

Review article

Depression with pumpkin

Amporn Nueangjaknak*Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand*

Abstract

This review article aimed to describe depression and the use of herbs to decrease depression by eating. As the research herbs treated depression is still limited. The herbs and pumpkin cannot explicitly decrease depression but it has been trialed in animal models. Experiments discovered that some herbs decrease depression. Nowadays, some foods ingredients have been found to reduce depression such as pumpkin, curcuma, celery, gotu-kola, rice bran oil, banana and royal lotus.

This journal paper specifically mentions pumpkin due to its effect in decreasing depression. Pumpkin has been discovered in every region of Thailand. Pumpkin can be easily grown and eat. It is also not expensive than St. John's wort or Hypericum perforatum. St. John's wort is a commonly available herb in Europe as it helps decrease depression. In Europe psychiatrists prescribe St. John's wort to treat depression. Now Thai herbs are also famous for such treatment; many Thai herbs are being researched and developed into remedies for depression in the future.

Keywords: Depression, pumpkin.

***Correspondence to:** Amporn Nueangjaknak, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail: ampornneuagjaknak@gmail.com

Received: September 4, 2020

Revised: October 14, 2020

Accepted: November 2, 2020

บทฟื้นฟูวิชาการ

ภาวะซึมเศร้ากับผักทอง

อำพร เนื่องจกนาค

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการใช้ผักทองช่วยลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการรับประทาน ปัจจุบันผลงานวิจัยในมนุษย์มีจำนวนน้อย อีกทั้งยังไม่ชัดเจนว่าการใช้ผักทองและสมุนไพรสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ แต่การทดลองในสัตว์ทดลองพบว่าสมุนไพรบางชนิดสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ อาหารที่เรารับประทานทุกวันบางชนิดมีส่วนช่วยลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผักทอง ขมิ้นชัน ขึ้นฉ่าย ใบบัวบก น้ำมันรำข้าว กล้วย และดอกบัวหลวง บทความวิชาการนี้รวบรวมคุณลักษณะของ ผักทองซึ่งมีสรรพคุณลดภาวะซึมเศร้าได้ ผักทองได้พบในทุกภาคของประเทศไทย สามารถปลูกได้ง่ายและ หารับประทานได้ง่าย และราคาไม่สูง เมื่อเทียบกับสมุนไพร St. John's wort หรือ Hypericum perforatum ซึ่งมีถิ่นกำเนิดมาจากยุโรป เป็นสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าอย่างได้ผล ในต่างประเทศนิยมใช้รักษาภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างมาก แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลหรือคำสั่งการรักษาของจิตแพทย์ ขณะนี้สมุนไพรไทยเริ่มเป็นที่นิยมในการรักษาภาวะซึมเศร้าและมีการค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาสมุนไพรใช้รักษาภาวะซึมเศร้าในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผักทอง.

ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องได้รับการดูแลและรับประทายาต้านเศร้าตลอดชีวิต อีกทั้งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งระดับประเทศและระดับนานาชาติ ข้อมูล Depression and Other Common Mental Disorder ของ World Health Organization (WHO) ปี พ.ศ. 2560 ประชากรทั่วโลก 7.6 พันล้านราย พบว่าร้อยละ 4.4 หรือ 322 ล้านรายได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาในทวีปเอเชียตะวันตกเฉียงใต้ ข้อมูลปีพ.ศ. 2560 ประชากร 6.4 ร้อยล้านราย ร้อยละ 7 ของประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้า⁽¹⁾ ประเทศไทย 68 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2561 ประชากรไทย 1.1 ล้านรายเป็นโรคซึมเศร้า และในปี พ.ศ. 2563 คาดว่ามีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.2 ล้านราย และจำนวนมากเพิ่มขึ้นในทุกปี ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าหากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องหรือรับการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่อง มักพบปัญหาที่ตามมา คือ การฆ่าตัวตาย ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,000 รายต่อปี และเฉลี่ย 6 รายต่อชั่วโมงพยายามฆ่าตัวตาย⁽²⁾

จากสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่เพียงแค่สารสื่อประสาทในสมองที่ลดลงหรือพันธุกรรมเพียงเท่านั้น ยังมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ความสัมพันธ์ห่างไกลกันมากขึ้น วิถีชีวิตของความเป็นเมือง ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า ขาดทัศนคติในการจัดการปัญหา ค่านิยมการทำงานที่เปลี่ยนไป การมีปมค้างใจ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป⁽³⁾ อีกทั้งสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบและแพร่กระจายทั่วโลก ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 ประชากรในประเทศบางส่วนถูกเลิกจ้างงาน มีภาวะหนี้สิน บางคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเกิดการฆ่าตัวตายมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าไม่มีทางหมดไปจากสังคมไทยได้ แต่เราสามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ด้วย การป้องกันโรคด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดตามอาการและฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ด้านการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือกที่มีความเจริญก้าวหน้า การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่ทันสมัย เช่น การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม การรักษาแบบปรับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การรักษาจิตบำบัดเชิงลึก การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า และการบำบัดด้วยไฟฟ้า อีกทั้งการนำสมุนไพรไทยหรือสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการรักษาร่วมด้วย สมุนไพรแต่ละชนิดมีสรรพคุณทางยาและวิธีการรับประทานที่แตกต่างกัน พืชสมุนไพรที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า คือ พักทอง มีงานวิจัยในประเทศไทยจำนวนไม่มากนักที่มีการศึกษาค้นคว้าการใช้พืชสมุนไพรมาช่วยรักษาภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันมีพืชสมุนไพรไทยหลายชนิดถูกนำมาใช้รักษาโรคทางกาย รวมไปถึงช่วยลดอาการผิดปกติทางสุขภาพจิต เนื่องจากพืชสมุนไพรไทยสามารถหาได้ง่ายปลูกได้เองหรือบางชนิดเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และมีราคาถูก อีกทั้งเป็นการนำภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์แผนไทยมีมาตั้งแต่สมัยอดีตมาประยุกต์ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สามารถจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ประวัติและความเป็นมาของโรคซึมเศร้า⁽⁴⁾

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม แนวคิดเรื่องโรคซึมเศร้ามีพื้นฐานมาจากโรค melancholia ของ Hippocrates ซึ่งหมายถึงลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างชัดเจนเห็นได้ชัด คือ มีการเคลื่อนไหวน้อยลง อารมณ์ไม่ดี สีหน้าบูดบึ้ง

ภาวะซึมเศร้ามีมาอย่างยาวนานจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ ตั้งแต่ยุคอียิปต์โบราณเริ่มตั้งแต่กษัตริย์พระนามว่า Saul เกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จ และยังไม่มีการเรียกชื่อหรืออธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าได้ จนกระทั่งถึงยุคกรีก-โรมัน นักปราชญ์พยายามอธิบายปรากฏการณ์ทางร่างกายและจิตใจด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น ต่อมาในยุคคริสต์ศักราชต้น ๆ เป็นยุคที่ศาสนาคริสต์กำลังเผยแผ่ศาสนา สำนักนักบวชกลายเป็นสถานที่การเรียนรู้และเป็นศูนย์กลางแห่งธรรมชาติบำบัด มีการนำพืชและสมุนไพรหลายชนิดมาใช้รักษาอาการเจ็บป่วย โดยคนทั่วไปสามารถหาใช้เองได้และมีความเชื่อว่าธรรมชาติบำบัดช่วยให้หายป่วยได้

ช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 21 ยุคปัจจุบันที่ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก้าวหน้าไปถึงระดับชีวโมเลกุล โดยเชื่อกันว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อม เริ่มจากยีนมีการผ่าเหล่าและถ่ายทอดสู่ลูกหลาน คือ serotonin transporter gene

short allele genotype ยีนนี้พบบนโครโมโซมที่ 17 ตำแหน่ง 17q11.1 - q12 การที่ยีนนี้ผ่าเหล่าทำให้การทำงานที่ดู serotonin ที่อยู่บริเวณ synaptic cleft กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท เกิดบกพร่อง พบยีนผ่าเหล่านี้สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลสูง (increased anxiety) และการทำงานของระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (gut dysfunction) คนที่มียีนผ่าเหล่าเมื่อผ่านประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่ราบรื่น ได้รับความกระทบกระเทือนใจรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายทางจิตใจ ถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศ ถูกทอดทิ้ง ต้องพลัดพรากจากพ่อแม่ ตั้งแต่เล็ก เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง คือ ความไม่สมดุลในการทำงานของสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ คือ hypothalamopituitary adrenal axis (HPA) จะทำงานมากผิดปกติ (HPA hyperactivity) ทำให้ระดับ cortisol สูงขึ้น เกิดความผิดปกติของจังหวะเซอร์คาเดียน (circadian rhythm) ทำให้สารสื่อประสาท serotonin, noradrenalin, dopamine ลดลง ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ เกิดการอักเสบของสมองบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) และสมองส่วนลิมบิก (limbic system) เกิดพยาธิสภาพในสมองมีการลดจำนวนและความหนาแน่นของ glial cells และเซลล์ประสาท รวมถึง dendritic arborization การลดลงของ synaptic connectivity ในบริเวณสมองส่วนหน้า โดยเฉพาะ dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), anterior cingulate cortex (ACC), ventral striatum โดยเฉพาะบริเวณ nucleus accubens (NAc), hippocampus สมองส่วนที่กล่าวข้างต้นมีทำงานลดลง แต่ส่วนที่เรียกว่า amygdala, orbitofrontal (OFC), medial prefrontal cortex (mPFC), hypothalamopituitary adrenal axis (HPA) กลับมีการทำงานเพิ่มมากผิดปกติ ความไม่สมดุลของการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาด้านพันธุกรรมในโรคจิตเวชกำลังก้าวหน้าไปไกล มีการศึกษาด้าน epigenetic transcriptional factors, gene expression, neuroprotective proteins เช่น brain-derived neurotrophic factor (BDNF), calgary real estate board (CREB), neuroimmunologic factors เช่น interleukin (IL), tumor necrosis factor-alpha (TNF α), fibroblast and growth factors (FGF), endophenotypes ซึ่งเป็นอาการที่ปรากฏให้เห็นตามยีนที่ผิดปกติ ความรู้เหล่านี้จะช่วยทำให้มีความเข้าใจในโรคซึมเศร้าได้ชัดเจนมากขึ้น

โรคซึมเศร้ามีประวัติความเป็นมาที่ยาวนาน ก่อนคริสต์ศักราชในประเทศทางแถบซีกโลกตะวันตกขยายมาซีกโลกตะวันออกจนถึงยุคปัจจุบัน โดยในระยะแรกมีความคล้ายคลึงกับในประเทศไทยตั้งแต่สมัยสุโขทัยคือ มีความเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากภูตผีปีศาจ วิญญาณชั่วร้ายเข้าสิงหรือถูกคุณไสย หรือไสยดำจากภายนอก ทำให้การรักษาในระยะแรกได้เน้นไปที่การไล่วิญญาณชั่วร้ายการเอาเลือดออก หรือการล่ำมโซ่จองจำกุ่มขังในโรงพยาบาลโรคจิต ต่อมาเมื่อความรู้ทางวิทยาศาสตร์ด้านต่าง ๆ ได้เจริญก้าวหน้ามากขึ้น จนทำให้เข้าใจถึงสาเหตุโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกันมีความผิดปกติทางประสาทชีววิทยา ซึ่งเกิดการไม่สมดุลของการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ ความผิดปกติของจังหวะเซอร์คาเดียน การลดลงของสารสื่อประสาท ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ ตลอดจนการค้นพบยารักษาซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ ที่ได้พัฒนามาจนถึงปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของสมองหลายส่วนเกิดผิดปกติไป มีกระบวนการอักเสบภายในสมอง รวมทั้งยังเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงออกหลากหลาย (heterogenous) จากหลายส่วนของร่างกายอีกด้วย จึงเชื่อว่าในอนาคตคงจะมีความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น และมีความก้าวหน้าทางวิชาการในเรื่องโรคซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยทางชีวประสาทวิทยา

การเสียสมดุลการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อในสมองเนื่องจากทอนความเครียดเรื้อรัง (stress-HPA axis disequilibrium) การศึกษาทางด้านประสาทวิทยาพบว่า ฮัยโปทาลามัส (hypothalamus) เป็นศูนย์ควบคุมการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อในสมอง (neuroendocrine axis) ฮัยโปทาลามัส เป็นศูนย์รับข้อมูลกระแสประสาท (neuronal input) ที่ส่งมาจากสมองส่วนระบบลิมบิก (limbic system) เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ตามสภาพจิตใจในขณะนั้น ไปกระตุ้นฮัยโปทาลามัสให้ปล่อย corticotropin-releasing hormone (CRH) ออกมาช่วยทำให้เซลล์ประสาทมีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิด noradrenaline (NE) หรือ serotonin (5-HT) หรือ acetylcholine (ACh) ออกมาและเพิ่ม

การผันเวียนของ noradrenaline (NE) และ dopamine (DA) รวมทั้งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ฮอร์โมน CRH จะไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ให้หลั่งสาร adreno - corticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต (adrenal cortex) ให้ปล่อยคอร์ติซอล (cortisol) ออกมามาก เพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานออกมาใช้มากขึ้น (hypermetabolism) ถ้าระบบลิมบิกกำลังยับยั้งยับยั้งไปทาลามัสไม่ให้ปล่อยฮอร์โมน CRH จะทำให้เซลล์ประสาทมีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิด gamma amino-butyric acid (GABA) ออกมาแทน ทำให้ระบบประสาททำงานลดลง ระบบที่ว่่านี้เรียกว่าระบบ psychoneuroendocrine ทำหน้าที่ช่วยรักษาสมดุลของการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการระบบประสาทอัตโนมัติ ความต้องการพื้นฐานของชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในปัจจุบันระบบ psychoneuroendocrine ได้

โรคซึมเศร้าได้รับความสนใจ เนื่องจากสมมติฐาน monoamine (monoamine hypothesis) ที่กล่าว ถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ต่าง ๆ เช่น serotonin, norepinephrine และ dopamine นั้นไม่สามารถอธิบายถึงความแตกต่างของระยะเวลา ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่บริเวณ synapse ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากการรับประทานยาต้านซึมเศร้ากับการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 3 - 4 สัปดาห์จึงเห็นผล

ปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) **ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิต** (intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยภายใน จิตใจหรือพลวัตทางจิตของโรคซึมเศร้ามีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจสาเหตุของอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflicts) แรงขับเคลื่อนในจิตไร้สำนึก (unconscious pressure) ประสบการณ์ในวัยเด็กและพัฒนาการทางจิตใจ
- 2) **ปัจจัยด้านความคิด** (cognitive factors) ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) พัฒนาขึ้นโดย Beck DA. และคณะ⁽⁵⁾ กล่าวว่าไว้ว่ามุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก

หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้และมุมมองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ รวมถึงการตีความของบุคคลแต่ละราย ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น หากบุคคลนั้นมีมุมมองต่อตนเองว่าเป็นคนไร้ความสามารถ มีแต่ข้อบกพร่องก็ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ ทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้า (cognitive theory of depression)

3. **ปัจจัยด้านพฤติกรรม** (behavioral factors) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัญหา (maladaptive behaviors) ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกล้มเหลวหมดหนทาง (learned helplessness) และการขาดแรงเสริมทางบวก (lack of positive reinforcement)

4) **ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล** (interpersonal factors) นอกจากปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัย ด้านความคิด และปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal factors) หรือปัจจัยทางสังคม (social factors) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ได้เริ่มต้นพัฒนาขึ้นในช่วงหลังสงคราม โลกครั้งที่ 2 โดยมี Meyer A. และ Sullivan HS. เป็นผู้นำทฤษฎี รวมถึงท่านอื่น ๆ เช่น Erich Fromm, Frieda Fromm-Reichmann ได้ให้ความสำคัญ และได้อธิบายผลของเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยในปัจจุบัน (current life events) ที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นบริบททางด้านสิ่งแวดล้อม (environment) สังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (social and interpersonal context)

ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของการเกิดโรคซึมเศร้า (socioeconomic and cultural factors)⁽⁵⁾

การแสดงออกของโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยการเกิดโรคจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยการเกิดโรคจึงมีความเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม

1) **เพศสภาพ** (gender) คุณลักษณะที่สังคมกำหนดบทบาทว่าผู้หญิงผู้ชายควรมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร การกล่อมเกลางานสังคมที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการอบรมสั่งสอนจากบ้าน โรงเรียนผู้เลี้ยงดู การได้เห็นแบบอย่างการเรียนรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้หญิงผู้ชายมีพฤติกรรมบทบาท ความคาดหวังในชีวิต การมองโลก

การพัฒนาการทางอารมณ์ และสติปัญญา ตลอดจนการ แสดงออกทางอารมณ์แตกต่างกัน และเนื่องจากเพศสภาพ ถูกสร้างขึ้นจากสังคม จึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอในแต่ละ ยุคสมัยในเรื่องโรคซึมเศร้านั้น พบว่าผู้หญิงมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า แสดงถึงปัจจัย ด้านเพศสภาพมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า แม้ว่า ค่านิยมทางสังคมคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็ง เป็น ผู้นำทรงอำนาจในการตัดสินใจ บทบาทเด่นในฐานะผู้ผลิต หารายได้เลี้ยงครอบครัว จะไม่แสดงอารมณ์อ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ออกมาอย่างชัดเจน แต่จะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่น ๆ ส่วนผู้หญิงมีสรีระต่างจากผู้ชาย เหวบางร่างเล็ก แต่ต้องรับ 3 บทบาทหลัก คือ ความรับผิดชอบ ในครัวเรือน (reproductive work) งานผลิตเพื่อสนับสนุน ครัวเรือน (productive works) เช่น งานครัว งานบ้านงาน เลี้ยงลูก (caring works) เป็นต้น และความรับผิดชอบต่อ ชุมชน บทบาทผู้หญิงจะถูกให้คุณค่าต่ำ ส่งผลให้ผู้หญิง ไม่เท่าเทียมผู้ชายในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่าง ๆ ทำให้ผู้หญิงถูกกีดกัน แบ่งแยกอยู่ในฐานะของผู้ด้อยโอกาส และไม่ได้รับความชอบธรรมทางสังคมเมื่อเทียบกับผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจน พึ่งตนเองไม่ได้ จะต้องเผชิญ ความรุนแรงในสังคมในอัตราส่วนที่สูงกว่าผู้ชายมาก ความ รุนแรงที่เกิดกับผู้หญิงนี้เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า

2) ศาสนา (religious) มีการศึกษาวิจัยไม่น้อยที่ให้ความ สนใจต่อหลักศาสนากับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยที่ทฤษฎี จิตวิเคราะห์ อธิบายว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการบิดเบ่ง มากกับการกล่าวโทษผู้อื่น หวาดระแวง เพื่อลดความรู้สึกผิด ในตัวเองลง ความรู้สึกผิดพบบ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ ประเทศตะวันตก เชื่อกันว่าน่าจะเป็นผลมาจากคริสต์ศาสนา ที่เน้นการถูกลงโทษจากพระเจ้า ส่วนผลการศึกษาของ มาโนชและคณะ ปีพ.ศ. 2537 ในคนไทยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความรู้สึกผิดร้อยละ 34 มีความรู้สึกเกี่ยวกับบาปกรรม ร้อยละ 41 ซึ่งพุทธศาสนาสอนให้คนเชื่อเรื่องกรรมหรือผล ของการกระทำ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของกรรมเก่า หรือการชดใช้ต่อการกระทำผิด บาปที่เคยทำมาก่อนในขณะที่ ที่มุสลิม ซิลละห์ เชื่อว่าความทุกข์โศกเป็นประสบการณ์ชีวิต อันเป็นสัญลักษณ์ในความเข้าใจต่อชีวิตอันลึกซึ้งของบุคคล

3) พลังจาริต เป็นตัวกำหนดภาษาทั้งการพูด ท่าทางที่ แสดงอารมณ์ต่าง ๆ ตัวอย่าง มุมมองผู้หญิงไทยตามบท ละครในทีวียุคปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าความเป็นหญิงต้องมี คุณสมบัติอดทน ความเป็นหญิงมีอำนาจน้อยกว่าชายในทุก กรณี ทุกมิติ ทุกบทบาท ผู้หญิงเอาตัวรอดด้วยตัวเองไม่ได้

ต้องพึ่งผู้ชาย ผู้หญิงไม่มีทางเลือกมีแต่ชะตากรรมเมื่อ ผู้หญิงต้องการมีชีวิตที่ดีกว่าปัจจุบัน เป็นต้น

4) สภาพเศรษฐกิจสังคม การเปลี่ยนแปลงจากภาค เกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรมทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของคน เปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัว ขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และไม่สมบูรณ์ มีการอพยพ แรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ เกิดการทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิด เมืองนอนไปสู่เมืองใหญ่ และต่างประเทศเกิดภาวะแข่งขัน แก่งแย่งชิงดี ต่อสู้ทางอาชีพ และการตลาดการค้า จิตใจ คนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยวไม่ มั่นคง วิตกกังวล ผิดหวังและเศร้า มุ่งแต่จะหาเงิน ใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือยเพื่อหาความสุข สำราญ เป็นกระแสวัตถุนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนขาดคุณธรรม และน้ำใจโอบอ้อมอารี ปัจจัยสภาพสังคมเศรษฐกิจต่อการ เกิดโรคซึมเศร้า

5) ปัจจัยการทำงานที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิด โรคซึมเศร้า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในลักษณะงานที่ไม่เหมาะสมกับคน และมีความคาดหวังสูง (high demand and unsuitable job) ขาดปัจจัยเกื้อหนุน ทางสังคม คือ เพื่อนร่วมงานมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน (poor human relations)

6) ปัจจัยความยากจนต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ความ ยากจน หมายถึง สภาพเศรษฐกิจฐานะต่ำ อดอาหารได้น้อย ไม่มีทรัพย์สินและที่ดินทำกิน รายได้น้อย การว่างงาน ไม่มี ทรัพย์สินหรือที่ดินทำมาหากิน ไม่มีที่อยู่อาศัย อยู่ใน แหล่งชุมชนแออัด สิ่งแวดล้อมไม่ดี การศึกษาน้อยและความ ยากจนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

7) วัฒนธรรมเอเชียมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค ซึมเศร้า ชาวเอเชียมีวัฒนธรรมทางคตินิยม ซึ่งถือเป็นคนี ในการดำรงชีวิตให้ค่านิยมสูงเกี่ยวกับการบำเพ็ญตนให้ เป็นประโยชน์ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ ส่วนตัว ให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่น โดยเฉพาะครอบครัวได้อย่างสันติสุข เช่น อดทน อดกลั้น มีสัมมาคารวะ ขยันหมั่นเพียร เสียสละ อ่อนน้อมถ่อมตน มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ให้อภัย ไม่โกรธ มีความกตัญญู รู้คุณผู้มีพระคุณ เคารพเชื่อฟังพ่อแม่ ครูอาจารย์ ญาติ ผู้ใหญ่ แต่เด็กเอเชียส่วนใหญ่ มีปัญหาการเข้าสังคม ขาด ประสบการณ์ที่ดีในการคบเพื่อน ทักษะสังคม มีน้อยกว่า เด็กเชื้อชาติอื่น ๆ ในอเมริกา เช่น ถ้าเด็กคนใดเรียนหนังสือ ไม่ได้ตั้งใจพ่อแม่ ทำคะแนนไม่ได้ดีตามที่พ่อแม่คาดหวัง เด็ก คนนั้นจะรู้สึกผิด ละลายใจ วิตกกังวล และซึมเศร้าในที่สุด

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า⁽⁶⁾

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการและอาการแสดงหลายด้าน สามารถแบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

กลุ่มอาการทางชีวภาพ (vegetative symptoms) หรือ กลุ่มอาการทางกาย (somatic symptoms) ได้แก่ อาการอ่อนล้า (fatigue) หดเหี่ยวแรงกำลัง (loss of energy) นอนไม่หลับ (insomnia) โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening or terminal insomnia) หรือ การตื่นกลางดึกหลายครั้ง (multiple awakening at night) ความอยากอาหารลดลง (decreased appetite) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (weight gain) และนอนมากเกินไป (hypersomnia) ซึ่งเรียกว่าอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical features) และยังพบประจำเดือนผิดปกติ (abnormal menstruation) เช่น ประจำเดือนขาด ปัญหาสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunctions) เช่น ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง (decreased sexual desire and interest or libido) และกิจกรรมทางเพศลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายมีอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย หรือท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว (psychomotor symptoms) ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่ช้าลง (psychomotor slowness) จนเชื่องช้า (psychomotor retardation) อาการนิ่งไม่พูด (mutism) หรืออยู่นิ่งนาน ๆ โดยไม่มีการเคลื่อนไหว (catatonia) กระสับกระส่าย กระวนกระวายและลูกลี้ลูกลอน

กลุ่มอาการทางความคิด (cognitive symptoms) ได้แก่ การไม่มีสมาธิ (loss of concentration) การไม่สามารถคิดตัดสินใจ (indecisiveness) ความรู้สึกผิด (guilt) มีความคิดโทษ (feeling of hopelessness or hopelessness) และความรู้สึกไร้ค่า (feeling of worthlessness) จนอาจถึงความคิดอยากตายหรือความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ตัวเองหรือตำหนิตัวเอง (self-reproach or self-blame) ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังหรือสิ้นหวัง

กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) หรือกลุ่มอาการทางสังคม (social) ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (lack of social support) การไม่เข้าสังคม (social withdrawal) และการแยกตัวจากสังคม (social isolation)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (diagnosis of major depressive disorder)⁽⁷⁾

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (2013) ดังนี้ ต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ โดยอาการใน 5 ข้อดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อจะต้องเป็นอารมณ์เศร้า (depressed mood) หรือหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน (loss of interest or pleasure)

1) อารมณ์เศร้า (depressed mood) เป็นส่วนใหญ่ของวัน และเป็นเกือบทุกวัน โดยอาจจะได้จากการรายงานของบุคคลผู้นั้น หรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น ในเด็กและวัยรุ่น อาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) ก็ได้

2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรมลดลงอย่างมาก (marked diminished interest or pleasure in all or almost all activities) โดยเป็นส่วนใหญ่ของวันและเป็นเกือบทุกวัน อาจได้จากการรู้สึกของบุคคลนั้น หรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น

3) น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (significant weight loss or weight gain) เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวทั้งหมดในเวลา 1 เดือน หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน

4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน

5) จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่าย (psychomotor agitation) หรือเชื่องช้า (psychomotor retardation) เกือบทุกวัน โดยได้จากการสังเกตจากบุคคลอื่น และจากความรู้สึกส่วนตัวของตนเอง

6) อ่อนล้าหรือหมดเหี่ยวแรงกำลัง (fatigue or loss of energy) เกือบทุกวัน

7) ความรู้สึกไร้ค่า (feelings of worthlessness) หรือความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่มีเหมาะสม (excessive or inappropriate guilt) ซึ่งอาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด (delusion) เกือบทุกวัน ไม่เพียงแต่เป็นการโทษ ตัวเองหรือรู้สึกผิดที่เจ็บป่วย

8) ความสามารถในการคิดลดลง (diminished ability to think or concentrate) หรือไม่สามารถตัดสินใจในเรื่อง

ต่าง ๆ ได้ (indecisiveness) เกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น

9) ความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความตาย (recurrent thoughts of death) ที่ไม่ใช่เพียงความรู้สึกกลัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเกิดขึ้นซ้ำ ๆ (recurrent suicidal ideation) โดยไม่มีการวางแผน หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) หรือมีการวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan)

10) อาการดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode)

11) อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ

12) อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สาร เช่น การใช้สารเสพติด หรือยา เป็นต้น หรือ จากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น

13) อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการเศร้าโศกจากการสูญเสีย (bereavement) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยหากอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 2 เดือน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ อย่างชัดเจน หรือมีความคิดหมกมุ่นจนผิดปกติว่าตนเองไร้ค่า (morbid preoccupation with worthlessness) หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หรือมีอาการของโรคจิต (psychotic symptoms) หรือมีจิตใจการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (psychomotor retardation) ในลักษณะนี้เป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder)

การรักษาโรคซึมเศร้า (treatment of depressive disorder)

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเป้าหมายในการรักษาดังต่อไปนี้

- 1) การป้องกันความเสี่ยงและดูแลความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย
- 2) การประเมินและการวินิจฉัยผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- 3) การวางแผนการรักษาผู้ป่วยเพื่อลดอาการเจ็บป่วยในปัจจุบันและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันประกอบด้วย การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และการทำจิตบำบัด (psychotherapy) โดยพบว่า การรักษาที่ให้ประสิทธิภาพเต็มที่มักจะเป็นการรักษาาร่วมกัน (combination treatment) การรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด อีกทั้ง

ในปัจจุบันการแพทย์แผนทาง เลื่อนนำสารธรรมชาติที่ได้จากผักและผลไม้⁽⁸⁾ การใช้สมุนไพรช่วยในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า^(9, 10) และยังช่วยลดผลข้างเคียงของยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs)⁽¹¹⁾ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ เนื่องจากสารที่ได้จากธรรมชาติมีความปลอดภัยทำให้การ แพทย์แผนทางเลือกได้รับความนิยมนมากขึ้น⁽¹²⁾

ผักทองลดภาวะซึมเศร้า

ผักทอง (pumpkin)

ผักทอง⁽¹³⁾หรือชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cucurbitaceae และเมล็ดผักทอง⁽¹⁴⁾ (Cucurbita maxima seeds) ในอดีตผักทองถูกนำมาใช้เป็นยารักษาโรคในประเทศ จีน อินเดีย เกาหลี ยูโกลาเวีย อาร์เจนตินา บราซิล เม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนการใช้พืชสมุนไพรชนิดใหม่ที่ได้มีมาตั้งแต่ดั้งเดิมนำมาพัฒนาเป็นการบำบัดรักษาแบบใหม่และปลอดภัยอีกทั้งยังช่วยรักษาโรคเรื้อรังได้⁽¹⁵⁾ ในอดีตผักทองถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคพยาธิในลำไส้ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะและนิ่วในไต ทุ่งน้ำดีอักเสบ ปัญหาต่อมลูกหมากอักเสบ สารต้านอนุมูลอิสระในเมล็ดผักทองมีคุณสมบัติช่วยชะลอความเสื่อมสภาพของร่างกาย ลดความเสี่ยงการเกิดต่อกระดูก ช่วยในหายของแผล ช่วยลดการอักเสบของกระดูกและข้อ เมล็ดผักทองมีสาร B-sitosterol และ tryptophan ที่สูง Chatain C, และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ให้ข้อมูลว่า เนื่องจากในเมล็ดผักทองมีสาร tryptophan ที่สูงจะช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล การนอนไม่หลับและความผิดปกติของระบบประสาท ได้มีรายงานกรณีศึกษาของ Eagles JM.⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยเพศชายอายุ 44 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า โดยได้รับการรักษาด้วยยา L-tryptophan 4.5 กรัม และปรับลดขนาดของยา L-tryptophan 1.5 กรัม ระยะเวลาของการรักษา 3 เดือน อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น Eagles JM. จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชแอบอร์ดีน สกอตแลนด์ ได้ศึกษาค้นคว้าสาร L-tryptophan ที่ได้จากธรรมชาติซึ่งผลการทดลองพบว่าผักทองและเมล็ดผักทองที่นำมาทดลองนั้นให้สารธรรมชาติ L-tryptophan ที่สูงถึง 1,300 มิลลิกรัมจากเมล็ดผักทอง 250 กรัม (L-tryptophan 1 กรัม เท่ากับ 200 มิลลิกรัม) เมล็ดผักทองเป็น อีกหนึ่งทางเลือกที่จะนำมารักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ช่วยเพิ่มระดับซีโรโทนิน (serotonin) ในสมองทำให้ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงและเป็นพืช

สมุนไพรที่หาได้ง่ายสามารถปลูกเองได้ Kim NR. และคณะ⁽¹⁸⁾ และ Akindele AJ. และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้เคยนำผักทองมาใช้ร่วมการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผักทองมีประสิทธิภาพคล้ายกับยาต้านเศร้า (antidepressant) โดยก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ทดลองในสัตว์ทดลองก่อนโดยนำผักทองที่ผ่านการสกัดด้วยวิธีธรรมชาติมาให้สัตว์ทดลองรับประทานเป็นเวลา 28 วัน ผลการทดลอง พบว่าผักทองสามารถเพิ่มระดับของระดับของซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การทดลองของ George S. และ Nazi P.⁽²⁰⁾ ได้นำ Imipramine 0.1 mg/100g ซิดในสัตว์ทดลอง และนำผักทองและเมล็ดผักทองที่ผ่านกระบวนการอบด้วยไอน้ำจนได้เป็นเนื้อแป้งให้สัตว์ทดลองรับประทานวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 30 วัน ซึ่งพบว่าการใช้ผักทองที่ได้มาจากธรรมชาติเป็นยาที่ช่วยภาวะซึมเศร้าได้เหมือนกับการให้ Imipramine 0.1 mg/100g และมีผลข้างเคียงที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับยาต้านเศร้า มีงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่นำผักทองมาสกัดเพื่อหาส่วนประกอบที่สำคัญที่ร่างกายไม่สามารถสร้างขึ้นเองได้ต้องได้จากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในส่วน of เนื้อผักทองและเมล็ดผักทองมีโปรตีน ไลซีน (lysine) ทริปโตเฟน (tryptophan) ที่สูงมาก⁽²¹⁾ และเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย และได้จากธรรมชาติอีกทั้งช่วยเพิ่มระดับซีโรโทนิน (serotonin) ในสมองในต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผักทองและเมล็ดผักทองมีสารธรรมชาติที่สำคัญอีกหลายชนิดที่สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อีกเช่นเดียวกัน คือ folate, iron, long-chain omega-3 fatty acid (EPA and DHA), magnesium, potassium, selenium, thiamine or vitamin B1⁽¹²⁾, vitamin B6, vitamin B12, vitamin C and zinc.^(22, 23) สารธรรมชาติเหล่านี้ได้มีการวิจัยของ Zhang G. และคณะ⁽²⁴⁾ นำสาร thiamine or vitamin B1 ที่ได้จากธรรมชาติให้ผู้สูงอายุชาวจีนได้รับประทาน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสาร thiamine ในปริมาณน้อยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสาร thiamine ที่เพียงพอ

สรุป

ในชีวิตประจำวันของทุกคนการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต เป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิต รวมถึงการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทุกคนควรให้ความสำคัญ และคำนึงถึงผลประโยชน์ หรือผลเสียของ

ร่างกายที่ได้รับ การเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การใช้วิธีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ต่างกันไป บางคนสามารถผ่านไปได้ในขณะที่ บางคนหยุดชะงัก ดังนั้นการส่งเสริมในเรื่องการบริโภคอาหารที่ได้จากธรรมชาติเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าได้

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
2. Prevalence of depression disorder in Thailand. The excellence center for depression disorder; 2019.
3. Centre T. ThaiHealth Watch 2020. Thai Health Promotion Foundation 2020:6 -12.
4. Arunpongpaissal S. Textbook of depressive disorders. Khon Kaen: Klunghana Vitthaya Press; 2015.
5. Beck DA, Koenig HG, Beck JS. Depression. Clin Geriatr Med 1998;14:765-86.
6. Nueangjaknak A, Suppakitiporn S. Depression in patients with type 2 diabetes attending at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital. Chula Med J 2019; 63:163-9.
7. Lueboonthavatchaail O, Lueboonthavatchaail P. Psychosocial treatment for depression disorder. Bangkok: Tanapress; 2010.
8. Saghaian F, Malmir H, Saneei P, Milajerdi A, Larijani B, Esmailzadeh A. Fruit and vegetable consumption and risk of depression: accumulative evidence from an updated systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Br J Nutr 2018;119:1087-101.
9. Libster M. Delmar's integrative herb guide for nurses: Delmar/Thomson Learning; 2002.
10. Marian MJ, Mullin G. Integrative nutrition therapy: CRC Press; 2015.
11. Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Nakamura J. Review of pharmacological efficacies and side effects of antidepressants. Nihon Rinsho 2007;65: 1633-7.

12. Ortí JEdIR, Cuerda-Ballester M, Drehmer E, Carrera-Juliá S, Motos-Muñoz M, Cunha-Pérez C, et al. Vitamin B1 intake in multiple sclerosis patients and its impact on depression presence: A pilot study. *Nutrients* 2020;12:2655.
13. Kaur S, Panghal A, Garg M, Mann S, Khatkar SK, Sharma P, et al. Functional and nutraceutical properties of pumpkin—a review. *Nutrition & Food Science*; 2020;50:384-401.
14. Dotto JM, Chacha JS. The potential of pumpkin seeds as a functional food ingredient: A review. *Scientific African* 2020;10:e00575.
15. Yadav M, Jain S, Tomar R, Prasad G, Yadav H. Medicinal and biological potential of pumpkin: an updated review. *Nutr Res Rev* 2010;23:184-90.
16. Chatain C, Pin I, Pralong P, Jacquier J, Leccia M. Medicinal bioactivities and allergenic properties of pumpkin seeds: review upon a pediatric food anaphylaxis case report. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2017;49:244-51.
17. Eagles JM. Treatment of depression with pumpkin seeds. *British J Psychiatry* 1990;157:937-8.
18. Kim N, Kim H, Kim M, Kim H, Jeong H. Improvement of depressive behavior by Sweetme Sweet Pumpkin and its active compound, β -carotene. *Life Sci* 2016; 147:39-45.
19. Akindele AJ, Ajao MY, Aigbe FR, Enumah US. Effects of *Telfairia occidentalis* (fluted pumpkin; Cucurbitaceae) in mouse models of convulsion, muscle relaxation, and depression. *J Med Food*. 2013;16:810-6.
20. George S, Nazni P. Antidepressive activity of processed pumpkin (*Cucurbita maxima*) seeds on rats. *Int J Pharm Med & Bio Sc* 2012;1:225-31.
21. Nyam K, Lau M, Tan C. Fibre from pumpkin (*Cucurbita pepo* L.) seeds and rinds: physico-chemical properties, antioxidant capacity and application as bakery product ingredients. *Malays J Nutr* 2013;19:99-109.
22. LaChance LR, Ramsey D. Antidepressant foods: An evidence-based nutrient profiling system for depression. *World J Psychiatry* 2018;8:97-104.
23. Syed QA, Akram M, Shukat R. Nutritional and therapeutic importance of the Pumpkin Seeds. *Biomed J Sci & Tech Res* 2019;21:15798-803
24. Zhang G, Ding H, Chen H, Ye X, Li H, Lin X, et al. Thiamine nutritional status and depressive symptoms are inversely associated among older Chinese adults. *J Nutr* 2013;143:53-8.