



การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านสำหรับผู้ดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด Promoting Humanitude Care in Family Caregivers of Older Adults with Dementia

Received: August 12, 2023

Revised: October 31, 2023

Accepts: November 16, 2023

เกศินี วุฒิวงศ์ (M.P.H.)¹, พีรนุช ลาเซอร์ (Ph.D.)²Kasinee Wudhiwong (M.P.H.)¹, Peeranuch LeSeure (Ph.D.)²

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลที่เป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน มักพบได้ในชุมชนเพราะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมไทย รวมทั้งเป็นการตอบแทนพระคุณบุพการี แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยาวนานและเป็นภาระมากขึ้นตามการดำเนินของโรค ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจเกิดความเหนื่อยล้า เครียด หรือหมดไฟในการดูแล เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ให้ความสำคัญกับการเคารพความเป็นมนุษย์ องค์ประกอบและขั้นตอนของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด นอกจากนี้บทความยังได้นำเสนอการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลที่ให้การเยี่ยมบ้านนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านให้มีความรู้ความเข้าใจและเพิ่มพูนทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดแก่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและลดภาระของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

คำสำคัญ: แนวคิดฮิวแมนนิจูด, ภาวะสมองเสื่อม, ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักการศึกษาทั่วไปและวิทยาศาสตร์พื้นฐาน มหาวิทยาลัยพายัพ , Thailand

²Asst.Prof. College of Nursing & Health Sciences, University of Massachusetts Dartmouth, USA

Corresponding author: kasineewud@gmail.com

Abstract

In Thailand, family caregivers, including husband, wife, child, and grandchild, play a significant role in caring for older adults with dementia in the family at home as part of Thai culture. Also, caring for older adults in the family is also a way children should be grateful to their parents/grandparents. However, providing long-term care for old adults with dementia could lead to exhaustion, stress, or burn out.

This article aims to present the concept of humanitude care, which emphasizes respect for the dignity of the human person. The article will present the key principles and steps of humanitude care. It will also provide an alternative approach for nurses who provide care in the community to enhance family caregivers, knowledge and skills in caring for older adults with dementia using the humanitude concept. Therefore, family caregivers could provide proper care for older adults with dementia with less burden.

KEYWORDS: humanitude care, dementia, family caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีค.ศ.2023 พบทั่วโลกมีประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 55 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะสมองเสื่อมรายใหม่กว่า 10 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 และเป็นสาเหตุหลักของความพิการและการมีภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุทั่วโลก (World Health Organization (WHO), 2023) สำหรับประเทศไทย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และมีจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มีการแสดงออกถึงการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลงของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive Function) และสติปัญญา (Intellectual Function) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำ การรู้คิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมที่ผิดปกติทางการรับรู้ และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขึ้น (พัชรี คมจักรพันธ์, 2563) สำหรับครอบครัวไทยนั้นบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 50 เป็นบุตร ร้อยละ 5-11 เป็นคู่สมรส (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) การที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลที่บ้านเพราะกลุ่มบุคคลดังกล่าวส่วนหนึ่งมีความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธเรื่องความกตัญญูในการเลี้ยงดูบิดามารดาเพื่อตอบแทนบุญคุณ (สมบุญธวัช, 2560) แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุภาวะ



สมองเสื่อมนั้นใช้เวลานานและเป็นภาระมากขึ้นตามการดำเนินของโรค จึงทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านรับภาระหนักในการดูแลและมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลที่บ้าน เช่น อ่อนเพลีย เครียด ขาดโอกาสพบปะเพื่อนหรือขาดรายได้ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ของ Giang, Jonathan, Ling-Jie, Min-Jia & Tau-Ming. (2022) พบว่าการนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship-Centered) ร่วมกับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Compassionate Care) ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะลดภาวะหงุดหงิดวุ่นวาย (Agitation) ลดอาการทางจิตสังคม และส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแล้วยังพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลดภาวะหมดไฟ (Burn Out) ในการดูแล

ดังนั้น ในต่างประเทศจึงมีการอบรมผู้ดูแลทั้งผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) เช่น ญาติผู้ดูแล เพื่อนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของ Kobayashi และ Honda (2021) พบว่า ภายหลังการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ระดับความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ของญาติผู้ดูแลลดลง และปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลดลง สำหรับในประเทศไทย ผู้เขียนสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Thai

Journal Online (ThaiJO) พบงานวิจัย 3 เรื่องที่ศึกษาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ฉันทน์นัท พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) การศึกษาการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแล (เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในสถานบริการสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2564)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ให้ผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลดังปรากฏในงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ผู้เขียนจึงนำเสนอแนวทางการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลชุมชนเยี่ยมบ้านจะให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และการพัฒนาทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดรวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและประเมินผลการดูแลที่บ้านเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระ ลดภาวะหมดไฟ

ของญาติผู้ดูแลที่บ้าน และลดปัญหาทางพฤติกรรมและ
อาการทางจิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์บทความ

เพื่อนำเสนอแนวคิด หลักการและแนวทางการ
ดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่พยาบาลชุมชนนำไป
ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมอง
เสื่อมโดยญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือ Major
Neurocognitive Disorder (DSM-5™) เป็นภาวะการ
ทำงานของสมองด้านการรู้คิดลดลง เช่น มีการเสื่อมของ
ความจำ ความคิด การตัดสินใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ
การดำเนินชีวิตประจำวัน (Centers for Disease
Control and Prevention (CDC), 2019; Black &
Grant, 2014) โดยภาวะสมองเสื่อมเกิดได้หลายสาเหตุ
ได้แก่ การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง โรคหลอดเลือด
สมอง (Vascular Dementia) และสาเหตุอื่น เช่น ภาวะ
สมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยภาวะสมอง
เสื่อมจะมีอาการตามระยะของโรคตั้งแต่มีอาการ
เล็กน้อย เช่น เริ่มหลงลืม สูญเสียความจำระยะสั้น
อาการมากขึ้นจนถึงเริ่มหลงลืมชื่อคน จำทางกลับบ้าน
ไม่ถูก มีปัญหาด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง หาก
มีอาการมากจะมีการบกพร่องในการรู้คิดมากขึ้นจน
ไม่สนใจเวลาและสถานที่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น
(ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลภพ, 2564)

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อญาติ ผู้ดูแลที่บ้าน

ในบทความนี้ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หมายถึง
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ดูแลผู้สูงอายุตาม
ความสัมพันธ์ในเครือญาติ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง เป็นต้น
(พัชรีย์ คมจักรพันธ์, 2563) สำหรับผลกระทบที่ญาติ
ผู้ดูแลที่บ้านได้รับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมอง
เสื่อมมีหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น เจ็บป่วย
ซึ่งมีสาเหตุจากการอัม การพุง หรือการยกผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมในรายที่ช่วยตนเองได้น้อย 2) ด้าน
อารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจาก
ปัญหาด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น
มีอาการก้าวร้าว กระวนกระวาย ซึมเศร้า เป็นต้น
(ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561) มีความรู้สึกเป็น
ภาระอย่างมาก (ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ
ตีะปินตา, 2561) 3) ด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น ขาด
รายได้ การใช้จ่ายเงินไม่คล่องตัว (พัชรีย์ คมจักรพันธ์,
2563) และ 4) ด้านการใช้เวลาของญาติผู้ดูแลที่บ้าน
ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของ
ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ปริยธิดา ชลศึกเสนีย์ และ
วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2560) จะเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมที่บ้านนั้น เป็นการดูแลในระยะเวลา
ที่นานและรับภาระเพิ่มมากขึ้นตามการดำเนินของโรค
ญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงเป็นบุคคลสำคัญในการทำให้
ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่กับภาวะของโรคได้ตาม
สภาพ หากญาติผู้ดูแลที่บ้านได้รับการสอนเกี่ยวกับการ
ดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจากพยาบาลชุมชนที่มีหน้าที่
สำคัญในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่าง
ต่อเนื่องในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลที่บ้าน
จะรู้สึกเหนื่อยกายเหนื่อยใจลดลง (ชาลินี สุวรรณยศ
และดารารวรรณ ตีะปินตา, 2561)

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิด ฮิวแมนนิจูด

ฮิวแมนนิจูดเป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยา
ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Yues Gineste และ
Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศสซึ่งอาศัย



ประสบการณ์จากการทำงานมากกว่า 30 ปี ใน เนิร์สซิงโฮม พัฒนาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัย พื้นฐานของการดูแลที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการ ของมนุษย์เรียกว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste, Marescotti & Pellissier, 2008) แต่แนวคิดนี้ไม่ได้เป็นที่ รู้จักอย่างแพร่หลาย จนกระทั่ง Gineste และ Marescotti ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยในปี 2008 (Gineste, et al., 2008) หลังจากนั้นจึงมีผู้นำ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยแนวคิดการดูแล แบบฮิวแมนนิจูดไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในทวีปยุโรป อเมริกา และเอเชีย (Melo, et al., 2017) สำหรับใน ประเทศไทยมีการตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการ ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 รวมทั้งมีการ อบรมพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการวิจัยและ เผยแพร่งานวิจัยตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา (กรรณิการ์ ศุภชัย, 2560)

จุดเน้นของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดมี 2 ประการ ได้แก่ 1) การ สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม รับรู้ว่าผู้ดูแลต้องการสร้างสัมพันธภาพและให้ ความสำคัญกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ การแสดงออกด้วยวิธีที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สามารถรับรู้และเข้าใจได้ เช่น การสบตา การสัมผัส และ 2) ให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ซึ่ง หมายถึง หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยังคงกระทำ กิจกรรมนั้นได้ ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือเพื่อคง ความสามารถของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไว้ (ฉีนีสเตอ, มาเรสก็อตติ, และ มิเวโกะ, 2563)

องค์ประกอบในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเน้นการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เทคนิค การสื่อสารหลากหลายรูปแบบ (Multimodal Comprehensive Communication) ทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อแสดงให้เห็นการยอมรับในความ เป็นมนุษย์ เคารพในเสรีภาพ (Liberty) เอกสิทธิ์ในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง (Autonomy) และศักดิ์ศรี (Dignity) ของผู้สูงอายุ (Kobayashi & Honda, 2021)

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Gaze or Eye Contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการ จัดให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ในท่าทางแนวตั้ง ตรง (Verticality) โดยเริ่มการดูแลแต่ละครั้งด้วยเทคนิค การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม ได้แก่ การสบตา การพูด และการสัมผัส ซึ่ง เป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์กัน สามารถเกิดขึ้น พร้อม ๆ กันในระหว่างการดูแล เป็นการกระตุ้นประสาท สัมผัสและการตอบสนองตามสัญชาตญาณของมนุษย์ ส่วนการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง เป็นการเตรียมผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมให้มีความพร้อมในการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Gineste, et al., 2008)

การสบตา การสบตาเป็นอวัจนภาษาที่ แสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูดผ่านทางสายตา การสื่อสารส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการสบตา เพื่อดึงดูด ความสนใจของคู่สนทนาระหว่างการสนทนา การสบตา เป็นการแสดงถึงความตั้งใจฟัง การให้ความสำคัญกับ คู่สนทนา และแสดงความจริงใจของผู้พูด ลักษณะการ มองสบตาต้องเป็นธรรมชาติและไม่ทำให้คู่สนทนารู้สึก อึดอัด (Taylor, Lynn & Bartlett, 2022)

การสบตาในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดใช้หลักการ สื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยคำนึงถึงข้อจำกัดใน

การมองเห็นที่เกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย (Age-Related Vision Loss) ร่วมกับการให้ความเคารพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง Gineste, et al., (2008) แนะนำการใช้สายตามอง โดยใช้เทคนิค 4 ประการ ได้แก่ การมองแนวแกน (Axil) การสบตาในระดับแนวนอน (Horizontal) ระยะห่าง (Distance) และระยะเวลา (Duration) ดังนี้

- 1) การมองแนวแกน เป็นการเข้าหาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากด้านหน้า ในระยะลานสายตาเพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถมองเห็นและไม่ตกใจ
- 2) การสบตาในระดับแนวนอน คือ การมองตรงมายังผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในแนวระดับสายตา ซึ่งบ่งบอกความจริงใจและแสดงความเท่าเทียมกันระหว่างญาติผู้ดูแลที่บ้านกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หลีกเลี่ยงการมองจากศีรษะจรดเท้าหรือการชำเลื่องมองด้วยหางตา
- 3) ระยะห่างที่ใกล้พอประมาณ แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงควรยืนหรือนั่งในระยะใกล้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีระยะห่างประมาณ 15-20 เซนติเมตร เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกถึงความเป็นมิตร และ
- 4) ระยะเวลา การใช้เวลามองสบตาเป็นการบ่งบอกความรู้สึกดีที่มีให้กันประมาณ 30 วินาที ถึง 3 นาที

การพูด เป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารจะมีความต่อเนื่องเมื่อผู้ส่งสารได้รับการตอบสนองด้วยคำพูดหรือท่าทางจากผู้รับสาร หากญาติผู้ดูแลที่บ้านนิ่งเงียบ ไม่ตอบสนองต่อการพูดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรับรู้ว่าคุณาติผู้ดูแลที่บ้านเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้หากมีความเงียบระหว่างการดูแลอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกอึดอัด ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงควรอธิบายสิ่งที่กำลังปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม เน้นคำพูดในทางบวก กล่าวชื่นชม และกระตุ้นให้มี

ส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บในขณะให้การดูแล นอกจากนี้ การพูดยังเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการรับรู้เกี่ยวกับคำพูดจากการได้ยินอีกด้วย โดยการพูดจะทำการร่วมกับการสบตา การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง

การพูดเพื่อสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมควรปฏิบัติ ดังนี้ 1) โทนเสียง ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัญหาการได้ยินที่เกิดจากประสาทหูเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-Related Hearing Loss) จึงควรพูดกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยเสียงโทนต่ำ 2) ระดับเสียง การพูดกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการได้ยิน อาจต้องใช้เสียงดังกว่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่ควรตะโกน (Taylor, Lynn & Bartlett, 2022; Jensen, 2022) การใช้เสียงดังเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเข้าใจผิดคิดว่าญาติผู้ดูแลที่บ้านตำหนิติเตียน 3) ลักษณะการพูด ควรใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ร่วมกับการสบตา พูดช้า ชัดเจน ใช้คำพูดไพเราะ ไม่พูดจาประชดประชัน และ 4) ความต่อเนื่อง ขณะดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแลที่บ้านควรสนทนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรนิ่งเงียบเพราะทำให้การสนทนาหยุดชะงัก หรือทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกอึดอัด (อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2562)

การสัมผัส การสัมผัสมักจะทำให้ผู้ถูกสัมผัสรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัย หรือรู้สึกได้รับการปลอบประโลม แต่ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติในการรู้คิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือกระวนกระวาย อาจตีความการสัมผัสไปในทางลบและมีการตอบสนองโดยการปกป้องตนเองด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Gineste, et al., 2008)

การสัมผัสผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยแรงที่สัมผัสลงมาบนร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ การสัมผัสจึงควรคำนึงถึง 1) บริเวณที่สัมผัส เน้นการประคองจาก



ด้านล่างโดยให้มีพื้นที่สัมผัสกว้าง เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลรู้สึกผ่อนคลายและวางใจ 2) น้ำหนักที่สัมผัสลงบนผิวหนังไม่ควรแรงเกินไป เช่น การพุงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ควรประคองใต้แขนแทนการจับข้อมือเพราะวิธีการจับและดึงทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกเป็นการบังคับ หรือหากต้องการสัมผัสบริเวณหลัง หรือไหล่ ควรสัมผัสด้วยการลงน้ำหนักเล็กน้อย วาดมือเป็นวงกว้าง และถูเบา ๆ (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561)

การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทรงตัวในท่ายืน ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดภาวะกระดูกพรุน และคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Honda, et al., 2013) ควรยืนอย่างน้อยวันละ 20 นาที เช่น การยืนขณะทำกิจกรรม เปลี่ยนเสื้อผ้า เดินไปเข้าห้องน้ำ โดยให้รวมเวลาเย็นสะสมจนครบ 20 นาทีในแต่ละวัน (ฉวีเนสเตอ และคณะ, 2563)

ขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

Gineste และ Marescotti เสนอขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Structured Sequence of Humanity Care Procedure: SEPCH) 5 ขั้นตอน (Henriques L., Marilia, Rosa Melo, Joao Araujo, & Mafalda Inacio, 2020) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการสร้างสัมพันธภาพ (Opening): ผู้ดูแลส่งสัญญาณ (Notification) เป็นการบอกให้รู้ถึงการมาดูแล และเพื่อขออนุญาตเข้าเพื่อดูแล เช่น การเคาะประตูส่งสัญญาณ และขออนุญาตเข้ามาดูแล เป็นการให้เกียรติ เคารพในความเป็นส่วนตัว และเคารพสิทธิของความเป็นมนุษย์ของ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Kobayashi & Honda, 2021)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพหรือการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ (Preliminary): เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแล ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลเริ่มใช้ทักษะการพูด การสบตา และการสัมผัส ขั้นตอนนี้ควรเสร็จสิ้นภายในเวลา 20 วินาที ถึง 3 นาที หากใช้เวลาเกินกว่านี้ ควรเลื่อนกิจกรรมการดูแลออกไป (Gineste, et al., 2008)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลโดยใช้เทคนิคฮิวแมนนิจูด (Sensory Circle) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยนำเอาหลักการตามองค์ประกอบของการดูแลทั้งหมดมาใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทั้งการสบตา การสนทนา การสัมผัส และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง เพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งการมองเห็น ได้ยิน และการสัมผัส (Gomes Figueiredo, Carvalho Pereira de Melo, & de Paiva Ribeiro, 2018)

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างความทรงจำที่ดี (Emotional consolidation): เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลสร้างความทรงจำที่ดีให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนสิ้นสุดการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยอมรับการดูแลครั้งต่อไปง่ายขึ้น (ฉวีเนสเตอ และคณะ, 2563; Kobayashi & Honda, 2021)

ขั้นตอนที่ 5 การนัดหมายครั้งต่อไป (Next Appointment): เป็นการกำหนดเวลาที่จะทำกิจกรรมในครั้งต่อไป เพื่อยืนยันว่าผู้ดูแลจะกลับมาเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึก



ถูกทอดทิ้ง (ฉีเนสเตอ และคณะ, 2563; Kobayashi & Honda, 2021)

การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และพัฒนาทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากตัวอย่างของต่างประเทศ การที่ผู้ดูแลใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายที่ปฏิเสธการดูแล ไม่ให้ความร่วมมือสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ปฏิเสธการอาบน้ำ หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลมากขึ้น (Kobayashi & Honda, 2021) ผู้เขียนจึงเสนอการประยุกต์ขั้นตอนและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ชื่อ กิจกรรม “เปิดใจเรียนรู้แนวคิดหลักการฮิวแมนนิจูด” เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (30 นาที) โดยพยาบาลเริ่มจากรับฟังสภาพปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลที่บ้าน เช่น ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในประเด็นต่าง ๆ เมื่อญาติผู้ดูแลที่บ้านรู้สึกกว่าวิธีการเดิมในการรับมือจัดการกับปัญหานั้นไม่ค่อยได้ผล พยาบาลจึงเริ่มเสนอหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้ชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับหัวข้อการสบตา การพูด การสัมผัส การจัดท่าทางในแนวตั้งตรงและสาธิตวิธีปฏิบัติ จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านสาธิตย้อนกลับ หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมที่จะฝึกปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ญาติผู้ดูแลที่บ้านสามารถฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมได้ แต่หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่พร้อม ก็ให้พยาบาลสาธิตกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน และระหว่างการสาธิตพูดคุย พยาบาลควรให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านพูดถึงความรู้สึกหลังจากเรียนรู้หลักการใหม่ ๆ หรือหลังการทดลองปฏิบัติ และควรเริ่มปฏิบัติมากกว่า 2 หลักการ (ฉันทน์นันทน์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561; สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2564) สอดคล้องตามกิจวัตรของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จากนั้นพยาบาลสอนและสาธิตให้แก่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเกี่ยวกับขั้นตอน 5 ขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ดังนี้

ขั้นตอน 1 ก่อนพบปะ เป็นการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรับรู้ตัว เช่น การเคาะประตู 3 ครั้ง หรือเข้าไปใกล้ผู้สูงอายุแล้วเคาะบริเวณปลายเตียงหรือโต๊ะข้างเตียง ขั้นตอนนี้ไม่มีบทสนทนาเป็นเพียงการเคาะส่งเสียงขออนุญาตเข้าไปในบริเวณห้องของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนเริ่มการดูแล การเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาในวันที่ผ่านมาหรือจำได้เพียงบางส่วน เมื่อญาติผู้ดูแลที่บ้านเริ่มกิจวัตรแต่ละวันจึงควรมีการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ทุกครั้งเพื่อให้สัมพันธ์ภาพต่อเนื่อง เช่น ในเวลาเช้า อาจใช้การทักทายตามบริบทของสังคมไทย เช่น สัมผัสที่แขนและพูดต่อว่า “คุณแม่/คุณยายหลับสบายดีไหมคะ” เป็นต้น โดยนำหลักการทั้งหมดของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ เช่น การสบตา เข้าหาทางด้านหน้าหรือบริเวณลานสายตาที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมองเห็น ร่วมกับการสัมผัส

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลโดยใช้เทคนิคฮิวแมนนิจูด สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้คือ การเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดูแลให้ครบถ้วนเพื่อสานต่อสัมพันธ์ภาพที่สร้างขึ้นมาจากขั้นตอนที่ 1 และ 2



และในการปฏิบัติการดูแลให้ใช้หลักการสบตา พูด สัมผัส ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ปฏิบัติให้ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม เช่น การเช็ดตัวที่ไม่เร่งรีบ และพูดว่า “กำลังเช็ดตัวให้ รู้สึกสบายมากขึ้นไหมคะ”

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างความทรงจำที่ดีโดยการนึกถึงช่วงดี ๆ ที่มีร่วมกัน ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประทับความทรงจำที่ดีในทุกครั้งของการดูแล เพราะ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำเรื่องที่มีความรู้สึกมาเกี่ยวข้องได้นานกว่าความจำแบบอื่น ๆ (ฉีนีสเตอและคณะ, 2563) ดังนั้น การนึกถึงเวลาดี ๆ ร่วมกัน ประมาณ 40 วินาที จึงเป็นสิ่งที่ควรทำ เช่น หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่ชอบ ญาติผู้ดูแลที่บ้านควรพูดให้ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมรับรู้ความรู้สึกที่จะกลายเป็นความทรงจำที่ดี เช่น “ดื่ม (ชื่อเครื่องดื่ม) แล้วรู้สึกสดชื่นขึ้นนะคะ” ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจลืมเรื่องการดื่มเครื่องดื่ม แต่ความสุขจากการดื่มเครื่องดื่มที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านจัดให้ จะคงอยู่ในความทรงจำของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและทำให้การดูแลในครั้งต่อไปได้ผลดี (ฉีนีสเตอและคณะ, 2563)

ขั้นตอนที่ 5 การนัดหมายครั้งต่อไป โดยการสัญญาว่าจะกลับมาอีก แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกดีที่ได้รับจากการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะรอคอยการดูแลในครั้งต่อไปและทำให้การดูแลครั้งต่อไปทำได้ราบรื่นมากขึ้น ตัวอย่างกรณีที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเสร็จสิ้นการดูแลการรับประทานอาหารเช้าและจะเข้ามาหาอีกครั้งประมาณ 10.00 น. เพื่อดูแลทั่วไป ญาติผู้ดูแลที่บ้านสามารถบอกหรือเขียนข้อความ “10 โมงเช้าจะมาหาอีกครั้ง” เพื่อรับประทานอาหารเช้า หรือเมื่อส่งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเข้านอน ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจบอกว่า “พรุ่งนี้พบกันใหม่ 6 โมงเช้า”

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ชื่อกิจกรรม “ฝึกฝนจนครบหลัก 4 ประการ” หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ปฏิบัติการดูแล โดยใช้หลักการสบตา พูด สัมผัส จัดท่าทางในแนวตั้งตรง (30 นาที) เริ่มจากพยาบาล รับฟังปัญหาในการดูแล ร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลที่บ้าน รับฟังการทดลองปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เสริมประเด็นที่ขาดความมั่นใจในการนำไปใช้ และเสริมกำลังใจ รวมทั้งทบทวนขั้นตอน 5 ขั้นตอนเหมือนกับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ชื่อกิจกรรม “ทบทวนฝึกฝนเรียนรู้” ปฏิบัติเหมือนการเยี่ยมครั้งที่ 2

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ชื่อกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” เป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านเล่าประสบการณ์หลังทดลองปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ใช้เวลา (10-15 นาที) พยาบาลจะให้บริการเยี่ยมบ้านโดยไปหาที่บ้านหรือติดตามทางไลน์แอฟพลิเคชัน นอกจากรับฟังความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ของญาติผู้ดูแลที่บ้าน พยาบาลควรกล่าวชมเชยในสิ่งที่ทำได้สำเร็จและให้กำลังใจกับสิ่งที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านพยายามทำถึงแม้ว่ายังไม่สำเร็จ

การเยี่ยมบ้านและส่งเสริมญาติผู้ดูแลที่บ้าน สำหรับการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการนำเสนอแนวคิด สอน สาธิต หลักการ 4 ประการ และขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีวิธีการสื่อสาร 4 ประการในการดูแล ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่บ้าน

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลที่บ้านและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบนพื้นฐานความเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ โดย

ใช้การสื่อสารหลายทาง ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง เป็นแนวทางการดูแลที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลชุมชนจึงควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการณ์ ศุภชัย. (2560). Humanitude: การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 4(2), 95-99.
- ชาลินี สุวรรณยศ และ ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4), 229-239.
- ณินสเดช, อีฟส์., มาเรสก็อตติ, โรเซตต์., และ มิเวโกะ, ฮานตะ. (2563). *ฮิวแมนนิจูด : แนวคิดและเทคนิคใหม่ในการดูแลคนในครอบครัว*. (อนงค์ เงินหมื่น, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ธัญชนก พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉ.พิเศษ), 241-249.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2561). การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. ใน วิไล คุปต์นิรติศัยกุล (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย* (หน้า 349-376). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- ปริญดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24-36.
- พัชร คุ้มจักรพันธุ์. (2563). *การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน: บทบาทของพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

- ปีที่ 24 ฉบับที่ 47 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392 - 398. doi: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.28https://he02.tci->
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *ภาวะสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=38965>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=40101>
- สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(2), 336-345.
- เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับเพิ่มเติม), 221-23.
- สมบุญ วัฒนะ. (2560). การดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาของครอบครัวไทยพุทธ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 10(267), 67-80.
- อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 129-139.
- Black, D.W. & Grant, J.E. (2014). *DSM-5™ Guidebook*. Retrieved from <https://w1.med.cmu.ac.th/psychiatry/education/learning/dsm-5/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *About dementia*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html>
- Giang, T.A., Jonathan Ern Juan, Ling-Jie Cheng, Min-Jia & Tau-Ming Liew. (2022). *Effects of Humanitude care on people with dementia and caregivers: A scoping review*. doi: 10.1111/jocn.16477.



- Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). Gineste Marescotti® method “Humanitude”, and pacification of pathological aggression behavior during nursing care [Short Survey]. *Revue de Geriatrie*, 33(6 Suppl. A), 2–4 Retrieved from <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-48949087180&origin=inward&txGid=5f88c4a52afc464d1097bb87a3b4b872>
- Gomes Figueiredo, A. M., Carvalho Pereira de Melo, R. C., & de Paiva Ribeiro, O. (2018). Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 53–62. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/5a63/b5d8e42fc417c24e5cb2b76e32a2ac60ae5c.pdf>.
- Henriques L., Marília, Rosa Melo, Joao Araujo & Mafalda Inacio. (2020). *Methodology of Care Humanitude Implementation at an Integrated Continuing Care Unit: Benefits for the Individuals Receiving Care*. doi: 10.4236/ojn.2020.1010067
- Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R., & Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine*, 4(Suppl.), S207. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.689>.
- Jensen, S. (2022). *Nursing health assessment: A clinical judgment approach* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Kobayashi, M. & Honda, M. (2021). The effect of a multimodal comprehensive care methodology for family caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 21:434. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02373-w>
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J. & Rodrigues, M. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado humanitude em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53–62. doi: 10.12707/RIV17019.
- Taylor, C. R., Lynn, P., Bartlett, J. L. (2022). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2023). *Dementia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>