

## อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Depression in the Elderly

Suwanna Arunpongpaisal

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน และพบ

มากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมจะพบผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าถึงร้อยละ 20 (ตารางที่ 1) องค์การอนามัยโลกทำนายว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2020) อารมณ์ซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงอัตราความชุกของอารมณ์ซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากที่ต่างๆ

Author	Country	Setting	Prevalence (%)
Livingston <sup>10</sup> et al,1990	UK	Community	15.9
Kua <sup>9</sup> ,1990	Singapore	Community	5.7
Lobo <sup>11</sup> et al,1995	Spain	Community	6.6
Oxman <sup>13</sup> et al,1990	USA	Primary Care	21
Illife <sup>7</sup> et al,1991	UK	Primary Care	21.2
Ames <sup>1</sup> ,1990	UK	Residential Care	34
Rovner <sup>17</sup> et al,1991	USA	Residential Care	13

ตารางที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงลักษณะปัญหาสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา (WHO-Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Rating to Future Intervention Options (1996))

อันดับที่	ปี ค.ศ. 1990	ปี ค.ศ. 2020
1	Lower respiratory diseases	Unipolar major depression
2	Diarrhoeal diseases	Road traffic accidents
3	Perinatal conditions	Ischemic heart disease
4	Unipolar major depression	Chronic obstructive airways d.
5	Tuberculosis	Cerebrovascular disease
6	Measles	Tuberculosis
7	Malaria	Lower respiratory diseases
8	Ischemic heart disease	War
9	Congenital anomalies	Diarrhoeal diseases
10	Cerebrovascular disease	HIV

ผลกระทบของอารมณ์ซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีมาก เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการปวด รู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ทำอะไรได้น้อยลง แม้แต่การช่วยเหลือตนเอง สูญเสียการควบคุมและรู้สึกว่าตนขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ รู้สึกเครียดตลอดเวลา อยู่อย่างไรก็รู้สึกดีศรี เพราะไม่มีเงินใช้ ไม่มีงานทำ ถูกหลอกลวงทอดทิ้ง ทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม จากงานวิจัยของ Murphy<sup>12</sup> et al, 1988 รายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย เมื่อติดตามผลไประยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 34 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยและเสียชีวิตมากกว่า เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทนอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ได้น้อย

ปัญหาสำคัญคือการวินิจฉัยโรคอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำได้ยาก เนื่องจากอาการทางด้านอารมณ์มีน้อยกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการทางกาย เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หลงลืม ซึมลงแยกตัวเอาแต่นอน หรือมีพฤติกรรมต่อต้าน หวาดระแวง ทำให้แพทย์มุ่งวินิจฉัยไปในทางสมองเสื่อมหรือโรคทางกายมากกว่า บางครั้งแพทย์อาจมองไปว่าเป็นกระบวนการที่เกิดจากความชรา แต่แท้จริงแล้วกระบวนการความชราเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาวิภาค และการทำงาน และไม่จำเป็นต้องเกิดกับทุกอวัยวะหรือระบบของร่างกาย ส่วนมากการเปลี่ยนแปลงเป็นเพียงการเสื่อมถอยของความสามารถสำรองหรือกำลังสำรองลดลง แต่สุขภาพและความสามารถทั่วไปยังเป็นปกติ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความแตกต่างของกระบวนการความชราและโรคซึมเศร้า เพื่อไม่ให้สับสน และสามารถดูแลผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและทันที่

คำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพื่อค้นหาว่ามีอารมณ์ซึมเศร้าหรือไม่(ตารางที่ 3) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม ICD 10 (ตารางที่ 4) สามารถใช้ได้ทั่วไป และควรหาสาเหตุทางกายที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าด้วย (ตารางที่ 5)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจากรายงานการวิจัยของ Jacoby<sup>9</sup> et al, 1980 พบว่า สมองฝ่อมากขึ้นโดยเฉพาะบริเวณ prefrontal-frontal- temporal lobe และมี ventricular enlargement (Rabins<sup>15</sup> et al,1991; Coffey<sup>3</sup> et al,1990) นอกจากนี้ยังพบว่า อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับ subcortical white-matter hyperintensities, larger Ventricular Brain Ratio and gray

ตารางที่ 3 คำถามสำหรับค้นหาอาการโรคอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อ	คำถาม
1	ทุกวันนี้ความรู้สึกและอารมณ์ของท่านเป็นอย่างไร
2	ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรหรือไม่
3	ท่านไม่สนุกสนานกับกิจกรรมต่างๆ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เหมือนเคยหรือไม่
4	อาการดังกล่าวที่ว่ามาเป็นมานานเท่าไร
5	ท่านเคยไปพบแพทย์ แล้วรับทราบมาก่อนว่าเป็นโรคอารมณ์ซึมเศร้าหรือไม่
6	ปีที่แล้วท่านมีปัญหาสุขภาพร้ายแรงหรือไม่อย่างไร
7	ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์สำคัญที่เปลี่ยนแปลงชีวิตท่านหรือไม่
8	ท่านมีอาการไม่สบายอย่างอื่น เช่น น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้นบ้างหรือไม่
9	ท่านเคยมีความคิดว่าการตายจะช่วยให้ทุกอย่างดีขึ้นหรือไม่

ตารางที่ 4 เกณฑ์การวินิจฉัยอารมณ์ซึมเศร้าตาม ICD 10

Cardinal symptoms	Additional symptoms
1. อารมณ์ซึมเศร้าเด่นชัด เป็นเกือบทั้งวันเกือบทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์	1. ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความภาคภูมิใจลดลง
2. ขาดความสนใจ หรือไม่สนใจ ไม่เพลิดเพลินกับสิ่งที่เคยทำตามปกติ	2. รู้สึกโทษและตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากอย่างไม่สมเหตุสมผล
3. อาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เชื่อยซา ไม่มีเรี่ยวแรง	3. มีความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย
	4. สมาธิไม่ดี ตัดสินใจลำบาก
	5. เคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
	6. นอนไม่หลับ
	7. เบื่ออาหารหรือลิ้นรับรสชาติเปลี่ยนไป

**ตารางที่ 5** แสดงสาเหตุทางกายที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

1. Endocrine/Metabolic	Hypo/Hyperthyroidism, Cushing's disease, Hypercalcemia, Sub-nutrition, Pernicious anemia
2. Organic brain disease	Cerebrovascular disease/Stroke, CNS tumors, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Multiple sclerosis, SLE
3. Occult carcinoma	Pancreas, Lung
4. Chronic infections	Neurosyphilis, Brucellosis, Neurocysticercosis, Myalgicencephalomyelitis, Parasitosis
5. Drugs	Antihypertensive drugs (beta-blockers, methyldopa, reserpine, clonidine, nifedipine, digoxin), Sulfonamides, INH, Oral contraceptive pill, Steroid, Analgesic drugs (opioids, indomethacin), Antiparkinson (L-dopa, amantadine, tetraabenazine), Psychotropic drugs (neuroleptics, benzodiazepines).

matter lesions involving basal ganglia caudate and thalamus และมักพบร่วมกับผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน จึงเกิดสมมติฐานว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากเส้นเลือดบริเวณ Striato-pallido-thalamo-cortical pathways ถูกทำลาย เป็นเหตุให้วงจรที่ควบคุมอารมณ์และมีสารสื่อประสาทชนิด Norepinephrine และ Serotonin ขัดข้อง อีกทั้งรอยโรคของ deep white และ gray matters อาจสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของเส้นเลือด เช่น carotid atherosclerosis, ความดันโลหิตสูงและสัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองต่อยาด้านเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการเกิด Alzheimer's disease อีกด้วย

ปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า คือให้การวินิจฉัยโรคและรักษาอารมณ์ซึมเศร้าแต่เริ่มเป็น พยายามหลีกเลี่ยงการเข้ายาลหลายชนิดในเวลาเดียวกัน แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และเหมาะสมกับวัย ส่งเสริมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการได้ยิน โดยใช้เครื่องช่วยฟังและแก้ไขการมองเห็นโดยการใส่แว่นตาเลนส์นูนหรือรักษาโรคต้อกระจก สร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลและส่วมานสามัคคีกัน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จัดให้มีกองทุนช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุ เสริมสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติบูชาและเลื่อมใสศรัทธาทางศาสนา สิ่งต่างๆที่กล่าวข้างต้นควรเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยชราอย่างน้อย 5-10 ปี ด้วยการขยันทำงานและอดออม หมั่นดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์และสร้างครอบครัวที่รักและเข้าใจกัน พัฒนาลูกหลานให้เป็นคนดี มีความกตัญญู และช่วยเหลือสังคม ส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวขยายเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง หรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว

หลักการดูแลรักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ คือ

1. กระบวนการชราที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆเช่น ไตทำงานลดลง ไชมันในร่างกายนเพิ่มขึ้น ท้องผูก กระดูกบางและไขข้อเสื่อม กำลังกล้ามเนื้อลดลง มีอาการลึ่มง่าย สายตาและการได้ยินลดลง เป็นต้น

2. โรคทางกายที่พบร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคตับ

3. เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณจากงาน การแยกจากไปของบุตรหลานที่โตแล้ว

4. ความคาดหวังจากการเป็นผู้สูงอายุ

**วิธีการรักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้า มีหลายวิธีร่วมกัน ดังนี้**

1. **การเข้ายาด้านเศร้า** มีหลักฐานทางการทดลองวิจัยประสิทธิผลของในกลุ่มผู้สูงอายุมีน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามักเป็นผู้ที่มีสุขภาพโดยทั่วไปดี ไม่มีโรคทางกาย ไม่มีอาการโรคจิต อายุไม่มาก อยู่ได้ด้วยตัวเอง ซึ่งผลการทดลองไม่สามารถขยายผลไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่แท้จริง ยา Tricyclic antidepressants ไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุเพราะอาการข้างเคียงมาก เช่น ตาพร่ามัว ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก สับสนกระวนกระวาย ความดันในลูกตาสูงขึ้นถ้ามีโรคต้อหินร่วมด้วย ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ วิงเวียน และหกล้ม ยาด้านเศร่ากลุ่มนี้ยังทำให้โอกาสชักง่ายขึ้น จึงแนะนำให้ใช้ยาด้านเศร่าชนิด Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ที่มีผลข้างเคียงน้อย เพิ่มคุณภาพชีวิต เสริมความสามารถความจำและการเรียนรู้ ข้อสำคัญ ควรใช้ยาที่มี half-life สั้น และมี drug interaction น้อย เนื่องจากสรีระร่างกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง receptors ในสมองมีความไวต่อยามากกว่าคนหนุ่มสาวอีกทั้งผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายร่วมด้วย ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้ายาลหลายชนิดเกิด drug-drug interaction ได้ง่าย เนื่องจากมี cytochrome P450 isoen-

zyme inhibition นอกจากนี้ยาด้านเศร้าก็ควรที่จะมีราคาไม่แพงจนเกินไป ยาที่ผลิตในเมืองไทยที่เป็น SSRI มีเพียง Fluoxetine ซึ่งมี half-life ที่ยาวมาก ราคาถูก แต่อาจมีอาการข้างเคียงคือ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ วิดกกังวล เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และเคยมีรายงานว่าเกิด unexpected death ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเพราะหัวใจเต้นช้าและผิดจังหวะ (Spier & Frontera<sup>20</sup>, 1991) SSRI ที่มี half-life สั้นและ drug interaction น้อย ได้แก่ Sertraline ไม่มีฤทธิ์ต่อหัวใจ ไม่มี anticholinergic, antihistaminergic, antidopaminergic effects เหมือนยาด้านเศร้าตัวอื่นๆ มี half-life เพียง 25 ชั่วโมง รับประทานได้วันละครั้ง ควรเริ่มจากขนาดต่ำ 50 มิลลิกรัมต่อเม็ดต่อวัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ ขนาดสูงสุดที่ใช้ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากการตอบสนองของยาช้า กว่าอาการซึมเศร้าจะหายก็ใช้เวลานานจึงต้องให้ยาเป็นเวลานานและไม่ต้องกลัวติดยา ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคของเส้นเลือดในสมอง ผลการรักษาจะไม่ดีเท่าที่ควร (Cohn<sup>4</sup> et al,1990) นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยโรคทางกายมีอัตราการเกิดอารมณ์ซึมเศร้ามาก จึงควรที่จะตรวจค้นหาว่ามีอารมณ์ซึมเศร้าปนอยู่ด้วยหรือไม่ แล้วให้การรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุยืนยาว และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย-ใจ-สังคม ทำได้ง่ายขึ้น ข้อที่ต้องระวังเป็นพิเศษ คือ การรับประทานยาเกินขนาดเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ เพราะหลงลืมคิดว่ายังไม่รับประทานยาทั้งที่ทานไปแล้ว หรือคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากทุกข์ทรมานจากโรคทางกาย ขาดแรงเกื้อหนุนจากครอบครัว ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เป็นต้น

ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ carbamazepine มีรายงานว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรค mixed-age depression ที่ติดต่อยาด้านเศร้าจำนวนทั้งหมด 54 ราย ตอบสนองดีต่อยา carbamazepine (Post<sup>14</sup> et al.,1992) แต่ให้ได้ไม่นาน เพราะมีอาการข้างเคียงมาก สำหรับยา methylphenidate ซึ่งเป็นยากลุ่ม Psychostimulant เคยมีรายงานว่าได้ผลกรณีผู้ป่วยทนายา tricyclics ไม่ได้ (Salzman<sup>18</sup>, 1990) แต่อาการข้างเคียงมีมาก เช่น ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ยิ่งผู้ป่วยที่มี dementia ร่วมด้วยยิ่งทำให้เกิดอาการโรคจิตและสับสน

**2. การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า** (Electroconvulsive therapy, ECT) พบว่าได้ผลดีถึงร้อยละ 71-88 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงร่วมกับมีโรคทางกายโดยเฉพาะโรคหัวใจ ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (Buchan<sup>2</sup> et al,1992) ข้อเสียคือ เกิด post ECT confusion ได้ถึงร้อยละ 18-25

**3. การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบประคับประคอง** แก้ไขความคิดที่เป็นทุกข์ (Cognitive therapy) ร่วมด้วยกับ

พฤติกรรมบำบัด พบว่าได้ผลดี ถึงร้อยละ 70 (Gallagher-Thompson<sup>6</sup>, 1983)

**4. การช่วยเหลือผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว** เป็นสิ่งสำคัญ โดยมุ่งทำให้พวกเขาเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย หาสาเหตุที่ทำให้เครียด ทั้งปัจจัยเสริม ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ที่ก่อให้เกิดความเครียด ลดแรงปะทะสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว วางแผนการรักษาร่วมกัน เน้นให้รับประทานยาและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะต้องใช้เวลารักษานานอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากการกลับมาเป็นซ้ำในช่วงปีแรกมีอัตราสูง และถ้ามีการเกิดเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง จะเกิดปัญหามากในระยะสุดท้ายของชีวิต (Scott<sup>19</sup>,1988) ขนาดของยาที่ใช้ ใช้ขนาดเดิมไปตลอด ถ้าผู้ป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก เกิน 2 ครั้งใน 2 ปีที่ผ่านมา หรือมีปัญหาโรคทางกายรุนแรง มีปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมเรื้อรัง หรืออาการอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง อาจต้องพิจารณาให้ยาไปตลอดชีวิต การใช้ยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ Reynolds<sup>16</sup> (1989) รายงานว่า จากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นซ้ำจำนวน 107 ราย หลังจากให้การรักษาก่อนอาการดีขึ้นแล้ว ติดตามผลอยู่ 3 ปี เปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้ยาอย่างเดียว กลับมาเกิดโรคซ้ำอีกถึงร้อยละ 43, กลุ่มที่ใช้การรักษาด้วยจิตบำบัดอย่างเดียว กลับมาเกิดโรคซ้ำอีกถึงร้อยละ 90, กลุ่มที่ได้ทั้งยาและจิตบำบัดทุกเดือนไปด้วย กลับมาเกิดโรคซ้ำอีกเพียงร้อยละ 20

การพยากรณ์โรคจากการศึกษาด้วยวิธี meta-analysis (Cole<sup>5</sup>, 1990) ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 32.5 อาการดีขึ้นแต่เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก ร้อยละ 27.3 อาการดีเป็นปกติและร้อยละ 14.2 อาการไม่ดีขึ้นและทรุดลงเรื่อย ๆ ปัจจัยที่ช่วยทำนายว่า พยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ อาการซึมเศร้ารุนแรงถึงขั้นโรคจิต แต่ดีขึ้นอย่างช้าๆ เป็นมานานมากกว่า 2 ปี เกิดโรคซ้ำๆ มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป มีประวัติ dysthymia มาก่อน มีรอยโรคในสมองที่ deep white matter และ basal ganglia gray matter มีความเครียดเรื้อรังสัมพันธ์กับความยากจนและต้องคดี หรือตกเป็นเหยื่อของอาชญากรทำร้ายร่างกายหรือทางเพศ เกิดโรคทางกายแทรกซ้อน ขาดแรงเกื้อหนุนทางสังคมและครอบครัว

## สรุป

โรคอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญในผู้สูงอายุ เพราะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก และสูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกายจิตใจ กลายเป็นภาระพึ่ง

พึงสูงต่อคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่มีอยู่แล้วเป็นรุนแรงมากขึ้น หรือควบคุมไม่ได้เนื่องจากไม่ร่วมมือที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ไม่ทานยาตามสั่ง การวินิจฉัยโรคอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำได้ยากเพราะอาการไม่ชัดเจนและแตกต่างจากคนหนุ่มสาว เพราะผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการไม่สบายทางร่างกายมากกว่าแสดง ออกจากอารมณ์ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายก็มีอัตราความชุกของโรคอารมณ์ซึมเศร้าสูงกว่าปกติ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงควรนึกถึงภาวะโรคอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ด้วยเสมอ และแยกความแตกต่างจากภาวะเสื่อมตามปกติของวัยชรา การรักษาโรคอารมณ์ซึมเศร้าควรควบคู่กันไประหว่างการให้ยา, การทำจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัดและการดูแลให้กำลังใจจากลูกหลาน การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดและแรงกดดันจากการต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุยืนยาวอยู่อย่างมีความสุขสุขภาพแข็งแรงตามวัย แม้นตายก็ตายอย่างสมศักดิ์ศรี

**References**

1. Ames D , Depression among elderly residents of local-authority residential homes: its nature and the efficacy of intervention. *British Journal of Psychiatry*, 1990; 156:667-75
2. Buchan H, Johnstone E, McPherson K, Palmer RL, Crow TJ, Brandon S. Who benefits from electroconvulsive therapy? *British Journal of Psychiatry*, 1992;160:355-9
3. Coffey, CE., Figiel, CS, Djang WT, weiner, RD. Subcortical hyperintensity on magnetic resonance imaging: a comparison of normal and depressed elderly subjects. *American Journal of Psychiatry*, 1990;147,187-9
4. Cohn CK, Shrivastava R, Mendels J, et al. Double-blind, multicenter comparison of sertraline and amitriptyline in elderly depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1990;51:28-33
5. Cole MG. The prognosis of depression in the elderly. *Canadian Medical Association Journal*, 1990;143: 633-9
6. Gallagher DE, Thompson LW. Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older outpatients. *Journal of Gerontology*, 1983 ; 38:707-12

7. Illife, S, Haines, A, Gallivan, S, Booroff, A Goldenberg, E, Morgan, P Assessment of elderly people in general practice: 1 Social circumstances and mental state. *British Journal of General Practice*, 1991; 41: 9-12
8. Jacoby R, Levy, R computed tomography in the elderly, 3. Affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1980;136,270-5
9. Kua, E.H. A community study of mental disorders in elderly Singaporean Chinese using the GMS-AGECAT package. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1990;26:502-6
10. Livingston ,G., Hawkins, A., Graham, N., Blizard, B., Mann, A. The Gospel Oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychological Medicine*, 1990;20:137-46
11. Lobo, A, Ventura, T, Marco, C. Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: prevalence of disorder and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1990;5: 83-91
12. Murphy E. Smith, R, Lindsay, J et al, Increased mortality rates in late-life depression, *British Journal of Psychiatry*, 1988;152:347-53
13. Oxman T.E., Barrette, J.E., Gerber, T. Symptomatology of late-life minor depression among primary care patients. *Psychosomatics*, 1990;31:174-80
14. Post RM, Uhde TW, Roy-Byrne PP, Joffe RT. Antidepressant effects of carbamazepine. *American Journal of Psychiatry*, 1992;143:29-34
15. Rabins PV, Pearlson, GC, Aylward E, Kumar, AF, Dowell K Cortical magnetic resonance imaging changes in elderly inpatients with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148: 617-20
16. Reynolds CF, Perel JM, Frank E. et al. Open, trial maintenance pharmacotherapy in late-life depression: survival analysis. *Psychiatric Research*, 1989;27:225-31
17. Rovner, BW, German, PS, Brant, LJ, Clark, R., Burton L, Folstein MF, Depression and mortality in nursing homed. *Journal of the American Medical Association*, 1991;265:993-6
18. Salzman C. Practical considerations in the pharmacologic treatment of depression and anxiety in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1990;51:40-3
19. Scott J. Chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 1988;153:287-97
20. Spier SA, Frontera MA Unexpected deaths in depressed medical inpatients treated with fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991; 52:377-82

