



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. ภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นได้กับทุกเพศทุกวัยมีสถิติรายงานพบในเด็กชายอายุเพียง9วันและอายุมากที่สุดเป็นหญิงอายุ99ปี คนที่อยู่ดีกินดีและอ้วน โดยเฉพาะที่อายุเกิน40ปีขึ้นไป จำนวนทั้งโลกเป็นโรคเบาหวานประมาณ130ล้านคนเพิ่มขึ้นทุกๆปีๆละ8ล้านคน (26)

สมาคมโรคเบาหวานได้ทำการสำรวจทั่วประเทศพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานแยกตามอายุดังนี้คือ อายุ1-20ปีพบร้อยละ0.3 อายุ21-40ปี พบร้อยละ1.0-2.5 อายุ41ปีขึ้นไปพบร้อยละ10 และผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไปพบร้อยละ13 และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (26)

โรคเบาหวาน(Diabetes mellitus)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง (ในรายที่เป็นไม่มากระดับน้ำตาลในเลือด126-200mgต่อเลือด 100 มิลลิลิตร) เนื่องจากการขาดอินซูลินและประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง

หน้าที่ของอินสุลิน

อินสุลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างโดยเบต้าเซลล์ในกลุ่ม islet of langerhan ของตับอ่อน มีหน้าที่สังเคราะห์โปรตีน ไขมันและกรดนิวคลีอิก ได้ดังต่อไปนี้

1. กระตุ้นให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ของกล้ามเนื้อ ปรับอัตราการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรตภายในเซลล์ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงกลูโคสให้เป็นไกลโคเจน ขยับยั้งการเปลี่ยนไกลโคเจนกลับเป็นกลูโคส และขยับยั้งการสร้างกลูโคสจากโปรตีน ซึ่งในที่สุดขบวนการเหล่านี้มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
2. ส่งเสริมให้มีการนำกรดอะมิโนผ่านเข้าสู่เซลล์กระตุ้นให้มีการสังเคราะห์โปรตีนภายในเนื้อเยื่อ และขยับยั้งการสลายโปรตีน
3. ส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนกรดไขมันไปเป็นไขมัน ซึ่งจะถูกสะสมไว้ในร่างกาย และขยับยั้งการสลายไขมัน
4. ช่วยให้มีการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก โดยการสร้าง ATP,DNAและRNA ตามปกติร่างกายจะมีการหลั่งอินสุลินวันละประมาณ 50ยูนิต และมีอินสุลินประมาณ 200ยูนิต ซึ่งจะถูกเก็บไว้ในตับอ่อน ตับอ่อนจะหลั่งอินสุลินเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และมีการเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงการหลั่งอินสุลินก็จะน้อยลง เมื่อใดที่ร่างกายมีอินสุลินไม่เพียงพอ สำหรับการเผาผลาญสารอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะสูงกว่าปกติ

การจำแนกประเภทของโรคไว้ดังนี้คือ (27)(28)(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)

ก. โรคเบาหวานที่มีอาการทางคลินิก

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน(Insulin-dependent:IDDM)หรือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1(type 1 DM) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการอินสุลินในการควบคุมระดับน้ำตาลส่วนใหญ่เกิดในคนอายุน้อย(มักต่ำกว่า40ปี) มีอาการรวดเร็วและรุนแรงเกิดภาวะketoacidosis ได้ง่ายถ้าไม่ได้ฉีดอินสุลิน ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคได้แก่

- พันธุกรรม

- ความผิดปกติของ autoimmune

- การติดเชื้อไวรัส

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin-dependent diabetes mellitus: IDDM) หรือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 DM) มักมีอาการเกิดขึ้นช้าๆ และมักไม่ต้องการอินซูลินลดน้ำตาลในเลือด นอกจากบางภาวะสามารถรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือร่วมกับการรับประทานยา ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปี และอ้วน มักไม่เกิด Ketoacidosis นอกจากบางภาวะเช่น มีการติดเชื้อ ปัจจัยที่พบร่วมกับการเกิดโรคมียังมีหลายอย่างได้แก่

- พันธุกรรม

- ความอ้วน

3. เบาหวานที่สัมพันธ์กับทุพโภชนาการ (Malnutrition-related diabetes mellitus: MRDM) พบในผู้ป่วยอายุน้อย การควบคุมเบาหวานต้องใช้อินซูลิน ซึ่งพบระดับอินซูลินในเลือดต่ำมักไม่เกิด Ketoacidosis เชื่อว่าเกิดจากการขาดโปรตีนและพลังงาน

4. เบาหวานที่เกิดร่วมกับโรคอื่น (Other types) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหรือกลุ่มอาการบางอย่าง ได้แก่

- โรคของตับอ่อน

- โรคที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมน

- โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี

- โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของอินซูลิน

- โรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการพันธุกรรมบางชนิด

5. ภาวะผิดปกติของความทนต่อกลูโคส (Impaired glucose tolerance: IGT) ได้แก่

- ผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ไม่ถึงเกณฑ์เบาหวานซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็งกว่าปกติ

6. กลุ่มGestation Diabetes Mellitus(GDM) ได้แก่

- ผู้ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด อาจกลับมาเป็นปกติหรือตลอดไป หรือเป็นIGT เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด

ข. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง(Statistical Risk Class)จำแนกได้เป็น2ชนิดได้แก่

(1) กลุ่มผู้ที่เคยเป็นImpaired Glucose Tolerance test คือเคยมีน้ำตาลในเลือดสูง หรือเคยเป็นIGT หรือเคยเป็นGDM แต่ปัจจุบันมีGlucose tolerance test ปกติ

(2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของ Glucose tolerance ผู้ที่มีบิดา มารดา หรือญาติพี่น้องร่วมสายเลือดเป็นเบาหวาน คู่แฝดเป็นเบาหวาน คนอ้วน ผู้ที่มีislet cell antibody ในเลือด และหญิงคลอดบุตรน้ำหนักแรกคลอดเกิน4กิโลกรัม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ในปัจจุบันได้พัฒนามาจากเกณฑ์ของNational Diabetes Data Group(NDDG)ของสหรัฐอเมริกาและWHO คือ

1 มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำเวลาใดก็ตามมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 200 มก./ดล.(อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ดื่มน้ำมาก ,ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ)

2. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหาร(fasting plasma glucoseหรือ FPG) เท่ากับหรือมากกว่า 126 มก./ดล.(การอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8ช.ม.)

3. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำที่เวลา2ชั่วโมง ในการตรวจ75 gram oral glucose tolerance test (75gOGTT) เท่ากับหรือมากกว่า 200 มก./ดล.

อาการแสดงของโรคเบาหวาน(29)(30)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)

1. ปัสสาวะบ่อย และมีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะโดยไต ทำให้เกิดการดึงน้ำออกมาด้วย
2. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลมาจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดการขาดน้ำ
3. น้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลิน ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้พลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน
4. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงาน จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อย และรับประทานเพิ่มขึ้น

ในรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่1อาจมีน้ำหนักลดลงชวชาบและในรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่2อาการมักค่อยเป็นค่อยไปเรื้อรังน้ำหนักลดบ้างเล็กน้อยบางรายน้ำหนักขึ้นหรือรูปร่างอ้วน บางรายมีอาการคันตามตัว เป็นผีหรือเป็นเชื้อราบ่อย ถ้าเป็นผู้หญิงอาจมีอาการคันตามช่องคลอดหรือตกขาว นอกจากนี้อาจมีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อน เจ็บจุกหน้าอก มีภาวะใจเต้น เหงื่อออก อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ไปจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัว อาจชัก ถ้าเป็นรุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อสมองได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งเป็น2ประเภทคือ

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อยได้แก่

1.1 diabetic ketoacidosis (DKA)เป็นภาวะวิกฤติในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งประกอบไปด้วยภาวะน้ำตาลสูงในเลือดร่วมกับภาวะเป็นกรดในร่างกายเนื่องจากการเพิ่มอย่างมากของ ketoacidosis

อาการและสิ่งตรวจพบแบ่งเป็น3กลุ่มได้แก่

-เกิดจากความผิดปกติของเมตะบอลิซึมในDKA โดยตรง ได้แก่อาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลดลงแม้รับประทานมาก อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียนและรุนแรงถึงขั้น หอบ หายใจลึก มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หมดสติ

-อาการและสิ่งตรวจพบซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น อาการชา ปวดแสบ ปวดร้อนคล้ายเข็มตำบริเวณเท้า ตาพร่า มัว

-โรคติดเชื้อ ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

1.2 Hyperosmolar hyperglycemia state(HHS)หรือที่เรียกกันในสมัยก่อนว่าhyperosmolar hyperglycemia comaหรือstate เป็นภาวะที่ระดับกลูโคสในเลือดสูงมาก อาจทำให้มีอาการซึม ชักและหมดสติ

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปมักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่เนื้อเยื่อหลายชนิด สาเหตุสำคัญของการเสื่อมของเนื้อเยื่อเกิดจากความผิดปกติที่โรคหลอดเลือดเล็ก และหลอดเลือดใหญ่ พยาธิสภาพหลอดเลือดเล็ก(Micro angiopathy)เกิดบ่อยที่retina และที่ไต ส่วนพยาธิสภาพหลอดเลือดแดงใหญ่(macro angiopathy)เกิดที่หลอดเลือดแดงใหญ่ของขาส่วนล่าง สมองและหัวใจ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้การทำหน้าที่ของหลอดเลือดเสียไป เช่น การลำเลียงอาหาร กลไกการป้องกันสิ่งแปลกปลอม(hemostasis fibrinosis) และการซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บ

1.1 มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงใหญ่ของสมอง หัวใจและขา ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง

1.2 เกิดโรคแทรกซ้อนทางตา(34) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการมองเห็นที่ลดลง ได้แก่ ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา(diabetic retinopathy), ต้อกระจก(cataract), ต้อหิน (glaucoma) และความผิดปกติของระบบประสาทตา (neuro ophthalmologic disorders)อาจทำให้ตาบอดในที่สุด

1.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต(35)(36) เป็นสาเหตุสำคัญของend stage renal diseaseและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของเบาหวานชนิดที่1คือไตมักจะเสื่อมจนเกิดภาวะไตวาย บวม ชีด ความดันโลหิตสูง

1.4 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (37) มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าและอาจมีหลอดเลือดอุดตันตามแขนขา จะเกิดแผลและการติดเชื้อได้ง่าย ในรายที่เป็นเบาหวานมานาน เป็นสาเหตุที่เกิดจากบาดแผลที่เท้าได้มาก ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อและเกิดความพิการถูกตัดขาได้ บางรายอาจมีอาการวิงเวียน เนื่องจากความดันตกในท่ายืน กระเพาะปัสสาวะไม่ทำงานทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ กระเพาะอาหารไม่ทำงาน(มีอาการจุกเสียด อาหารไม่ย่อย) ท้องผูก ท้องเดิน ในผู้ชายมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ(impotence)

1.5 ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง(atherosclerosis) ทำให้เป็นอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด ถ้าหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พออาจทำให้เท้าเย็น เป็นตะคริวหรือปวดขณะเดินมากๆหรือเป็นแผลหายยาก

1.6 เป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำเช่น วัณโรคปอด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ เป็นฝีหรือพุงบวม ขกลาก โรคเชื้อราแคนิดาหูชั้นนอกอักเสบ รุนแรง ช่องคลอดอักเสบ

ภาวะซึมเศร้า(Depression) (38)(39)(40)

ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลดลง หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตายเป็นต้น

อาการของโรคซึมเศร้า(Major depressive disorder) (ดัดแปลงมาจากDSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ค.ศ.1994) (41)(42)(43)มีอาการ3ด้าน

A.การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต้องมีอย่างน้อย1ข้อดังต่อไปนี้

1.1 อารมณ์ซึมเศร้า(depressed mood)

1.2 ไม่ยินดีในร้าย ไม่สนใจกิจกรรมต่างๆหรือไม่สนใจกิจกรรมต่างๆ หรือไม่มีความสุขกับกิจกรรมต่างๆ(anhedonia)

B.ต้องมีอาการ4ข้อดังต่อไปนี้

2.อาการทางกาย

-นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป

-น้ำหนักลด เบื่ออาหาร หรือในทางกลับกันคือ รับประทานอาหารมากขึ้นและน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

-กระสับกระส่ายหรือการเคลื่อนไหว การนึกคิดช้าลงมาก(psychomotor agitation or retardation)

-อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (fatigue or loss of energy)

3.อาการทางจิตใจ

-รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างมากหรืออย่างไม่เหมาะสม

-ความสามารถในการคิดลดลง สมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจได้

-มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตายบ่อยๆ

ภาวะซึมเศร้า(Depression)เป็นกลุ่มอาการ(syndrome)

ประกอบด้วยกลุ่มอาการทางด้านต่างๆดังนี้ (43) (44)

1. กลุ่มอาการของสิ่งมีชีวิต(vegetative features) ได้แก่ การนอน ความอยากอาหาร น้ำหนักตัว และความต้องการทางเพศ

2. กลุ่มอาการด้านการเรียนรู้ (cognitive features) ได้แก่ สมาธิ ความอดทนต่อความเครียด ความจำและความคิดแง่ลบ

3. กลุ่มอาการด้านการยับยั้งชั่งใจ (impulse control features) ได้แก่ ความคิดอยากตาย และความคิดที่จะฆ่าผู้อื่น

4. กลุ่มอาการด้านพฤติกรรม(behavioral features) ได้แก่ แรงจูงใจ ความพึงพอใจ ความสนใจในสิ่งต่างๆและความอ่อนเพลีย

5. กลุ่มอาการทางกาย(physical features) ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้องและกล้ามเนื้อตึงเครียด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

เบค (Beck ,1967) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น3 ระดับ ดังนี้คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเองในบางครั้ง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆเริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและรู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆอ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ การรับประทานอาหารลดลงจะกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหาร และน้ำ น้ำหนักลด

3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวังมองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลาทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลบหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆ นั่งเฉยๆกับที่ตลอดเวลาไม่เคลื่อนไหวไปไหน อยู่ในท่าเดิวนานๆหรืออาจอยู่ไม่นั่งผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น4กลุ่มใหญ่ได้ดังนี้ (25) (45)(46)

1. สาเหตุจากจากปัญหาในจิตใจ (intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆ อย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้เด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนซับซ้อนที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในกลุ่มที่มีมโนธรรมก่อร่างขึ้นแล้ว

นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือมักเกิดภายหลังผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรงหรือมีเหตุการณ์ตึงเครียดในการดำเนินชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก มีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง การหย่าร้าง ประสบปัญหาทางการเงิน หรือ เศรษฐกิจ ตกงาน ล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพเป็นต้น

Bibring อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของEgoเองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือต้องการเป็นที่รัก(loved) เด่น(superior) เป็นคนดีที่น่ารัก(good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่างego กับ superego หรือ egoกับ บุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตใจในแบบสู้ (fight) หรือ หนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้าego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed)ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งในจิตใจ แต่อธิบายถึงว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง(reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่นการสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล(interpersonal interaction)หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของ โรคทางจิตต่างๆ รวมทั้ง โรคซึมเศร้า

Arieati อธิบายถึงการมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดา หรือสามี ภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงในหลายๆด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้ซึมเศร้า

2. สาเหตุมีความคิดแง่ลบ(Negative Cognition) Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเองมองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดัน บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม(Behavioral models)มีแนวคิด2แบบคือ โรคซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness)หมดกำลังใจ ใจไม่สู้และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ(no positive reinforcement)เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัลใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ(Biological models)โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท(neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท(receptors)ที่เชื่อมต่อปลายประสาท(synapses)และตัวส่งข่าวที่สอง(second messengers)ของเซลล์สมองบริเวณ ลิมบิก (Limbic)

4.2 ความผิดปกติของฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อยๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท(Neurophysiology)โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่นคลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาทการมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์(cytotoxic)อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์ เป็นต้น

ความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจกับโรคซึมเศร้า (38)(47)(51)

ตามปกติคนเราจะมีอาการซึมเศร้าในเวลา1-2สัปดาห์ภายหลังจากมีการสูญเสียของบุคคลผู้เป็นที่รัก และจะหายหมดไปเองโดยไม่ต้องรักษาภายในเวลา6-8สัปดาห์

ในบางรายมีอาการนานกว่า2เดือน หรือมีอาการดังนี้

1. ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆลดลงมาก เช่นเรียนหนังสือหรือทำงานไม่ได้เลย
2. หมกมุ่นครุ่นคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า มีความผิดบาป
3. มีความคิดอยากตายหรือ
4. มีอาการโรคจิตบ่งว่าผู้นั้นเป็นโรคซึมเศร้า

อันตรายของโรค

1. ทำให้ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆลดลง เช่น สอบตก เรียนหนังสือไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือถูกให้ออกจากงานและการทำหน้าที่แม่บ้านบกพร่องหรือไม่สามารถดูแลครอบครัวได้
2. มีความบกพร่อง เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทหรือมีเรื่องบาดหมางกับคู่ครอง หรือเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างบิดามารดากับผู้ป่วย
3. คิดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยานอนหลับและโคเคน ผู้ป่วยเสพสารเพื่อนอนหลับ อารมณ์แจ่มใสและลดความวิตกกังวล เมื่อติดสารจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้ามากขึ้น เกิดความรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองมากขึ้นและจะยิ่งเสพสารเพิ่มขึ้นตามลำดับ เกิดเป็นวงจร ไม่มีทางออก ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อชีวิต มีความคิดอยากตาย และมีโอกาสสูงที่จะฆ่าตัวตาย
4. ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าร้อยละ 15 จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จ มักมีอาการ โรคดังนี้
 - 4.1 มีอารมณ์เศร้ามากและขาดความสุขโดยสิ้นเชิงในการทำกิจกรรมทุกชนิด
 - 4.2 มีอาการนอนไม่หลับรุนแรง
 - 4.3 พลุ่พ่ล่านกระวนกระวายใจมาก นั่งนิ่งๆแทบไม่ได้เลย

4.4 คิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า มีผิด มีบาปและหมดสิ้นความหวังในชีวิต

4.5 มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเป็นโรคทางกายร้ายแรงหรือมีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดทำนองว่าไม่สมควรมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือเป็นคนไม่มีประโยชน์

4.6 มีความคิดอยากตาย และคิดฆ่าตัวตาย

5. ฆ่าผู้อื่น ผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตายอาจฆ่าตัวเองและผู้อื่นซึ่งผู้ปวรักร เช่น คู่ครองหรือบุตร ไปพร้อมกัน โดยเกิดความคิดว่าเพื่อให้หลุดพ้นจากความทุกข์และเคราะห์กรรมไปด้วยกัน และไปอยู่ร่วมกันในชาติหน้า

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (25)

เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะญาติสนิท มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย อายุน้อยกว่า40ปี เพศหญิง ภาวะหลังคลอด เป็นโรคทางกาย เรื้อรัง ขาดการช่วยเหลือจากสังคมและใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว มีวิถีชีวิตที่ทุกข์และปัญหาในชีวิตมาก คัมสุราหรือสารเสพติด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (41)

1. ปัจจัยเสริม (predisposing factors) คือ พันธุกรรม (Tsuang & Faroene 1996) ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นชีวิตขาดบิดา มารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting), บุคลิกภาพ (Depressive personality-Akisal 1999) ขี้กังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจตนเอง
2. ปัจจัยเร่ง (precipitating factor) (Kendler et al 1999) คือ ความพิการทางกาย (physical loss), สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty), ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แดกแยก พี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว, ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบันไม่มีมนุษย์สัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy), ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม, ปัญหาในชีวิต (lose of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจขาดทุน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ, หมดความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem), ถูกความลามทางเพศ (Weiss et al 1999)

- ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง(perpetuating factors)บุคลิกภาพ การปรับตัว (Bagby 1998,Akikal 1999) ,ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต, แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว(high expressed emotion-EE), ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม(ญาติใกล้ชิด-ชั้นแรกเจ็บป่วยรุนแรง,Duggan ,1998)

ปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (48)(49)(50)

- การรับประทานยาบางอย่างอาจทำให้การรับประทานยาโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น เช่น

propanolol(nderal) เนื่องจากยาชนิดนี้จะละลายได้ดีในไขมันจึงผ่านเข้าสู่สมองได้มากและไปปิดกั้นตัวรับอะดรีเนอร์จิกและตัวรับซีโรโทนิน ฤทธิ์ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้น โดยไปขัดยั้งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ยา Nifedipine(Adarat) ที่มีฤทธิ์ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้น โดยไปขัดยั้งกระบวนการใช้แคลเซียมทำให้มีการหลั่งของนอร์อิพิเนฟรินลดลง

นอกจากนี้ยังมียาอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือ reserpine(serpasil),Aldomet, clonidine(catapres),hydralazine(adresoline),digitalis,cimetidine(tagament),steroid,estrogens ยาที่เกี่ยวข้องกับprogesterone,indomethacine,propoxyphene,codein,antibacterials,levedopa, tamoxifen, vincristine,vinblastine,benzodiazepines และ barbiturates เป็นต้น

- ขาดสารอาหารบางอย่างเช่น วิตามินบี 12, โฟเลท
- ความชรา สัมพันธ์กับการลดลงของความเข้มข้นของnorepinepine dopamine และ serotoninในสมองและการเพิ่มของmonoamine oxidase
- ความกดดันทางจิตใจ สนับสนุนให้เกิดกลุ่มภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย(mild depressive syndrome)และอาจทำให้เกิด major depressive disorderในวัยชรา การเคลื่อนไหวที่จำกัด ตาบอด หูหนวก การลดลงของอาชีพ สังคมและสันตนาการ ความเป็นอยู่ที่แย่ การแยกจากบุตร การเงินที่ยากจนลง มักเป็นความกดดันทางสังคมและจิตใจ ,การคำนวณทางสังคมมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ



การวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์วินิจฉัยของDSM IV

1. ยาหรือสารต่างๆทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ที่สำคัญ ได้แก่ glucocorticoid, anabolic steroids, หรือ ภาวะที่เกิดจากการหยุดเสฟแอมเฟตามีนหรือ โคเคน
2. โรคทางกาย ที่พบบ่อยคือ โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกในสมอง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น และโรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น DM, hypothyroidism, SLE และ Cushing syndrome เป็นต้น
3. Anxiety disorder ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาการที่สำคัญที่ช่วยในการแยกคือ ผู้ป่วยมักมีอาการของ autonomic nervous system hyperaousal เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เป็นต้น
4. เกิดจากการขาดหรือลดน้อยลงของสารสื่อประสาทบางชนิดในสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า(48) (49)

1.ผลกระทบทางตรงคือ

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่นฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการทำนายการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากมีการศึกษาว่า ประมาณร้อยละ60ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ

1.2 มีการหลงลืม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าสมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆจะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆได้ง่าย ความจำเสื่อมลง จำอะไรไม่ค่อยได้

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่าย

2.ผลกระทบทางอ้อมได้แก่

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ เมื่ออาหารหรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งทำให้เกิดการขาดสารอาหารรุนแรง

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการเจ็บป่วยที่เป็นรุนแรงขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้การมีชีวิตสั้นลง เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา

2.3อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลงทำให้ไม่สนใจหรือสนใจต่อสิ่งรอบข้างน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายเสื่อมโทรม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากลำบากในการนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเหนื่อยล้า

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าบุคคลนั้นจะแยกตนเอง สนใจบุคคลอื่นน้อยลง มองสิ่งต่างๆในแง่ลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือ การแก้ปัญหาต่างๆจากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และมีความบกพร่องในการพูด

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและโรคเบาหวาน (38)(39)(40)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียด หรือเป็นโรคทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้าหรือโรคจิตหวาดระแวง การควบคุมน้ำตาลไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียดจะมีผลยับยั้งการตอบสนองของอินซูลิน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอย่างรุนแรงด้วย

2. เกิดจากแรงกดดัน(stress) เมื่อมีภาวะกดดันในเรื่องต่างๆที่รบกวนร่างกายจะตอบสนองโดยหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดมาต่อต้านที่สำคัญคือepinephrine,cortisol,growth hormone

ซึ่งออกฤทธิ์เพิ่มการสลายตัวของกลัยโคเจนจากตับ ตับมีการสร้างน้ำตาลกลูโคสขึ้นใหม่และทำให้เนื้อเยื่อใช้กลูโคสลดลง ผลรวมจะทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น ร่วมกับภาวะอินซูลินมีปริมาณน้อยหรือออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ร่างกายจะมีการสลายไขมัน โปรตีนและมีการสร้างสารคีโตนเพิ่มขึ้น สิ่งที่มาคือ อาจเกิดภาวะน้ำตาลกลูโคสสูงขึ้นในเลือด พบน้ำตาลในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเช่น diabetic ketoacidosis และ hyperosmolar nonketotic hyperglycemic coma เป็นต้น

3. ความผิดปกติของประสาท-ต่อมไร้ท่อ(neuroendocrine) (51) ศูนย์การควบคุมในสมองมีผลต่ออารมณ์ได้โดยตรง การค้นพบที่สำคัญคือ การเพิ่มขึ้นของสารคอร์ติซอลหรือสารทุกซ์ในซีรัม และหยุดการหลั่งแบบมากน้อยตามปกติ(normal diurnal) เวลาที่มีแรงกดดัน(stress) ระดับคอร์ติซอลในเลือดก็พบร่วมกับการเพิ่มสูงของปัจจัยให้หลั่งสารคอร์ติโคโทรฟิน(corticotrophin-releasing factor-CRF)ในสมอง และคอร์ติโคโทรฟิน(ACTH) มีการเพิ่มขนาดของต่อมหมวกไตและต่อมพิทูอิทารี อย่างไรก็ตามวัฏระดับคอร์ติซอลยังไม่มีควมไว(sensitivity)หรือมีความจำเพาะมากพอที่จะช่วยในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (52)

4. เชื่อว่าความเครียด ความคับแค้นใจ(stress) จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพรากชักนำให้มีการแปรปรวนทางสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล(anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย(neurovegetatives)ของโรคซึมเศร้า (stress>anxiety>depression=SAD) นั่นคือ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (53)

5. เกิดจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ความพิการความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดอารมณ์ตั้งเครียด การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเมื่อเกิดความเจ็บป่วยไม่สามารถปรับตัวและยอมรับกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (54)(55)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย(48)(56)(57)

การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย มีการปรับตัวได้เป็นระยะ โดยผู้ป่วยจะเริ่มมีปฏิกิริยาได้ตอบดังนี้

ระยะที่1 Shock and Denial เป็นปฏิกิริยาแรกที่พบและคงอยู่นาน2สัปดาห์ ถึง2เดือนหลังจากเป็นโรค ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดหรือทำความเข้าใจกับทั้งความรุนแรงและขอบเขตของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้เป็นการไม่ยอมรับความจริง ซึ่งเป็นกลไกที่

จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมาก เพราะเป็นสิ่งที่เกินความสามารถของคนทั่วไป ที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรด้วย ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าเหตุการณ์ต่างๆจะเปลี่ยนไปในทางที่ดีในอนาคต ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า เสียใจ เพราะในจิตสำนึกของเขายังไม่ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นนี้ ในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองป่วยผู้ป่วยจะไม่ยอมรับ การปฏิเสธเท่ากับเป็นกันชนกันไว้ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้มีเวลาตั้งสติ และหาวิธีการได้ตอบกับความ เป็นจริงด้วยวิธีอื่น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจพยายามปรึกษาแพทย์คนอื่นๆด้วยความคาดหวังว่าแพทย์คงวินิจฉัยโรคผิด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตามปกติ แต่จะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ป่วย การปฏิเสธทำให้ผู้ป่วยลดภาวะวิตกกังวล โดยการทำให้สภาพการณ์น่ากลัวน้อยลง การปฏิเสธอาจเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้น หรือตลอดทั้งช่วงระยะเวลาของการเกิดโรคก็แต่การปฏิเสธจะลดน้อยลงเมื่อความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคปรากฏขึ้น การปฏิเสธและไม่ยอมรับนี้จะแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ไม่ยอมรับการรักษา ต่อต้าน ไม่ยอมปรับปรุงตนเพื่อให้เกิดความสะดวกสำหรับคนพิการยืนยันว่าตนเองจะสามารถเดินได้ทั้งที่หมดหวังแล้ว ระยะนี้อาจคงอยู่ชั่วคราว หรือคงอยู่ตลอดการดำเนินของโรคหรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่ที่พบบ่อยจะเป็นลักษณะเป็นๆหายๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค

ระยะที่2 Anger อาจเกิดขึ้นพร้อมๆกับการปฏิเสธหรือตามหลังได้ ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อต้านเป็นศัตรู(Hostility) ต่อบุคคลรอบข้าง เช่น การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความไม่ยุติธรรมจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้นเหมือนสิ่งบังคับให้เขาต้องเปลี่ยนแปลงชีวิตและความเป็นอยู่ โดยที่เขาและทีมผู้รักษาพยาบาลต่อต้านการรักษาความโกรธ อาจพุ่งไปยังพระเจ้า โชคชะตา ครอบครัว มักจะคิดทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในอดีต และไม่พบความผิดของตนเองในการดูแลสุขภาพ ทำให้น้อยใจ ขมขื่นและคิดว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม

ระยะที่3 Bargaining เป็นระยะต่อรอง ยอมรับการเจ็บป่วย แต่ต่อรองการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือตามความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วิถีชีวิตของแต่ละคน หวังให้มีชีวิตอยู่จนได้สิ่งที่ตนเคยหวังไว้ หรือจะทำตามสัญญาเมื่อสิ่งที่ตนหวังไว้เป็นจริง

ระยะที่4 Depression ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยหรือความพิการนั้นเกิดขึ้นจริง รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในโชคชะตาของตนเอง เกิดการแยกตัวเอง (Withdrawal) และ โกรธ เกลียดตัวเอง (internalized hostility)ซึ่งความจริง depression เป็นปฏิกิริยาของ Ego เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าหมดหนทางช่วยเหลือและทำให้ สูญเสียความนับถือตนเอง (self-Esteem) ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นความรู้สึกหมดหวัง เสียใจ ท้อแท้ ไม่สนใจใคร ไม่พูด นั่งนอนบนเตียง ร้องไห้หรือปฏิเสธการกิน รู้สึกว่าตนเอง

เป็นภาระต่อผู้อื่นหรือตนเองไม่มีประโยชน์ บางครั้งความเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเก็บกดมาเป็น ความโกรธต่อโชคชะตา บางครั้งอาจคิดถึงเรื่องความตายหรือน่าตัวตาย

ระยะที่ 5 Acceptance เป็นระยะสุดท้าย เป็นการยอมรับความจริงด้วยอารมณ์สงบไม่ ทุรนทุรสาย สามารถปรับตัวและวิถีชีวิตให้เข้าสภาพในขณะนั้นได้ พฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะนี้ อาจฟังตนเองและต้องฟังผู้อื่นบ้าง เริ่มที่จะมองหาผู้ที่มีอาการเช่นเดียวกับตนเอง เพื่อที่จะได้ พุดคุยกัน การฟังตนเองก็คือ การที่จะรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง ช่วงนี้อาจจะเกิดขึ้นช้ามาก หลังจากเจ็บป่วยนานเป็นปีก็ได้

ทั้งระยะนี้อาจจะเกิดขึ้น หายไป แล้วเกิดขึ้นใหม่อีกก็ได้ หรือคงอยู่ในระยะใดระยะหนึ่งนานๆก็ได้ เวลาที่ใช้ในแต่ละระยะไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน

สภาพจิตและสิ่งที่ตรวจพบในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า (58)(59)(60)(61)

1. General Appearance การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป

Grooming ลักษณะการแต่งตัวโดยทั่วไป เช่น สกปรก รกรุงรัง

Hygiene ผู้ป่วยอาจไม่ค่อยดูแลตนเอง

Eye contact ผู้ป่วยไม่ยอมสบตาแพทย์ (poor eye contact) เพราะต้องการปกปิด

ข้อมูลบางอย่าง

Older than Age ผู้ป่วยดูแก่กว่าวัย ทรวดโทรม ไม่สนใจความสวยความสวยความ งาม อาจกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

Attitude ทัศนคติ, Guard ปิดบังข้อมูลไม่ยอมบอกความจริงหรือ Well Cooperative ร่วมมือในการตรวจสัมภาษณ์, Resistantต่อต้าน เช่น ไม่ยอมตอบคำถาม

2. Psychomotor ลักษณะการเคลื่อนไหว slow เคลื่อนไหวค่อนข้างช้าหรือ Retard เคลื่อนไหวช้ามากเห็นได้ชัดเจน ดูเนือๆพบได้ในโรคซึมเศร้า (Depression), Distractibility การ เปลี่ยนแปลงความสนใจไปเรื่อยๆ ไม่สามารถดึงความสนใจต่อเนื่องได้

3. Speech วิธีการพูด Mute ผู้ป่วยไม่พูดพบได้ในซึมเศร้าชนิดรุนแรงหรือพูด slow (ช้า)

4. Affect and mood

Affect อารมณ์ของผู้ป่วยที่แสดงให้คนภายนอกรับรู้ได้ โดยผ่านทางภาษาท่าทางต่างๆ (Non verbal language) เช่น แสดงออกทางสีหน้า (facial expression) Affect เปลี่ยนได้เร็วแปรตามสิ่งกระตุ้นเช่น น้ำตาไหล

Mood อารมณ์ภายในจิตใจของบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ที่คงอยู่นานกว่า Affect อาจแสดงออกทางสีหน้าท่าทางหรือไม่ก็ได้แต่มีผลต่อบุคลิกหรือพฤติกรรมของคนๆ นั้น

อาการของอารมณ์ทั้ง Affect และ Mood ดังต่อไปนี้

Euthymia อารมณ์ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ครึกครื้นหรือซึมเศร้าผิดปกติ ไม่ที่เฉยเมยพบในคนปกติทั่วไป

Dysphoria รู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุขสดชื่น แจ่มใส พบได้ในโรคซึมเศร้า

Depress อารมณ์เบื่อท้อแท้ ซึมเศร้า หดหู่

Anhedonia ภาวะที่ผู้ป่วยหมดความรู้สึกสนใจในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบหรือเคยทำอย่างสนใจ เช่น ไม่อยากดูทีวี ฟังเพลง เบื่อไม่อยากไปเที่ยวที่ไหน พบได้ในโรคซึมเศร้า

5. Perception การรับรู้ การรับรู้คือกระบวนการรับสิ่งกระตุ้นทางกายผ่านทางระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 เข้าสู่การรับรู้ข่าวสารด้านจิตใจ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้สัมผัสปกติ ถ้ามีการรับรู้สัมผัสผิดปกติเรียกภาวะนั้นว่า อารมณ์เศร้าถึงขั้น โรคจิต (Psychotic depression)

6. Thinking ความคิด แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่

6.1 ความผิดปกติของรูปแบบและกระบวนการคิด (Abnormality in form and process of thought)

6.2 ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด (Abnormality in Content of Thought)

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีเนื้อหาความคิดที่มีลักษณะมองโลกและมองตนเองในด้านลบ ผู้ป่วยจะรำพันถึงความรู้สึกผิด การสูญเสีย การฆ่าตัวตาย ขบวนการคิดซ้ำ สังเกต

ได้จากการพูดซ้ำและพูดน้อย ตอบคำถามสั้นๆและใช้เวลานานกว่าจะตอบ ประมาณร้อยละ10ของผู้ป่วยมีอาการ thought blocking ความคิดหรือคำพูดมีเนื้อความน้อย พูดยาวละเอียดค้อมมาก (circumstantiality)

7. Consciousness and cognitive function

Consciousness ระดับความรู้สึกตัว Alert รู้สึกตัวดี ,Drowsiness ง่วง สลึมสลือ ครึ่งหลับครึ่งตื่น , stupor เกือบไม่รู้สึกตัวไม่เคลื่อนไหว ได้ตอบสนองสิ่งเร้าได้บ้าง

Cognitive function ภูมิปัญญา

+ Attention ความสามารถที่จะจดจ่อ ตั้งใจอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งในขณะนั้น ในการทดสอบสภาพจิตอาจทำสอบโดยวิธี Digit forward หรือการทวน 3objects หลังจากแพทย์เพิ่งพูดจบ

+ Concentration ความสามารถที่จะคงระยะเวลาของการจดจ่อ ตั้งใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ยาวนานช่วงระยะหนึ่ง หรือเรียกว่ามีสมาธิ ในการตรวจสภาพจิตอาจใช้วิธี Digit backward หรือ Serial 7 (100-7)

ความจำร้อยละ50-75 ของผู้ป่วยอารมณ์เศร้าจะมีcognition บกพร่องคือ การตำรวมใจ(concentration)ไม่ดีและลึ่มง่าย เรียกว่าdepressive pseudodementia

ความผิดปกติของAttention และ Concentration อาจพบได้ใน โรคทางสมอง (Organic mental Disorder)หรือ โรคซึมเศร้า

Orientation การรับรู้ วันเวลา(time) ,สถานที่(Place), บุคคล(Persion) ส่วนใหญ่ผู้เป็นภาวะซึมเศร้าจะorientation ดีต่อเวลา สถานที่ บุคคล มีบางรายที่ไม่สนใจที่จะตอบคำถามหรือไม่มีพลังกำลังที่จะตอบคำถาม

8. Judgement การตัดสินใจในการกระทำต่างๆ หรือพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมในสภาพการณ์ที่จำกัด

9. Insight การรับรู้ว่าเป็นไม่เป็น ความตระหนักของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของตน

Insight แบ่งเป็นหลายระดับ

- 9.1 ปฏิเสธความคิดปกติหรือความเจ็บป่วย
- 9.2 พองจะทราบว่าคุณคิดปกติต้องรักษา แต่ไม่ต้องรักษา
- 9.3 ทราบว่าคุณเองคิดปกติ แต่โทษว่าเป็นจากสิ่งต่างๆนอกตัว
- 9.4 ทราบว่าคุณคิดปกติเป็นจากปัญหาบางอย่างในตนเอง แต่ไม่ทราบว่าเป็นจากอะไร
- 9.5 Intellectual insight ขอมรับว่าคุณคิดปกติหรือป่วย โดยทราบว่ามีมาจากปัญหาภายในของตน แต่ยังไม่นำสิ่งที่รู้นั้นมาแก้ปัญหา หรือยังไม่ยอมรับการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงได้
- 9.6 True emotional insight ตระหนักรู้ในสิ่งที่ปัญหา หรือความคิดปกติของตน และได้ปรับตัว เพื่อแก้ปัญหาของตนเอง

วิธีการประเมินภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปแบ่งวิธีการประเมินเป็น3วิธี คือ

1. การใช้แบบประเมินตนเอง (self-rating scale) ได้แก่ แบบวัดปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย(Health Report (HRSR) Scale: The Diagnostic Test for Depression in Thai Population), แบบสอบถามเอ็มเอ็มพีไอ(MMPI-The Hamilton Rating Scale for Depression) เป็นต้น
2. การประเมินโดยผู้รักษา(Psychician-rated scale) ได้แก่ แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมินตัน(The Hamilton Rated scale for Depression) เป็นต้น
3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย(Objective behavioral measures)เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก ซึ่งสังเกตและวัดได้ และมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้นๆและบันทึกไว้ ได้แก่ การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่ใช้เคลื่อนไหว เป็นต้น

แบบประเมินปัญหาสุขภาพ แบบตอบด้วยตนเอง

ดวงใจ กสานติกุล, น.พ.นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ และคณะ (56)(57) (62)(63) ได้ทำแบบสอบถามแบบวัดหรือตอบด้วยตนเอง เรียกว่า แบบประเมินปัญหาสุขภาพ (HEALTH-RELATED SELF-REPORT) ไม่เรียกว่าแบบวัดโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำหรือปิดบังอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นจริงของผู้ตอบ ให้ตรวจวัดหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ใช้สะดวกและแปลผลง่ายกับประชากรไทย โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามนาร่องเป็นเวลา 2 ปี เพื่อเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในคนไทย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายได้คำถาม 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย (VEGETATIVE) ความกระตือรือร้น (MOTIVATION) อาการทางความคิด (COGNITIVE) และทางอารมณ์ (PSYCHOLOGICAL) 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ, ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) คิดคะแนนตามความถี่จาก 0 (ไม่มีเลย) และบ่อยๆ (3) ข้อด้านบวกจะคิดคะแนนกลับกัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนปกติในชุมชน 890 ราย และผู้ป่วย 405 ราย ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุระหว่าง 15-60 ปี (อายุเฉลี่ย 34 ปีเท่ากัน) และมีสถานภาพด้านอื่นๆ ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจะถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อดูความแตกต่างจากคะแนนคือกลุ่มวิตกกังวล กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้า กลุ่มโรคประสาทรุนแรง และกลุ่มโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IIIR)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีคะแนนมัชฐานสูงสุด (39.00 ± 11.58) กลุ่มวิตกกังวลมีคะแนนต่ำสุด (21.6 ± 9.82) กลุ่มโรคประสาทซึมเศร้าอยู่ระดับกลางๆ (28.8 ± 8.76) คะแนนของหญิงและชายไม่แตกต่างกันนัก ในขณะที่คะแนนของกลุ่มคนปกติอยู่ที่ 13.6 ± 7.33

ข้อความที่เป็น OBJECTIVE SIGNS (คนอื่นทักว่าดูเครียด ซึม หมองคล้ำ และเคยพยายามฆ่าตัวตาย) ช่วยมากในการบ่งถึงภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อความด้านบวก 3 ข้อ ก็ช่วยมากในการแยกบุคคลทั่วไปจากผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนและหาค่าความสัมพันธ์แอลฟา ด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้เท่ากับ 0.91

จุดตัดของคะแนนที่ 30 บ่งว่าผู้ตอบน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง MAJOR DEPRESSION (SPECIFICITY 90.2%, SENSITIVITY 85.3%) จุดตัดของคะแนนที่ 25 บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะเครียด ซึมเศร้าหรือโรคทางจิตประเภทอื่นๆ (SPECIFICITY 93.4%, SENSITIVITY 75.1%) ที่ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรกๆ โดยจำแนกคะแนนของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มดังนี้

คะแนน	ภาวะซึมเศร้า
0-24	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
25-29	มีภาวะซึมเศร้าระยะแรก
ตั้งแต่30ปีขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไพเบอร์นิค-โอกาโนวิก เอ็ม.เปออส เค และคณะ(Pibernik-Okanovic M,Peros K,Szabo S,Bergic D,Metelko Z.)(64) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ชาวโครเอเชีย จากการสำรวจของสถาบันวิจัยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าของชาวยุโรป(EDID) เพื่อหาความชุกและปัจจัยเสี่ยง โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยนอกจำนวน 384 รายที่เป็นเบาหวานชนิดที่2ใช้วิธี Epidemiological studies Depression Scale(CES-D) และStructured Clinical Interview for DSM IV Axis I disorder(SCID)เพื่อตรวจหาภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่มีค่าของ CES-D มากกว่าหรือเท่ากับ16 นำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีค่าน้อยกว่า 16 ในด้านลักษณะทางประชากร ทางจิตวิทยาและทางคลินิก วิเคราะห์โดยสมการถดถอยเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีค่าของ CES-D มากกว่าหรือเท่ากับ 16 มีร้อยละ 22 ถูกสัมภาษณ์ทางจิตวิทยามีภาวะซึมเศร้าอยู่ ร้อยละ 33 ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาจากเบาหวานมากกว่าและสุขภาพแย่กว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($t=6.71$ $p<0.001$) จึงสรุปได้ว่าอาการซึมเศร้าถูกตรวจพบโดยทางจิตวิทยามากกว่าตัวแปรอื่นๆที่สัมพันธ์กับโรค ดังนั้น การดูแลทางจิตในผู้ป่วยเบาหวานอาจมีความจำเป็นต่อการป้องกันอาการที่บ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้า

ชาห์ ซีซี และฮัฟฟิแมน (Shah ZC,Huffman FG.)(65)ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานและมีความวิตกกังวลเพื่อค้นหาอุปสรรคทางจิตสังคมต่อการดูแลตนเองและความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานและมีความวิตกกังวล โดยใช้ผู้หญิงที่มีความวิตกกังวลที่อาศัยในแถบไมอามี-แคด รัฐฟลอริดาได้จำนวน 126รายที่เข้ามาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกเบาหวาน สถานีนอมาซ์ หรือส่งต่อไปยังชุมชน ได้สำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อประเมินปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 แสดงข้อมูลทางสังคมประชากร ผลงานของรูปแบบการดูแลตนเอง เพิ่มการดูแลเบาหวาน(การสนับสนุน,ความรู้,การเสริมพลังและ

ทัศนคติ)ภาวะซึมเศร้า (ใช้วิธี Beck Depression Inventory II)การควบคุมตำแหน่งทางสุขภาพ และ ภาวะเครียดที่ตรวจพบ รวมทั้งข้อมูลอื่นๆที่ใช้ประเมินสภาวะเบาหวาน จากการศึกษาพบว่ามีเพียง4 รายจาก126รายที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน ค่าคะแนนซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.76+/-8.71 พบร้อยละ40.6 ซึมเศร้าระดับอ่อนพบร้อยละ23 ซึมเศร้าระดับปานกลางพบร้อยละ11.1 และซึมเศร้าระดับรุนแรง พบร้อยละ6.3 ภาวะซึมเศร้าที่มีค่ามากจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดูแลตนเอง ความเข้าใจของ ภาวะเบาหวาน และคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานที่ได้ค่าน้อย การแบ่งความซึมเศร้าที่รุนแรง อยู่ที่เคยเป็นเบาหวานมานานกว่าชนิดที่ซึมเศร้าปานกลาง อ่อนหรือน้อย จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า ไม่เคยถูกประเมินมาก่อน โดยผู้จัดบริการสุขภาพ จึงได้มีการศึกษานี้ในขณะที่มีการศึกษามากมาย พบภาวะซึมเศร้าในเบาหวานและมีอิทธิพลในการปรับปรุงการร่วมมือในการรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งความคิดนี้ยังไม่ถูกนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางหลักของการดูแลเบาหวานในประชากรที่มีความวิตกกังวล

โพอูเวอร์ เอฟ,สกินเนอร์ ทีซีและคณะ(Pouwer F,Skinner TC,Pibemik-Okanovic M,Beekman AT,Cradock S,Szabo S,Metelko Z,Snoek FJ.)(66)ศึกษาความซึมเศร้าและปัญหาทาง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานที่รุนแรงในการสำรวจชาวอังกฤษ-ชาวคัทซ์-ชาวโคเอเชีย จาก สถาบันวิจัยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าชาวยุโรป (EDID)ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ว่าความครอบคลุมของ เรื่องที่เกี่ยวกับเบาหวาน (เช่น ภาวะแทรกซ้อน ความไม่สมดุล ความเจ็บปวด) ในระหว่างการ บำบัดทางจิต อาจจะเหมาะสมในการรักษาความซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามยังมีความ ไม่ชัดเจนของควมดีในการเกิดความซึมเศร้าซึ่งถูกรบกวน โดยปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะเบาหวาน จึงมุ่งค้นหาระดับปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานในแต่ละบุคคล ด้วยระดับความซึมเศร้าสูงกับต่ำโดยใช้ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 539 ราย(แบ่งเป็นชาวคัทซ์ จำนวน 202 ราย ชาวโคเอเชีย 185 ราย และชาวอังกฤษจำนวน 152 ราย) ผู้เข้าร่วมใช้วิธีการศึกษา ทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับความซึมเศร้าและพื้นที่เป็นปัญหามาใช้ในการประเมินคะแนนในผู้ที่ เป็นเบาหวานและร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนความซึมเศร้าสูง พบว่า ชาวโคเอเชียทั้งชายและ หญิง ได้คะแนน 19 และคิดเป็นจำนวนร้อยละ 34 ชาวคัทซ์ทั้งชายและหญิงได้คะแนน19 และคิด เป็นจำนวนร้อยละ21 ชาวอังกฤษทั้งชายและหญิงได้คะแนน19 และคิดเป็นจำนวนร้อยละ 39 นอกจากนี้ผู้ป่วยชาวโคเอเชียร้อยละ79 ชาวคัทซ์ร้อยละ47 และชาวอังกฤษร้อยละ 41 ที่ได้คะแนน ความซึมเศร้าระดับรุนแรง มีรายงานว่ามีปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานมากกว่าหรือ เท่ากับ4ชนิด ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนความซึมเศร้าต่ำพบว่าชาวโคเอเชียร้อยละ29 ชาวคัทซ์ร้อยละ 11 และชาวอังกฤษร้อยละ1 ปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานที่รุนแรงมีความชุกอย่าง เจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีซึมเศร้า การทดลองควบคุมแบบสุ่มทำให้ได้ความครอบคลุมที่เจาะจง

กับเบาหวานในระหว่างการบำบัดทางจิตสามารถทำให้การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

แอนเดอร์สัน อาร์เจ, ฟรีดแลนด์ เคอี และคณะ (Anderson RJ, Freedland KE, Clouse, Lustman PJ.) (67) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าร่วมในผู้ที่เบาหวานเพื่อหาค่า odds และความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่1หรือชนิดที่2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การลดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น การประเมินความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความถูกต้องมากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีความจำเป็นต้องวัดอิทธิพลผลกระทบของการจัดการภาวะซึมเศร้าในเบาหวาน โดยใช้ฐานข้อมูล MEDLINE และ PsycINFO และเอกสารอ้างอิงที่มีการตีพิมพ์ในการศึกษาที่มีการรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในเบาหวาน ค่าความชุกหาค่าเฉลี่ยสะสมหารด้วยจำนวนรวมของผู้เข้าร่วมทดลอง ใช้ค่าสถิติ chi(2) และค่า odd ratio (OR) เพื่อหาอัตราและความคล้ายของภาวะซึมเศร้าที่เกิดในชนิดของผู้ป่วยเบาหวาน, เพศ, แหล่งของประชากร, วิธีประเมินภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการศึกษา จากการศึกษาพบว่ามี 42 เรื่องที่นำมาใช้ โดย 20 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 48) ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เป็นเบาหวานร่วมอยู่ด้วย ในการศึกษาที่มีการควบคุม ค่า odds ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเบาหวานเป็น 2 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เป็นเบาหวาน (OR = 2.0 95% CI = 1.8-2.2) และไม่พบความแตกต่างในเพศ, ชนิดเบาหวาน, แหล่งประชากร, หรือวิธีการประเมิน ความชุกของการเกิดโรคร่วมของภาวะซึมเศร้าพบในผู้หญิงที่เป็นเบาหวาน (คิดเป็นร้อยละ 28) สูงกว่าในผู้ชายที่เป็นเบาหวาน (คิดเป็นร้อยละ 18) อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาที่ไม่ควบคุม (คิดเป็นร้อยละ 30) ซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาที่ควบคุม (คิดเป็นร้อยละ 21) การศึกษาในคลินิก (คิดเป็นร้อยละ 32) ซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาในชุมชน (คิดเป็นร้อยละ 20) และเมื่อประเมิน โดยแบบสอบถามรายงานส่วนตัว (คิดเป็นร้อยละ 31) ซึมเศร้าสูงกว่าผู้สัมภาษณ์ได้วินิจฉัยและตรวจมาตรฐานแล้ว (คิดเป็นร้อยละ 11) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเกิดเบาหวานเป็น 2 เท่าของการเกิดโรคร่วมกับซึมเศร้า การประเมินความชุกขึ้นอยู่กับตัวแปรทางระเบียบวิธีวิจัยและทางคลินิกหลายตัว

จิน เอ็ม ลอเรนซ์, เด็บบรา เอ แสตนด์ฟอร์ด และคณะ (Jean M, Lawrence, Debra A Standiford, Beth Loots, Georgeanna J. Klingensmith, Desmond E. Williams, Andrea Ruggiero, Angela D. Liese, Ronny A. Bell, Beth E. Waitzfelder and Robert E. Mckeown) (68) ได้ศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของอารมณ์ซึมเศร้าในคนหนุ่มสาวที่เป็นเบาหวาน วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อค้นหาอารมณ์ซึมเศร้าในคนหนุ่มสาว ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์กับ

ชนิดและระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน โดยวัดระดับฮีโมโกลบิน (HbA1c) และความถี่ของการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวาน(DKA) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำการศึกษาในคนหนุ่มสาวจำนวน 2,672 ราย (อายุ 10-21ปี) ซึ่งเป็นเบาหวานมาระยะเวลาเฉลี่ย5ปี ซึ่งวัดฮีโมโกลบิน(HbA1c) และให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลประชากรและระยะเวลาการเป็นเบาหวานและการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด น้ำตาลในเลือดต่ำ การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเข้ามาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเก็บข้อมูลเป็นเวลา 6เดือน ระดับของอารมณ์ซึมเศร้าวัดโดยใช้หลักเกณฑ์ทางระบาดวิทยาในการศึกษาโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า(CES-D) ผลการศึกษาพบว่าในวัยหนุ่มสาว มีร้อยละ 14 ที่มีคะแนนซึมเศร้าระดับปานกลาง(CES-D 16-23) และร้อยละ 8-6 อยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรง (CES-D \geq 24) ในผู้หญิงจะมีค่าคะแนนสูงกว่าผู้ชาย หลังการปรับปัจจัยประชากร และระยะเวลาเป็นเบาหวานแล้ว จะพบว่า ความซุกของอารมณ์ซึมเศร้า ในผู้ชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่2 มากกว่าชนิดที่1 และในผู้หญิงที่เป็นหลายโรคร่วมจะมีซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคร่วม ค่าเฉลี่ย HbA1c สูงกว่า และความถี่การมาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้า ความซุกของอารมณ์ซึมเศร้าในคนหนุ่มสาวที่เป็นเบาหวานจะคล้ายคลึงกับคนหนุ่มสาวที่ไม่เป็นเบาหวาน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรคัดกรองคนหนุ่มสาวที่เป็นเบาหวานว่ามีอารมณ์ซึมเศร้าร่วม โดยเฉพาะคนหนุ่มสาวที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดี มีประวัติมารักษาที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่2และผู้หญิงที่มีหลายโรคร่วมอยู่ด้วย

อลิซาเบท เอช บี ลิน, เวย์น คาทอน และคณะ(Elizabeth H.B.Lin, Wayne

Katon, Greg E. Simon, Evette J. Ludman, Michael Von Korff, Bessie Young, Paul

C. Ciechanowski, Leslie and Edward Walker) (69) ได้ศึกษาอิทธิพลของการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อการสำรวจผลของการบริหารจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาผู้ป่วย 329 ราย ที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ9แห่ง สุ่มเพื่อมาบำบัดโรคซึมเศร้าร่วม(การบำบัดด้วยยา, การบำบัดโดยการแก้ปัญหา หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน) หรือการบริการปฐมภูมิตามปกติ (บริการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติเป็นประจำ) การวัดผลได้รวมบทสรุปของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง(SDSCA) รายงานที่จุดเริ่มต้น3, 6 และ 12 เดือน และการใช้ยาแบบไม่ติดขามีการประเมินโดยแผนกเภสัชกรรม ซึ่งมีการใช้ยาเบาหวาน ยาลดไขมัน และยากกลุ่มเอ ซี อี ไอ อินฮิบิเตอร์ เราใช้รูปแบบสมการถดถอย ที่ปรับแล้วสำหรับความแตกต่าง ณ จุดเริ่มต้น กับการเปรียบเทียบ ด้วยกลุ่มที่ดูแลปกติตามระยะเวลาที่ประเมิน ผลการศึกษาพบว่าในระหว่าง12เดือน ผลการดูแลภาวะซึมเศร้าที่สูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเบาหวานที่ศึกษา(โภชนาการที่ดี, กิจกรรมทางกาย, หรือการเลิกสูบบุหรี่) ความสัมพันธ์ต่อกลุ่มที่ดูแลปกติมีการ

ลดลงน้อยในค่าดัชนีมวลกาย(แตกต่างกันเฉลี่ย 0.70kg/m^2 , 95%CI, 0.17 to 1.24kg/m^2) และอัตราสูงขึ้นต่อการใช้น้ำตาล(แตกต่างกันเฉลี่ย $=-6.3\%$, 95%CI, -11.91% ถึง -0.71%) มีความสัมพันธ์ต่อขนาดไขมันและขนาดความดัน คือสอดคล้องกันทั้ง 2 กลุ่ม จึงสรุปว่า การดูแลเบาหวานด้วยตนเองโดยทั่วไปไม่ดีขึ้นในกลุ่มบำบัดภาวะซึมเศร้าที่สูง ระหว่าง 12 เดือน ยกเว้นความสำคัญทางคลินิกที่มีความแตกต่างกลุ่มน้อย งานวิจัยมีความจำเป็นต้องประเมินการปฏิบัติดูแลตนเองการตรวจพิเศษอื่นนอกจากการดูแลภาวะซึมเศร้าที่สูง จึงสามารถดูแลได้อย่างดีมากขึ้น ในผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้าและเบาหวาน

รอย เอ และรอยเอ็ม (Roy A. Roy M) (70) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเบาหวานชนิดที่ 1 ของชาวอเมริกัน-แอฟริกัน โดยตรวจสอบอาการซึมเศร้าและความสัมพันธ์ในผู้ป่วยชาวชาวอเมริกัน-แอฟริกันที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 581 ราย ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อพยาธิสภาพตาเข้าร่วมประเมินด้วย การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การตรวจตา ตรวจเลือด และใช้แบบวัดความซึมเศร้า (Beck Depression Inventory (BDI) พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 26.9% ที่มีคะแนน BDI > 14 มีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่ว่างงาน มีการศึกษาน้อย สภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี และรายได้ครอบครัวและรายได้ส่วนตัวที่น้อยกว่าผู้ที่มี BDI น้อยหรือเท่ากับ 14 ดังนั้นผู้ป่วยที่ BDI > 14 มีการส่งผลไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางตา และเสียค่าใช้จ่ายเมื่อมีความทุพพลภาพ ตัวแปรเบาหวานและปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในผู้ป่วยชาวอเมริกัน-แอฟริกันที่เป็นเบาหวาน

เพอเวอร์ เอฟ, เบคแมน เอ ที และคณะ (Pouwer F, Beekman AT, Nijpels G, Dekker JM, Snoek FJ, Kostense PJ, Heine RU, Deeg DJ.) (71) ได้ศึกษาอัตราและความเสี่ยงของโรคร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุในชุมชน เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กับผู้ที่สุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุม ใช้จำนวน 3,107 ราย เป็นชาวคัทซ์ อายุระหว่าง 55-85 ปี วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้คะแนน CES-D ที่มากกว่า 15 วินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 จากประวัติและข้อมูลผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ตรวจพบเบาหวานจำนวน 216 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 ความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่เป็นเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร้อยละ 20 แต่ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานร้อยละ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดีร้อยละ 9 วิเคราะห์ถดถอยในผู้ที่เป็นเบาหวานพบว่าอยู่เป็นโสด, เพศหญิง มีข้อจำกัดการแบ่งหน้าที่ การได้รับสนับสนุนเครื่องมือและการควบคุมตำแหน่งภายนอกซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้าที่สูง บทสรุปพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีโรคร่วมข้อจำกัดทางหน้าที่ การเกิดโรคเรื้อรังร่วมกัน เป็นตัวสำคัญในการ

เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2การค้นพบทำให้แพทย์และนักวิจัยพิสูจน์ กลุ่มที่เสี่ยงสูง และหาโปรแกรมป้องกันและรักษาต่อไป

บัลโด วิเดลลา เอ็ม, อูบา แลมบริช เจ และคณะ(Bundo Vidiella M,Auba Llambrich J,Massons Cirera J,Trilla Soler MC,Perez Villegas R and Perez del Campo AM.) (72) ได้ศึกษา ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในเบาหวานชนิดที่2 มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า และระดับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 เพื่อเปรียบเทียบการเกิดพยาธิสภาพทาง จิต กับตัวแปรต่างๆ ผลลัพธ์ของกลุ่มเบาหวานกับกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน โดยการศึกษาแบบ crossover study ที่The Ronda Prim Health Centre,Mataroศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกควบคุมจาก4 ใน6หน่วยบริการพื้นฐานของศูนย์ดังกล่าว กลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วยผู้ป่วย85ราย ที่มายังศูนย์ สุขภาพ จับคู่เพศ,อายุ,และหน่วยบริการพื้นฐาน 2กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในระดับเศรษฐกิจและ สังคม สถานภาพสมรสและหน้าที่การงาน ผลการศึกษาใช้แบบทดสอบStai test เพื่อวัดความวิตก กังวลและ the Beck oneเพื่อวัดความซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ27 เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ47(P=0.001) สำหรับกลุ่มเบาหวานภาวะซึมเศร้าและระดับ ความกังวลที่พบไม่มีความสัมพันธ์กับความยาวของการพัฒนาเบาหวาน การรักษาเบาหวานและ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การแสดงผลเทคนิคการวิเคราะห์ตนเองและการควบคุมน้ำตาล ดังนั้นจึง สรุปว่า กลุ่มเบาหวานที่ศึกษาพบความชุกของพยาธิสภาพทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยไม่มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลและตัวแปรที่ เกี่ยวข้องกับเบาหวาน

มหาวิทยาลัยวอชิงตัน(University of Washington)(73) กล่าวถึงโรคเบาหวานกับ ภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้มีคนตายสูงกว่าเป็นเบาหวานอย่างเดียว การศึกษาในวอชิงตันมากกว่า3 ปีตีพิมพ์ในสมาคมเบาหวานชาวอเมริกันชื่อDiabetes care โดยผู้วิจัยแห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตันและ องค์กรสุขภาพได้สำรวจและติดตามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2จำนวน4,154ราย ได้กรอกแบบสอบถาม คำยินยอมของผู้ป่วยในการวินิจฉัย ตรวจสอบผลปฏิบัติการและข้อมูลทางยาที่บ้านที่จากองค์กร HMO ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การตายภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานพบว่า ภาวะซึมเศร้ามักพบในเบาหวานชนิด ที่2 ความชุกที่สูงทำให้เกิดผลที่ไม่คาดคิด ทั้งภาวะซึมเศร้ามากและน้อยในผู้ป่วยเบาหวานมี ความสัมพันธ์ชัดเจนกับการตายที่สูงขึ้นเพราะทั้งพฤติกรรมและชีวเคมี มีความสัมพันธ์ในเหตุและ ผลต่อภาวะซึมเศร้า Dr.Wayne Katon,professor and vice of the UW Department of Psychiatry and Behavioral Science,led the recent study ได้ศึกษาระหว่างภาวะซึมเศร้า การชราภาพ และ โรคเรื้อรังและต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และบุคลากรจากการไม่รักษาหรือไม่เพียงพอต่อ

การรักษาภาวะซึมเศร้า ที่มียาประกอบด้วย Drs.Carolyn Rutter,Greg Simon,Elizabeth Lin,Evette Ludman,and Michael Von Korff จากองค์กรสุขภาพ,Dr.Paul Ciechanowski ,Uw assistant professor of psychiatry and Behavioral sciences;Dr.Leslie Kinder จาก the Veterans Affairs Puget Sound Health Care System;and Dr.Bessie Young from the UW Department of Medicine การศึกษาของDrs. Caron ก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าและเบาหวานมักจะไม่วางใจและ ไม่ออกกำลังกายหรือเชืกระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสั่งยาเบาหวาน ยาลด ไขมัน และยาลดความดันโลหิต โดยผู้ที่มึภาวะซึมเศร้าและเบาหวานมักจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ มากกว่าหรือเท่ากับ3อย่างเช่น การสูบบุหรี่ ความอ้วนและวิถีชีวิตที่น้่งนอน เมื่อเปรียบเทียบกับเป็น เบาหวานอย่างเดียว ผู้ป่วยที่มีทั้งซึมเศร้าและเบาหวานมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการมีภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคหัวใจ หัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้าอาจเพิ่มภาวะแทรกซ้อน ไม่เพียง เพราะการดูแลตนเองไม่ดี แต่รวมถึงความผิดปกติของระบบประสาทและสมองที่ก่อให้เกิดซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ หรืออาการทางกาย เช่นปวดเรื้อรัง การมีเส้นประสาทถูกทำลายจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ซึมเศร้าน้อยกว่าและมักเป็นชาวคอ เเคเซียน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ซึมเศร้า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีซึมเศร้ามากกว่ามักจะมี อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบน้อยในผู้ที่แต่งงานแล้ว และเพศหญิงจะซึมเศร้านักกว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยที่ซึมเศร้านักและน้อยมีผลต่อเบาหวานโดยเฉพาะการสูบ บุหรี่ การอยู่เฉย ความอ้วน และผู้ที่รักษาด้วยอินซูลินเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีซึมเศร้า น้อยกว่า ในขณะที่ผู้ที่ซึมเศร้านักกว่าจะพบได้ในผู้ที่อายุน้อยกว่า เพศหญิงและว่างงานผู้วิจัย ชี้ให้เห็นว่าวิถีชีวิตที่อยู่เฉยๆเป็นตัวสำคัญเกี่ยวข้องที่จะทำนายการตายจากเบาหวาน การศึกษา ก่อนหน้านี้ได้แสดงว่าการขาดการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ทำให้เกิดการซึมเศร้าและภาวะ ซึมเศร่าก่อให้เกิดวิถีชีวิตที่อยู่เฉยๆ การศึกษาอื่นๆแสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงวิธีการรักษาซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวานโดยการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายนี้เพิ่มมากขึ้น การค้นพบอัตราการตาย ของผู้ป่วยเบาหวานที่ซึมเศร้าที่สูง เช่นเดียวกับพบในการศึกษาหลายฉบับ เกี่ยวกับโรคหัวใจและ ซึมเศร้าและอาจชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ที่สำคัญในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะซึมเศร่ามี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการตายถึง2เท่า ยิ่งไปกว่านั้นโรคหัวใจหลอดเลือดเป็นสาเหตุ ชักนำไปสู่การตายในผู้ป่วยเบาหวาน มี70-80%ที่ผู้ป่วยเบาหวานตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยทางชีววิทยาอาจนำมาใช้เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร่ากับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจวายหรือ โรคหลอดเลือดในสมองแตกเพิ่มขึ้น

เปเรอท เอ็ม และรูบิน อาร์อาร์ (Peyrot M and Rubin RR) (74) ได้ศึกษาความคงอยู่ของ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีวัตถุประสงค์เพื่อหาระดับและรูปแบบของอาการซึมเศร้าที่ยังคง

อยู่ในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานและพิสูจน์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดที่สูงขึ้นต่อการมีอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัด Self-report depression symptom inventory ในผู้ป่วย 245 รายที่จุดเวลาทั้ง 2 แบบคือจุดเริ่มต้นและสิ้นสุด โปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยนอกที่เป็นเบาหวานและติดตามที่ระยะ 6 เดือน ผลการศึกษาพบเพียงร้อยละ 13 ที่มีอาการซึมเศร่ายังคงอยู่ (ใช้เกณฑ์บันทึกอาการซึมเศร้าที่ 3 จุดเวลา) อัตราการเกิดซึมเศร้าในช่วงติดตามพบว่าผลลบต่ออาการซึมเศร่าย้อยละ 10 ที่เวลาเริ่มต้น ผลบวกต่อความซึมเศร่าย้อยละ 36 ที่เวลาเริ่มต้นและผลบวกทั้ง 2 เวลาคิดเป็นร้อยละ 73 ($P < 0.0001$) ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในอาการซึมเศร่านี้ยังคงอยู่คือไม่สามารถเรียนจบชั้นอุดมศึกษา มีอาการแทรกซ้อนของเบาหวานมากกว่า 2 อย่าง และไม่สามารถรักษาด้วยอินซูลิน บทสรุปคือ อาการซึมเศร้าที่ยังคงอยู่ ทำให้เกิดจำนวนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในผู้ใหญ่และสามารถทำนายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างง่ายระหว่างเริ่มต้น พบปัจจัยเสี่ยงในการทำให้อาการซึมเศร่ายังคงอยู่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ชั่วคราวและมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดมิติทางชีววิทยา

โกลดี อาร์ดี,ฟิลลิปส์ พีเจและคณะ (Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ and Wilson DH) (2004) (75) ได้ศึกษาความชุกของโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต โดยใช้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากร ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ในผู้ที่อาศัยอยู่ในออสเตรเลียแถบใต้ โดยสัมภาษณ์จำนวน 3,010 ราย โดยผู้ที่สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรม ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเบาหวานและผลการเปรียบเทียบภาวะเบาหวานและซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตได้นำมาวัดพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรเบาหวานมีร้อยละ 24 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 17) ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36) ในผู้ที่เป็นเบาหวานที่ทุกข์มากกับผู้ที่ไม่ซึมเศร้า วิเคราะห์เสริมโดยเปรียบเทียบทั้งผู้ที่เป็นเบาหวานและมีซึมเศร่ากับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานและซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างในผลคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประชากรที่ซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ บทสรุปคือภาวะซึมเศร้าที่เป็นเบาหวานมีความสำคัญของการร่วมที่ต้องการบริหารจัดการดูแล เพราะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

บราวน์ และ โจนธาณ บี (Brown and Jonathan B) (76) ศึกษาความชุกของการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรขนาดใหญ่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและประเมินภาวะซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ได้ศึกษาความชุกในสมาชิกที่เข้าร่วมรณรงค์สุขภาพจำนวน 16,180 ราย ในปี 1999 ที่มีกรวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบสมาชิกที่ไม่เป็นเบาหวาน โดยจับคู่กับอายุและเพศ ซึ่งใช้ฐานข้อมูลที่วินิจฉัยและบันทึกไว้จาก The Kaiser Permanente Northwest Region's electronic medical record วิเคราะห์โดย multiple logistic regression ซึ่งปรับความชุกโดยประมาณในการเกิดโรคหัวใจ อายุ เพศและน้ำหนักตัว ผลการศึกษา

พบว่าภาวะซึมเศร้าพบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ(ร้อยละ17.9 กับ ร้อยละ11.2, $P<0.001$) ผู้หญิงทั้ง2กลุ่ม มีซึมเศร้าเป็น2เท่าของผู้ชาย ความแตกต่างความชุกของภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็นเบาหวานพบมากกว่าในผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย และมีการศึกษาก่อนหน้าระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับความอ่อน และมีความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง

ซาง เอ็ก ,นอร์ริส เอสแอลและคณะ(Zhang X,Norris SL, Gregg EW, Cheng YJ, Beckles G and Kahn HS.) (77) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าและการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวาน และไม่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลระยะยาว จากการศึกษาติดตามทางระบาดวิทยาในโครงการNHANES I ในปี ค.ศ.1982-1992พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ได้สังเกตในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน หลังจากผลดังกล่าวได้ควบคุมตัวแปรทางลักษณะประชากร สังคม วิถีชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน ประเมินโดย Centers for Epidemiologic Studies Depression(CES-D) คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ16มีร้อยละ54 จะมีการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า16($P<0.004$) หลังจากผู้เสียชีวิตระหว่างปีที่ติดตามผู้ป่วยได้ตัดออกพบว่า การเสียชีวิตยังคงสูงกว่า เมื่อ CES-D ระหว่าง16กับ21 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างซึมเศร้ากับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประชากรที่ไม่เป็นเบาหวาน การวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าเบาหวานมีผลต่อความเครียดและการเสียชีวิต น่าจะมีการสาธิตสังเกตกลุ่มย่อยมากกว่าประชากรใหญ่เมื่อตรวจพบผลของภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิต

ลัสแมน พีเจ,คลูซ อารีโอและคณะ(Lustman PJ, Clouse RE, Griffith Ls, Carney RM and Freedland KE) (78) ได้ศึกษาการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเบาหวาน โดยใช้แบบวัดBeck Depression Inventory(BDI) เพื่อค้นหาผู้ที่มีรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นเบาหวาน172ราย(IDDM 59ราย หรือ NIDDM 113ราย) ใช้คะแนนBDI นำมาคำนวณการวัด21ตัว ประเมินCognitive(13ตัว) และวัดกลุ่มอาการทางกาย(8ตัว) การเกิดภาวะซึมเศร้าถูกค้นหาโดยใช้เกณฑ์ตามตามDSM-III-R (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ใช้มาตรฐานและคัดกรองโดยใช้ ROC (Receiver operating characteristic) ผลการศึกษาโดยใช้BDI 21 ตัวในการประเมินCognitive และอาการทางกาย($P<0.0005$) คะแนนBDI โดยรวมระหว่าง12 และ 14 บวกถึงSensitivity(0.90-0.82), Specificity(0.84-0.89) , cutoff score > หรือเท่ากับ16รวมทั้งหมด21 ตัว แสดงที่สมดุลที่ดีระหว่างความไวและค่าการทำนายเชิงบวก พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีอัตรา ร้อยละ20 คะแนนที่ตัดออกน่าจะมียามากกว่าร้อยละ70ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก และ

เตรียมร้อยละ70ที่ถูกคัดกรองทางบวกมีโรคทางจิต ผลสรุป คะแนน BDI เป็นตัวคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในการวัดMajor Depressionในผู้ป่วยเบาหวาน

แบลค เอส เอ (Black SA) (79) ได้ศึกษาการเพิ่มภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วมของภาวะซึมเศร้าในชาวอเมริกันแถบแมกซิกันที่อายุมากขึ้น เก็บข้อมูลและวัดจากThe Hispanic Established Population for the Epidemiologic โดยหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะสุขภาพเรื้อรังจากโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความพิการ การใช้บริการสุขภาพและการใช้จ่ายในผู้สูงอายุเบาหวานชาวอเมริกัน-แมกซิกัน จำนวน636ราย โดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นเบาหวานจำนวน2,196ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ได้มีรายงานคิดเป็นร้อยละ31.1 มีระดับความซึมเศร้าสูง ความเสี่ยงของโรคร่วมในโรคmyocardial infarction,hypertension,arthritis,and anginaเป็นตัวก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พิการทางหน้าที่ ขาดการบังคับตนเอง ความบกพร่องทางสายตา ภาวะทางสุขภาพในการดูแลไม่ดี และการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน อัตราที่พบสูงในผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานที่ซึมเศร้า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีภาวะทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางลักษณะประชากรทางสังคมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอพยพโยกย้าย และการจัดการค่าครองชีพ สรุปได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมในผู้สูงอายุเบาหวานชาวอเมริกัน-แมกซิกันมีความเกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคมมากกว่าที่พบในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ซึมเศร้าหรือซึมเศร้าแต่ไม่เป็นเบาหวาน และมีความสัมพันธ์ทางซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หน้าที่บกพร่องและการใช้บริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน

โนเลอร์และวิลเลียม ซี(Knowler and William C) (80) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับภาวะซึมเศร้าและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในชาวอินเดียแถบพิม่า เนื่องจากมีการศึกษาน้อย ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างซึมเศร้ากับเบาหวานศึกษาจำนวน 541ราย ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ18ปี (แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน192รายและผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานจำนวน 349ราย) โดยสำรวจในช่วงกันยายน ค.ศ.2002 ถึง กุมภาพันธ์ ค.ศ.2003)ซึ่งภาวะซึมเศร้าถูกกำหนดด้วยอาการที่บ่งบอกภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า5อาการภายในมากกว่าหรือเท่ากับ 2สัปดาห์ซึ่งประเมินด้วย PRIME-MD(Mood Model in the Primary Care Evaluation of Mental Disorders)และภาวะเบาหวานถูกทดสอบด้วยการทำglucose tolerance test(โดยกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 7mmol/l หรือกลูโคสในเลือดที่2ชั่วโมงมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 11.1 mmol/l)

หรือการวินิจฉัยทางการแพทย์อื่นๆ การหาความชุกของภาวะซิมเสร์้าได้ร้อยละ16.3(แบ่งเป็นผู้หญิงร้อยละ18.7และผู้ชายร้อยละ12.6,P=0.06) โดยทั้ง2เพศมีความชุกของภาวะซิมเสร์้าสูงในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย(แบ่งเป็นผู้ชายซิมเสร์้า17.2ในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ10.9 ผู้หญิงซิมเสร์้า20.2ในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ17.6) ถึงแม้ว่าความแตกต่างนี้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(จากตัวอย่างทั้งหมด, ค่าodds ratioที่ได้ปรับอายุและเพศแล้วมีค่า1.3(95%CI 0.72-1)ในผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย มีค่าHbA1c สูงกว่าโดยมีภาวะซิมเสร์้าร้อยละ1.2 (ทั้งหมด9.3มีภาวะซิมเสร์้าร้อยละ8.1,P<0.01) ถึงแม้ว่าภาวะซิมเสร์้าจะไม่มีความสัมพันธ์กับHbA1c ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน(5.2มีภาวะซิมเสร์้าร้อยละ5.3%, P=0.2)ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์โดยใช้Multivariate linear regression modelประกอบด้วยตัวแปรอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และดัชนีมวลกาย (HbA1c มีค่าสูงกว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเสร์้าร้อยละ1.1 P=0.01) กลูโคสในเลือดของอาการอดอาหารจะยังคงสูงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้าแต่ละราย(10.2กับ9.5 mmol/L,P=0.3)ถึงแม้ว่าการศึกษาในชุมชนพื้นเมืองอเมริกันจะมีข้อจำกัด การค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอนี้ก่อนหน้าว่า ภาวะซิมเสร์้ามีความชุกในชนพื้นเมืองอเมริกันมากกว่าประชากรอเมริกันทั่วไปหลายเท่า การศึกษานี้ยังขาดความแม่นยำการประเมินความสัมพันธ์ซิมเสร์้าในผู้ป่วยเบาหวานเพราะขนาดตัวอย่างน้อย(541รายเมื่อเปรียบเทียบกับ21,513 ถึง 1.3ล้านคนในรายอื่นๆ) ความชุกของภาวะซิมเสร์้าที่สูงในการศึกษานี้ทำให้แน่ใจว่ามีปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมหรือเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเสร์้า

โคเวค เอ็ม, โกลสตัน ดีและคณะ(Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, and Bonar LK) (81) ได้ศึกษาโรคทางจิตเวชในวัยรุ่นสาวที่เป็นเบาหวานชนิดIDDM โดยใช้การศึกษาแบบ longitudinal, naturalistic design ในกลุ่มที่มีอายุ8-13ปี ที่เริ่มเป็นเบาหวานจากการวินิจฉัยครั้งแรก มีการประเมินซ้ำโดยใช้semistructured interview and diagnosed by operational criteria ผลการศึกษาพบการเป็นเบาหวานในปีที่10 และอายุเฉลี่ยที่20ปีพบว่าเกิดอาการทางจิตร้อยละ47.6 กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตพบmajor depression, conduct, and generalized anxiety disordersคิดเป็นอัตราสูงกว่าโรคอื่น ๆ ร้อยละ27.5 อัตราอุบัติการณ์ที่สูงที่สุดอยู่ระหว่างภาวะการให้การรักษาในปีแรก พยาธิสภาพทางจิตที่ได้รับจากมารดา ปัจจัยในผู้ป่วยและภาวะซิมเสร์้าจากแม่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เจาะจงสัมพันธ์กับภาวะซิมเสร์้า สรุปได้ว่าอัตราการเกิดโรคส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์สูงของภาวะซิมเสร์้าในวัยรุ่น และโรควิตกกังวลในวัยรุ่นผู้ใหญ่

โนช เจอช , ปาร์ค เจ เคและคณะ(Noh JH, Park JK, Lee HJ, Kwon SK, Lee SH, Ko KS, Rhee BD, Lim KH, and Kim DJ) (82) ได้ศึกษาอาการซิมเสร์้าของเบาหวานชนิดที่2ที่รักษาด้วย

อินสุลินเปรียบเทียบกับเบาหวานที่ใช่ยาเกิน โดยใช้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่2ที่มีรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 204ราย โดยใช้แบบวัดBDI (Beck depression inventory)และประเมิน อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ไขมันในเลือดและประวัติทางสังคมที่เกี่ยวกับสถานภาพการสมรส ภูมิหลังทางอาชีพและการศึกษา โดยการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเบาหวานนำมาประเมินโดยการตรวจร่างกายและบันทึกทางการแพทย์ และตัดผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ใช้ยาออกจากการทดลอง กลุ่มที่ใช้อินสุลินคือรักษาด้วยยาเกินร่วมกับอินสุลินและรวมกับกลุ่มที่ใช้อินสุลินอย่างเดียวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าคะแนนBDI มากกว่าหรือเท่ากับ16มีจำนวนร้อยละ32.4เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาเกินและกลุ่มที่ใช้อินสุลิน พบความถี่ของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(โดยกลุ่มที่ใช้อินสุลินร้อยละ48,กลุ่มกินยาร้อยละ27.3, $P<0.01$)และคะแนนBDI ที่สูงกว่า(โดยกลุ่มอินสุลินร้อยละ 16.6 ± 10.7 , กลุ่มยาเกิน 12.6 ± 8.7 , $P<0.01$)หลังจากปรับด้วยปัจจัยทางสังคม ระดับการเพิ่มน้ำตาลในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานกลุ่มที่ใช้อินสุลินจะมีความถี่ของความซึมเศร้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(odds ratio4.38,95%CI 1.66-11.6 , $P=0.003$)เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กินยา