

ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี โดยใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

THE RESULTS OF THE COMPARISON SELF-CARE KNOWLEDGE, DEPRESSION AND SELF-EFFICACY AMONG THE ELDERLY IN THE COMMUNITY CHANTHABURI PROVINCE USING SELF-EFFICACY PROGRAMS TO PREVENT DEPRESSION

บุญเลี้ยง ทุมทอง^{1*}, ฐิตวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์²

Boonleang Thumthong^{1*}, Thittawon Hongkittayanon²

¹คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

¹Faculty of Education, Surindra Rajabhat University.

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

²Faculty of Nurse, Rambhai Barni Rajabhat University.

*Corresponding author, e-mail: boonleang4848@hotmail.com

Received: 9 July 2021; Revised: 23 May 2022; Accepted: 31 June 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีกลุ่มเป้าหมายเพื่อใช้ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจำนวน 400 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองรวม จำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยแบบสอบถามมีค่า IOC แต่ละข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.66 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .78, .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 9.12$, S.D. = 3.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ ($\bar{X} = 9.36$, S.D. = 3.49) รองลงมาคือ หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป ($\bar{X} = 9.34$, S.D. = 3.45) เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร ($\bar{X} = 9.20$, S.D. = 3.47) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี ($\bar{X} = 8.80$, S.D. = 3.20) ตามลำดับ 2) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -14.621$, Sig. = .000) แสดงว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าหลังการอบรมอยู่ในระดับลดลงเป็นที่น่าพอใจ 3) ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ($t = 0.891$, Sig. = .380) และ 4) กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 27.246$, Sig. = .000)

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุ; การดูแลตนเอง; การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Abstract

The objective of this research was study depression levels, knowledge of self-care of the elderly. And compare depression self-care knowledge and self-efficacy to prevent depression from using self-efficacy programs to prevent depression. There were 400 subjects for the baseline study and 60 subjects were used in the experiment by purposive random sampling. General information inquiry form Self-Care Knowledge Test Depression Assessment and self-efficacy assessments to prevent depression. The questionnaire's IOC value, each question was greater than 0.66, and the self-care knowledge test was confidence. And the self-efficacy assessment questionnaire to prevent depression were .78, .85, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The research findings were as follows: 1) The elderly had a low level of symptoms of depression overall ($\bar{X} = 9.12$, S.D. = 3.37) when considered item by item. In descending order, they were uneasy, depressed, discouraged ($\bar{X} = 9.36$, S.D. = 3.49), followed by difficulty falling asleep or staying awake or sleeping too much ($\bar{X} = 9.34$, S.D. = 3.45), boredom, uninterested. What did you do ($\bar{X} = 9.20$, S.D. = 3.47) and the item with the lowest score was self-harm or do you think it would be good to die ($\bar{X} = 8.80$, S.D. = 3.20) respectively. 2) The mean of depression among the elderly group than the control group was statistically significant level. 01 ($t = -14,621$, Sig. = .000) show that the efficacy of self-defense. Depression of the elderly in the community resulted in a satisfactory reduction in the elderly's post-training depression. 3) The average self-care knowledge of the elderly between the experimental group and the control group was found to be statistically insignificant at the .05 level ($t = 0.891$, Sig. = .380). and 4) The experimental group had significantly higher self-efficacy to prevent depression than the control group at the .01 level ($t = 27.246$, Sig.).

Keywords: Depression; Elderly; Self-Care; Self-Efficacy

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 สำหรับผู้สูงอายุในวัยต้น คือ อายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี วัยกลาง อายุ 70 – 79 ปี ส่วนผู้สูงอายุวัยปลายอายุตั้งแต่ 80 ปีไปขึ้น [1] โดยปกติ ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองย่อมเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำงานจะลดน้อยลงไป มีปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และจากการศึกษาของกิริยา ตันสวัสดิ์ และบุญเชิญ หนูอิม [2] พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง 41.0 % ถึง 51 % และสิ่งที่น่ากลัวในโรคความดันโลหิตสูง นั่นคือถ้าไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเป็นหลอดเลือดเกิดการแตก ตีบ ตัน (Stoke) ซึ่งทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ หรือกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้ โดยปกติเมื่อผู้สูงอายุ อายุยิ่งมากขึ้นจะดูแลตนเองไม่ได้เมื่อมีโรคประจำตัว จะยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐานได้

ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น และการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จึงต้องมีผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผลกระทบ การเจ็บป่วยที่เรื้อรังของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เบื่อหน่ายกับโรค และร่างกายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้รวดเร็วตามความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด เบื่อหน่าย และไม่อยากเข้าสังคม ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและถ้ามีมาก ทำให้ผู้สูงอายุในบางรายอาจมีอาการกลับมาเป็นเด็ก หรือหงุดหงิดง่าย วิตกกังวล อารมณ์เศร้า เป็นต้น ผู้สูงอายุแสดงออกทางอารมณ์หรือคำพูดมากก็ส่งผลต่อผู้สูงอายุ [3] สอดคล้องกับรายงานวิจัยว่า ผู้สูงอายุต้องการให้บุตร หรือญาติที่ดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง อารมณ์ดี เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีที่ปรึกษาทางใจ [3-4] และสถิติการศึกษาโรคซึมเศร้าพบว่า มีอัตรา โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นภายในสิบปี เพิ่มขึ้นจาก 1,311,797 คน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นจนมีจำนวน 1,500,000 คน [5] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาจากโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า สถิติผู้ป่วยนอกเป็นโรคซึมเศร้าที่พบเป็นอันดับ 2 รองมาจากโรคจิตเภท มีจำนวน ถึง 17,827 คน [5] กรมสุขภาพจิตมีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูง เป็นอันดับ 2 [6] โดยคณะผู้วิจัยได้นำวิธีดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามาปรับใช้โดยเฉพาะสร้างความรู้สึกรู้สึกให้ดีขึ้น ใช้แนวคิด และการประยุกต์ใช้หลักการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ในเรื่องสมาธิและสติไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรีมีกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ คือ โรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง ทำให้ดูแล ผู้สูงอายุบางคนเครียดอาจเป็นโรคซึมเศร้าเพราะต้องใช้เวลาคูแ่เป็นระยะเวลานาน เพราะเชื่อว่าสติคือการระลึก การฝึกสติ ฝึกสมาธิ คนที่เศร้า กังวลมักหายใจสั้นและหายใจถี่ขึ้น จะยิ่งทำให้เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีพลังไม่สดชื่น และซึมเศร้า เหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่มาของการทำวิจัยเรื่องนี้ เพื่อการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้าง จิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวคิดวิธีปฏิบัติ สมาธิ สติ วิถีพุทธ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีกิจกรรมฝึก สมาธิ สติบำบัด สติพื้นฐาน การฝึกลมหายใจคลายเศร้า มีกิจกรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและสามารถนำไปใช้หรือสร้างรายได้ โดยโปรแกรมมีส่วนร่วมกันสามารถปฏิบัติตัวไม่มี ภาวะซึมเศร้า และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดยการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยซึ่งทำงานในหน่วยงานของสุขภาพในชุมชนได้มองเห็นว่า สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง และมีความจำเป็นสำหรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จันทบุรี 5,503 คน และ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power คำนวณภายใต้การใช้สถิติ Mean: Difference from constant (one sample case) กำหนดการทดสอบแบบ สองหาง (two tails) ระดับขนาดอิทธิพล (Effect size) ต่ำ (= 0.20) ระดับความคลาดเคลื่อน (α error prob) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.85 ได้จำนวนตัวอย่าง จำนวน 147 คน โดยคณะผู้วิจัยได้ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแรกเพื่อใช้ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 400 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มนี้จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเพื่อใช้ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 คือการศึกษาระดับของภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรม และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่สองใช้ในงานวิจัยสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบ The One-Group Pretest-Posttest Design มีกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม) กลุ่มละ 30 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive random sampling) รวมจำนวนตัวอย่างในครั้งนี้ 60 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 13 ข้อ และตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดัดแปลงจากกรมสุขภาพจิตเพื่อประเมิน ภาวะซึมเศร้าโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ (9Q) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่า มีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2. แบบทดสอบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ดูแล ดัดแปลงข้อคำถาม ภาษาและสำนวน ในการถามให้ตรงกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน จันทบุรี จากแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของกรมสุขภาพจิต วัดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple Choices) 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ

3. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรม ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินมีจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีจิตสำนึกวิถีพุทธสูง

ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการหาความตรง (Validity) นำแบบสอบถามข้อ 2-3 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า แบบทดสอบมีค่า IOC แต่ละข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.66 ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบข้อ 2-3 ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คนที่มีใช้กลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่า KR-20 และวิธีแอลฟา ครอนบาค พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ได้ค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ .78 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 ตามลำดับ และคัดเลือกแบบประเมินวัดความรู้ในการดูแลตนเองค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination) โดยใช้สูตรทดสอบ ที่ (t-test) พบว่า มีข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 10 ข้อ และมีค่าที่ ตั้งแต่ 2.56 ถึง 29.05 จึงได้คัดเลือก เอาไปใช้ดำเนินการต่อ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย ราชภัฏรำไพพรรณี เลขที่ RBRU-Hu20/2563 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนอย่างละเอียดในการเก็บข้อมูลและประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ให้ เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลสูงอายุและสูงอายุ ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2564 ตามลำดับ จำนวน 420 คน ได้กลับคืน 400 ฉบับคิดเป็น ร้อยละ 95.24 และนำไปทดลองใช้โปรแกรมช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2563 และนำไปจัดใช้โปรแกรมจริง ในระหว่างวันที่ 25-27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับของภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรมด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และในการวิเคราะห์สถิติอนุมานสำหรับสมมติฐานการวิจัย ด้วยวิธีการ Dependent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 9.12$, S.D. = 3.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ ($\bar{X} = 9.36$, S.D. = 3.49) รองลงมาคือ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป ($\bar{X} = 9.34$, S.D. = 3.45) เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร ($\bar{X} = 9.20$, S.D. = 3.47) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี ($\bar{X} = 8.80$, S.D. = 3.20) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ระดับอาการของภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	9.20	3.47	รุนแรงเล็กน้อย
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	9.36	3.49	รุนแรงเล็กน้อย
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	9.34	3.45	รุนแรงเล็กน้อย
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	9.20	3.53	รุนแรงเล็กน้อย
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	9.10	3.34	รุนแรงเล็กน้อย
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว้ง	9.17	3.42	รุนแรงเล็กน้อย
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	9.12	3.31	รุนแรงเล็กน้อย
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	8.82	3.21	รุนแรงเล็กน้อย
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	8.80	3.20	รุนแรงเล็กน้อย
ระดับของอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวม	9.12	3.37	รุนแรงเล็กน้อย

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับอาการของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 9.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ โดยเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ มีค่าเฉลี่ย 9.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 รองลงมาคือ หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป มีค่าเฉลี่ย

9.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.45 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร มีค่าเฉลี่ย 9.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47 และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี มีค่าเฉลี่ย 8.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 ตามลำดับ

2. ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = .63) และพบว่า ทุกรายการที่ประเมินมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรม

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถวางแผนหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้อยู่ในภาวะซึมเศร้า	4.20	.66	มาก
2. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถหาทางแก้ปัญหาได้เมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้	4.07	.58	มาก
3. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ ไร้คุณค่า	4.13	.63	มาก
4. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมสำเร็จด้วยตนเอง	4.13	.63	มาก
5. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงกับบุคคลที่ทำให้ตนเองไร้คุณค่า น้อยเนื้อต่ำใจ	4.20	.66	มาก
6. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าสามารถอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไร้คุณค่า น้อยเนื้อต่ำใจ	4.13	.63	มาก
7. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าสามารถออกกำลังกายได้เมื่อมีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้	4.20	.66	มาก
8. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ดีถึงแม้จะเบื่อหน่ายท้อแท้	4.20	.66	มาก
9. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยจะพยายามทำให้ตัวเองไม่อยู่ว่าง ด้วยการทำสิ่งที่ชอบ	4.20	.66	มาก
10. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตัวเองมีค่าขึ้นเมื่อสามารถดูแลตนเองได้	4.27	.58	มาก
11. ผู้สูงอายุมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ซึมเศร้าถึงแม้บุตรหลานจะไม่ดูแลหรือต้องอยู่คนเดียว	4.27	.58	มาก
12. ผู้สูงอายุมั่นใจว่า ถึงแม้จะซึมเศร้าก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้	4.27	.58	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวม	4.19	.63	มาก

3. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -14.621$, Sig. = .000) แสดงว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุในชุมชนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าหลังการอบรมอยู่ในระดับลดลงเป็นที่น่าพอใจ รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.891$, Sig. = .380) รายละเอียดดังตารางที่ 3

5. กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 27.246$, Sig. = .000) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (หลังการอบรม)

รายการ	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	30	3.27	1.41	-14.621**	.000
	กลุ่มควบคุม	30	8.07	.72		
ความรู้ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง	30	5.13	1.04	.891	.380
	กลุ่มควบคุม	30	4.87	2.25		
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	30	4.19	.63	27.246**	.000
	กลุ่มควบคุม	30	1.45	.51		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวคิดวิถีปฏิบัติ สมาน สติ วิถีพุทธ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีกิจกรรมฝึก สมาน สติ บำบัด สติพื้นฐาน การฝึกลมหายใจคลายเศร้า มีบางประเด็นที่น่าสนใจและนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = .63) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรีที่คณะผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้สูงอายุเน้นการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ ความตระหนักรู้มี ทาน ศีล ภาวนา สติ และสมาน ในโปรแกรม มีการฝึกสติและสมาน สติขั้นพื้นฐาน รับรู้ขั้นที่สองคือ สติตามการใช้งาน จากภายนอกและสภาวะภายในและสติขั้นสามจะเป็นสติปล่อยวาง เมื่อได้ฝึกจะทำให้ปล่อยวางความรู้สึกทางลบ การทราบถึง อนิจจัง ทุกข์ อนัตตา สิ่งทั้งหลายในโลกนี้เป็นสิ่งที่ไม่เที่ยงแท้ เกิดขึ้น ตั้งอยู่ แล้วดับไป (อนิจจัง) ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นทุกข์ (ทุกขัง) คือ ทุกอย่างเป็นสภาพที่ไม่อาจทนอยู่ในสภาพเดิมได้ เกิดขึ้นแล้วไม่อาจคงอยู่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ทำให้อารมณ์เกิดความเปลี่ยนแปลงไปตามวัตถุ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ตามมา และสุดท้ายคือ ทุกสิ่งไม่มีตัวตน และไม่ใช่ว่าตัวไม่ใช่ตนหรือเป็นของ ๆ ใครใด ๆ ทั้งสิ้น (อนัตตา) ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยแนวคิดวิถีพุทธ สติบำบัด การส่งเสริม

ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง มีสติไม่ทุกข์ ไม่มีความคิดลบ การกอด การมีกิจกรรม และมีทักษะการดำรงชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้มีความสุข ไม่ซึมเศร้าตัวเอง นอกจากนี้ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีนี้เริ่มต้นโดย Beck [7] ได้อธิบายว่า Cognition เป็นขบวนการรับความรู้ด้วยปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง Cognition ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีขบวนการของการรับรู้ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวกนั่นเอง

2. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกะหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -14.621$, Sig. = .000) ทั้งนี้เนื่องจากการนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง) ในชุมชนจังหวัดจันทบุรี คณะผู้วิจัยได้นำเสนอแลกเปลี่ยนและให้กำลังใจผู้สูงอายุที่มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย [8] โดยคณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุภาวะ ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 2 แนวคิด คือ แนวคิดวิถีพุทธ ฝึกสมาธิและสติและแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) ที่เกี่ยวกับบุคคลที่เจ็บป่วยต้องมีการดูแลตนเองต้องได้รับการกระตุ้นโดยให้ความรู้ มีกิจกรรมเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อนำไปเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของโปรแกรม การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ระบบเครือข่ายญาติ เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในโรงเรียนสองวัยสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับจิตวิถีพุทธ ได้แก่ การเชื่อในความดี ละเว้นบาป การมีความเมตตา เอื้อเฟื้อ โดยรับบทบาทหน้าที่ มีความรักในเครือญาติและมีความผูกพันตลอดจนมีกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลสุขใจไม่เศร้าใจกิจกรรมสาธารณสุข เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุทำให้สุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ [2, 9] ในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการสวมกอด บำบัดให้ผู้ป่วยและญาติทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี เป็นการแสดงถึง ความรัก ความปรารถนาดี ความห่วงใย ส่งผลทำให้ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ได้ค้นพบในรูปแบบวิธีการประยุกต์ใช้การเจริญสติ ที่เหมาะสมกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า [10] ว่าโปรแกรมรูปแบบวิถีพุทธ จะอยู่ในการดูแลแบบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

3. ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกะหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.891$, Sig. = .380) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันมีความสามารถใช้ระบบการหาข้อมูลและความรู้บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เรียกว่า เวิลด์ไวด์เว็บ (WWW) ได้เป็นอย่างดี ใช้งานกันอย่างกว้างขวางในเวลาต่อมาเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มผู้คนในโลกอย่างกว้างขวาง ขณะเดียวกันทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และการเมืองก็เปลี่ยนแปลงอย่างมากในโลกยุคโลกาภิวัตน์ สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่เพราะมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดังนั้นความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจึงพบว่า ไม่แตกต่างกัน

4. กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 27.246$, Sig. = .000) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรีที่คณะผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้สูงอายุกกลุ่มทดลองได้เน้นความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุเกิดขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรมของผู้สูงอายุในขณะที่ผลลัพธ์ของการกระทำเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น โดยอาศัยการตัดสินใจ ความเชื่อ ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหน โดยขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อในความสามารถ ความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นในความสามารถ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้น มีผลต่อการกระทำ

กิจกรรมหรือพฤติกรรมได้ว่า บุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและคาดหวังว่าจะได้รับผลดีจากการแสดงพฤติกรรม บุคคลนั้นย่อมมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน ตรงกันข้ามบุคคลที่มีความเชื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและคาดหวังจะได้รับผลเสียจากการแสดงพฤติกรรม ย่อมจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ [11]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .63 และพบว่าทุกรายการที่ประเมินมีการรับรู้ในระดับมาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการจัดสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดนโยบายร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านงบประมาณ สนับสนุนเรื่อง วิทยุชุมชน การฝึกสมาธิและสติ การยอมรับให้เกียรติในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม สนับสนุนการทำกิจกรรมที่ก่อรายได้ในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ เพราะการมีสติในกิจกรรมและสร้างรายได้ มีเงินทำให้ป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

1.2 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -14.621$, Sig. = .000) แสดงว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าหลังการอบรมอยู่ในระดับลดลงเป็นที่น่าพอใจ ดังนั้นควรดำเนินการรณรงค์ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า นำแนวทางพระพุทธศาสนา ด้าน สมาธิและสติเข้าไปฝึกปฏิบัติ และขยายโครงการฝึกการเจริญสติปฏิบัติธรรม ไปยังหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร รวมไปถึงในเรื่องความรับผิดชอบ คุณธรรม จริยธรรม ทั้งต่อตนเองและต่อสังคม

1.3 กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ควรพิจารณารูปแบบและวิธีการประยุกต์ใช้โปรแกรมในการเจริญสติ ที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะซึมเศร้าไปบูรณาการกับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อการบำบัดและป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งถือเป็นการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม มีความครอบคลุมในทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไปเป็นระยะ ๆ เพราะภาวะซึมเศร้าต้องใช้ระยะเวลาติดตามความคงทนในการติดตามประเมิน เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทเชิงวัฒนธรรมที่แตกต่าง และมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตามวิถีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. (2560). สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <http://law.m-society.go.th/law2016/uploads/lawfile/5a543f71eadd.pdf>
- [2] กิริยา ตันสวัสดิ์, และบุญเชิญ หนูอิม. (2557). ปัจจัยเกื้อหนุนและสุขภาวะที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครในโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 22(39), 263-277.

- [3] จิราภรณ์ สีดาพล, ศักดิ์ชินรินทร์ นรสาร, และวิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2559). การถอดบทเรียนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมภายใต้รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ (โรงเรียนมณีนีล). สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.eresearch.ssru.ac.th/xmlui/handle/123456789/1110>
- [4] Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I., Kim, S. H., Dev, R., Hutchins, R., Liem, C., Kang, D.-H., and Bruera, E. (2013). Concepts and definitions for supportive care, best supportive care, palliative care, and hospice care in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*, 21(3), 659-685.
- [5] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). กรมสุขภาพจิต ดึงข้อมูลฆ่าตัวตายของไทยในโซเชียลมีเดีย ไม่จริง!! ยืนยัน!! สถิติของไทยอยู่ที่แสนละ 6.35 คน. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2562 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28149>
- [6] อาริยา สอนบุญ, อุไร จำปาอะดี, และทองมี ผลผล. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 241-248.
- [7] Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- [8] Arffman, R. (2012). Social Support Promoting Coping for Caregivers Caring of People with Alzheimer's disease. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52433/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [9] จิรนนท์ ปุริมาตย์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [10] มาริสา อุทยาพงษ์. (2560). การประยุกต์ใช้การเจริญสติ เพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 13(2), 167-191.
- [11] Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(1), 191-215.