

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล

Depression in older persons: Comprehensive nursing

ป.ส.สนสุข ศรีแสนปาง ป.ศ.(การพยาบาล)*
Prasopsuk Srisaenpang Ph.D.(Nursing)*

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2561
Volume 41 No.1 (January-March) 2018

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ที่อาจไม่ถูกตรวจพบและไม่ได้รับการรักษา ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การพึ่งพา และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรต้องดูแลอย่างลุ่มลึกในหลายประเด็น ได้แก่ การประเมินที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การมีลักษณะของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ลักษณะความแตกต่างระหว่างความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม การใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจง การให้ความรู้และสนับสนุนผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถสังเกตอาการข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งมีข้อควรระวังมากในผู้สูงอายุ รวมทั้งการใช้การบำบัดด้านจิตสังคมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะบุคคลในการบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ความลุ่มลึกทางการพยาบาล

Abstract:

Depression in older persons is a major health problem. Undetected and untreated depression will affect quality of life, functional ability, dependency, and may lead to suicide. Nursing care in older persons with depression has many comprehensive issues such as: nursing assessment should consider in many factors related to depression in old age, different manifestations of depression in older persons from young adults, distinguishing features of depression and dementia, specific tools to assess, education and support older person with family and caregivers to continue medication to prevent relapse and observation of adverse drug reactions/ drug interactions that need special precautions, and specific psychosocial therapy for each older person to improve effectiveness of treatment.

keywords: depression, older person, comprehensive nursing

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกช่วงวัย ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ การรู้คิด และสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18 ในช่วงปี

ค.ศ. 2005-2015^{1,2} ในสหรัฐอเมริกา พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 19 ล้านคนในทุกปี และพบในผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 2 ล้านคนจากจำนวน 34 ล้านคน³ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความปวดเรื้อรัง และการเกิดเหตุการณ์

*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ย่างยาก เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การสูญเสียความสามารถในสิ่งที่เคยทำได้¹⁻³ ในประเทศอังกฤษ ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี ประมาณ 2 ล้านคน ประสบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ โดยพบในเพศชายร้อยละ 22 เพศหญิงร้อยละ 28 และสูงถึงร้อยละ 40 ในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁴ สำหรับในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 50 และ ในชุมชนพบประมาณร้อยละ 10-25⁵

ผลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 โดยกรมสุขภาพจิต ในคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.5 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป เพศหญิงเสี่ยงต่อการป่วยมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า กรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดครั้งคราวมากที่สุด ร้อยละ 4.1 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.5 และในปี พ.ศ. 2556 มีการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 4,727 คน ความชุกของโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดครั้งคราว ร้อยละ 1.8 และชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 0.1 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ร้อยละ 20.4⁶⁻⁸

ข้อมูลจากการรายงานภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้สูงอายุรายงานเป็นอาการอื่นที่ไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า หรือบางรายคิดว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุ ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่ถูกตรวจพบและไม่ได้รับการรักษา^{3,9} ทั้งที่เป็นโรคที่รักษาได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการพึ่งพามากขึ้น และหากเป็นผู้ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล จะทำให้ระยะเวลาที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย^{3,4}

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายให้มีการดำเนินงานเพื่อ

การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ในคนไทย โดยกำหนดให้มีทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2552-2563 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะลดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มุ่งเน้นการลดความชุกและภาระโรค โดยการลดอุบัติการณ์ การกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการหายทุเลา ลดระยะเวลาเจ็บป่วย และลดการตายจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้า และได้กำหนดให้วันอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 นี้ รับผิดชอบเรื่องซึมเศร้า โดยมีหัวข้อการรณรงค์ว่า “Depression, Let’s talk: ซึมเศร้า...เรารู้จักกันได้” เพื่อการลดภาวะซึมเศร้า เยียวยาให้สุขภาพจิตดีขึ้นและส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ^{6,7}

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าคือ มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวังอย่างรุนแรง เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับเบื่อหน่าย หหมดความสนใจในการทำงานหรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะคงอยู่นานเป็นเดือน เรื้อรังเป็นปี และกลับเป็นซ้ำได้บ่อย หากอาการซึมเศร่ารุนแรง อาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย^{6,7}

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอารมณ์เศร้า (depressive mood) ซึ่งอารมณ์เศร้า หมายถึงสภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สามารถเกิดกับคนทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อต้องเผชิญกับความสูญเสีย ผิดหวัง หรืออิ้อัดทุกข์ทรมาน อาจใช้คำว่า หดหู่ ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ เซ็ง เหงาหงอย โศกเศร้า เสียใจสิ้นหวัง¹⁰

โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร่าอาจใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

(American Psychiatric Association) ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) หรือตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่ง

อาการ/ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่คิดว่ามีภาวะซึมเศร้า และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย/ ไม่สุขสบายทางกายมากกว่าอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออาการไม่สุขสบายอื่น ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ ที่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ พยาบาลจึงควรทราบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุซึ่งต่างจากวัยผู้ใหญ่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่กับวัยสูงอายุ⁵

ภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
มักรายงานอาการทางอารมณ์	มักรายงานอาการทางกายและปัญหาด้านการรู้คิด
รู้สึกสิ้นหวัง ไร้คุณค่า และรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือ	เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ
มีทัศนคติทางลบต่อตนเอง	รู้สึกว่างเปล่า ขาดความสนใจ แยกตัวจากกิจกรรมสังคม
นอนไม่หลับ	นอนหลับมากผิดปกติ ตื่นเร็วกว่าปกติ
รับประทานอาหารมาก/ น้อยกว่าปกติ	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
พูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย มากกว่าการมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย	ไม่พูดถึงการฆ่าตัวตาย แต่มีความพยายาม และใช้วิธีการที่รุนแรงในการฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยผู้ใกล้ชิดอาจประเมินได้ยากเนื่องจากลักษณะที่แสดงออกมีความคาบเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักกล่าวถึงปัญหาความจำของตนเองแต่ผู้ที่มีสมองเสื่อมมักไม่กล่าวถึง ด้านความร่วมมือในการตรวจประเมิน เช่นการประเมินด้วยแบบ

ทดสอบสภาพสมอง ผู้ที่ซึมเศร้านักไม่ค่อยร่วมมือและปฏิเสธว่าไม่สามารถทำได้ ส่วนผู้ที่สมองเสื่อมมักให้ความร่วมมือดีแต่ไม่สามารถตอบได้¹ การแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับภาวะซึมเศร้า มีแนวทางในการพิจารณา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างสมองเสื่อมกับภาวะซึมเศร้า⁵

ลักษณะ	สมองเสื่อม	ซึมเศร้า
การเริ่มเกิดอาการ	ค่อยๆ เริ่มมีอาการ รับรู้ได้ภายหลัง	เกิดขึ้นทันที อาจเกี่ยวข้องกับการมีเหตุการณ์กระตุ้น
การแสดงอาการ	ไม่ตระหนักถึงอาการ ไม่เกิดจากพยาธิสภาพ	มีปัญหาด้านความจำ และการรับรู้บกพร่อง
ความจำและความสนใจ	ความจำบกพร่อง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ความสนใจไม่ดี แต่มีความพยายามที่ดี	ความจำและความสนใจลดลง เกิดจากการขาดแรงจูงใจและไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อ
อารมณ์	มีการเปลี่ยนแปลงตามการตอบสนองต่อการได้ รับคำแนะนำ อาจเฉยเมย ไร้อารมณ์ เนื่องจากความบกพร่องด้านการรับรู้	มีความรู้สึกเศร้าอย่างคงที่ มีความเศร้าโศกมาก และไม่ตอบสนองต่อคำแนะนำ
การตอบสนองต่อคำถาม	ตอบไม่ตรงประเด็น โกรธ เหน็บแนม พุดตลก พุด เรื่องที่ไม่เป็นจริง หรือใช้การพูดเพื่อปกปิดความบกพร่อง	ช้า เฉยเมย มักตอบว่า “ไม่รู้” โดยไม่ใช้ความพยายาม
ลักษณะส่วนบุคคลที่ปรากฏ	แต่งตัวไม่เหมาะสม และการแสดงออกบ่งบอกว่ามี ความบกพร่องของการรับรู้และกระบวนการคิด	ใส่ใจเล็กน้อยหรือไม่ใส่ใจเกี่ยวกับบุคลิกภาพของตนเอง เนื่องจากขาดแรงจูงใจหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
อาการทางกาย	เหมือนเหนื่อยล้า และอ่อนแรง บ่นเกี่ยวกับอาการ แต่ไม่สม่ำเสมอ และลึบง่าย	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก นอนไม่หลับ เร็วแรงลดลง
อาการทางระบบประสาท	ความบกพร่องในการสื่อความ (aphasia) การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (agnosia) เขียนแสดงความคิดไม่ได้ (agraphia) การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (apraxia) การทำซ้ำ ๆ อย่างควบคุมไม่ได้	กลืนลำบากโดยไม่มีพยาธิสภาพ
การเผชิญความจริง	ปฏิเสธความจริง การแปลภาพผิดเด่นกว่าการเห็นภาพหลอน ถ้ามีการหลงผิดมักประเมินความผิดปกติได้จากการอธิบาย	มีความรู้สึกเศร้าโศกมาก อาจมีการได้ยินเสียงที่ไม่มีจริง หรือหลงผิดกล่าวโทษตนเอง

การเข้าใจลักษณะที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งสามารถแยกความแตกต่างจากภาวะสมองเสื่อม จะช่วยให้พยาบาลตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้อย่างรวดเร็ว (early detection) ร่วมกับการให้บุคคลในครอบครัว/ ผู้ใกล้ชิดตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้า และคอยสังเกตพฤติกรรมอาการต่าง ๆ ที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่และไม่เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา

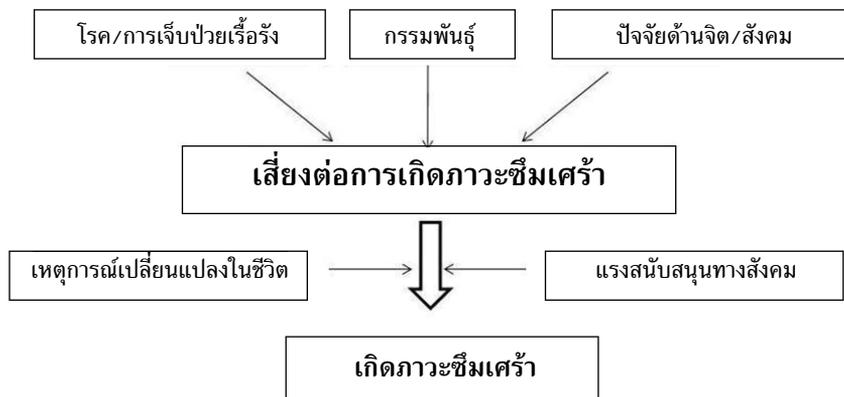
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย อาจแบ่งเป็น ด้านชีววิทยา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม หรืออื่น ๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การสูญเสีย ความเศร้าโศก ความเครียด และเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต (life events) ซึ่งส่งผล ต่อความเครียดในวัยสูงอายุและอาจนำมาสู่ปัญหาซึมเศร้า การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีแนวทางในการประเมิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ^{5,12,13}	เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตของวัยสูงอายุ (life events) ⁵
ด้านชีววิทยา - ประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้ามาก่อน - ประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าของคนในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> • การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความเสื่อมจากความสูงอายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง การต้องพึ่งพา • การเกษียณอายุ • เปลี่ยนแปลงบทบาท • ปัญหาเศรษฐกิจ • การเสียชีวิตของเพื่อน การพลัดพราก การสูญเสีย • การเป็นหม้าย • เศร้าโศกทุกขใจ/โดดเดี่ยว ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น • การย้ายที่อยู่ การปรับตัว • ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง • เจตคติทางลบ
ด้านร่างกาย - โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพ การใช้ยาหลายชนิด - ความเสื่อมจากความสูงอายุ : การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ การมองเห็น/ การได้ยิน ความจำ และการรู้คิด	
ด้านจิตใจ - ความเหงา ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย - ความเครียด มีภาระรับผิดชอบมาก ปัญหาเศรษฐกิจ - ความขัดแย้งในใจ เช่น ความโกรธ ความรู้สึกผิด - ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว เก็บกด มองโลกในแง่ร้าย - การถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้ง	
ด้านสังคม - ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การแยกตัว การอยู่คนเดียว - การสูญเสียหน้าที่การทำงาน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ - การสูญเสียบทบาทที่สำคัญ สูญเสียความมีคุณค่าในสังคม	

แม้ว่าหลายปัจจัยมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในชีวิต จะสามารถปกป้องผู้สูงอายุไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังภาพ¹⁴ แต่แรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลง

ภาพที่ 1 ปัจจัยมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁴

การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงต้องใช้หลายวิธีการ ทั้งการสังเกตอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การซักประวัติจากผู้สูงอายุ การซักถามผู้ดูแล/ ครอบครัว การประเมินจิตสังคม การรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและยาที่ได้รับ รวมถึงการตรวจร่างกาย/ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง สำหรับแนวทางการประเมิน มีดังนี้

- ประเมินอาการ/ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า/ ภาวะสมองเสื่อม
- ประเมินด้วยแบบคัดกรอง/ ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- ตรวจร่างกายทั่วไปและระบบประสาท ประเมินการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัย และให้การดูแล สามารถพิจารณาใช้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹⁵ ซึ่งมีหลายภาษาให้เลือกใช้ตามบริบท หากตอบว่ามี ในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แปลผลว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
2. การประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)¹¹ หรือ แบบประเมิน KGU-DI¹⁰ หรือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม(9Q)¹⁵ ซึ่งสามารถแปลผลว่าปกติ หรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง หากผลการ

ประเมินพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับใดก็ตาม หรือประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แล้วได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)¹⁵

3. การประเมินภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีทั้งภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม สิ่งที่แสดงให้เห็นจึงอาจไม่สามารถแยกกว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหรือภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจน สามารถประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002¹¹ หากพบว่าคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจประเมินต่อยัง Montreal Cognitive Assessment (MoCA)¹¹ เพื่อคัดกรองภาวะ mild cognitive impairment

4. หากมีความบกพร่องด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน : ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)¹¹ และแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง : ดัชนีจุฬาลงกรณ์เอดีแอล (Chula ADL Index)¹¹ จะช่วยในการประเมินความเปลี่ยนแปลง

5. การประเมินเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต (life events) ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด (stressors) ในผู้สูงอายุ สามารถประเมินโดยใช้แบบวัดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งพัฒนาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ คือ The Stokes/Gordon Stress Scale: SGSS⁵ หากประเมินได้ค่าคะแนนสูงแสดงว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจสูง และทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้สูง โดยพบว่าในผู้สูงอายุค่าคะแนนสูงสุด 5 ลำดับแรก คือ การเสียชีวิตของบุตรชาย/ บุตรสาวโดยไม่คาดคิด การมองเห็นลดลง การเสียชีวิตของหลาน การเสียชีวิตของคู่สมรสแบบไม่คาดคิด และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวไปในที่ต่าง ๆ

อย่างไรก็ตามการเลือกใช้แบบประเมินควรพิจารณาตามความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่อาจเว้นได้ หากไม่มีความบกพร่องในส่วนนี้

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลตามปัญหา/ ความต้องการ เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นหลักเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินเพื่อการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุอาจประเมินได้ยากและมีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่

2. การประเมินสาเหตุของภาวะซึมเศร้าซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ลดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและหาวิธีแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว

3. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

การดูแลการได้รับยา

การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน การรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า^{10,16} จะมีการปรับเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ โดยเริ่มต้นด้วยขนาด 1/3 หรือครึ่งหนึ่งของขนาดยาในผู้ใหญ่และหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยา ยากลุ่มแรกๆ ที่ควรใช้ในการรักษาอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ คือ ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) และยาที่ควรพิจารณาเลือกใช้ก่อน ได้แก่ sertraline, escitalopram และ mirtazapine¹³

ข้อควรคำนึงในการใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม⁵ มีดังนี้

- monoamine oxidase inhibitors ได้แก่ phenelzine, tranylcypromine สามารถทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการมีปฏิกิริยากับยาหลายชนิดรวมทั้งกับอาหารบางชนิด ปัจจุบันมีการใช้ยากลุ่มนี้เฉพาะเมื่อใช้ยากลุ่มอื่นแล้วไม่ได้ผลและต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

- tricyclic antidepressants ได้แก่ lofepramine, imipramine, amitriptyline, dosulepin (dothipin), clomipramine, nortriptyline, amitriptyline เป็นยาที่มีประสิทธิภาพแต่อาการข้างเคียงมาก สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยงต่อผลกระทบบนระบบหัวใจและหลอดเลือด และ anticholinergic effects โดยผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และการเปลี่ยนแปลงอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจสำหรับ anticholinergic effects ที่รุนแรง ได้แก่ สายตาพร่ามัว (blurred vision) การคั่งของปัสสาวะ และการรับรู้บกพร่อง ยาที่มี anticholinergic effects แรงที่สุดคือ amitriptyline อาจทำให้เกิดอาการปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น มึนศีรษะ กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) และอาจส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ส่วนยาที่มี anticholinergic effects อ่อนสุดคือ desipramine การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาเลือกใช้ยาที่มี anticholinergic effects น้อยกว่า สำหรับอาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ท้องผูก ปากแห้ง น้ำหนักเพิ่ม และทำให้อยู่ในภาวะสงบระงับ (sedation) เนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว จึงไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วย glaucoma, prostatic hyperplasia หรือ cardiac conduction abnormalities นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมหรือพาร์กินสัน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องด้านการรับรู้

- selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ได้แก่ fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine, sertraline, citalopram, escitalopram ช่วย

ลดอาการจากภาวะซึมเศร้าโดยยับยั้งการนำ serotonin กลับไปใช้ใหม่ (reuptake) ทำให้ระดับ serotonin เพิ่มขึ้นในเซลล์สมอง ส่วน Serotonin and norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) จะเพิ่มระดับของทั้ง serotonin และ norepinephrine ในเซลล์สมอง ผลการรักษาของยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ เหมือนยาในกลุ่ม cyclic antidepressants แต่มีฤทธิ์ cholinergic, histaminic, dopaminergic และ noradrenergic น้อยกว่า ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาในกลุ่มนี้ คือ ภาวะโซเดียมต่ำ ซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุและพบน้อยมากในวัยผู้ใหญ่ จึงควรเจาะเลือดตรวจระดับโซเดียมก่อนได้รับยา และติดตามประเมินค่าอิเล็กโทรไลต์อย่างใกล้ชิด สำหรับ SSRIs เป็นกลุ่มยาที่ได้รับคำแนะนำให้ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า เป็นอันดับแรก เนื่องจากมีความปลอดภัย ออกฤทธิ์กว้าง และมีประสิทธิภาพสูง ยาในกลุ่มนี้อาจมีปฏิสัมพันธ์กับ nonsteroidal anti-inflammatory drugs หรือ low-dose aspirin หรือยาหรืออาหารเสริมที่จะเพิ่มระดับ serotonin ในสมอง เช่น meperidine, dextromethophan, L-tryptophan อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ สั่น ปากแห้ง ส่วนอาการที่เกิดจากการหยุดยาในกลุ่มนี้ (withdrawal effects) ได้แก่ คลื่นไส้ สั่น วิดกกังวล ใจสั่น การรับความรู้สึกผิดปกติ (paresthesia)

สำหรับยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีข้อควรระวังเป็นพิเศษ มีดังนี้

- venlafaxine อาจทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
- mirtazapine ช่วยการกระตุ้นความอยากอาหาร แต่อาจออกฤทธิ์สงบระงับ (sedating)
- trazodone และ Nefazodone ออกฤทธิ์สงบระงับมาก และมีประโยชน์ในการรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับ
- bupropion มีฤทธิ์กระตุ้น มีข้อห้ามใช้ในผู้ที่มีปัญหาลมชัก

○ fluoxetine ไม่ควรให้ก่อนนอนแต่ควรให้ในตอนเช้า เนื่องจากอาจมีอาการข้างเคียง คือ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ วิดกกังวล ลุกลุกนอน (agitation) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

○ amitriptyline ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากผลข้างเคียง

พยาบาลควรให้ความรู้ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ การออกฤทธิ์อาการข้างเคียง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยา เน้นการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าจาก anticholinergic effects หรืออาการข้างเคียงอื่น ๆ ตามชนิดของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พยาบาลต้องตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างยา (drug interaction) ที่ผู้สูงอายุได้รับกับยาที่มีอยู่ซึ่งมักมีหลายชนิด ว่ามีปฏิสัมพันธ์กับยา แอลกอฮอล์ นิโคติน หรืออาหารชนิดใด ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาเปลี่ยนแปลง

สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depressive disorder จะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ เพราะผู้สูงอายุมักหยุดยาเมื่ออาการของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ที่เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อน อาจต้องได้รับยาต่อเนื่อง 1-2 ปี และหากเคยซึมเศร้ามาก่อนตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป อาจต้องได้รับยาต่อเนื่องตลอดชีวิต พยาบาลควรเน้นความสำคัญของการรับยารักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาด้วยวิธีอื่นในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive Therapy: ECT) การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial Magnetic Stimulaion: TMS) หรือการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy : IPT) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving

Therapy: PST) พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) และ ครอบครัวบำบัด (family Therapy) ทั้งนี้ การเลือกวิธีการบำบัดต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

4. การส่งเสริมด้านจิตสังคม

พยาบาลควรเน้นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีอิสระ เชื่อมั่นในความสามารถตนเอง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆที่ผู้สูงอายุสนใจ และได้แสดงออกอย่างสร้างสรรค์จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนผู้ที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวและไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมนอกบ้านได้ ควรใช้การเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ รวมทั้งแนะนำการเลี้ยงดูสัตว์ซึ่งจะมีผลด้านจิตใจ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาซึมเศร้าที่ต้องพิจารณาตามความชอบของผู้สูงอายุ

5. การสนับสนุนทางสังคม

ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงประเด็น การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง¹⁷ ร่วมกับการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และการประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมร่วมด้วย ครอบครัวและผู้ดูแลอาจต้องมึบทบาทอย่างมากในการช่วยเหลือดูแล พยาบาลควรสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายระบบสนับสนุนในชุมชน การประสานเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวในการให้การดูแลอย่างเข้าใจความสูงอายุ

6. การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรม/ การออกกำลังกาย

โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะทำให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายลดลง อาจเนื่องจากการมีโรคเรื้อรังทำให้มีความจำกัดในการออกกำลังกาย เช่น ปัญหาข้อเสื่อม/ อักเสบ พยาบาลควรแนะนำถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะซึมเศร้ามีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบตามความสนใจของผู้สูงอายุ อาจเป็น โยคะ ไทชิ จ๊ิงก อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง รวมถึงการฝึกสมองด้วย

7. การดูแลภาวะโภชนาการ

การดูแลด้านโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักเกิดปัญหาทุพโภชนาการและตามมาด้วยปัญหาสุขภาพอื่น หากดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและช่วยให้มีการรับรู้ (cognitive function) ดีขึ้น สิ่งที่ควรระวังคือปัญหาท้องผูก ซึ่งมักพบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและอาจเป็นอาการข้างเคียงจากยาบางชนิด จึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีครบ 5 หมู่ ให้ได้รับผักผลไม้เพียงพอเพื่อเพิ่มกากใย และให้ได้รับน้ำเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว หากไม่มีข้อจำกัด เช่น มีปัญหาการทำงานของไตและหัวใจ เป็นต้น

8. การให้ความรู้/ คำปรึกษา/ การบำบัดทางการพยาบาล

การใช้การบำบัดทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลเป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมภาวะจิตสังคมและช่วยลดภาวะซึมเศร้า พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวคิดทฤษฎีด้านจิตวิทยา โดยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี การใส่ใจในการฟัง และมีท่าทีที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ/ เข้าใจในความรู้สึก รวมทั้งพยาบาลควรให้ข้อมูลผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล และพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า/ จัดการความเครียด ได้แก่ การบำบัดด้วยการย้อนระลึกความหลัง (reminiscence therapy) การทบทวนชีวิต (life review) การบำบัดด้วยการอ่านหนังสือ (bibliotherapy) การบำบัดด้วยกลุ่มช่วยเหลือ (support group) หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือเนืเวศบำบัด (milieu therapy) การผ่อนคลาย (relaxation) การนวด

(massage therapy) สมาธิบำบัด (Transcendental Meditation Technique: TM) ศิลปะบำบัด (art therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) และการเคลื่อนไหวแบบสร้างสรรค์ (creative movement) หรืออาจพิจารณาส่งต่อเพื่อรับการบำบัดทางจิตกับผู้เชี่ยวชาญ¹⁸ จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2555 พบรูปแบบการพยาบาลภาวะซึมเศร้าที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ ได้แก่ การพยาบาลตามทฤษฎีปัญญาญาณ (การบำบัดทางความคิด) รองลงมาเป็นการบำบัดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (การให้คำปรึกษาครอบครัวบำบัด) การพยาบาลตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (การแก้ปัญหา) และการพยาบาลตามแนวคิดทางเลือกอื่น (การพยาบาลแบบผสมผสาน การพยาบาลแบบองค์รวม ดนตรีบำบัด การพยาบาลเน้นความทรงจำ) ทั้งนี้สามารถพิจารณาประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสม¹⁹

การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

การประเมินผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า⁵ สิ่งที่ควรประเมิน ได้แก่ อาการ/อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมหรืออาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง เช่น การลดลงของความรู้สึกสิ้นหวัง อารมณ์เข้าสู่สมดุล ความอยากอาหารดีขึ้น นอนหลับดีขึ้น รับประทานยาครบถ้วนต่อเนื่อง แสดงความรู้สึที่บ่งบอกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมีความสนใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มมากขึ้น ทักษะการเผชิญปัญหา การทำหน้าที่/บทบาท ดีขึ้น และมีการติดตามการรักษาสม่ำเสมอ ทั้งนี้ อาจพิจารณาใช้เครื่องมือประเมินดังกล่าวข้างต้นในการประเมินความเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย

สรุป

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องอาศัยองค์ความรู้เพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมรอบด้าน ตั้งแต่การตรวจพบภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียที่รุนแรงตามมา การค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ การเกิดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต (life events) การถูกทารุณกรรม/ ถูกทอดทิ้ง การมีโรคเรื้อรังที่มักเป็นหลายโรคและต้องปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง รวมทั้งการต้องได้รับยาหลายชนิดและมีอาการข้างเคียงจากยา การให้การพยาบาลต้องเข้าใจความสูงอายุและลักษณะของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น การมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม โดยใช้เครื่องมือที่เฉพาะเจาะจง สามารถหาสาเหตุ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการเผชิญ/ จัดการปัญหา สร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ให้คำแนะนำครอบครัว ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยาซึ่งมีข้อควรระวังมากในผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถแนะนำการบำบัดด้านจิตสังคม/ การบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม โดยประสานความร่วมมือกับแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันดูแลตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ร่วมกับผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้โอกาสในการพัฒนางานวิชาการ

References

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. World Health Organization. Depression: What you should know [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 2]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/en/>
3. Mental Health America. Depression in older adults: more facts [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 27]. Available from: <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/depression-older-adults-more-facts>
4. Thomas H. Assessing and managing depression in older people. *Nursing Times* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 20]; 109 (43): 16-18. Available from: www.nursingtimes.net
5. Miller CA. *Nursing for wellness in older adults*. 7thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
6. The excellence center for depressive disorder. Depression : What you should know. Handouts “World Health Day 2017, Depression: Let’s talk” [Internet]. 2017 [cited 11 Mar 2017]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/who_depress/1_who.pdf
7. The excellence center for depressive disorder. Knowledge and the essence of depression [Internet]. 2017 [cited 11 Mar 2017]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf
8. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: national survey 2008 [Internet]. 2017 [cited 11 Mar 2017]. Available from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>
9. Naegle MA. Detecting and screening for depression in older Adults. *American Nurse Today* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 20]; 2 Issue 3 : 108-117. Available from: www.medscape.com
10. Arunpongpaisan S, Wasinanont S, editors. *Textbook of depressive disorders*. Khon Kaen: Klungnanavithaya press; 2015. (in Thai)
11. Limpawattana P. *Geriatric syndromes and interesting health issues*. Khon Kaen: Klungnanavithaya press; 2017. (in Thai)
12. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B. *Essentials of clinical geriatrics*. 7thed. New York : McGraw-Hill; 2013.
13. Rangseekajee P, Paholpak P. Depression in older adults. In: Limpawattana P, editor, *Geriatric syndromes and interesting health issues*. Khon Kaen: Klungnanavithaya press; 2017. (in Thai)
14. Hyer L. *Psychological treatment of older adults: A holistic model*. New York : Springer Publishing Company; 2014.
15. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Depression and suicidal risk screening test [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 2]. Available from: [http://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](http://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)

16. Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry (TSGN). Treatment recommendation for major depressive disorder in older persons. In: Tangwongchai S, Tunvirachaisakul C, Udomrat P, editors. Bangkok : Chulalongkorn University Printing House; 2016.
17. Karseewong W. Deperssion in the elderly : An overlooked problem. Journal of Nursing Science & Health 2013; 36(1): 132-40.
18. Srisaenpang P. Nursing care for older persons with depression. Khon Kaen : Faculty of Nursing; 2018. (in Thai)
19. Kunlaka S, Chantra R, Pumput P. A survey of research on nursing interventions for depression in thailand. Rama Nurs J 2014; 20(3): 289-303. (in Thai)