

主題論文

憂鬱與糖尿病:最小心理衛教之應用

邱靜如¹、邱予妍²

對於慢性病與憂鬱症的關聯，國內外的研究均指出，罹患慢性病是憂鬱症的主要原因之一[1]，而且根據統計，大約有 1/4 的慢性病病患者有憂鬱的現象，其中約 6%~14%(在某些疾病會高達 20%)已達重度憂鬱症的程度，和一般未罹患慢性病者 3%~5%的憂鬱症比例相較之下高出許多[2]。憂鬱很顯然地會使得慢性病更難復原甚至更容易惡化。

以糖尿病患者來說，在得知診斷後，要面對許多調適，包括必須學習有關糖尿病的複雜知識、控制飲食、規律運動、服用或注射藥物，並且不只是短期監測和因應糖尿病的狀況，而是要在一生中未來的日子裡都持續這麼做。如果這些事情不會帶來內心衝突、不需要克制慾望、用不著勉強自己、不是永無止境，可能會容易些，但事實卻是它們同時具有這些令人為難的性質，也為什麼日復一日累積很多負面情緒甚至衍生成憂鬱症狀，這也就是糖尿病患者要與糖尿病共同生活的心理挑戰。

老年糖尿病併發憂鬱症的人中，患病率在憂鬱症臨床定義範圍從 14% 至 17% 不等[3]，早期憂鬱症的症狀篩檢和治療憂鬱症是重要的，在糖尿病老年人中，從中防止或打破疾病與憂鬱症的惡性循環，畢竟憂鬱症在早期往往不易被發現[4]。對於憂鬱症的治療方法多半是服用抗憂鬱藥物，直到近期有相關研究指出心理介入方法對憂鬱症功效不雅於服用抗憂鬱藥[5]，之後研究才陸續開始投入心理介入研究，並在嚴重憂鬱症上證實效果[5]，但若能在接受早期疾病護理時盡早發現，就能對初期憂鬱進行妥善的心理介入，不但能減緩憂鬱惡化，並能節省後續醫療資源的浪費情形，這才是心理介入不斷地被研究的原因。

關於對憂鬱症心理介入的方法，有相關研究指出認知療法（CT）似乎和抗憂鬱藥一樣對於治療輕度和中度抑鬱症與憂鬱症方面有效。此外，認知療法能維持較久的效果[6]。也越來越多文獻讓大眾認識此方法，患憂鬱症慢性病的老人若受到社會心理支持，是可以提高其應對技能的，如自我管理方法[7, 8]。對第二型糖尿病患者來說，認知行為的研究，與糖尿病管理教育是一種有效的治療憂鬱症的方法[9]。已有研究證實自我管理的方法實驗在慢性阻塞性肺病的患者可以提高患者的健康狀況，減少住院率。許多研究都依賴於臨床案例或者其他方便取樣，來得到同時罹患憂鬱症和糖尿病合併症條件下，憂鬱症與臨床疾病的關係，例如：血糖控制指標，憂鬱症在臨床上案例比社區

¹ 國立成功大學老年學研究所助理教授。

² 國立成功大學老年學研究所碩士班學生。

普遍，但是最近一些人口研究已經證實社區居民的憂鬱狀況不容小覷[10]。

對於第二型糖尿病患同時有憂鬱症者，其糖尿病併發症狀會比沒有憂鬱症的糖尿病患更多[11]，憂鬱症對身體帶來負面的影響會造成病患糖化血色素值持續攀高及使中樞神經降低對血糖控制的敏感度[12]，糖尿病本身也會因為血糖控制不佳帶來負面情緒造成消極的憂鬱症狀，由於糖尿病與憂鬱症相互的負面影響甚大，解決憂鬱症的症狀才是眼前最重要的，提高患者自我管理保健行為，從而有助於減少糖尿病症狀和情緒困擾[13]。最近的一項研究結果表明非藥物治療憂鬱症，如認知行為治療和共同照護可以減少憂鬱症狀，但血糖控制部分還未有進一步結果[14]。越來越多的證據指出醫療工作人員是可以為憂鬱症部分做一些精神心理介入的培訓。並有研究已經表明，以護士為主導的最小心理介入（MPI）包含認知行為治療（CBT）和自我管理原則減少憂鬱症狀，並改善通用於中老年人的生活品質（SF-36）及糖尿病合併抑鬱症狀狀況[15, 16]。

此外，社會支持對於糖尿病患的憂鬱情緒之改善，是另一個值得注意的方式，心理社會因素是老年憂鬱症之居中調節因素，因此不容忽視。在一些長期研究顯示，自我效能感較差的老年人遇重大生活事件時，其生理狀況易變差，也易出現憂鬱症狀[17]。在社會支持方面，在年齡的增加之時，其社會網路系統漸漸地簡化，能提供社會支持的人們隨之減少，憂鬱症的可能性便提高了。根據調查病患人際關係的互動方面，如果病患沒有接受糖尿病護理衛教，就不會獲得足夠的關切[18]。也不太受注意病患在家族和其他領域的所扮演的角色，在糖尿病護理中社會支持的方式似乎是至關重要的，提高糖尿病患者自我保健的興趣，並幫助改善糖尿病症狀及增加個人對生活認知態度[19]。

不論是心理介入或是社會支持，以及醫院的疾病衛教，不外乎就是為了改善現有醫療過度使用但疾病卻仍不見成效的狀況，雖然以上提及的相關研究已開始探討如何能運用心裡介入在慢性病患上，給予初期憂鬱症幫助使其得到改善，不過由於算是很新的議題，研究篇幅並不多，且成效也還不成熟，因此也讓Lamers等人[16]想更深入探討，對此議題貢獻數篇相關研究，不斷調整，結合認知行為與自我管理，提出以護士為先驅主導最小心理介入(MPI)，有別於一般醫療只提供對於疾病的照護知識，針對心理層面做衛教，提升病患生活品質，教育病患自我管理為目標，這在疾病的照護上是一個新的里程碑，打破以往侷限的醫療觀念，台灣也是邁向高齡的慢性病社會，若能將此觀念推廣到台灣，並調整成適合的模式推廣，的確讓醫療領域注入更宏觀多元的思維，且能造福飽受憂鬱久病的老年人口。

Lamers 等人於荷蘭之最小心理衛教（MPI）實驗目的是檢視以護士為主導管理的最小心理介入是否可減緩憂鬱症症狀，並改善有糖尿病之老年人生活品質及血糖控制。研究對象為荷蘭南部 89 間診所 60 歲以上第二型糖尿病患，並排除使用抗憂鬱藥或焦慮藥物治療憂鬱症者、目前正在進行心理／精神科

治療者、已知有精神問題（例如：精神分裂症、躁鬱症）者、有嚴重的認知辨識問題者、長期臥床者、等候入住護理之家者、三個月內喪失配偶者、酒精或藥物濫用情形者及荷蘭語不流利者。介入之研究人員為選取四位無特別受過心理健康照護的護士 由心理醫師及心理學家為期四天訓練，教導如何辨別憂鬱症狀，並學習根據自我管理及自我認知原則，介入時將此方法教導病患，並在受訓後由專家進行模擬測驗。郵寄填寫 PHQ-9 量表，並請符合收案條件者簽署同意書，由受訓過的護士進行家庭訪談（MINI 精神診斷）。排除重度憂鬱者，由電腦將病患隨機分成兩組。MPI 組在三個月內完成五個步驟的訪問，平均為四次訪問。USUAL 組進行一般糖尿病衛教。

最小心理介入是以護士主導管理，並以認知行為療法(CBT)和自我管理為基礎理論，由護士到病患家中進行訪問評估，為一個短期的心理介入，每次訪問控制在一小時內，訪問次數因每位病患狀況不同而有所差異，心理學家及精神科醫生經會議討論提出約 10~25 次。一些相關研究表示平均為 4 次介入。目的是教育有憂鬱症之糖尿病患，能了解憂鬱症狀對自身病情帶來之影響，並有能力管理日常生活以控制病情。訪談員培訓由四位不具心理精神相關知識的護士進行受訓，由精神科醫生及心理學家完成為期四天的培訓，在課程中，護士學會了如何檢測憂鬱症，根據如何自我管理和認知行為療法對待病人。培訓結束後進行測試，由醫師及學家與護士模擬包含診斷訪問及運用課程內容，判斷是否成為完全具備管理能力的護士。第一步驟：護士與參與者聊天，了解他的感受和認知和行為。第二步驟：參與者開始每天寫日記，記錄症狀用藥，抱怨的情緒，對生活的想法、憂慮以及與家人朋友的感情聯繫等。第三步驟：參與者面臨的挑戰是他或她的心情連接隨之而來的行為，使用日記紀錄，然後進行自我管理方法介紹。第四步驟：在這個階段，護士探討可能改變他或她的行為，並繪製了行動計劃。第五步驟：對於實現目標的進展進行評估，檢視患者是否真的有執行計畫。以上介入為量身打造，護士可依照病患狀況調整每次訪問的進度，若病患成功地完成了這五個階段，應該是能夠運用自我管理，在與病患協商後，護士可以決定結束介入訪問。

在三個月內完成介入研究後，隔一週進行第一次追蹤，距離介入三個月後第二次追蹤，距離介入九個月後第三次追蹤。追蹤採取郵寄問卷方式，請病患填寫完自我管理問卷後寄回。所有追蹤結束後，取所有參加者的糖化血色素來進行分析。對照組照常進行一般糖尿病衛教，六週後第一次追蹤，並於六週內完成第二次及第三次追蹤。研究結果發現以護士為主導管理的心理介入作用是有效的，但只有限於特定糖尿病患的生活品質。由於只有特定組別受益，如何增加其它各組的效力應加以探討。

Lamer 的研究提供國內糖尿病管理的一個新思維。護理師本身就是第一線最親近民眾的醫療人員之一，很多慢性病患須長時間到醫院看診，而護士經由衛教時段，儼然成為民眾的知識來源及心理支持者，本篇研究以護士為主導進行心理介入，平時衛教多針對疾病部分給予建議，本研究又針對心理憂鬱部分進行探討，我覺得十分適合推廣到台灣醫院社區，畢竟心理疾病不容

小覷，而台灣隨著高齡化社會趨勢，慢性病罹病率只增不減，而慢性病勢必就是長期性需要利用到醫療資源，往往若病情不見起色只好天天往醫院報到，但卻沒有找到真正引起病情不佳的原因，惡性循環也浪費了台灣的醫療資源，陸續許多研究也顯示憂鬱症是慢性病遲遲不見好轉的隱憂之一。有憂鬱傾向的慢性病病人容易出現對病情造成不良的影響，例如：對醫療的配合度降低。動機的缺乏是憂鬱的症狀之一，將使病人出現服藥不規律、抗拒後續追蹤、排斥接受化療等行為等等。

雖然以護士主導的 MPI 能有效減少憂鬱症的症狀和改善病患生活品質，但本研究顯示最小心理介入對於改善糖尿病患生活品質部分只在某些特定的族群。如何增加或調整介入方式才能廣泛應用在普羅大眾中呢？我想研究成效是希望短暫介入能達到減緩憂鬱情形，不過若要普及時間上要拉長，畢竟憂鬱症等心理疾病需要長時間給予支持及開導才能有所成效，對於介入後加入更多次後續追蹤，我想對於病患的支持會更大成效也會更顯著，寫日記的部分上因為台灣高齡長輩多半不識字，若能調整以口頭詢問方式我想能得到更多回收率並且另外潛在的有利影響，對血糖控制的 MPI 的部分應加以探討長期追蹤。

參考文獻

1. 陳俊欽;簡錦標, in *健康世界* 2007.
2. 陳信吉, in *健康世界雜誌* 2010.
3. Pouwer, F., et al., *Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: results from a community-based study*. *Diabetologia*, 2003. **46**(7): p. 892-898.
4. Ormel, J., et al., *Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice*. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. **48**(8): p. 700-6.
5. Wilson, K., et al., *Antidepressants versus placebo for the depressed elderly*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1996, John Wiley & Sons, Ltd.
6. DeRubeis, R.J., et al., *Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. **62**(4): p. 409-16.
7. Hollon, S.D., et al., *Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. **62**(4): p. 417-22.
8. *NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life*. *JAMA*, 1992. **268**(8): p. 1018-24.
9. Lustman, P.J., et al., *Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus A Randomized, Controlled Trial*. *Annals of Internal Medicine*, 1998. **129**(8): p. 613-621.
10. Eaton, W.W., *Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and*

- diabetes*. J Psychosom Res, 2002. **53**(4): p. 903-6.
11. Katon, W., E.H. Lin, and K. Kroenke, *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness*. Gen Hosp Psychiatry, 2007. **29**(2): p. 147-55.
 12. Richardson, L.K., et al., *Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with Type 2 diabetes*. Gen Hosp Psychiatry, 2008. **30**(6): p. 509-14.
 13. Williams, J.W., Jr., et al., *The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients*. Ann Intern Med, 2004. **140**(12): p. 1015-24.
 14. Wang, M.Y., et al., *A systematic review of the efficacy of non-pharmacological treatments for depression on glycaemic control in type 2 diabetics*. J Clin Nurs, 2008. **17**(19): p. 2524-30.
 15. Lustman, P.J., et al., *Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial*. Psychosomatic Medicine, 1997. **59**(3): p. 241-50.
 16. Lamers, F., et al., *Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administered minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomized controlled trial*. J Adv Nurs, 2011. **67**(4): p. 788-99.
 17. Kaplan, R.M. and S.L. Hartwell, *Differential effects of social support and social network on physiological and social outcomes in men and women with type II diabetes mellitus*. Health Psychol, 1987. **6**(5): p. 387-98.
 18. Heitzmann, C.A. and R.M. Kaplan, *Interaction between sex and social support in the control of type II diabetes mellitus*. J Consult Clin Psychol, 1984. **52**(6): p. 1087-9.
 19. Frasure-Smith, N., et al., *Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction*. Circulation, 2000. **101**(16): p. 1919-24.