

บทความพินิจวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ชัชวาล วงศ์สารี*¹ และ สายสมร เฉลยภิตติ²

¹วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ²วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงจำนวนมากกว่า 75,500 คน ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่หนึ่งในผู้สูงอายุเพศหญิงและเป็นปัญหาสุขภาพลำดับที่สามของผู้สูงอายุเพศชาย โดยพบความชุกสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้ ขณะเดียวกันยังพบความชุกที่สูงขึ้นต่อเนื่องในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ด้วย ประเด็นสำคัญในการดูแลภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุของประเทศไทย คือ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ในความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินของอาการซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคนี้น้อยกว่าโรคทางกาย การค้นหาผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแล้วขาดการติดตามเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุคิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงอาการเหมือนคนบ้าวิกลจริตอันทำให้สังคมรังเกียจจึงปฏิเสธการรักษา และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทขาดการเข้าถึงการรักษาหรือบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในความเป็นจริงแล้วภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่องและให้การเฝ้าระวังที่ใกล้ชิด การทำให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมมากที่สุดเท่าที่นั้นถึงจะเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายใต้บริบทของสังคมไทยที่มีจุดเด่นในด้านความกตัญญู รู้คุณ ต่อบุพการี จึงเชื่อว่าการให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทุกมิติของสุขภาพจะมีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์อธิบายบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้พยาบาลได้นำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมครอบครัวสืบต่อไป

คำสำคัญ: ● ผู้สูงอายุ ● ภาวะซึมเศร้า ● บทบาทการพยาบาล ● การมุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เวชสารแพทย์ทหารบก. 2562;72(1):69-77.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 14 ธันวาคม 2562 แก้ไขบทความ 4 มกราคม 2562 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2562

ผู้รับผิดชอบหลัก ชัชวาล วงศ์สารี วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อาคาร 37 ชั้น 3 ถนนอุทองนอก แขวงดุสิต เขตดุสิต กทม. 10300

E-mail: chutchavarn.wo@ssru.ac.th

Subject Review

Nursing care for the Older adult with Depression: Family-centered Care

Chutchavarn Wongsaree*¹ and Saisamorn Chaleoykitti²

¹College of Nursing and Health, SSRU; ²The Royal Thai Army Nursing College

Abstract

Current situation in Thailand, the older people with depression and suicide risk are more than 75,500 people. Depression is the first health problem among female older people and the third most common health problem among older men in Thailand. The highest prevalence in the northeastern and the southern, and while depression in older adult decreased prevalence continues in all areas of Thailand as well. Important issues in the caring of depression that occur with the older adult in Thailand; most people lack awareness of the loss that can be caused by the operation of depressive symptoms, medical personnel pay more attention to the care of this disease than physical diseases, patient search does not cover all areas of the country, older adult entered the treatment system and lacked a follow-up for recurrence, the family members of the elderly think that depression is a mental illness that shows symptoms like insanity, madness, causing social disgust, and live in rural areas, lacking access to treatment or some people do not receive ongoing care. In fact, depression is a disease that requires constant treatment and provides close monitoring. Only making the most involved in the family will be effective in caring for older adult with depression. Under the context of Thai society that has a strong sense of gratitude to the parents therefore believes that giving family member's participation in all dimensions of health care will be effective for viewing the elderly with the most depression. This article aims to explain the nursing role in caring for older adult with depression by applying family-centered care concepts to allow nurses to apply for further family support.

Keywords: ● Older adult person ● Depression disease ● Nurses' role ● Family-centered care

RTA Med J. 2019;72(1):69-77.

Received 14 December 2018 Revised 4 January 2019 Accepted 7 February 2019

Corresponding author, Chutchavarn Wongsaree, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, U-Thong Nok Rd., Dusit, Bangkok 10300 E-mail: Chutchavarn.wo@ssru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมอย่างหลากหลายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมากับคนทุกช่วงวัย จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าสะสมรวม 14 ล้านคน¹ โดยมีความชุกสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานครรองลงมาเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยเป็นชนิดรุนแรงชั่วคราว และประชากรวัยสูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมมากที่สุด จากรายงานการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 75,564 คน ซึ่งทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับสูง พบในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยพบความชุกของโรคจะมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง ตะวันออก และภาคเหนือ ตามลำดับ¹ ถึงแม้จะยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากสาเหตุใดบ้าง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพอที่จะได้ข้อสรุปสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ²⁻⁴ ดังนี้ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดต่ำลงของสารสื่อประสาทและฮอร์โมน เช่น สารซีโรโทนิน (serotonin) *คอร์ติซอล* (Cortisol) และพบว่าพันธุกรรมมีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 31-42 บุคลิกภาพส่วนตัวโดยเฉพาะคนที่มองโลกในแง่ร้าย ชอบเก็บกด อารมณ์ไม่ชอบแสดงออก มีพฤติกรรมชอบหนีปัญหาไม่ชอบเผชิญหน้ากับความจริงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติ อีกทั้งกลุ่มโรคทางกาย³ ที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มโรคระบบต่อไทรอยด์ การติดเชื้อของร่างกาย โรคมะเร็ง ความเจ็บปวดเรื้อรัง กลุ่มโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสมองขาดเลือด เป็นต้น และผู้สูงอายุที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ได้รับวิตามินบี 12 บี 1 บี 6 และกรดโฟลิกที่น้อยกว่าความต้องการของร่างกายก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ยังพบว่ายารักษาโรคบางกลุ่มก็สนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่าสาเหตุและปัจจัยสนับสนุนข้างต้นล้วนมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการตามวัยของผู้สูงอายุทั้งสิ้น จึงพอที่จะกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะกลายเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นต้นเหตุของปัญหาทางกายและเป็นต้นเหตุของปัญหาทางจิตสังคมอื่นที่มีผลกระทบทางลบตามมาแบบรวดเร็วกับผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและนโยบายสาธารณะ⁵

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดด ช่วงวัยนี้ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยทางร่างกายทุกด้าน อีกทั้งยังมีอุบัติการณ์ความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆที่รุนแรงรวมถึงมีภาวะหลงลืม ภาวะสมองเสื่อม⁶ ทำให้การดำเนินชีวิตในบั้นปลายเกิดความยากลำบากมากขึ้น และด้วยบริบททางสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จึงทำให้วิถีการใช้ชีวิตลำพังของผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้น⁷ กล่าวโดยสรุปการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมจากกระบวนการสูงอายุเป็นที่ตั้งทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการรับรู้ในตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหลายรายที่ไม่ทราบว่าเป็นตนเองมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ จึงเป็นโอกาสของโรคที่จะดำเนินแบบเงียบสงบแต่เป็นภัยเงียบที่พร้อมจะทำลายชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา การทำลายจากการดำเนินของภาวะซึมเศร้านี้จะเริ่มคืบคลานไปเรื่อยๆอย่างต่อเนื่องในทุกวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ^{1,5} ผนวกกับสังคมยุคปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานไม่ค่อยได้อาศัยร่วมกับบิดามารดาตลอดวัน ร่วมกับมุมมองในด้านสุขภาพของประชาชนไทยที่ยังไม่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ทำให้เกิดการสนใจใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุน้อย เช่น คนไทยจะตีความภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องปกติเพราะผู้สูงอายุไม่มีงานทำ มีเวลาคิดเยอะและชอบคิดมาก คิดจนฟุ้งซ่านโดยเข้าใจว่าการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นแค่ชั่วคราวแล้วหายไปเอง เป็นต้น ซึ่งการไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่คนในครอบครัว ชุมชน สังคมเข้าใจผิดเกี่ยวกับลักษณะของโรคทำให้ขาดการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่จะตามมา^{17,18} ได้แก่ การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุจะพบในรายที่มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง อาการนอนไม่หลับต่อเนื่องที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงตามมาด้วย การรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดการขาดสารอาหาร อ่อนเพลีย อีกทั้งอาการแสดงของภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่เหนี่ยวนำให้โรคทางกายอื่นกำเริบได้อีก อาทิ ความดันโลหิตสูงจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ โรคหัวใจกำเริบ เป็นต้น และบางครอบครัวคิดว่าภาวะซึมเศร้าที่พบกับบุพการีของตนนั้นเป็นการเจ็บป่วยทางจิต บ้า วิกลจริตที่สังคมต้องรังเกียจจึงปฏิเสธโรคและไม่พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษา ส่วนในมุมมองทางระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผ่านมา¹ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุน้อยกว่าโรคทางกาย การค้นหาผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุที่เข้าระบบการรักษาแล้วขาดการติดตามเฝ้า

ระวังการกลับมาเป็นซ้ำ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ขาดการเข้าถึงการรักษาหรือบางรายไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง^{7,8}

การพยาบาลภายใต้บริบทของสังคมไทยต้องเน้นการบูรณาการบทบาท 4 มิติทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม ตามบริบทความเป็นไทยซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่มีต้นทุนทางใจที่สร้างเครือข่ายสัมพันธ์ได้สูงเพราะมีการปลูกฝังความกตัญญู รู้คุณค่าต่อบุพการีที่ติดแน่นในจิตวิญญาณของลูกหลานไทยทุกคน แม้ว่าปัจจุบันบริบททางสังคมไทยจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ถึงแม้วิถีชีวิตจะมีความหลากหลายมากขึ้น แต่สายสัมพันธ์ของครอบครัวไม่ได้เล็ดลง โดยเฉพาะวัฒนธรรมของคนชนบทที่ยังยึดตรึงปลูกฝังความรักความผูกพันให้กับคนรุ่นหลังอย่างสม่ำเสมอ ผนวกกับคติที่ว่า “ความกตัญญูรู้คุณ เป็นเครื่องหมายของคนดี” ทำให้คนไทยทั้งผองต่างตระหนักต่อการดูแลและบิดา มารดาและบุพการีอื่นๆ ตลอดมา ผู้นิพนธ์จึงคิดว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม้จะมีอาการที่ซับซ้อนเรื้อรัง แต่ด้วยบริบทของสังคมครอบครัวไทยจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง เพราะบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากที่สุด กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวมีการใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุ รับรู้การเป็นอยู่ ลักษณะนิสัยและอื่นๆ ของผู้สูงอายุมากที่สุด⁵ ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง น่าจะเป็นวิถีทางที่ได้ผลดีกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้นิพนธ์จึงได้เขียนบทความนี้ขึ้นเพื่อให้พยาบาลได้อ่านทำความเข้าใจและนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมครอบครัวในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของตนต่อไป บทความนี้ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และปัจจัยความสำเร็จในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

1. แนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) เป็นปรัชญาที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวที่ต่อเนื่อง พบว่าการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเกิดประโยชน์รอบด้าน เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน กำลังใจ อารมณ์ ความรัก การให้คุณค่า การสนับสนุนทางสังคมอีกทั้งครอบครัวยังเป็นผู้ชี้แนะส่งเสริมให้ตัดสินใจ

คอยเฝ้าระวังติดตามภาวะสุขภาพ ร่วมประสานงานกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ โดยครอบครัวเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในยุคแรกๆ ประมาณปี ค.ศ. 1990 การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางถูกนำมาใช้ในการดูแลมารดาและทารกแรกคลอดทางชาติตะวันตก¹⁰ ผลจากการนำแนวคิดนี้ในการดูแลมารดาและทารกแรกคลอดก่อให้เกิดผลดีตามมาอย่างมากทั้งทางด้านสายใยรักความสัมพันธ์ของครอบครัว การเชื่อมประสานดูแลต่อเนื่องระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ แนวคิดนี้จึงได้แพร่ขยายสู่การพยาบาลสาขาอื่นและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่การนำครอบครัวมาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้ครอบครัวรับรู้การดำเนินของโรคและร่วมตัดสินใจในกระบวนการรักษา การให้ครอบครัวเป็นตัวแทนด้วยสิทธิอันชอบธรรมในการขอรับคำปรึกษาที่จะใช้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการให้คำแนะนำผ่านครอบครัวเพื่อช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ถูกนำมาศึกษาในประเทศไทยประมาณปี ค.ศ. 2000 โดยเริ่มการศึกษาจากสาขาแม่และเด็กก่อนพัฒนาสู่การศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก และพัฒนาต่อเนื่องจนก่อให้เกิดเป็นหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและหลักสูตรอื่นๆ ก็มีการนำแนวคิดนี้อย่างกว้างขวางตามที่เห็นในปัจจุบันรวมถึงศาสตร์การพยาบาลจิตเวชและการพยาบาลผู้ใหญ่-ผู้สูงอายุด้วย ผู้นิพนธ์สรุปแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ 5 มโนทัศน์หลัก^{11,12} ดังนี้

1. การให้เกียรติและเคารพ (Dignity and respect) หมายถึง บุคลากรสุขภาพรับเปิดใจกว้าง รับฟังเหตุผล คำอธิบายและความคิดเห็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากสมาชิกในครอบครัวรับรู้ต่อเรื่อง (perspectives) และสิ่งที่ผู้ป่วยที่และครอบครัวเลือก (choices) ภายใต้ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมจะถูกนำมาวางแผนการดูแลด้วย

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information sharing) หมายถึง บุคลากรทางสุขภาพมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างองค์รวมโดยปราศจากอคติให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์และทันเวลาต่อการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีมาตรฐาน

3. การมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วม

ในการดูแลตามระดับการตัดสินใจที่พวกเขาเลือก โดยบุคลากรทางสุขภาพต้องแชร์ข้อมูลที่เป็นผลที่จะเกิดจากรอคอยให้พวกเขาได้ตระหนักอย่างเต็มที่แล้วด้วย

4. การแสดงความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพและผู้บริหารร่วมมือกันในการกำหนดนโยบาย พัฒนาโครงการ ดำเนินการโครงการและประเมินผลโครงการ ตลอดจนออกแบบกิจกรรมที่ให้จำเพาะต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการจัดการศึกษาและวิชาชีพด้านสุขภาพในการพัฒนาการดูแลในรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

5. การลงมือจัดบริการสุขภาพด้วยความยืดหยุ่น หมายถึง การแสดงออกด้วยสมรรถนะที่เป็นมาตรฐานทางพยาบาลโดยเข้าใจความต้องการตามระยะพัฒนาการของบุคคลและครอบครัว ตอบสนองความต้องการต่อการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยยืดความต่างตามปัจเจกบุคคล

ภายใต้บริบทของสังคมไทยอันเป็นสิ่งที่มีหลากหลายทางวัฒนธรรมและมีต้นตอสูงในด้านความกตัญญู รู้คุณ ต่อนุภาพที่ติดแน่นในจิตวิญญาณของลูกหลานไทยทุกคน ผนวกกับคติที่ว่า “ความกตัญญูรู้คุณ เป็นเครื่องหมายของคนดี” แม้ว่าปัจจุบันบริบททางสังคมไทยจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย วิถีชีวิตจะหลากหลายมากขึ้นก็ตาม ก็ไม่สามารถทำให้คนไทยทอดทิ้งบุพการีได้ทำใ้แนวคิดการการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังคงดำรงอยู่และพัฒนาต่อเนื่องในเชิงลึกมากขึ้น เกือบ 20 ปี ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรวมถึงพยาบาลวิชาชีพตามทราบดีว่า การใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเมื่อปฏิบัติได้ครบถ้วนตามโมเดลที่ค้นข้างต้น เพราะพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว จะทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลจะฟังความคิดจากผู้ป่วยและครอบครัวก่อนและยอมรับความคิดนั้นให้ได้โดยปราศจากอคติ ก่อนแชร์ข้อมูลทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการแชร์นั้นต้องตั้งอยู่บนหลักการยอมรับและร่วมมือกัน ภายใต้กระบวนการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลก่อนนำสู่การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ พร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูลกันตลอดเวลาเพื่อปรับปรุงแผนการดูแล นำสู่การปฏิบัติตามเป้าหมายกำหนดและประเมินสรุปลงผลการดูแล โดยต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ร่วมกัน

เกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมาที่ประเทศไทยนำใช้แนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารได้วิเคราะห์^{6,9,10,12,13} แล้วพบว่า ระบบสาธารณสุขไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทางที่ดีขึ้นมาก เพราะครอบครัวมีความเข้มแข็งทางสุขภาพมากขึ้น เกิดภาคีหุ้นส่วนทางสุขภาพโดยได้รับการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีความเชื่อมั่นที่แสดงออกเป็นความสามารถแห่งตนในการจัดการกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยมีเป้าหมายเฉพาะของตนเอง นั่นหมายถึงบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีสมรรถนะเหล่านี้ด้วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังทำให้เกิดคุณค่าร่วมในการทำหน้าที่ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในลักษณะหุ้นส่วนทางสุขภาพ ช่วยลดความเครียดที่ครอบครัวต้องเผชิญลงได้ ครอบครัวปรับตัวได้ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เศรษฐกิจเป็นไปในทางบวกมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นนี้พยาบาลวิชาชีพต้องภูมิใจ เพราะมากกว่าครึ่งหนึ่งของผลที่ปรากฏแบบองค์รวมคือครอบครัวสุขภาพดีและปรับตัวได้แบบสมดุลนั้น เกิดจากผลงานของพยาบาลที่มีบทบาทสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าวิชาชีพทางสุขภาพสาขาอื่น พยาบาลเน้นการปฏิบัติวิชาชีพโดยใช้ความรู้ของวิชาชีพที่เข้าถึง เข้าใจและง่ายต่อการรับบริการของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติด้วยความห่วงใยอาทร เมตตาและกรุณากับผู้รับบริการทุกชั้นวรรณะมาอย่างต่อเนื่อง

2. ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากบริบทของครอบครัวไทย ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ลึกถึงการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุมากที่สุด เมื่อครอบครัวรับรู้ลึกแล้วถึงจะนำผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบบริการได้ เพราะผู้สูงอายุบางรายจะไม่ทราบถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ จึงไม่มีการตระหนักในความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น

2.1 ครอบครัวต้องนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระบบการรักษา จากประสบการณ์ของผู้บริหารที่สัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยค้นพบว่าครอบครัวจะเริ่มรับรู้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเศร้า (ไม่ค่อยกับใคร ถามคำตอบคำ แยกตัว สนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง) แต่ด้วยความคิดว่าอาการเศร้านี้คงจะดีขึ้นเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวหันมาใส่ใจดูแลมากขึ้นผนวกกับการที่ต้องทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว จึงละเลยไม่ได้นำผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การดำเนินของโรคจะเพิ่มความรุนแรงอย่างต่อเนื่องควบคู่กับเวลาที่ผ่านไป ส่วนใหญ่

ครอบครัวจะสังเกตและนำผู้สูงอายุมาทำการรักษาเมื่ออาการซึมเศร้า แสดงมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด บางรายนอนไม่หลับ ลับสน ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อย บางรายคิดทำร้ายตนเอง หรือมีโรคอื่นกำเริบจากพฤติกรรมของอาการซึมเศร้าเหี้ยวนำให้เกิด เมื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุและครอบครัวจะเป็นผู้ให้ประวัติและข้อมูลต่อทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้เชื่อประสานการบริการด้วยความรู้และทักษะที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมกระบวนการประเมินสภาพร่วมกับแพทย์ โดยยึดการให้เกียรติและเคารพต่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยสิ่งที่ครอบครัวต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อมูลสุขภาพ 4 ด้าน¹³ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ซึ่งในประเทศไทยจะใช้เกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า 2 ระบบ คือ 1) เกณฑ์ตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน : DSM-V¹⁴ และ 2) เกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลก: ICD-10 โดยแต่ละเกณฑ์จะแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) และรุนแรง (severe) ซึ่งระดับปานกลางและรุนแรงต้องเข้ารับการรักษา และครอบครัวต้องมีส่วนร่วม

2.2 ครอบครัวต้องแสดงเจตนาช่วยดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพต้องระบุนโยบาย วางแผนการดูแล เรียนรู้วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์จะเสนอวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดในปัจจุบันให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ (Table 1)

บทบาทพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ต่อ)

4) การบำบัดรักษาทางจิตสังคม วิธีนี้จะเป็นการผนวกแผนการบำบัดรักษาทางกายกับทางจิตสังคมเข้าด้วยกัน โดยนิยมใช้กับผู้สูงอายุที่พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับเล็กน้อย พยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นคนที่ให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ข้อมูลด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และครอบครัวมาออกแบบการให้คำปรึกษา ซึ่งอาจต้องเชื่อมประสานกับทีมจิตบำบัดและใช้ทักษะเฉพาะในการใช้ครอบครัวของผู้สูงอายุมามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในการบำบัดรักษา เป้าหมายหลักที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันของพยาบาล ทีมสุขภาพ และครอบครัว คือ การลดความรุนแรงของระดับการซึมเศร้าของผู้สูงอายุและส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับตามบริบทที่แตกต่างคือกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเห็น

คุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว นำข้อมูลที่ปรากฏมาวิเคราะห์ทบทวนตามความเป็นจริง และวางแผนการทำจิตบำบัดโดยแบ่งบทบาทหน้าที่ให้ครอบครัวปฏิบัติ เช่น ครอบครัวต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ลดการกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาการตอบสนองของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อกิจกรรมพบว่า¹⁵ การที่ครอบครัวนำพาผู้สูงอายุไปอยู่ในบรรยากาศของกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าความเป็นบุคคล เช่น ทำงานกลุ่มประดิษฐ์ วาดภาพ ติดกระดาษ ปูกลัดต้นไม้ ซึ่งเป็นงานไม่ซับซ้อน ปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่สำเร็จโดยง่าย หรือนำพาเปลี่ยนบรรยากาศโดยให้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเพื่อพัฒนากระบวนการทางร่างกาย ครัวปัญญาและการคิดที่ต่อเนื่องจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้เมื่อรักษาคู่กับการรับประทานยา

2.3 ครอบครัวต้องร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาต่อเนื่องพอที่จะให้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ได้ว่า สิ่งที่ครอบครัวต้องปฏิบัติเป็นประเด็นแรกในการลดภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุในครอบครัวนั้นๆ คือ การปรับความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวให้เข้าใจก่อนว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุคือ โรคชนิดหนึ่งที่แสดงออกด้วยภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของภัยเงียบต่างๆ ที่จะตามมา ครอบครัวต้องตระหนักให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นโดยการให้คุณค่า ให้เกียรติ และศักดิ์ศรี ด้วยการแสดงออกที่อ่อนน้อม เคารพ รับฟังคำพูดของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ครอบครัวต้องแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมห่วงกังวลต่อผู้สูงอายุ ทั้งด้วยวาจาการปฏิบัติและต้องให้เวลากับการดูแลใส่ใจกับผู้สูงอายุในบ้านเพิ่มมากขึ้น ต้องเสริมสร้างกำลังใจทุกรูปแบบรวมถึงจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทานอย่างต่อเนื่อง จัดการบรรยากาศครอบครัวเพื่อลดภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้านโดยไม่ใช้ยาที่พบว่า¹⁶ การที่ครอบครัวจัดการเรื่องยา สิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ จัดการปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และใช้กิจกรรมต่างๆ ที่มีผลทางบวกต่อร่างกายและจิตใจจะช่วยให้จิตสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นตามไปด้วย ขณะเดียวกันครอบครัวต้องทำหน้าที่สำคัญในการเชื่อมประสานกับพยาบาลบอกเล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ครอบครัวต้องพาผู้สูงอายุกลับมาพบแพทย์ตามนัดหรือกลับมาปรึกษาปัญหาสุขภาพตามกรณีเร่งด่วนที่อาจเกิดขึ้น

Table 1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพและบทบาทพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ภาวะซึมเศร้า	ที่มีสุขภาพ	บทบาทพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
ระดับรุนแรงและระดับปานกลาง	แพทย์จะพิจารณาการบำบัดรักษา 2 วิธีหลัก ¹³ คือ 1) การบำบัดรักษาทางกาย ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการกระตุ้นสมอง และ 2) การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด นิเวศบำบัด และการใช้ครอบครัวบำบัด	<p>1) กรณีที่ได้รับยาต้านอาการซึมเศร้าพยาบาลพยาบาลกับครอบครัวต้องร่วมมือเรียนรู้อาการของผู้ป่วยหลังได้รับยา พยาบาลพร้อมเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ความร่วมมือกับกระบวนการบำบัดรักษา ดังนี้ 1.1) ครอบครัวต้องจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามแผนการรักษา ให้มาตรวจตามนัด ห้ามหยุดยาเอง ห้ามรับประทานยาเกินขนาด และชี้แจงว่ายาจะเริ่มออกฤทธิ์ในการรักษาเมื่อรับประทานอย่างต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยพยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวในการจัดการผลข้างเคียงของยา เช่น ปากคอตแห้งให้ออมลูกอมหรือให้จิบน้ำบ่อยๆ ท้องผูกให้จัดอาหารที่มีผักหรือผลไม้เป็นส่วนประกอบจำนวนมากๆ (หากไม่มีข้อจำกัดของโรคร่วม) ตาพร่ามัวให้จัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบครอบครัวเฝ้าระวังอาการเกิดอุบัติเหตุ วิงเวียนศีรษะจากความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าพยาบาลสอนการเปลี่ยนหรือยกอย่างช้าๆก่อนการเริ่มกิจกรรม หากมีอาการง่วงนอนต้องเฝ้าระวังการหกล้มการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวขณะทำกิจกรรม ครอบครัวต้องงดหรือห้ามผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้า ได้แก่ อาหารที่มีส่วนผสมของไทรามีน (tyramine) อาทิ ไวน์ ยีสต์ เนย ช็อกโกแลต เป็นต้น รวมทั้งงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</p> <p>2) กรณีที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) นอกจากจะเตรียมและดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องให้ความเข้าใจกับครอบครัวว่า การรักษาด้วยวิธีนี้จะพิจารณาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือไม่สามารถรอการออกฤทธิ์ของยาได้โดยเชื่อมโยงให้ครอบครัวเห็นความสำคัญว่าแพทย์จะเป็นผู้ทำการรักษาด้วยการปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ส่งผลระดับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล ได้ผลที่แม่นยำและอาการจะดีขึ้นเร็ว ระยะเวลาในการรักษาสั้น รวมทั้งแจ้งให้ครอบครัวทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบก่อนให้สมาชิกในครอบครัวที่มีสิทธิตามกฎหมายลงนามยินยอมทำการรักษาร่วมกับผู้สูงอายุ</p> <p>3) กรณีต้องรับการรักษาด้วยการกระตุ้นสมอง พยาบาลสามารถให้คำแนะนำครอบครัวได้¹³ ดังนี้ การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นกรกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก (Transcranial magnetic stimulation: TMS) เป็นการรักษาที่ค่อนข้างปลอดภัย เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลใช้เวลาครั้งละ 20-40 นาที ระดับภาวะซึมเศร้าจะเริ่มลดลงในครั้งที่ 10 เป็นต้นไป ก่อนทำต้องถอดเครื่องประดับเหมือน ECT แต่ไม่ต้องงดน้ำงดอาหาร อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือปวดศีรษะและต้นคอจะให้พยาบาลตามอาการที่พบ</p>

3. ปัจจัยความสำเร็จในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประสบความสำเร็จ^{10,17,18} (Table 2)

สรุป

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นข้อเสนอทางวิชาการที่พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยมีเคล็ดลับในการนำไปใช้ได้ง่ายและพยาบาลสามารถกระทำได้โดยการให้เกียรติแก่ครอบครัว

นำครอบครัวมามีส่วนร่วมทุกกระบวนการของการดูแล พยาบาลสร้างหุ้นส่วนสุขภาพโดยถือว่าตนเป็นหนึ่งในสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลทางสุขภาพ ประคับประคองครอบครัวให้ปรับตัวตามระยะพัฒนาการเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุด ให้การบริการที่ยืดหยุ่นโดยเน้นการเข้าถึง ซึ่งพยาบาลอาจประสานกับหน่วยเยี่ยมบ้านในการติดตามเยี่ยม เปิดช่องทางการสื่อสารข้อมูลให้คำปรึกษาสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ พยาบาลต้องเข้าใจครอบครัวโดยมองให้เห็นความสามารถของครอบครัวพร้อมช่วยเหลือครอบครัวในด้านความรู้ ทักษะการดูแลจัดบริการด้วยความยืดหยุ่นแต่ต้องต่อเนื่องโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Table 2

พฤติกรรมของพยาบาล	พฤติกรรมของครอบครัว
<ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างเครือข่ายที่มีศูนย์รับผิดชอบงานการดูแลการพยาบาลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลที่ชัดเจน โดยมีสถานที่ช่องทางออนไลน์ที่ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงแลกเปลี่ยนข้อมูลได้แบบต่อเนื่อง 2. คีชีชาวิจัยพัฒนาความรู้ ถอดบทเรียนเพื่อหามุมมองที่แตกต่างในการพัฒนาระบบติดตามการดูแลครอบครัวที่ส่งผ่านกระบวนการดูแลไปถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 3. ถ่ายทอดความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การป้องกัน การส่งเสริม การสนับสนุนและฟื้นฟูสภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวตามความจำเป็นที่ครอบครัวต้องรู้เพื่อการดูแลต่อที่มีประสิทธิภาพตามปัจเจกบุคคล 4. มุ่งที่ความต้องการและความพึงพอใจของครอบครัวและค้นหาข้อผิดพลาดเชิงประจักษ์มาออกแบบวิธีการดูแลและพัฒนาความรู้และทักษะเชิงลึกให้เกิดความต่อเนื่องแบบยั่งยืน 5. เน้นรูปแบบให้บริการการดูแลครอบครัวเชิงรุกโดยประสานงานกับทีมงานสหสาขาวิชาชีพประจำเขตพื้นที่ติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบครัวต้องเข้าเป็นสมาชิกศูนย์การพยาบาลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลกับเครือข่าย ชักถามวิธีการดูแลที่อยากให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลโดยผ่านทางระบบออนไลน์ โทรศัพท์ที่ทางศูนย์จัดบริการ 2. ให้ความร่วมมือและตอบข้อมูลตามความเป็นจริงตามครอบครัวอยากให้พยาบาลพัฒนาและปรับปรุงระบบการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3. ร่วมเรียนรู้ทำความเข้าใจลักษณะของความรู้และทักษะเฉพาะที่ครอบครัวจำเป็นต้องรู้และเข้าใจเพื่อจะได้นำความรู้และทักษะนั้นไปประยุกต์ใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในครอบครัวตนเอง ในระหว่างการเรียนรู้หากมีข้อสงสัยให้ซักถามเป็นรายการณได้อย่างต่อเนื่อง 4. บอกสิ่งที่ครอบครัวต้องการให้พยาบาลช่วยเหลืออย่างตรงไปตรงมา และมีใจมุ่งมั่นที่จะร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบบจริงจังพร้อมยอมรับที่จะปฏิบัติตามวิธีที่พยาบาลแนะนำ 5. อำนาจความสะดวกในการเข้าเยี่ยม ติดตามอาการ บอกเล่าปัญหาครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุตามระยะที่เปลี่ยนผ่าน
<p>เอกสารอ้างอิง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health The performance of the provincial depression care system 2009-2016. Documentation in World Health Day 2017, Depression: Let's talk. 2017. 2. Han C, Pae C-U. Pain and depression: a neurobiological perspective of their relationship. <i>Psychiatry Investig.</i> 2015;12:1-8. 3. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. <i>World Psychiatry</i> 2015;14:339-47. 4. Haapakoski R, Mathieu J, Ebmeier KP, Alenius H, Kivimäki M. Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1β, tumour necrosis factor α and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. <i>Brain Behav Immun.</i> 2015;49:206-15. 5. Wongsaree, C. Current situation in dementia syndrome in older person in Thailand: issues and trends in nursing care. <i>EAU Heritage Journal Science and Technology.</i> 2018;12:47-58. 6. Wongsaree, C. Effect of dementia on older adult in Thailand. <i>Christian University of Thailand Journal.</i> 2017;23:680-9. 7. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pengchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, YingYeun R et al. The suicidality in Thai population: A national survey. <i>J Psychiatry assoc Thailand.</i> 2011;56:413-24. 8. Wongsaree, C. Nurses' roles in families promoting to slow progressive with early stage dementia syndrome in an older adult. 2018;4:102-11. 9. Kleebthong D, Chareonsuk S, Kristiansen L. Older Thai peoples' perceptions and experiences of major depression. <i>Glob J Health Sci.</i> 2017;9:26. 10. Fongkerd, S, Himananto, S, Tantalankul, S. Family-centered Care: From Theory to Practice for End of Life Care of Critical Patients in Intensive Care Unit based on Thai Context. <i>Journal of Phrapokkiao Nursing College.</i> 2016;27:170-8. 11. Namjuntra R. Patient-and Family-centered Care: A Challenge Model of Healthcare Services. <i>Thai Journal of Nursing Council</i> 2009;24:5-10. 12. Coker TR, Rodriguez MA, Flores G. Family-centered care for US children with special health care needs: who gets it and why? <i>Pediatrics.</i> 2010;125:1159-67. 13. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. <i>Journal of The Royal Thai Army Nurses.</i> 2014;15:24-31. 14. Halter MJ, Rolin-Kenny D, Grund F. DSM-5: historical perspectives. <i>J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.</i> 2013;51:22-9. 15. Simning A, Simons KV. Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: a systematic review. <i>Int Psychogeriatr.</i> 2017;29:209-26. 	

16. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ Open*. 2017;7:e014499.
17. Hinton L, Sciolla AF, Unützer J, Elizarraras E, Kravitz RL, Apesoa-Varano EC. Family-centered depression treatment for older men in primary care: a qualitative study of stakeholder perspectives. *BMC Family Practice*. 2017;18:88.
18. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 2018;25:119-23.

