

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Depression in older adults with Diabetes Mellitus

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์

Maneerat Aiamanan

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

College of Nursing, Christian University of Thailand

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่เผชิญการสูญเสียทั้งทางจิตใจ สังคม และการเสื่อมลงของร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่า 1 โรค และมักมีโรคเบาหวานร่วมด้วย การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การประเมิน และการช่วยเหลือในการบรรเทาภาวะซึมเศร้าโดยตระหนักถึงคุณค่า และความสำคัญของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, โรคเบาหวาน, ผู้สูงอายุ

Abstract

Depression is common in older adults due to their psychological, social loss and physical deterioration. Most of older adults have more than one chronic illness which is most likely to include Diabetes Mellitus. Because of their illness, pathology of Diabetes Mellitus and other factors, these older adults need to change their role into the sick role which can cause them lower self-esteem. Thus, medical personnels and caregivers of these older adults, should have comprehensive understanding on the depressive symptoms, its related factors, the assessment and management to alleviate the depressive condition with respect their value and dignity.

Keywords: Depression, Diabetes Mellitus, Older Adult

ความนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่มีอาการแสดงทางอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมซึ่งเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยพบร้อยละ 20-40 (Miller, 2007) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน (Egede, 2005; Trief, 2007) จุฑารัตน์ บุญรัตน์, ภาวนา กิริยัตตวงศ์, และชนิดดา แนนเกษร (2552) และจันจิรา กิจแก้ว, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์ภานนท์, และนัย พิพัฒน์วนิชชา (2554) พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้านอกจากผู้สูงอายุทั่วไป ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 71.2 (จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554) สอดคล้องกับวรวิยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริยัตตวงศ์, ชนิดดา แนนเกษร, และนิภาวรรณ สามารถกิจ (2555) พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.2 นอกจากนั้นประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.8 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้านอกจากผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า (Egede, 2005) อีกทั้งพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ตั้งแต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในช่วง 1-5 ปีแรกร้อยละ 43.2 (จุฑารัตน์ บุญรัตน์ และคณะ, 2552; จันจิรา กิจแก้ว และคณะ, 2554) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นผู้ที่ช่วยเหลือดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุม บทความนี้ใคร่ขอเสนอในหัวข้อ สาเหตุของภาวะซึมเศร้า การประเมินและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากปัจจัยทางร่างกายและพยาธิสภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และสังคม และปัจจัยทางคุณลักษณะด้านประชากร

1. ปัจจัยทางร่างกายและพยาธิสภาพ ได้แก่

ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

1.1 ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน ผู้ป่วย

เบาหวานที่มีระยะเวลากการป่วยมานาน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานในระยะแรก เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ท้อแท้สิ้นหวัง นำไปสู่การไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การเป็นเบาหวานในระยะแรกๆ ผู้ป่วยยังยอมรับและปรับตัวได้ แต่ถ้าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานวัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่เสื่อมลง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการดูแลตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑารัตน์ บุญรัตน์ และคณะ, 2552) Katon และคณะ (2004) พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคยาวนานเท่าไรก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน่าขึ้น ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต หากไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่นานเกิน 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน่าขึ้น (Clouse, Lustman, Freedland, Griffiths, McGill, & Carney, 2003)

1.2 จำนวนโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีโรคร่วมหลายโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง ไตวายเรื้อรัง ตาบอด และอัมพาต เป็นต้น การเกิดโรคเรื้อรังซ้ำซ้อนมากขึ้นทำให้

เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Trief, 2007) Katon และคณะ (2004) พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ยิ่งมีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนมากเท่าไร ก็ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

1.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิต และรักษาบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ (โสภิน แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำภา, และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2550)

1.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c [HbA1c])

ฮีโมโกลบินเอวันซี คือการตรวจวัดค่าเฉลี่ยของน้ำตาล (กลูโคส) ในเลือดที่จับกับฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงในช่วง 3-4 เดือนที่ผ่านมา ค่าปกติน้อยกว่าร้อยละ 5.7 ค่า HbA1c นี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Trief et al., 2006) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน ร้อยละ 53.3 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 (วรทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ง่าย (ธงชัย ประวิภาณวัตร, 2550) ทั้งนี้เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และ

สารสื่อประสาทเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทำให้ฮอร์โมน และสารสื่อประสาท serotonin ลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney, & Clouse, 2000)

2. ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีความคิดต่อตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่สนใจในตนเองหรือสิ่งแวดล้อม อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) การศึกษาของ วรทยา ทัดหล่อ และคณะ (2555) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับจุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ (2552) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ยาวนาน และถ้ามีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยจะเพิ่มความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าสังคม รู้สึกว่าตนเองต่างจากคนอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552; วรทยา ทัดหล่อ และคณะ, 2555) โดยมีอาการ และอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย อึดอัดทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ คิดว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลอื่น มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลงไร้ค่า (Anderson, Freedland, Clous, & Lustman, 2001; Kenneth & Michael, 2012) ทั้งนี้เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (กัตติกา ธนะขำวงศ์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552; จุฑารัตน์ บุญรัตน์

และคณะ, 2552)

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคล ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองมีค่า ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีขึ้น คนในครอบครัวสามารถช่วยจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เข้าใจการดำเนินโรค และเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนในครอบครัว ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Francisco & Cardiel, 2001)

4. ปัจจัยทางคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานะทางเศรษฐกิจ

4.1 อายุ อายุที่แตกต่างกันทำให้มีการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน และในผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เจ็บป่วยได้ง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552)

4.2 เพศ โดยทั่วไปเพศหญิงมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Wangtongkum, Suchantakul, Wongjaroen, & Maneechompoo, 2008) เพศที่ต่างกันมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพ บทบาททางสังคม เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ครุ่นคิดเรื่องต่าง ๆ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมมากกว่าเพศชายจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552) อีกทั้งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Egede & Zheng, 2003)

4.3 สถานภาพสมรส เป็นสิ่งที่บ่งบอกสถานะ

ในสังคม รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ การได้รับกำลังใจ ส่งเสริมในการดูแลตนเอง (จุฑารัตน์ บุญวัฒน์ และคณะ, 2552; Sicotte et al., 2008) ซึ่งจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ และการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และเป็นผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เนื่องจาก ผู้ป่วยรู้สึกไร้ที่พึ่ง ไม่มีผู้ดูแล รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (Francisco & Cardiel, 2001) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่ กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสคู่จะสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่า เนื่องจากมีคู่สมรสช่วยดูแล ให้กำลังใจ เป็นเพื่อน คอยเตือนให้ควบคุมอาหาร เป็นแรงสนับสนุนเสริมแรงให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Trief et al., 2006)

4.4 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีรายได้สูงมักจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Anderson et al., 2001) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือ มีรายได้น้อยกว่า 5,000.00 บาทต่อเดือน สถานะการเงินของครอบครัวที่ไม่เพียงพอ มีเศรษฐกิจทางสังคมระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้สูงขึ้น (อรสา ไยยง, และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2554)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเภท (สายฝน เอกวงกร, 2554) คือ 1) การประเมินโดยให้ผู้รับบริการประเมินตนเอง ตามการรับรู้ของตนเอง (Self-report) 2) การประเมินโดยบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้เครื่องมือ เครื่องมือที่นิยมใช้มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), และ Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)

2. เครื่องมือที่บุคลากรสุขภาพใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm-ottosson Depression scale (CODS), แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น

การจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ปัจจุบันการจัดการกับภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบและหลายวิธีการ การพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง หรือการประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และความเหมาะสมกับลักษณะสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ทั้งนี้จากตำราและผลการวิจัยพบว่า การจัดการหรือการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

1. **วิธีการรักษาด้วยยา** การให้ยาเป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งคุกคามการดำเนินชีวิตประจำวัน และในระดับที่เป็นโรค (Psychiatric disorders) ยาที่ใช้ ได้แก่ ยาด้านซึมเศร้า (Antidepressant drug) ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองส่วนที่ควบคุมความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมแสดงออกของบุคคล ทั้งนี้ การให้ยาด้านซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากปฏิกิริยาระหว่างยาด้านซึมเศร้าและยารักษาโรคเบาหวาน (สายฝน เอกวรังกูร, 2554; Kenneth & Michael, 2012)

2. การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่

2.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive

therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า มุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองโดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด เป็นการรักษาด้านร่างกาย (Physical therapy) โดยใช้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอาการและอาการแสดงประกอบด้วย 1) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจนมีอันตรายจากการฆ่าตัวตาย 2) ไม่สามารถรับประทานยาได้ 3) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือ รับประทานยาด้านซึมเศร้าแล้วได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผล 4) ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง (Paranoid) หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นต้น (สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

2.2 **การบำบัดทางจิตใจ** (Psychological interventions) การบำบัดทางจิตใจ เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการจัดการความเสี่ยง และการป้องกันโรคซึมเศร้าของบุคคลในระยะยาว เป้าหมายของการบำบัดเพื่อช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา สามารถแก้ปัญหาสถานการณ์ชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ใหม่ในลักษณะดังกล่าวนำบุคคลไปสู่วิธีการให้ความหมายและการให้คุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง (สายฝน เอกวรังกูร, 2554)

2.3 **การบำบัดแบบแก้ปัญหา** เป็นวิธีการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่ใช้ระยะเวลาสั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต และปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ในประเทศไทยมีงานวิจัยรายงานว่า การใช้การบำบัดแบบแก้ปัญหาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมการบำบัดแบบแก้ไขปัญหากลุ่มข้างต้น ใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 40-55 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งรวม 6 ครั้งใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ราตรี ทองยู, วรธนา คงสุริยะนาวัน, อติตยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง, และ ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2554)

2.4 การใช้พุทธบูรณาการ สุันทา เอ้าเจริญ, ชิตชนก เทพพิทักษ์, ศศิสังวาลย์ ศรีสังข์, พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน), และพระมหาวิริษณ์ วรินโท (2560) ได้ใช้พุทธบูรณาการในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง พุทธบูรณาการหมายถึง กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างพระพุทธศาสนากับวิทยาการทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ส (การสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิ การสันทนาธรรม) 3 อ (การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์) และ 1 น (การปฏิบัติตนตามวงรอบของชีวิตประจำวัน) คณะผู้วิจัยได้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่โรค โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอกำมะงา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสภาวะอารมณ์ เพื่อประเมิน

ภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการส่งเสริมในการบำบัดด้วยพุทธบูรณาการ ผลการวิจัย พบว่า ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.5 การสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรี ซึ่งหมายถึง การใช้ดนตรีเข้ามาช่วยบำบัดบุคคลที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และจิตวิญญาณจากมุมมองความคิดภายในของตัวบุคคล มณีรัตน์ เขี่ยมอนันต์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) ได้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 75 -110 นาที ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรมฯ มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทสรุป ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์อาทิเช่นพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งมีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา ธนะขว้าง, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). ปัจจัยกำหนดและผลกระทบที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพหุฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 25-38.
- จุฑารัตน์ บุญรัตน์, ภาวนา กิริติยวงศ์, และชนิดดา แนนเกษร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.
- จันจิรา กิจแก้ว, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, และนัย พิพัฒน์วณิชชา. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 81-96.
- ธงชัย ประวิธานณวัตร. (2550). *ภาวะเศรษฐกิจจากโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). *ภาวะซึมเศร้า และบริบทชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองคาย* (การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). *ผลของโปรแกรมการสร้างจิตภาพร่วมกับดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วรทยา ทัดหล่อ, ภาวนา กิริติยวงศ์, ชนิดดา แนนเกษร, และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 57-69.
- สายฝน เอกวรางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ ลำภา, และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 13(1), 54-68.
- ราตรี ทองยู, วรรณดา คงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัยเกตุ, โอบ ยอง, และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 78-92.
- สุนันทา เอ้าเจริญ, ชิดชนก เทพพิทักษ์, ศศิสังวาลย์ ศรีสังข์, พระปลัดสมชาย ปโยโค (ดำเนิน), และพระมหาวิริษณ์ วรินโท. (2560). ผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อดังกล่าวด้วยพุทธบูรณาการ. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 89-102.
- อรสา ไยยอง, และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- Anderson, R. J., Freedland, K. F., Clous, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Clouse, R. E., Lustman, P. J., Freedland, K. F., Griffiths, L. S., McGill, J. B., & Carney, R. M. (2003). Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Diabetes Care*, 26(3), 468-478.

- Egede, L.E., & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104-111.
- Egede, L. E. (2005). Effect of depression on self-management behaviors and health outcome in adults with type 2 Diabetes. *Diabetes Reviews*, 1(3), 235-243.
- Francisco, J., & Cardiel, H. (2001). Risk factors associated with depression in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of Medical Research*, 33, 53-60.
- Katon, W. J., Koeff, M. V., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G.,... Young, B. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(4), 914-920.
- Kenneth, M. S., & Michael, H. C. (2012). *Diabetes: Chronic complications*. Singapore: Ho printing Singapore.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Miller, C. A. (2007). *Nursing for wellness in older adults* (4th ed). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Sicotte, M., Alvarado, B. E., Leon, E. M., & Zunzunegui, M. V. (2008). Social networks and depressive symptoms among elderly women and men in Havana, Cuba. *Aging & Mental Health*, 12(2), 193-201.
- Trief, P. M., Morin, P. C., Izquierdo, R., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Goland, R.,...Weinstock, R. S. (2006). Depression and glycemic control in elderly ethnically diverse patients with diabetes: the IDEATel project. *Diabetes Care*, 29(4), 830-835.
- Trief, P. M. (2007). Depression in elderly diabetes patients. *Diabetes Spectrum*, 20(2), 71-75.
- Wangtongkum, S., Suchantakul, P., Wongjaroen, S., & Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand*, 91(12), 1812-1817.