

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย PROBLEM-SOLVING THERAPY FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER ADULTS: SYNTHESIS OF RESEARCH STUDIES*

วรรณภา เรืองประยูร, พย.ม. (Wanna Raungprayoon, M.N.S., RN.)**

อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (Atittaya Pornchaikate Au-Yeong, Ph.D., APN.)***

อัจฉราพร สี่หรีตวงศ์, พย.ด.(Acharaporn Seeherunwong, D.N.S.)****

Abstract

Objective: To examine research-based evidence on problem-solving therapy to reduce depressive symptoms in older adults.

Methods: The evidence was searched from reliable databases. Each was then evaluated for its quality and strength. Seven studies met the selection criteria: one systematic review and six randomized controlled trial studies.

Results: The effective program to reduce depressive symptoms in older adults in primary care is the collaborative treatment program called “IMPACT” which incorporates the use of antidepressant medication (AD) and problem solving therapy (PST-PC). The clients were adults ages 60 years and above with the diagnosis of major depressive disorder or dysthymia. The program processes were as follows. 1) Clients were screened for depression; then, knowledge about late-life depression was provided. 2) In the initial treatment phase (8-12 weeks), clients

selected their choices of treatment either AD or PST-PC. At the end of the phase, depressive symptoms were assessed. If the symptoms decreased, a relapse prevention plan would be developed. If not, clients would proceed to the second phase. 3) In the second phase (6-10 weeks), the treatment plan could include switching to a different AD, augmenting a dosage of AD, switching from AD to PST-PC, or vice versa, or a combination of both. Then, depressive symptoms were reassessed. If the symptoms decreased, a relapse prevention plan would be developed. If not, clients would proceed to the third phase. 4) In the third phase (6-12 weeks), the treatment plan was reviewed and adjusted, or admission to the hospital for additional treatment not available at the primary care level was considered.

Conclusion: A clinical nursing practice guideline should be developed prior to

*สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

***Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: atittaya.auy@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

implementing the recommendations in the practice setting.

Keywords: Problem-solving therapy, IMPACT, Depressive symptoms, Older adults

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา: สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ แล้วนำมาประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือ ได้งานวิจัย 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง และ Randomized Controlled Trial 6 เรื่อง

ผลการศึกษา: พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบประสานความร่วมมือ (IMPACT) ซึ่งประกอบด้วย การบำบัดด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC) มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ ผู้รับการบำบัดมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รูปแบบการบำบัดมีดังนี้ 1) คัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) เริ่มการบำบัดช่วงแรก (8-12 สัปดาห์) ผู้รับการบำบัดเลือกว่าจะรับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือ PST-PC และประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดช่วงแรก ถ้าอาการลดลงจะเข้าสู่กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ถ้าไม่ จะเข้าสู่ช่วงสอง 3) การบำบัดช่วงที่สอง (6-10 สัปดาห์) ปรับแผนการบำบัด โดยอาจเปลี่ยนยาตัวใหม่ เพิ่มขนาดยา เปลี่ยนจากยาเป็น PST-PC เปลี่ยนจาก PST-PC เป็นยา หรือใช้ทั้ง

สองอย่างร่วมกัน แล้วประเมินอาการซึมเศร้า ถ้าลดลงจะเข้าสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ถ้าไม่ จะเข้าสู่ช่วงสาม 4) การบำบัดช่วงที่สาม (6-12 สัปดาห์) ปรับแผนการบำบัดใหม่ หรือส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การบำบัดอื่นที่ไม่มีในระดับปฐมภูมิ

สรุป: ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดแบบประสานความร่วมมือ อาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นมากขึ้น จากรายงานการสำรวจประชากรโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่าในจำนวนประชากรโลก 7 พันล้านคน จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 893 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2555) สำหรับในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 8.0 ล้านคน และคาดว่าจะอีก 12 ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนถึง 14.4 ล้านคน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555) จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่าภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) (United Nations, 2005)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวในชีวิตอย่างมาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัญหาการปรับตัวในวิกฤตของชีวิตและไม่สามารถปรับตัวในการแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดการซึมเศร้า ทั้งนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณ 5 ล้านคน มีอาการซึมเศร้า และ 1 ล้านคนป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Boswell & Stoudemire, 1996, as cited in Birrer & Vemuri, 2004) สำหรับประเทศในแถบยุโรปมีการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 14.1 และในผู้สูงอายุชายร้อยละ 8.6 (Beekman et al., 2004) สำหรับประเทศไทยนั้นมียารายงานพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เคยมีประสบการณ์ของอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง (อารยา สิงห์สวัสดิ์, 2552)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีอาการแสดงออกในหลายด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนล้า กระวนกระวาย นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ ความอยากอาหารและน้ำหนักรเปลี่ยนแปลงอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง และมีอาการปวดศีรษะ หรือปวดกล้ามเนื้อได้ ทางด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกท้อแท้ เศร้า เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าไม่มีความสุข ทางด้านความคิด เช่น การมีสมาธิลดลง หดหู่ทางแก้ไขปัญหา หดหู่คุณค่าในตนเอง กลัวความล้มเหลวในชีวิต และทางด้านพฤติกรรม เช่น การไม่สนใจปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเหมือนปกติ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัว ร้องไห้บ่อย และประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง (Kahler,

Leventhal, Ray, & Zimmerman, 2009) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยอาการซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อตนเองคือ การฆ่าตัวตาย โดยมีรายงานพบว่าการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2553)

ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ซึ่งมักเกิดจากปัญหาความเจ็บป่วย การประสบกับความล้มเหลวในชีวิต ความผิดหวัง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความคิดที่บิดเบือน และกระบวนการคิดที่ไม่สมเหตุผล (พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย, 2553; สายฝน เอกวรังกูร, 2554; Apter, Horesh, & Klomek, 2008) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้แล้ว มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถแยกประเด็นปัญหาออกเป็นส่วน ๆ จึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จนทำให้เกิดความเครียด และเกิดอาการซึมเศร้าตามมา (D’Zurilla, Maydeu-Olivares, & Nezu, 2002)

สำหรับการรักษาอาการซึมเศร้าในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ทั้งโดยการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการทำจิตบำบัด (Duberstein, Lyness, & Piquart, 2006) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญห (Problem Solving Therapy) เป็นการบำบัดการรู้คิดและ

ปรับพฤติกรรมรูปแบบหนึ่ง โดยเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดความคิดทางบวกและมองปัญหาตามความเป็นจริง โดยมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็นผล โดยมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (D'Zurilla, 1988) จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ใช้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในต่างประเทศพบว่ามีความหลากหลายและครอบคลุมในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ สำหรับในประเทศไทยการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ยังมีไม่มากนักทั้งยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาสังเคราะห์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุให้มองเห็นประเด็นปัญหาของตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัย มีขั้นตอนต่อไปนี้

1.1 ใช้กรอบของ PICO (Fineout-Overholt & Melnyk, 2005) ในการสืบค้นโดย P (Population หรือประชากรที่ใช้): ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า (older adults with depressive symptoms)

I (Intervention หรือการบำบัดที่ใช้ในการศึกษา): รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy)

C (Comparison Intervention หรือการบำบัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบ): ในที่นี้ไม่มีการกำหนดการบำบัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (none)

O (Outcome หรือผลลัพธ์): ลดอาการซึมเศร้า (reduction of depressive symptoms)

1.2 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ Cochrane Library และฐานข้อมูลที่รวบรวมงานวิจัย ได้แก่ PubMed, Science Direct และ Pro Quest Nursing

1.3 Hand search ผลงานวิจัยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดของมหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

1.4 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

- Population คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ Elderly, Older
- Intervention คำที่ใช้ในการสืบค้น คือ Problem Solving Therapy
- Comparison ไม่มี
- Outcome คำที่ใช้ในการสืบค้น

คือ Depressive Symptoms, Depression

2. การคัดเลือกงานวิจัย คือใช้งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2011 โดยใช้งานวิจัยทุกระดับและเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

3. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของงานวิจัย สรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (DiCenso, Edwards, Guyatt, Grimshaw, & Hutchison, 2005) และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของเกรส (Grace, 2009) ซึ่งได้แบ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ คือ ระดับ 1) เป็นหลักฐานซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยแบบ RCT มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระดับ 2) เป็นหลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อถัก ระดับ 3) เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) ระดับ 4) เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่ม ระดับ 5) เป็นหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6) เป็นหลักฐานจากรายงานการศึกษาทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญ และระดับ 7) เป็นหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ

4. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย หลังจากประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยแล้ว ผู้ศึกษานำงานวิจัยนั้นมาสรุปและวิเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญแล้วนำเสนอเป็นตารางที่ประกอบด้วยคุณสมบัติของผู้เข้ารับการ

บำบัดและผู้บำบัด รูปแบบการบำบัด จำนวนครั้ง และเวลาที่ใช้ในการบำบัดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลระยะการติดตามประเมินผล และผลการศึกษาแล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาสังเคราะห์แล้วเสนอเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

งานวิจัยที่สืบค้นได้ตรงตามเกณฑ์มีจำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็น Systematic Review 1 เรื่อง และ RCT 6 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหาแล้วจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด (Arean et al., 2005; Arean et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006)

1.1 ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นต้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ระบุว่า เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia)

1.3 เป็นผู้ที่ไม่มีโรคจิต หรือโรคอารมณ์แปรปรวน ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับรุนแรง ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่ติดสุรา

1.4 เป็นผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ที่รุนแรง เช่น สับสนุนวายนัย มะเร็งระยะลุกลาม และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Alexopoulos et al., 2010)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด (Arean et al.,

2005; Areal et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006)

2.1 เป็นบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ โดยมีคุณสมบัติทางการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือปริญญาเอกทางด้านจิตวิทยา

2.2 ได้รับการฝึกอบรมการดำเนินการตามโปรแกรม IMPACT และรูปแบบการบำบัด โดยการแก้ปัญหา ทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 วัน

3. รูปแบบการบำบัด

รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ โปรแกรม IMPACT โดยมีการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า และการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา PST-PC ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรม โดยมีรูปแบบการนำไปใช้ดังนี้

3.1. ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3.1.1 ประเมินภาวะสุขภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้รับการบำบัด ดังนี้ 1) ชักประวัติและตรวจร่างกาย 2) ตรวจสภาพจิตสังคม 3) ประเมินภาวะบกพร่องทางสติปัญญา 4) ประเมินการคิดสุรา และ 5) ประเมินการเจ็บป่วยทางร่างกาย ที่รุนแรง (Areal et al., 2005; Areal et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006)

3.1.2 ประเมินอาการซึมเศร้า ขั้นต้น ด้วยแบบประเมิน 2Q พบ 1 ข้อขึ้นไปจะประเมินเพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Callahan et al., 2002)

3.1.3 ประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV ดังนี้ 1) ใช้เครื่องมือ

Structured Clinical Interview for Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (SCID) ประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือ 2) สัมภาษณ์แพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Areal et al., 2005; Areal et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006)

3.2. ระยะการบำบัดตามโปรแกรม IMPACT มีรูปแบบการดำเนินการดังนี้ (Areal et al., 2005; Areal et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006; Unutzer, 1999)

3.2.1 การติดต่อเข้าร่วมโปรแกรม (initial contact)

การให้ความรู้ โดยคู่มือ 20 นาที และแจกคู่มือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.2.2 การเข้าร่วมโปรแกรมช่วงแรก (initial visit)

ผู้ป่วยรายใหม่หรือรายที่จำเป็นต้องปรับแผนการรักษา ผู้บำบัด จิตแพทย์ และแพทย์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะอภิปรายร่วมกัน สัปดาห์ละครั้ง

3.2.3 การบำบัดช่วงแรก (Initial Treatment) (ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์)

3.2.3.1 ผู้บำบัดพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อเสนอแนวทางการบำบัด 2 วิธี ได้แก่ การรักษาด้านยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC)

3.2.3.2 ในระยะเฝ้าติดตาม ผู้บำบัดจะเยี่ยมผู้ป่วยหรือโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์

3.2.3.3 ประเมินอาการซึมเศร้าซ้ำด้วยแบบวัด Patient Health Question (PHQ-9) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าลดลง (remission) ประเมินด้วยคะแนนจากแบบวัด PHQ-9 ลดลง $\geq 50\%$ และมีอาการน้อยกว่า 3 จาก 9 อาการของโรคซึมเศร้า จะเข้าสู่กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสังเกตอาการเตือน และกลวิธีจัดการความเครียด และโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้ง เป็นเวลา 1 ปี

2) ถ้าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าไม่ลดลง (persistent depression) ประเมินด้วยคะแนนจากแบบวัด PHQ-9 ลดลง $< 50\%$ จะเข้าสู่การบำบัดช่วงที่สอง

3.2.4 การบำบัดช่วงที่สอง (ใช้เวลา 6-10 สัปดาห์)

3.2.4.1 ผู้บำบัดอภิปรายร่วมกับทีม IMPACT เพื่อปรับแผนการบำบัด คือ 1) ปรับเปลี่ยนยา หรือเพิ่มขนาดยา หรือ 2) เปลี่ยนจากยาเป็น PST-PC หรือ จาก PST-PC เป็นยา หรือ 3) ใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน

3.2.4.2 ประเมินอาการซึมเศร้าซ้ำด้วยแบบวัด PHQ-9 ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าลดลง ประเมินด้วยคะแนนจากแบบวัด PHQ-9 ลดลง $\geq 50\%$ และมีอาการน้อยกว่า 3 จาก 9 อาการของโรคซึมเศร้า จะเข้าสู่กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยสังเกตอาการเตือน และกลวิธีจัดการความเครียด และโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้ง เป็นเวลา 1 ปี

2) ถ้าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าไม่ลดลง ประเมินด้วยคะแนนจากแบบวัด PHQ-9 ลดลง $< 50\%$ จะเข้าสู่การบำบัดช่วงที่สาม

3.2.5 การบำบัดช่วงที่สาม (ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์)

ผู้บำบัดอภิปรายร่วมกับทีม IMPACT เพื่อปรับแผนการบำบัด คือ 1) ปรับเปลี่ยนยา หรือรูปแบบการบำบัด หรือ 2) ส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่อง

4. จำนวนครั้งและเวลาที่ใช้ในการบำบัดของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Arean et al., 2005; Arean et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวนครั้งในการบำบัด 6-8 ครั้ง ซึ่งการบำบัดแต่ละครั้งห่างกันทุก 2 สัปดาห์ โดยในครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 60 นาที และในครั้งที่ 2-6 ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

5. การประเมินผลโปรแกรม (Arean et al., 2005; Arean et al., 2008; Callahan et al., 2002; Hunkeler et al., 2006)

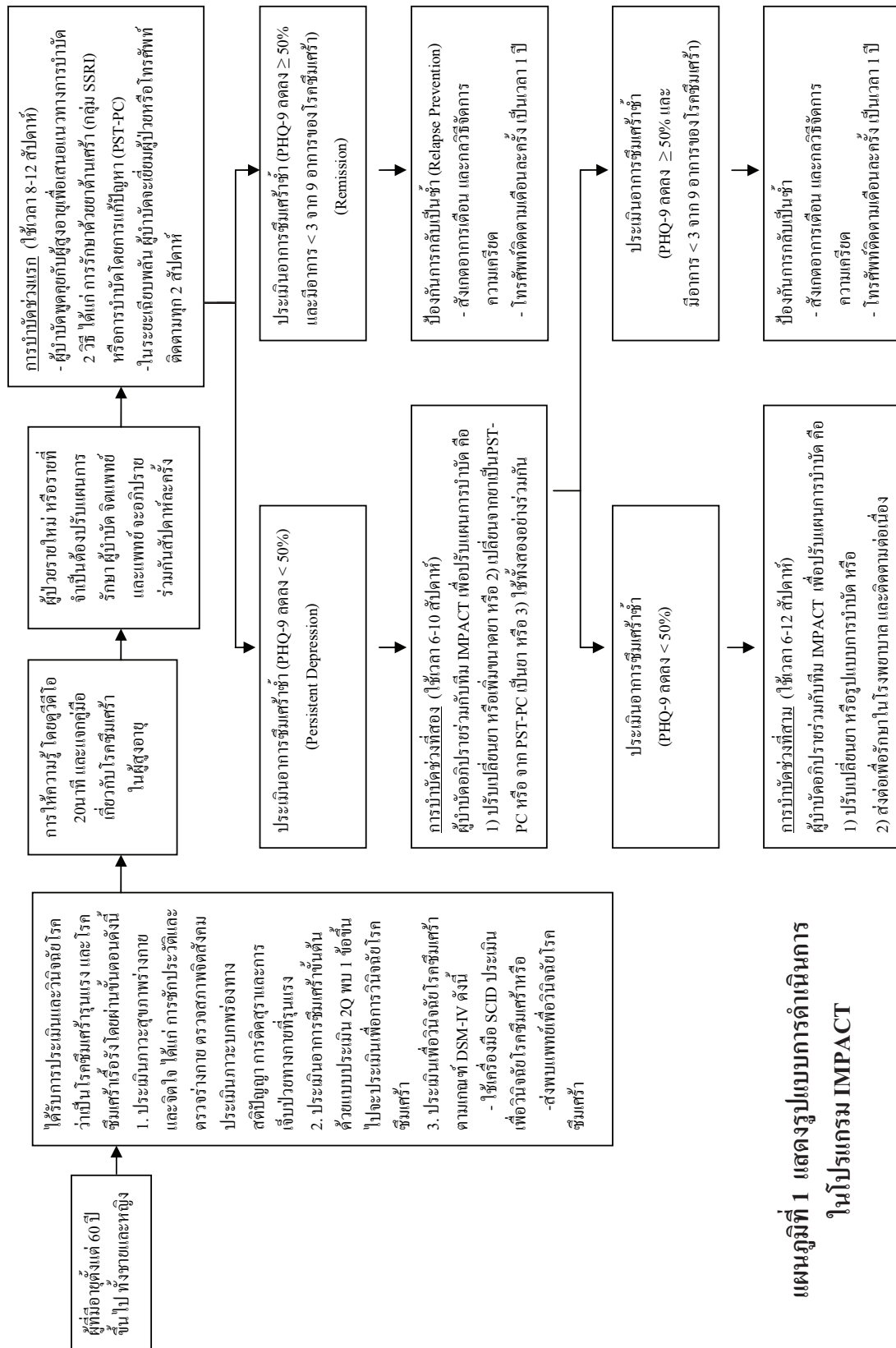
5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ คือ การลดลงของอาการซึมเศร้า โดยมีการใช้แบบประเมิน 2 แบบ คือ

5.1.1 Symptom Checklist-20 (SCL-20) เป็นแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าซึ่งใช้ประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม มี 20 ข้อคำถาม

5.1.2 Patient Health Question (PHQ-9) เป็นแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าซึ่งใช้ประเมินในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรม IMPACT มี 9 ข้อคำถาม

5.2 ระยะการติดตามประเมินผล

การประเมินผลอาการซึมเศร้า มีการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามผลใน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี



แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบการดำเนินการ
ในโปรแกรม IMPACT

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยโปรแกรม IMPACT ซึ่งมีการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PC) เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมสามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่าโปรแกรมนี้เหมาะกับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงและเรื้อรังเป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดมาร่วมกันในการให้การดูแลผู้สูงอายุซึ่งนับว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โปรแกรมการบำบัดมีจุดเด่นที่มีรูปแบบการบำบัดที่สั้น กระชับ เป็นขั้นตอนชัดเจน และภายหลังการบำบัดแต่ละขั้น จะมีการประเมินอาการซึมเศร้าเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน และปรับรูปแบบการบำบัดให้ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (Arean et al., 2005; Arean et al., 2008; Callahan et al., 2002; Fan et al., 2008; Hunkeler et al., 2006) จึงพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ ในการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพิ่มจำนวนผู้พ้นหายจากอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิต รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษาด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการบำบัดสามารถคงประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าอยู่ได้ในระยะยาวเป็นเวลา

ถึง 24 เดือน (Arean et al., 2008; Hunkeler et al., 2006) จากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าการบำบัดรูปแบบนี้ตอบสนองกับปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่พบปัญหาผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น การนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้นั้นอยู่ภายใต้เอกสิทธิ์ที่พยาบาลจะปฏิบัติได้ หน่วยงานให้การสนับสนุนและมีประโยชน์ในการเป็นทางเลือกของการรักษาให้กับผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนั้นในการให้หรือปรับขนาดของยาต้านเศร้าที่อาจจำเป็นต้องใช้กับผู้สูงอายุบางคนนั้นถึงแม้ทางหน่วยงานจะไม่มีจิตแพทย์ประจำ แต่ก็สามารถปรึกษาจิตแพทย์ที่มาให้การตรวจรักษาให้กับทางหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือน หรือสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ ดังนั้นการนำการบำบัดด้วยโปรแกรม IMPACT มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. โรงพยาบาลชุมชนควรมีโครงการการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ควรมีแนวทางในการประเมินอาการซึมเศร้า รูปแบบการบำบัด และการติดตามประเมินผล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
2. สำหรับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ มีแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยพยาบาล

จิตเวชจะให้การช่วยเหลือโดยให้การปรึกษาเบื้องต้น ส่วนในรายที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และพิจารณาการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างไรก็ตาม จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้และอยู่ภายใต้เอกสิทธิ์ที่พยาบาลปฏิบัติได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า หรืออาจใช้ร่วมกับยาต้านเศร้าได้

3. ควรมีการดำเนินการเชิงรุกแทนการตั้งรับในโรงพยาบาล โดยการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าเพื่อให้ได้รับการบำบัด โดยอาจเริ่มจากการบำบัดโดยการแก้ปัญหาซึ่งสามารถช่วยลดการนำไปสู่การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

4. ก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้ควรพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน มีการปรับให้เหมาะกับลักษณะของประชากร และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

5. ควรเผยแพร่ผลของการบำบัดโดยโปรแกรม IMPACT เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประชุมวิชาการ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนางานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2555). *ทั่วโลกเตรียมรับมือปัญหาความชราภาพ*. สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน 2555, จาก <http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx>.

www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx.

พีรพนธ์ ลีอนุธวัชชัย. (2553). โรคซึมเศร้า. ใน *พีรพนธ์ ลีอนุธวัชชัย และอรพรรณ ลีอนุธวัชชัย (บก.), การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า* (หน้า 1-27). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

เรณูการ์ ทองคำรอด. (2553). *จิตสังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2555, จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). *ประชากรสูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2555, จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_179.htm.

สายฝน เอกวรจกร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อารยา สิงห์สวัสดิ์. (2552). *ซึมเศร้าสัญญาณอันตรายฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2555, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/10824>.

Alexopoulos, G. S., Arean, P. A., Culloch, C., Kanellopoulos, D., Mackin, R. S., & Raue, P. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.

Arean, P. A., Ayalon, L., Hunkeler, E., Harpole, L., Lin, E. H., Tang, L., et al. (2005).

- Improving depression care for older minority patients in primary care. *Medical Care*, 43(4), 381-390.
- Arean, P., Fan, M. Y., Hegel, M., Unutzer, J., & Vannoy, S. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older primary care patients with depression: Results from the IMPACT project. *The Gerontologist*, 48(3), 311-323.
- Apter, A., Horesh, H., & Klomek, A. B. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 160, 192-199.
- Beekman, A. T., Braam, A. W., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., et al. (2004). Depression among older people in Europe: the eurocep studies. *World Psychiatry*, 3, 9-45.
- Birrer, B. R., & Vemuri, P. S. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician*, 69(10), 2375-2382.
- Callahan, C. M., Hunkeler, E., Harpole, L., Katon, W., Unutzer, J., Williams, J. W., et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2836-2845.
- D' Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85-135). London: Hutchison.
- DiCenso, A., Edwards, N., Guyatt, G., Grimshaw, J., & Hutchison, B. (2005). Health Services Interventions. In A. DiCenso, G. Guyatt, & D. Cikiska (Eds.), *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*, (pp. 265-297). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Duberstein, R. P., Lyness, M. J., & Pinquart, M. (2006). Treatments for later-life depressive condition: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., & Nezu, A. M. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Fan, M. Y., Katon, W. J., Lin, E. H., Penna, R. D., Schoenbaum, M. C., Unutzer, J., et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 14(2), 95-100.
- Fineout-Overholt, E., & Melnyk, B. M. (2005). *Evidence-base practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grace, J. (2009). Essential skills for evidence-based practice: Strength of evidence.

- Journal of Nursing Science*, 27(2), 8-13.
- Hunkeler, E. M., Kroenke, K., Katon, W., Lin, E. H., Tang, L., Williams, J. W., et al. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal*, 332, 259-263.
- Kahler, C. W., Leventhal, A. M., Ray, L. A., & Zimmerman, M. (2009). Refining the depression nicotine dependence link: patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 34, 297-303.
- Unutzer, J. (1999). *Late life depression treatment manual for collaborative depression management project IMPACT*. Retrieved August 26, 2012, from http://impact-uw.org/tools/impact_manual.html.
- United Nations. (2005). *Population division of the department of economic and social affairs of the united nations secretariat: World population prospects*. Retrieved August 29, 2012, from <http://www.un.org/esa/population/publications/finalrevised.pdf>.