

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรม กระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

The Effect of Humankind Care by Caregiver on Agitation Behaviors of Older People with Dementia

ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล* จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Thanyanan Puthiwatanatharadol* Jiraporn Kespichayawattana

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจำนวน 16 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตของ Yves Gineste & Rosette Marescotti แก่ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย 2) เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแล แบบวัดความรู้การดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแล แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแล และแบบติดตามทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา สถิติการหาค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, พฤติกรรมกระวนกระวาย, การดูแลแบบฮิวแมนนิจิต, ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล

Abstract

This quasi-experimental research used the One-Group Time Series Design. The objective to compare the agitation behaviors of older people with dementia before and after being provided humankind care by the caregiver. The study on older people with dementia and primary caregivers totaled 16 pairs selected by purposive sampling. The method involved the provision of knowledge and practice about humankind care (Yves Gineste & Rosette Marescotti) to primary caregivers. The Humankind care involves eye contact, speech, touch and verticality. The research instruments comprised: 1) data collection instruments covering personal information, mini-Mental State Examination (MMSE Thai-2002) and Cohen-Mansfield Agitation inventory (CMAI) 2) experimental instruments: Program of Humankind Care Activities by Primary Caregivers, Humankind Knowledge Test, Humankind Care Assessment and a telephone follow-up form. Analysis was conducted using

one-way repeated measure ANOVA and pairwise comparison method were used to assess this experiment. The result shows that the mean or average of agitative behavior after providing humanitude care knowledge and procedure decreased significantly from the first time measured at the level of $p < 0.1$. and it also continuously decreased significantly during 1, 2, 3, 4 and 5 weeks at the level of $p < 0.1$.

Keywords: Dementia, Agitation behaviors, Humanitude care, Older people, Caregiver

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองที่ดำเนินไปอย่างช้าๆ และไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองลดลง ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความทรงจำ และมีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น ความคิด การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การรับรู้ การตัดสินใจ การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ที่พบได้มากที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลักษณะของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ด้านภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก¹

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยส่วนมากจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 และปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitated Behavior) จากสถิติทั่วโลกมีอัตราความชุกของพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 70-90² สำหรับประเทศไทยมีอัตราความชุกร้อยละ 45.2³ ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่องของการคิดรู้ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือมีความผิดปกติของการแสดงออกของพฤติกรรม การใช้ภาษา และน้ำเสียง ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งตามลักษณะเป็น 5 กลุ่มอาการ⁴ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors) กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors) กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) และกลุ่มที่ 5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors)

ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม เกิดจากการกระตุ้นของจากสิ่งเร้าที่ผิดปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว อันจะก่อให้เกิดเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล นำไปสู่การได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรเตรียมความพร้อมในการดูแลพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ง่ายต่อการดูแล ควรใส่ใจ มีความเอื้ออาทร และเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุด้วย⁵

การรักษาพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีทั้งแบบใช้ยา และการแบบไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้ยาจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ ปัจจุบันมียาหลายส่วนใหญ่นำมาใช้จะอยู่ในกลุ่มของยาคลายเครียด โดยจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทสั่งการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักมากที่สุด ทั้งนี้ การพิจารณาให้ยากลุ่มนี้ จำเป็นต้องผ่านการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่ามีความเหมาะสมกับการได้รับยาหรือไม่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไวต่อการได้รับยาสูง การเลือกใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก อาจมีผลข้างเคียงต่อระบบทำงานของตับ ไต เป็นต้น อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็มีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาหลายชนิดร่วมด้วย ดังนั้น โอกาสเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิดเพิ่มขึ้นด้วย การดูแลแบบไม่ใช้ยา จึงเป็นทางเลือกแรกที่ควรพิจารณาสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น และช่วยให้ผู้ดูแลมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม⁶ การใช้สุนทรียภาพ⁷ การบำบัดด้วยแสงไฟ⁸ เป็นต้น

จากการศึกษาข้างต้นเห็นว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย แต่การจัดการซึ่งเกี่ยวข้องกับวิธีการดูแล ที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิดยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจวิธีการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความใกล้ชิด ช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดปรัชญาการดูแลบุคคลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude)⁹ โดยนักปรัชญาชาวฝรั่งเศส Yves Gineste และ Rosette Marescotti ซึ่งพบว่า เป็นการดูแลบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางด้านการรู้คิด ความเข้าใจปัญหาโดยยึดหลักความเคารพและเข้าใจความเป็นมนุษย์หรือบุคคล ตั้งอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ดูแลเพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น 2. การดูแลเพื่อให้อาการคงที่ 3. เตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิตในรายที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจึงมีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่าง ได้แก่ 1. การสบตา (Eye contact) 2. การพูด (Speech) 3. การสัมผัส (Touch) และ 4. การจัดทำทางแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง ด้านการรับรู้ความรู้สึก กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และส่งไปที่เปลือกสมอง แปรออกมาให้รูปแบบของพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นนั้นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่ผู้ดูแลมอบให้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง พร้อมทั้งจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ช่วยให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นประโยชน์จากการใช้แนวคิดปรัชญาแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษา ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย : พฤติกรรมกระวนกระวายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลลดลงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย : พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง วัดห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ 1. ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีผู้ดูแลหลัก ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม จากแบบคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) และได้รับการประเมินว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตามแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory : CMAI) แปลโดยชุติมา ทองวชิระ ณ คลินิกความจำ แผนกจิตเวช สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามารัตนา และผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่สนใจ ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ 1 คนและผู้ดูแลหลัก 1 คน รวมทั้งหมด 2 คน จำนวน 16 คู่ รวมทั้งหมด 32 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ เกณฑ์ของ Maxwell & Delaney¹⁰ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่าจำนวนครั้งที่วัดซ้ำ และอีกบวก 10 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 16 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีผู้ดูแลหลัก 3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเบื้องต้นว่ามีภาวะสมองเสื่อม 4) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ 5) ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีอำนาจแทนผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้านผู้ดูแล 1) ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ผู้ดูแลหลัก ที่ยอมรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นหลัก 3) ผู้ดูแลหลักไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน การพูด หรือการสื่อสารอื่นๆ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย กรอบแนวคิดครั้งนี้เป็นการที่ให้ผู้ดูแลมีความรู้และฝึกทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การสบตา (Eye contact) คือ ครอบมองด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย โดยเริ่มจากการเข้าหาทางด้านหน้าและสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุเสมอ
- 2) การพูด (Speech) คือ ใช้โทน เสียงต่ำ นุ่มนวล พูดไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป เน้นคำพูดไปในทางบวก
- 3) การสัมผัส (Touch) เริ่มบริเวณตำแหน่งที่มีปฏิกิริยาตอบสนองที่น้อยที่สุดก่อน วางมือลงไปบริเวณที่จะสัมผัสด้วยความนุ่มนวลและวาดมือเป็นวงกว้าง ลงน้ำหนักเล็กน้อย สัมผัสด้วยความนุ่มนวล ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบใจ การให้กำลังใจ และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ
- 4) การจัดท่าให้ตั้งตรง คือ (Verticality) เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดท่าให้อยู่ในแนวศีรษะตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้ออกจากสิ่งทีก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย Yves Gineste และ Rosettte Marescotti, 2008

พฤติกรรม
กระวนกระวายของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ประเมินจากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) การใช้ยารักษาพฤติกรรมกระวนกระวาย คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

2. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) แปลโดย ชุตินา ทองวชิระ, 2553 ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยค่า Reliability ของแบบประเมิน CMAI เท่ากับ .88 ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .91 โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย มีลักษณะเป็นการสังเกตการแสดงออกของพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยและบันทึกผลการประเมินแบบมาตราประมาณค่า (Rating Questions) มี 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scal) ตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบ

เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีความหมายของตัวเลือก ดังนี้

ก. ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
ข. ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์

ค. ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์

ง. ระดับ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือ มากกว่า/สัปดาห์

จ. ระดับ 5 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้ง/วัน

ฉ. ระดับ 6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือ มากกว่า/วัน

ช. ระดับ 7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 2 ครั้งหรือ มากกว่า/ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามปรัชญาฮิวแมนนิจิต โดยผู้วิจัยดำเนินการกับผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ครั้ง เป็นรายบุคคล ครั้งละ 45-60 นาที ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจิต โดยผู้ดูแล เป็นแบบวัดความรู้โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลต้องผ่านแบบวัดความรู้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson estimates : KR - 20 ซึ่งเป็นการวัดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal

Consistency) ที่มีการให้คะแนนแบบ 0,1 (ผิด 0, ถูก 1) ค่าที่ได้คือ 0.93

3) แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ลักษณะแบบประเมินการเป็นการสังเกตการปฏิบัติ โดยตรวจสอบแบบรายการ (Check list) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ซึ่งผู้ดูแลต้องปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

4) แบบติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตอย่างต่อเนื่อง มีผลค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับฮิวแมนนิจิต ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และ ผู้วิจัยเข้าร่วมการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตครั้งที่ 1 โดย Yves Gineste และคณะ (ผู้คิดค้นปรัชญาฮิวแมนนิจิต) ระยะเวลาการอบรม และฝึกปฏิบัติจำนวน 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตครั้งที่ 2 โดย Yves Gineste และคณะ (ผู้คิดค้นปรัชญาฮิวแมนนิจิต) ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และสถาบันประสาทวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลโดย นำการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูดคุย การสัมผัส และการจัดทำในแนวตั้งตรง มาผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ร่วมกับการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ตารางการดำเนินกิจกรรม วางเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ อย่างเป็นระบบมีรายละเอียดของแผนการทำกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ประกอบ การทำกิจกรรม

การวิจัย กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและมีการประเมินผลระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง (ประเมินผลทุก 1 สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย สื่อการสอน และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยปรับให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรมสื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผ่านการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 013/2561 วันที่ 22 มกราคม 2561 และโรงพยาบาลรามธิบดีฯ เลขที่ 2560/816 วันที่ 16 มกราคม 2561 เมื่อผู้วิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ผู้วิจัยได้ขอยื่นเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลอง ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล รามธิบดีฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างละเอียดในการวิจัย โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดย ไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และเน้นย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เข้าอบรมและปฏิบัติเชิงวิชาการเกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจิตแมนนิจิต (Humanitude) โดย Yves Gineste และคณะ (ผู้คิดค้นปรัชญาฮิวแมนนิจิต) ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติจำนวน 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต ครั้งที่ 2 โดย Yves Gineste และ

คณะ(ผู้คิดค้นปรัชญาชีวแมนนิจูด) ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 จากนั้นผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล โดยเตรียมใบปิดประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและสำรวจกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการโดยจัดเป็นกิจกรรม ที่ผู้ดูแลเห็นผู้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลแบบชีวแมนนิจูดให้แก่ผู้ดูแลผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1. กิจกรรมครั้งที่ 1 (45-60 นาที)เป็นการให้ความรู้โดยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กิจกรรมประกอบด้วย

2.1.1. กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ ได้แก่ การเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มาและความสำคัญของแนวคิดชีวแมนนิจูด, องค์ประกอบของชีวแมนนิจูด, เทคนิคการนำองค์ประกอบ ชิวแมนนิจูดมาใช้, เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดชีวแมนนิจูด และเทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1.2. กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ เทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบชีวแมนนิจูด

2.2. กิจกรรมครั้งที่ 2 (30-45 นาที) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายกิจกรรมเพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบชีวแมนนิจูด พร้อมทั้งทบทวน ให้ความรู้ สาธิตการดูแล ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2.3. กิจกรรมครั้งที่ 3 (10-15 นาที) กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการพูดคุย สอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลและบันทึกความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนประเมินผล กิจกรรมครั้งที่ 4 (30 นาที) กิจกรรมสรุปและประเมินผลเพื่อประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล และประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุจากผู้ดูแลด้วยตนเอง ตามประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลแบบชีวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีผลของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ด้านเพศ พบว่า มีผู้หญิงร้อยละ 56.3 และเพศชายร้อยละ 43.8 ด้านอายุ พบว่ามีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 12.5 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 18.8 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 43.8 และอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไปร้อยละ 25 ด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น ร้อยละ 43.8 ด้านคะแนนสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.27 คะแนน ด้านคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.81 คะแนน ด้านการใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายชนิด Antipsychotics ร้อยละ 50

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย	Mean	SD	F-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1.79	0.36	29.26	0.000**
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	1.73	0.37		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	1.60	0.30		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	1.58	0.29		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	1.49	0.21		
เสร็จสิ้นกิจกรรม	1.45	0.21		

**กำหนดให้ค่า P-value < .01

พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจติลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจติโดยผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เป็นรายคู่ (Pairwise Comparison)

พฤติกรรม กระวนกระวาย	Mean different					
	ก่อนเข้าร่วม กิจกรรม	หลังกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1	หลังกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2	หลังกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3	หลังกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4	หลังกิจกรรม สัปดาห์ที่ 5
	(P-value)	(P-value)	(P-value)	(P-value)	(P-value)	(P-value)
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	-	1.813 (.549)	5.688 (.000) **	6.375 (.000) **	8.875 (.000) **	10.063 (.000) **
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	-	-	3.875 (0.007) **	4.563 (0.01) **	7.063 (0.006) **	8.250 (0.006) **
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	-	-	-	.688 (1.0)	3.188 (.323)	4.375 (0.002) **
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	-	-	-	-	2.500 (.204)	3.688 (0.001) **
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	-	-	-	-	-	1.188 (1.0)

**กำหนดให้ค่า P-value < .01 (ทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni)

จากตารางที่ 2 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และหลังสำเร็จกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และหลังสำเร็จกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และ 4 , หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจิต ได้แก่ การสบตา การพูดคุย การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง เมื่อผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมสำหรับผู้ดูแล จำเป็นต้องผสมผสานทั้งสี่องค์ประกอบเข้ากับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การพูดคุย การทำกายภาพ เป็นต้น ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกันเมื่อเทียบกับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ในบางรายมีค่าคะแนนผันผวนไม่แน่นอน มีลักษณะเพิ่มขึ้นและลดลงที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีคะแนนมากที่สุดสองอันดับแรก คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มี

อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตกับกลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจาพบว่า ผู้ดูแลเข้าไปสบตาทางด้านหน้า และพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน ส่งผลให้หยุดพฤติกรรมชั่วขณะ แต่เมื่อมีการสัมผัสเข้าร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างเห็นได้ชัด และในกลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต พบว่า การดูแลจะต้องประกอบไปด้วยทั้งสี่องค์ประกอบจึงพฤติกรรมจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจิตผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้ทั้งสี่องค์ประกอบเข้ากับการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จึงสามารถช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้และพบว่าสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษากับงานวิจัย การดูแลตามแบบฮิวแมนนิจิตในกลุ่มสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง¹¹ สอดคล้องกับศึกษาผลการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น¹² พบว่า ด้วยการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจิตมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงและให้ความร่วมมือในการดูแลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้สัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจากอดีต ยังส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย หากผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การดูแลแบบฮิวแมนนิจิตจะเป็นเรื่องที่ย่อยต่อการดูแล ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจิตผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น จึงสามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีฮิวแมนนิจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้ดูแลต้องมีการฝึกฝนการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลแบบฮิวแมนนิจิตจะต้องปฏิบัติด้วยความรัก ความเมตตา ความอ่อนโยนและความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ดังนั้น ผู้นำไปใช้จะต้องมีการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กลมกลืนไปกับการช่วยเหลือและทำกิจวัตรต่างๆ แก่ผู้ป่วย

2. การใช้วิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจิต สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ดูแลทุกประเภท แต่หากเป็นผู้ดูแลที่ไม่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือมีสัมพันธ์ที่ไม่ดีมาก่อน อาจจำเป็นต้องให้เวลากับผู้ป่วย และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุ้นเคย ไว้วางใจ และง่ายต่อการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรต่างๆ

3. พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแบบไม่คงเส้นคงวา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตลอด ผู้ดูแลจึงต้องมีทัศนคติในทางบวกต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อการนำวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ติดตามการประเมินผลทุกสัปดาห์ 5 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายในสัปดาห์ลดลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงผลของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

2. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดควรมีการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) ในประเทศไทย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลแต่ละรายมีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม การอยู่อาศัย บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายที่แตกต่าง

3. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อพฤติกรรมกระวนกระวายสามารถนำไปศึกษาต่อได้ในช่วงกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ เพื่อศึกษาความแตกต่างของประสิทธิภาพของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

References

1. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;9(1): 191-200. (in thai)
2. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22(07): 1025-1039.
3. Charernboon T, Phanasathit M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2014; 97(5):560-565. (in thai)
4. Cohen-Mansfield J. Agitation in the elderly. *Issues in geriatric psychiatry*: Karger Publishers; 1989 : 101-113.
5. Artsanthia J, Kampraw P. Modality of Care for the Older Adults in Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15 (3):123 -127. (in thai)
6. Thongwachira C, Kespichayawattana J. The effect of nursing intervention by using music and environmental adjustment on agitated behaviors of the dementia elderly. Bangkok Thailand: Chulalongkorn University; 2010.
7. Burns A, Perry E, Holmes C, Francis P, Morris J, Howes M-J, et al. A double-blind placebo-controlled randomized trial of Melissa officinalis oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2011; 31(2):158-64.
8. Figueiro M, Plitnick B, Rea M. Research Note: A self-luminous light table for persons with Alzheimer's disease. *Lighting Research and Technology*. 2016; 48(2):253-9.
9. Gineste Y, Pellissier J. Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux: A. Colin; 2007.
10. Maxwell SE, Delaney HD. Designing experiments and analyzing data: A model comparison perspective: Psychology Press; 2004.
11. Ito M, Honda M. Improvement of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) by Comprehensive Standardized Care Methodology. *Austin J Clin Neurol*. 2015; 2(9):1-2.
12. Honda M, Ito M, Ishikawa S, Takebayashi Y, Tierney L. Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Case reports in medicine*. 2016;1-4.