



ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

RELATIONSHIP BETWEEN ETIOLOGY (SAMUTTHANA) BASED ON THAI TRADITIONAL MEDICINE THEORY AND DEPRESSION AMONG THE ELDERLY AT KHAO WONG HOSPITAL, KALASIN PROVINCE

Received: March 15, 2026

Revised: June 25, 2026

Accepted: July 12, 2026

สุนัตตา นองห้าง¹, นฤวัตร ภักดี², รณชัย ภูวนา^{2*}

Sunatta Nonghang¹, Naruwat Pakdee², Ronnchai Poowanna^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับโรคภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 24 คน เข้ารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วย χ^2 test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 68.08 ± 5.99 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 และมีระยะเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้า 0-5 ปี ร้อยละ 70.8 ด้านสมุฏฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุเจ้าเรือนกำเนิดเป็นธาตุไฟมากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ ธาตุน้ำ ร้อยละ 29.2 และธาตุดินกับธาตุลม ร้อยละ 16.7 เท่ากัน สำหรับอตุสมุฏฐาน พบการเกิดโรคมากที่สุดในช่วงวันตฤตุ (ฤดูฝน) ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือขะหมันตฤตุ (ฤดูหนาว) ร้อยละ 33.3 และคิมหันตฤตุ (ฤดูร้อน) ร้อยละ 25.0 ผลการทดสอบค่า Chi-square เท่ากับ 13.362 และค่า $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.574 ซึ่งพบว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดทั้ง 4 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สรุปสมุฏฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยสามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินและพัฒนาแนวทางดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคล

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, สมุฏฐานการเกิดโรค, ธาตุเจ้าเรือน

¹ หลักสูตรการแพทย์แผนไทยมหบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร

Master of Thai Traditional Medicine Program in Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon

² สาขาแพทย์แผนไทย คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สกลนคร

Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus, Sakon Nakhon

*Corresponding author E-mail: Ronnchai.pw@rmuti.ac.th



Abstract

This research aimed to investigate the relationship between the causes of disease (Samutthana) according to Thai traditional medicine theory and depression among the elderly. The sample consisted of 24 elderly individuals with moderate depression who attended the Thai Traditional and Alternative Medicine Clinic, Khaowong Hospital, Kalasin Province. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations were tested using the chi-square (χ^2) test at a significance level of p-value < 0.05.

The results showed that the majority of the participants were female (70.8%), with a mean age of 68.08 ± 5.99 years. Most participants had underlying diseases (54.2%) and had experienced depression for 0-5 years (70.8%). In terms of Samutthana (causes of disease), the Fire element (Techo-Dhatu) was the most common innate body element (37.5%), followed by the Water element (29.2%), while the Earth and Wind elements each accounted for 16.7%. Regarding Utu-Samutthana (seasonal cause), the highest proportion of depression occurred during the rainy season (Wasan-Ratu) at 41.7%, followed by winter (33.3%) and summer (25.0%). The statistical test revealed a Chi-square value of 13.362 and a p-value of 0.574, indicating that the four birth body elements were not significantly associated with depression.

Although no statistically significant relationship was found, the Samutthana concept in Traditional Thai Medicine theory can serve as a conceptual framework for assessing and developing personalized and appropriate care guidelines for elderly patients with depression.

Keywords: Depression, Elderly population, Samutthana theory, Innate body elements, Thai traditional medicine



บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย เป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีโดยในปี 2566 จำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเป็น 2.9 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี 2558 ที่มีเพียง 1.3 ล้านคน⁽¹⁾ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท เซโรโทนิน เกิดการทำงานผิดปกติของระบบประสาท และฮอร์โมนต่างๆ เช่น ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก (ต่อมใต้สมอง) คอร์ติซอล (ต่อมหมวกไต) ระบบนอร์เอพิเนฟรินและโดปามีน เป็นต้น⁽²⁾ เกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม นำไปสู่การลดทอนเครือข่ายทางสังคม ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น และความผิดปกติของไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า⁽³⁾ หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีแนวโน้มกลับมาเป็นซ้ำ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ และจะส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่า โดยผู้ที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 50-85 จะกลับเป็นซ้ำอีกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80-90⁽⁵⁾ แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปตามสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย⁽⁶⁾ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การส่งเสริมการนอนหลับที่ดี และลดความปวดร้าว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ จากการศึกษาวิจัย พบว่า การบำบัดด้วยการนวดไทยทั้งหมด 4 ครั้ง วันเว้นวัน สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้⁽⁸⁾ โดยการกดนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น และการนวดยังช่วยลดอาการปวด และกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphins ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ⁽⁹⁾ การนวดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่มีผลข้างเคียง⁽¹⁰⁾ โดยการนวดน้ำมันหอมระเหยสามารถลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดด้วยดนตรีแบบ active music therapy เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า รองลงมา คือ music medicine ทั้งนี้ความเข้มข้นในการใช้ดนตรีแบบต่ำกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์ ไม่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾ และพบว่า การอบสมุนไพร 20 นาทีต่อครั้ง (2 รอบ รอบละ 10 นาที) จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่งผลทำให้ระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง⁽¹³⁾

แนวคิดพื้นฐานสำคัญในศาสตร์การแพทย์แผนไทย อธิบายลักษณะพื้นฐานของบุคคลตามธาตุประจำตัว ดิน (ปถวิ) น้ำ (อาโป) ลม (วาโย) และไฟ (เตโช) มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรม สุขภาพร่างกาย และอารมณ์ แนวคิดนี้สอดคล้องกับการแพทย์แผนจีนและอายุรเวท⁽¹⁴⁾ และมีการศึกษาที่เสนอแนะให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะจิตใจ หรือ โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับ



ระบบประสาท⁽¹⁵⁾ การศึกษาอิทธิพลของธาตุกำเนิดกับโรคลมจับโป่งแห้งเข้า ซึ่งเป็นกลุ่มโรคตามแพทย์แผนไทยที่สัมพันธ์กับพลังลมและความเย็นในร่างกาย โดยมีลักษณะอาการคล้ายความผิดปกติทางระบบประสาท⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ธาตุเจ้าเรือนมีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำนมและภาวะทางอารมณ์หลังคลอด ซึ่งสะท้อนว่าธาตุเจ้าเรือนน่าจะมีผลต่อระบบฮอร์โมนและอารมณ์ได้เป็นอย่างดี⁽¹⁷⁾

ในปี พ.ศ. 2567 อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,935 คน⁽¹⁸⁾ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจำนวน 48 คน จากการทบทวนเอกสารพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างสมรรถภาพการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในบริบทคลินิก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาคำตอบทางองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลต่อการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร่ายังขาดความชัดเจน และทดสอบความสัมพันธ์ของสมรรถภาพการเกิดโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสมรรถภาพการเกิดโรคทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพการเกิดโรคกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สมรรถภาพ ซึ่งเป็นการพิจารณาอิทธิพลของฤดูกาล และสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการกำเริบหรือแสดงอาการของโรค โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) คิมหันตฤดู (ฤดูร้อน) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2) วสันตฤดู (ฤดูฝน) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 3) เหมันตฤดู (ฤดูหนาว) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงเดือนพฤศจิกายน-กุมภาพันธ์ และนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับลักษณะภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 24 คน (ภาพที่ 1) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

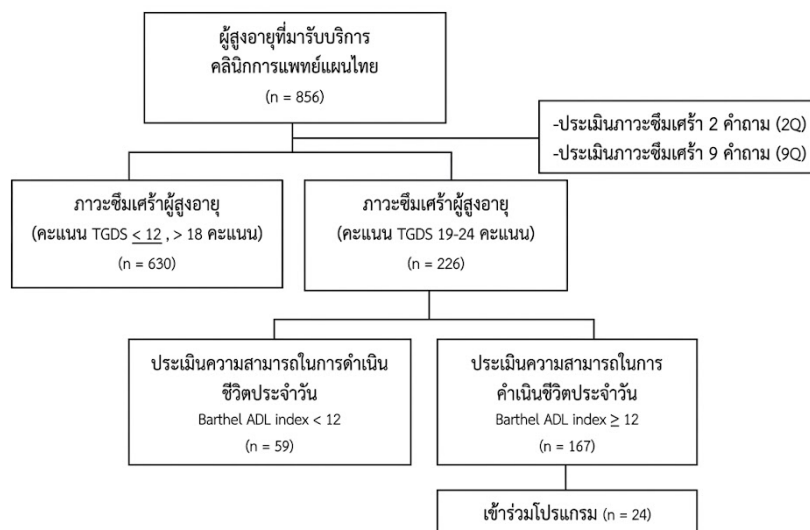


1. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1.1) ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า 1.2) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ระดับคะแนน 13-18 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 1.3) ประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale TGDS) ระดับคะแนน 19-24 คะแนน ในระดับปานกลาง 1.4) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเดอีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระดับคะแนน 12-20 คะแนน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี 1.5) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 1.6) มีข้อมูลวัน เดือน ปีเกิดที่ตรงกับวันเกิดจริง 1.7) สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

2.1) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค 2.2) มีประวัติการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อม 2.3) มีประวัติเคยได้รับการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรง



ภาพที่ 1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)⁽¹⁹⁾
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยกรมสุขภาพจิต (2557)⁽¹⁹⁾
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)⁽²⁰⁾
4. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ⁽²¹⁾



5. แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ชาติเจ้าเรือนกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยจะนำเดือนเกิดสากลมาคำนวณชาติเจ้าเรือนกำเนิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชาติเจ้าเรือนกำเนิดตามคำกริยารัฐมจินดา

เดือนเกิดสากล	เดือนปฏิสนธิ	ชาติเจ้าเรือนกำเนิด
กันยายน-พฤศจิกายน	2-4	ชาติดิน
ธันวาคม-กุมภาพันธ์	5-7	ชาติไฟ
มีนาคม-พฤษภาคม	8-10	ชาติลม
มิถุนายน-สิงหาคม	11-1	ชาติน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุไทย ลักษณะเป็นแบบคำถามชนิดเลือกตอบแบบสองตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 30 ข้อ เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างชาติเจ้าเรือนกับข้อมูลต่างๆ ใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดให้ค่าความแตกต่างทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยหลักการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการ KLS REC 109/2568

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของสมรรถานการเกิดโรคกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งการนำเสนอผลการศึกษออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และ



ร้อยละ เพื่อแสดงลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	7	29.2
หญิง	17	70.8
อายุ		
Mean±SD	68.08±5.99	
Min	60 ปี	
Max	81 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	1	4.2
แต่งงานและอยู่ร่วมกัน	11	45.8
แต่งงานแต่แยกกันอยู่	5	20.8
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	0	0
หม้าย	7	29.2
หย่า / แยกทาง	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่มีการศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	13	54.2
มัธยมศึกษา	8	33.3
ปวช./ปวส.	0	0
ปริญญาตรี	3	12.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	11	45.8
มี	13	54.2



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
ระยะเวลาการเกิดโรค		
0-5 ปี	17	70.8
6-10 ปี	7	29.2
มากกว่า 10 ปี	0	0

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครจำนวน 24 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุเฉลี่ย 68.08 ปี (S.D. = 5.99, Min = 60 ปี, Max = 81 ปี) สถานะแต่งงานและอยู่ร่วมกัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ หม้าย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ แต่งงานแต่แยกกันอยู่ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ส่วนผู้ที่มิมีสถานภาพ โสด มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ข้อมูลระดับการศึกษาของกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา คือ ระดับ มัธยมศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระดับ ปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และระยะเวลาการเกิดโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรค 0-5 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมา คือ 6-10 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และระยะเวลาที่เป็นภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-5 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 70.8

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถฐานวินิจัย (ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด)

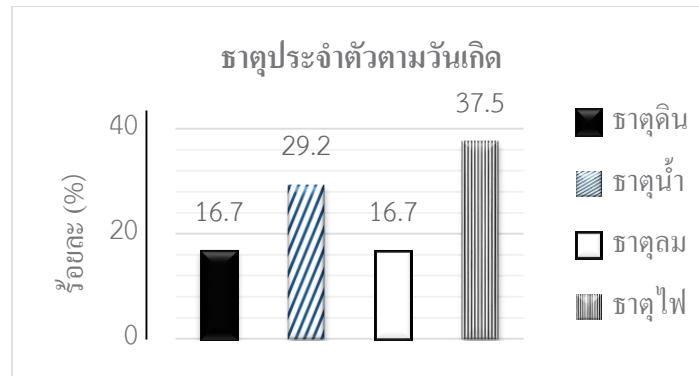
จากการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของอาสาสมัครจำนวน 24 ราย พบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะทางสมรรถฐานธาตุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ
คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง (n = 24)

ธาตุเจ้าเรือน	กลุ่มทดลอง (n = 24)	
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
ดิน	4	16.7
น้ำ	7	29.2
ลม	4	16.7
ไฟ	9	37.5



จากตารางที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมโครงการมีสาเหตุกำเนิดเดิโษธาตุหรือธาตุไฟมากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 37.5 รองลงมาอาโปธาตุหรือธาตุน้ำ จำนวน 7 คน ร้อยละ 29.2 วาโยธาตุหรือธาตุลม จำนวน 4 คน ร้อยละ 16.7 และปถวิธาตุหรือธาตุดิน จำนวน 4 คน ร้อยละ 16.7 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเขาวง (n = 24)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะซึมเศร้า

ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Chi-square test ผลการศึกษาพบว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.574) โดยมีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของธาตุเจ้าเรือน กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (n = 24)

ธาตุเจ้าเรือน	กลุ่มตัวอย่าง (n = 24)		Chi-square	p-value
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)		
ดิน	4	16.7	13.362	0.574
น้ำ	7	29.2		
ลม	4	16.7		
ไฟ	9	37.5		



จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีธาตุเจ้าเรือนเป็น ธาตุไฟ ร้อยละ 37.5 ผลการทดสอบทางสถิติมีค่า Chi-square เท่ากับ 13.362 และค่า p-value เท่ากับ 0.574 แสดงให้เห็นว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดทั้ง 4 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของอตุสมุฏฐานกับภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาอิทธิพลของฤดูกาลหรืออตุสมุฏฐานต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ จำแนกตามการเกิดโรคใน 3 ฤดู ได้แก่ คิมหันตฤดู (ร้อน), วสันตฤดู (ฝน) และเหมันตฤดู (หนาว) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอตุสมุฏฐาน กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (n = 24)

อตุสมุฏฐาน	กลุ่มตัวอย่าง (n = 24)		Chi-square	p-value
	จำนวนคน	ร้อยละ (%)		
คิมหันตฤดู (ร้อน)	6	25.0	11.22	0.341
วสันตฤดู (ฝน)	10	41.7		
เหมันตฤดู (หนาว)	8	33.3		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดโรคในวสันตฤดูมากที่สุด จำนวน 10 คน ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ เหมันตฤดู จำนวน 8 คน ร้อยละ 33.3 และคิมหันตฤดู จำนวน 6 คน ร้อยละ 25.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อตุสมุฏฐานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.341)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุสมุฏฐานกับภาวะซึมเศร้า ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีธาตุเจ้าเรือนกำเนิดเป็นเตโชธาตุหรือธาตุไฟ ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ อาโปธาตุ วาโยธาตุ และปลิวธาตุ ตามลำดับ แม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีส่วนของเตโชธาตุสูงที่สุด ร้อยละ 37.5 ตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย ธาตุไฟเป็นธาตุที่ควบคุมกระบวนการเผาผลาญ การไหลเวียนโลหิต การย่อยอาหาร รวมถึงการทำงานของจิตใจและอารมณ์ เมื่อธาตุไฟเกิดการกำเริบหรือหย่อนย้อมส่งผลต่อสภาพอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ความเครียดสะสม หรือความอ่อนล้าทางจิตใจ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นลักษณะที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้าการอภิปรายผลเชิงทฤษฎี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุพจน์พงษ์ วัชรารักษ์ และคณะ⁽²³⁾ ศึกษาแนวคิดและวิธีการรักษาอาการเครียดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ



จากการศึกษาคัมภีร์แพทย์แผนไทย 9 เล่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมไทย 9 ท่าน ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของธาตุ โดยเริ่มจากการกำเริบของธาตุไฟ ส่งผลต่อการกำเริบของธาตุลมและความหย่อนของธาตุน้ำ หากเกิดความเครียดต่อเนื่องจะนำไปสู่ความหย่อนของธาตุไฟและธาตุลม ธาตุน้ำกำเริบและหย่อน จึงเกิดการสะสมของเสียจนกระทบต่อธาตุดิน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยลุกลามจากช่องท้องไปสู่ศีรษะ กระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายอาการทางกายและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ความอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอารมณ์เศร้าหม่น⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับกลไกทางชีวการแพทย์ที่พบว่า ความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์⁽³⁾ แม้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัดส่วนของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ทั้งนี้ มีรายงานการศึกษาด้านศาสตร์การแพทย์ตะวันออกที่พบว่าลักษณะธาตุ หรือ constitution type บางประเภทสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า⁽²⁵⁾

ผลที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ มีความสอดคล้องในเชิงทิศทางการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกับพฤติกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนครพนม ซึ่งพบว่า ธาตุเจ้าเรือนเพียงปัจจัยเดียวยังไม่สามารถอธิบายความเสี่ยงของโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน หากไม่พิจารณาร่วมกับสมุฏฐานด้านอื่น เช่น อุดมสมุฏฐานและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต⁽¹⁶⁾

เมื่อพิจารณาด้านอุดมสมุฏฐานหรืออุดมสมุฏฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเกิดโรคในช่วงวสันตฤดู (ฤดูฝน) ร้อยละ 41.7 ซึ่งเป็นช่วงที่พิกัดวาตะสมุฏฐานให้เป็นเหตุ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยฤดูฝนเป็นช่วงที่ธาตุลมมีแนวโน้มกำเริบได้ง่าย เนื่องจากสภาพอากาศที่มีความชื้นสูงและการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอย่างไม่สม่ำเสมอ ส่งผลต่อการไหลเวียนของพลังลมในร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทและการควบคุมอารมณ์ ความแปรปรวนของธาตุลมในช่วงเวลาดังกล่าวอาจนำไปสู่อาการทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และความเศร้าซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ยังสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดทางชีวการแพทย์ที่อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลและสภาพแวดล้อมมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและแกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (HPA axis)^(2, 26-27) ในด้านอายุสมุฏฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยถือเป็นวัยที่ธาตุลมและธาตุไฟเริ่มอ่อนกำลัง ขณะที่ธาตุเสมหะมีแนวโน้มกำเริบส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อชา เหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวช้าลง และอารมณ์หดหู่ได้ง่าย⁽²²⁾ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ⁽²⁸⁾ เมื่อพิจารณาประเทศสมุฏฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง



ทั้งหมดอาศัยอยู่ในภูมิประเทศร้อน ตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย ประเทศร้อนมีแนวโน้มกระตุ้นการกำเริบของธาตุไฟและธาตุลม⁽²⁹⁾

แสดงให้เห็นว่า สมุฏฐานการเกิดโรค (ธาตุเจ้าเรือนและฤดูกาล) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ ถึงแม้ว่า ผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อมูลเชิงพรรณนาอาจสะท้อนแนวโน้มของการกระจายตัวของธาตุเจ้าเรือน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงพรรณนาที่พบ กลุ่มธาตุไฟและช่วงฤดูฝนมีสัดส่วนสูงสุด ยังคงเป็นข้อสังเกตที่มีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวังและวางแผนการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเชิงบูรณาการตามแนวทางที่สอดคล้องกับธาตุเจ้าเรือนและสภาพแวดล้อม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ มีความหลากหลายเชิงพื้นที่ และติดตามข้อมูลเชิงระยะยาวเพื่อยืนยันผลการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้คำแนะนำด้านทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และที่สำคัญที่สุด คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุทุกท่าน ที่สละเวลาให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_article_q1_001.pdf
2. Gokul M, Arun Kumar N, Durgadas Kini R, Blossom V, Kodavanji B, Noojibail A, et al. Evaluation of biomarkers of stress in chronic stress-exposed comorbid depression model Wistar rats. J Basic Clin Physiol Pharmacol 2019; 30(5).
3. Butters MA, Klunk WE, Mathis CA, Price JC, Ziolkowski SK, Hoge JA, et al. Imaging Alzheimer pathology in late-life depression with PET and Pittsburgh Compound-B. Alzheimer Dis Assoc Disord 2008; 22(3): 261-8.
4. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004; 184: 386-92.



5. Holma KM, Holma IA, Melartin TK, Rytsala HJ, Isometsa ET. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(2): 196-205.
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ : สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: บริษัท โอเพนเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์ จำกัด; 2559.
8. ภัทรสุตา คลังศรี, ดารุจ อนิวรรณพนธ์. ผลของการนวดไทยต่อการลดภาวะซึมเศร้าในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารจุฬาลงกรณ์การแพทย์* 2562; 1(2): 135-46.
9. Varcarolis EM. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A communication approach to evidence-based care*. 3rd Edition ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560 คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2560 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/576>
11. Mehrabian S, Tirgari B, Forouzi MA, Tajadini H, Jahani Y. Effect of aromatherapy massage on depression and anxiety of elderly adults: a randomized controlled trial. *Int J Ther Massage Bodywork* 2022; 15(1): 37-45.
12. Dhippayom T, Saensook T, Promkhatja N, Teaktong T, Chaiyakunapruk N, Devine B. Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2022; 50: 101509.
13. ทัพพัชวัญ ศรีรัตยาวงศ์, ดาว เวียงคำ, อรฉัตร เพชรไทย, อัญชิษฐา สมวัน. ผลของการอบไอน้ำสมุนไพรไทยและการอบไอน้ำธรรมชาติต่อค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารนเรศวรพะเยา* 2564; 14(2): 51-61.
14. สุชาทิพย์ มหาเจริญศิริ, แม้นมาศ วรรณภูมิ, อรุษา ธรรมเสริมสร้าง, สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย, ประวิทย์ อัครเสรินนท์, ทวี เลหาพันธ์. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะทางกายภาพแผนไทย. *เวชบันทึกศิริราช* 2560; 10(2): 65-73.
15. ลัดดาวัลย์ ขูทอง, ปิยธิดา สุดดาสอน, ณัฐภา ปาทาน, ชันยพร อากาสา, นิชาภรณ์ จำปี, ศศิธร ทรัพย์มูล, และคนอื่นๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนและพฤติกรรมของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก นครพนม. *วารสารหมอยาไทยวิจัย* 2568; 11(2): 33-50.



16. สติลา ประชากิจ, อรรคเดช อ่อนสอาด, ธนภักษ์ เชาวนัพีระพงศ์, แม้นมาศ วรรณภูมิ, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, และคนอื่นๆ. การศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับโรคลมจับโป่งแห้งเข้า. เวชบัณฑิตศิริราช 2566; 16(2): 131-7.
17. นงนีย จิรศิลปศาสตร์, นวลจันทร์ ใจอารีย์, ต้องตา นันทโกมล, สุธาทิพย์ โฆสิตะมงคล, ประณวัชญ์ ไชยพัฒน์นนท์. การศึกษาเปรียบเทียบระดับการไหลของน้ำนม ปริมาณน้ำนม และลักษณะของน้ำนมเอก โท ของมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก ในแต่ละกลุ่มธาตุเจ้าเรือน และลักษณะของแม่แบบเบญจกัลยาณี ตามหลักการแพทย์แผนไทย. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2568; 21(1): 41-60.
18. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลทั่วไป : ประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0>
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุงปี 2560: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2560.
20. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ 2537; 46: 1-9.
21. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
22. มุลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ). กรุงเทพฯ: สุภาวนิชการพิมพ์; 2548.
23. สุพจน์ พงษ์วัชรารักษ์, วิชัย โชควิวัฒน์. การรักษาอาการเครียดในศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2562; 17(2): 239-52.
24. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า 2557 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
25. Yap SY, Ng FL, Subramaniam M, Lim YM, Foo CN. Traditional Chinese medicine body constitutions as predictors for depression: a systematic review and meta-analysis. Behav Sci (Basel) 2022; 12(11): 423.
26. Sapolsky RM. The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death. Biol Psychiatry 2000; 48(8): 755-65.



27. Butters MA, Young JB, Lopez O, Aizenstein HJ, Mulsant BH, Reynolds CF, 3rd, et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10(3): 345-57.
28. Alexopoulos GS, Raue P, Arcan P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(1): 46-52.
29. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2559.