ 21 มี.ค. 2566].
15. สุชาติา แซ่ลิ้ม.(2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 33(1):193–202.
16. ทยุติม คงพวง, พิมพพรรณ อำพันธ์ทอง, วัชร เพ็ชรวงษ์, สุนันทรา ขำนวนทอง.(2564). ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามสูง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(11):338–48.