ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HUMANITUDE CARE BY CAREGIVERS ON AGITATION BEHAVIORS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA

Miss Thanyanan Puthiwatanatharadol

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
โดย	นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล : ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวร
กระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF HUMANITUDE CARE B
CAREGIVERS ON AGITATION BEHAVIORS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 178 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One Group Time Series Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายขอ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คู่ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยให้ความรู้และ ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care) ของ Yves Gineste & Rosettte Marescotti (2008) แก่ผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) กา สัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสมอ เสื่อม (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย (Cohen-Mansfield, 1989) แป โดยชุติมา ทองวชิระ (2553) ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .89 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แน ทางการจัดกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแม นิจูดโดยผู้ดูแล ค่าความเที่ยง (KR – 20) ได้เท่ากับ 0.93 แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจู โดยผู้ดูแล ค่าความเชื่อมั่น (Inter-Rater Reliability: IRR) เท่ากับ 0.94 และแบบติดตามทา โทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณา สถิติการหาค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One–Wa Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Pairwise Comparison) ผลการวิจั พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดล อย่างต่อเนื่อง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5877151036 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: DEMENTIA / AGITATION BEHAVIORS / HUMANITUDE CARE / OLDER PEOPL
/ CAREGIVER

THANYANAN PUTHIWATANATHARADOL: THE EFFECT OF HUMANITUDE CAR
BY CAREGIVERS ON AGITATION BEHAVIORS OF OLDER PERSONS WITH
DEMENTIA. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D
178 pp.

This quasi-experimental research use the One-Group Time Series Design. Th objective to compare the agitation behaviors of older people with dementia befor and after provide humanitude care by caregiver. The study on older people wit dementia and primary caregivers total of 16 pairs selected in line with this stud inclusion criterion.The method using by providing knowledge and practice abou Humamitude care (Yves Gineste & Rosettte Marescotti, 2008) to primar caregivers. The Humanitude care involves eye contact ,speech ,touch and verticality Research instrument include 1) Data collect instrument include personal informatio ,Thai-2002 Mini-Mental State Examination (MMSE) and Cohen-Mansfield Agitatio inventory (CMAI) translated to Thai by Chutima Thangwachira (2010) with th reliability of .89 2) Experimental instrument include of Activity Guidelines c Humanitude Care Activities by Primary Caregivers, Humanitude Knowledge Test wit the reliability (KR – 20) of 0.93 ,Humanitude Care Assessment with the Inter-Rate Reliability of 0.94 and Telephone follow-up form. The analysis by adopting one-wa repeated measure ANOVA and Pairwise Comparison method have been used t assess this experimental.The result shows that the mean or average of agitat behavior after providing Humanitude care knowledge and procedure decreas significantly from the first time measuring at the level of $p < 0.1$. and it als continuously decreased significantly during 1, 2, 3, 4 and 5 week at the level of $p <$ 0.1.

Activity guidelines

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2017 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่อง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร คณะกรรมการสอบภายนอก ที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้สถิติ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเข้าร่วมวิจัยและการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมอบประสบการณ์ การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ Yves Gineste และคณะ ที่อบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จำนวน 2 ครั้ง ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีฯ หัวหน้าพยาบาล ณ คลินิคความจำ และพยาบาลผู้ประสานงานทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์ ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลทางวิชาการ และนายภัทรพันธ์ พูลสวัสดิ์ ที่ให้อำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือต่างๆแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญกราฟ ..... ฏ

สารบัญภาพ ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 7

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 7

ขอบเขตของการวิจัย 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 13

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14

1.แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 15

1.1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม 16

1.2. อาการของภาวะสมองเสื่อม 18

1.3. การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม 19

1.4. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม 20

1.5. การรักษาภาวะสมองเสื่อม 21

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

1.6. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 21
2. พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 25
2.1. ความหมายและอาการ 25
2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย 27
2.3. การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย 29
2.4. การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย 31
3. ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 33
3.1. ประเภทของผู้ดูแลหลัก 33
3.2. บทบาทของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 34
3.3. บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 35
4. ฮิวแมนนิจูด (Humanitude) 36
4.1. ปรัชญาของฮิวแมนนิจูด (Philosophy of Humanitude) 36
4.2. องค์ประกอบของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 37
4.3. เทคนิคการนำกระบวนการฮิวแมนนิจูดไปใช้ 42
5. กิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 44
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 48
7. กรอบแนวคิดการวิจัย 51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 54
กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 55
เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) 55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 63

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 64
การดำเนินการวิจัย 72
การวิเคราะห์ข้อมูล 77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 87
วัตถุประสงค์การวิจัย 87
กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 88
เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 88
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 89
การวิเคราะห์ข้อมูล 95
สรุปผลการวิจัย 95
การอภิปรายผลการวิจัย 95
รายการอ้างอิง 109
ภาคผนวก 118
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รายนามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลองงานวิจัย 119
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม 122
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 133
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 156
ภาคผนวก จ ตัวอย่างภาพการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน 169
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 178

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ประยุกต์ตามแบบฮิวแมนนิจูดของ Yves Gineste และRosettte Marescotti (1995).....45

ตารางที่ 2ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ราย จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระยะเวลาการ 16 เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คะแนนประเมินสมรรถภาพของสมอง (MMSE) ประวัติการใช้ยาควบคุมพฤติกรรม คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วม กิจกรรม และลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งตามกลุ่มอาการ 57

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลัง เสร็จสิ้นกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย 79

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเข้าร่วม กิจกรรม.....81

ตารางที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน เข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้น กิจกรรม.....84

ตารางที่ 6เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนเข้าร่วม กิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ,4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเป็น รายคู่ (Pairwise Comparison).....86

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คะแนนการคัดคกรองภาวะสมองเสื่อม คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และประวิติการใช้ยาควบคุม พฤติกรรมกระวนกระวาย (n=16).....157

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมกระวนกระวาย แบ่งตามลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวาย 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 29 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=16) 159

ตารางที่ 9 คาเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 กลุ่มอาการ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....161

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ONE-WAY REPEATED MEASURES ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .01 165

ตารางที่ 11 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคพแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และเสร็จสิ้นกิจกรรม ด้วย Mauchly's Test of Sphericitya ที่ระดับนัยสำคัญ .01 165

ตารางที่ 12การเปรียบเทียบความแตกตางของคาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุม ตัวอยางกอนเขารวมกิจกรรมระหวางเขารวมกิจกรรมสัปดาหที่1, 2, แ 3ละ 4 และหลังเสร็จสิ้น กิจกรรม โดยการทดสอบคาเฉลี่ยรายคู)Pairwise comparison)166

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญกราฟ

หน้า

กราฟที่ 1กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่าง (n=16) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....85

กราฟที่ 2 กราฟการเปรียบเทียบค่าเฉลียคะแนนพฤติกรรมกกระวนกระวาย 29 พฤติกรรมก่อนและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม.....162

กราฟที่ 3 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีค่าสูงที่สุด 10 พฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม.....163

กราฟที่ 4 กราฟค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นกิจรรม164

กราฟที่ 5 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้).....168

กราฟที่ 6 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้) 168

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 52

ภาพที่ 2ใบปิดประชาสัมพันธ์ 140

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองที่ดำเนินไปอย่างช้าๆ และไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ความผิดปกติส่วนใหญ่เกิดขึ้นบริเวณเปลือกสมอง (cerebral cortex) ที่ทำหน้าเชื่อมต่อระบบประสาทสั่งการต่างๆ ดังนั้น การเกิดภาวะสมองเสื่อมทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองลดลงอย่างช้าๆตามลำดับ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความทรงจำ และมีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา อย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การรับรู้ ความคิด การตัดสินใจ การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบได้มากที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบได้ร้อยละ 60-80 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) พบร้อยละ 50 (Alzheimer's Association, 2016) ภาวะสมองเสื่อมจึงส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Kempler, 2005; Leroi & Lyketsos, 2010)

ภาวะสมองเสื่อม พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไปมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 5-6 และเพิ่ม ขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 5 ปี ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปพบมากถึงร้อยละ 32 (Prince et al., 2015; WHO, 2016) ดังนั้น ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราความชุกของผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2553) และคาดว่าแนวโน้มของผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์และ สิรินทร ฉันศิริกาญจน์, 2550) เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างของประชากรสูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันภาวะสมองเสื่อมจึงถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งของประเทศไทย (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2560)

ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมตามที่กล่าวมาข้างต้น โดยส่วนมากจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia :BPSD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 (Trivedi et al., 2013) แบ่งออกได้หลายด้าน โดยปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบบ่อย คือ พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitated Behavior) จากสถิติทั่วโลกมีอัตราความชุกของพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 70-90 (Lonergan, Luxenberg, Colford & Birks, 2002; Seitz, Purandare & Conn, 2010) สำหรับประเทศไทยมีอัตราความชุกร้อยละ 45.2 (Charernboon, 2014)

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่องของการคิดรู้ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือมีความผิดปกติของการแสดงออกของพฤติกรรม การใช้ภาษา และน้ำเสียง โดยพฤติกรรมกระวนกระวายนั้นมักเกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นของสิ่งเร้าที่ผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลให้เกิดการรับรู้ผิดปกติ ก่อให้เกิดภาวะสับสน หวาดกลัว หวาดระแวง กระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและจิตใจ เมื่อสิ่งกระตุ้นนั้นไม่สามารถถูกกำจัดออกไป ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายที่รุนแรงมากขึ้น โดยจะแสดงอาการของพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งจะมีลักษณะผันผวน และไม่สม่ำเสมอ เกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาได้ พฤติกรรมกระวนกระวายพบทั้งพฤติกรรมแบบก้าวร้าวและไม่ก้าวร้าว ซึ่งในผู้ป่วยบางราย อาจแสดงอาการตั้งแต่สภาวะนิ่งเฉยไม่สนใจสิ่งรอบข้าง เดินไปเดินมา ไม่อยู่นิ่ง จนถึงขั้นมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง ทำร้ายร่างกายตนเอง ทำลายข้าวของ เป็นต้น (Cohen-Mansfield, 1989 อ้างใน ชุติมา ทองวชิระ, 2552; Cohen-Mansfield & Libin, 2004; Lynn, Debbie & Barbara, 2008) พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล นำไปสู่การได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นปัญหาพบมากที่สุดร้อยละ 50 (Bartels et al., 2008) และปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับผู้ดูแลอีกด้วย (Aalten et al., 2003; Cohen-Mansfield, Cohen, Golander & Heinik, 2016)

พฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งลักษณะพฤติกรรมเป็น 5 กลุ่มอาการ และมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม (ชุติมา ทองวชิระและจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2553) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางร่างกาย มีความก้าวร้าว รุนแรง และก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 9 พฤติกรรม ได้แก่ การถ่มน้ำลาย (Spitting) แช่ง/ ด่า (Cursing/ verbal aggression) ทุบตี (Hitting) เตะ (Kicking) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people) ผลัก/ ดัน (Pushing) กัด (Biting) ข่วน (Scratching) และฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/ destroying property)

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางกายแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 6 พฤติกรรม ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering) แต่งตัวไม่เหมาะสม (inappropriate dress/disrobing) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place) จัดการสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms) และกระสับกระส่าย (General restlessness)

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางคำพูด ภาษาที่ไม่เหมาะสม และไม่สมเหตุสมผลมี 5 พฤติกรรม ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ (Complaining) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help) พูดทางลบ (Negativism) กรีดร้อง (Screaming) และถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ (repetitive sentence /questions)

กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) เป็นอาการที่ไม่สมเหตุผล เกี่ยวกับการจักการสิ่งของต่างๆ มี 2 พฤติกรรม ได้แก่ ซ่อนสิ่งของ (Hiding things) และสะสมสิ่งของ (Hoarding things)

กลุ่มที่5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออก ทางพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม มี 7 พฤติกรรม ได้แก่ แกล้งหกล้ม (Intentional falling) กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things) การทำร้ายตัวเอง/ ผู้อื่น (Hurt self for other) พูดจาลวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances) ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 2 ประเภท (Gauthier et al., 2010) ดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ สภาวะการคิดรู้ ความเชาว์ปัญญาลดลงจากภาวะสมองเสื่อม สภาวะของจิตใจต่อความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง ความบกพร่องในการสื่อสาร และความเจ็บปวดของร่างกาย มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย (Cohen-Mansfield, Thein & Marx, 2014) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมีความสัมพันธ์ต่ออาการทางจิตเวช ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอนหลงผิด สับสนเป็นต้นอาการทางจิตเวชเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ผิดปกติ จึงเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย (Yang, Lee, Chao, Hsu & Wang, 2016)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถแบ่งได้ 2 ด้าน คือ 1.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ เสียง กลิ่น อุณหภูมิ สภาพอากาศ เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการได้ด้วยวิธีที่ไม่ซับซ้อน และ 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบุคคล ซึ่งได้แก่ บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หากผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความไม่เข้าใจภาวะสมองเสื่อมหรือพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ประสิทธิภาพของการดูแลลดลง และผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกทางลบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวน

กระวายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ดูแล จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกระวนกระวาย (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547; พารุณี เกตุกราย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck et al. (1991) พบว่า วิธีการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย อย่างไม่เหมาะสมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพฤติกรรมกระวนกระวาย ยังเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่ายซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

การรักษาพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุภาวสมองเสื่อม มีทั้งแบบการใช้ยา และไม่ใช้ยา ในกรณีใช้ยา จะเป็นเพียงการชะลออาการหรือการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระวนกระวนกระวายรุนแรงมากขึ้น ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ จะอยู่ในกลุ่มของยาคลายเครียด ลดความวิตกกังวล (Atypical Antipsychotics) เช่น Clozapine, Risperidone และ Olanzapine ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทเพื่อควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งนี้ การใช้ยาต้องผ่านการวินิจฉัยของแพทย์เท่านั้น เนื่องจากยาบางชนิดอาจ มีผลข้างเคียงต่อผู้สูงอายุ (Ballard & Corbett, 2014; Livingston et al., 2014) ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาหลายชนิดร่วมด้วย ดังนั้นการให้ยาในผู้สูงอายุ จึงมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ (Wang & Raskind, 2011)

สำหรับการดูแลจัดการในรูปแบบของการบำบัดทางเลือกโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุเป็นทางเลือกในการพิจารณาเป็นลำดับแรก เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย (Ballard & Corbett, 2014) พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการจัดการดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบไม่ใช้ยาตามขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษา ค้นคว้า เกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุ สิ่งเร้า และวิธีดูแลจัดการต่อพฤติกรรมกระวนกระวายที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย เช่น การใช้ดนตรีบำบัด (Wall & Duffy, 2010; ชุติมา ทองวชิระและจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2553) การใช้สุคนธบำบัด (วิศิษฎ์ วิญญูรัตน์, 2554) การบำบัดด้วยแสงไฟ (Burns, Allen, Tomenson, Duignan & Byrne, 2009; Figueiro, Plitnick & Rea, 2016) การสัมผัส (Hawranik, Johnston & Deatrich, 2008) เพื่อลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia :BPSD) รวมถึงช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation Behavior) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากการศึกษาข้างต้น เห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย ด้วยวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย แต่การจัดกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิดยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจวิธีการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความใกล้ชิด ช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง วิธีการดูแลของผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นส่วนใหญ่ (Beck et al., 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) เป็นการดูแลช่วยเหลือที่เน้นบทบาทการดูแลของผู้ดูแลอย่างเหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด โดยให้ความสำคัญกับบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ดูแลจำเป็นต้องเคารพศักดิ์ศรี ให้คุณค่าต่อความเป็นมนุษย์ และเรียนรู้ที่จะดูแลบุคคลนั้นๆ ให้เป็นไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตปกติ หรือตามธรรมชาติของบุคคลเป็นสำคัญ การดูแลด้วยแบบฮิวแมนนิจูดมีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่าง ได้แก่ 1. การสบตา (Eye contact) 2. การพูด (Speech) 3. การสัมผัส (Touch) และ 4. การจัดท่าทางแนวตั้งตรง (Verticality))Faligant, 2014; Gineste & Marescotti, 2008b) โดยผสมผสานองค์ประกอบทั้งสี่เข้ากับการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามขั้นตอนการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรัก ความเข้าใจความห่วงใย ความปรารถนาดี และเห็นคุณค่าของผู้ป่วย ถ่ายทอดอารมณ์ และความรู้สึกตามองค์ประกอบทั้ง 4 เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

วัตถุประสงค์ของการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด คือ 1. ดูแลเพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (Improve) 2. การดูแลเพื่อให้อาการคงที่ (Maintain it) 3. เตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิต (To accompany him up to death) ในรายที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่ง Yves Gineste และ Rosettte Marescotti อธิบายว่า กระบวนการของการเป็นมนุษย์ ตั้งแต่เริ่มมีพัฒนาการเจริญเติบโตเป็นทารกในครรภ์ วัยแรกเกิด จนเป็นมนุษย์ที่สามารถเดินได้ กล่าวคือ เมื่อได้รับการปฏิสนธิสมองยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ สมองยังไม่มีพัฒนาการของการเรียนรู้ ทักษะต่างๆแต่สมองมีส่วนที่ทำหน้าที่ เกี่ยวกับการรับอารมณ์และรู้ความรู้สึกพัฒนาขึ้นมาก่อน เช่น เด็กทารกจะร้องไห้เมื่อเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย มีความหิว หรือเจ็บปวดและจะยิ้มหัวเราะเมื่อมีความพอใจ เมื่อรู้สึกสบายตัวและมีความสุข โดยทารกจะแสดงออกเหล่านี้ทางพฤติกรรม แทนการอธิบายเป็นคำพูด

อย่างไรก็ตามการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลควรเข้าใจ เรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์ จิตใจ หรือสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ เช่น กระบวนการเกิดของโรค พฤติกรรมต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความเจ็บป่วย อารมณ์หงุดหงิด ไม่สบายใจ บุคลิกภาพ หรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และเข้าใจว่า ผู้ป่วย หรือบุคคลทุกคนเป็นมนุษย์ ย่อมต้องการความเคารพ ความมีศักดิ์ศรี และการดูแลเยี่ยงมนุษย์ ผู้ดูแลควรมีการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยรับความรู้สึกว่าตนเองเป็นมนุษย์ และได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา อย่างเช่นมนุษย์คนหนึ่งควรได้รับ ซึ่งการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบนั้น จะกระตุ้นให้สมองส่วนที่รับความรู้สึก (Thalamus) ทำงาน และส่งประสาทประสาทมาที่สมองส่วนหน้า แปลผลการสื่อสารต่างๆที่มนุษย์ได้รับจากการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส หรือการได้เคลื่อนไหวร่างกาย อธิบายได้ ดังนี้

1. การสบตา (Eye contact) ลักษณะสายตา ควรมองด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ความภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ โดยเริ่ม จากการเข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าและสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุเพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนและยังเป็นการให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมองกลับมาที่ผู้ดูแลแล้วให้มองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการทำกิจกรรม

2. การพูด (Speech) ใช้โทน เสียงต่ำ นุ่มนวล มีจังหวะในการพูด ไม่ช้าหรือเร็วเกินไป เน้นคำพูดไปในทางบวก พูดด้วยความเข้าใจ ความหวังดี มั่นถามความรู้สึก หรือความต้องการของผู้สูงอายุเป็นช่วงๆ และก่อนให้การดูแลปฏิบัติกิจกรรม ผู้ดูแลควรชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ามาช่วยเหลือทุกครั้ง

3. การสัมผัส (Touch) ควรเริ่มบริเวณตำแหน่งที่มีปฏิกิริยารับสัมผัสที่น้อยที่สุดก่อน วางมือลงไปบริเวณที่จะสัมผัสด้วยความนุ่มนวลและวาดมือเป็นวงกว้าง ลงน้ำหนักเล็กน้อย สัมผัสด้วยความนุ่มนวล ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบใจ การให้กำลังใจ และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ

4. การจัดท่าให้ตั้งตรง (Verticality) เป็นการกระตุ้นในผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดท่าให้อยู่ในแนวศรีษะตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง และเบี่ยงเบนความสนใจ ให้ออกจากสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย

ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) สามารถอธิบายตามพยาธิสภาพได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบ จะกตุ้นระบบประสาทสมอง ให้มีการรับรู้ ความรู้สึกต่างๆ จากผู้ดูแล กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ผ่าน Thalamus ทำหน้าที่ประมวลผลความรู้สึกที่ได้รับ ส่งมาที่เปลือกสมองแปล ผ่านระบบประสาทไขสันหลัง ออกมาให้รูปแบบของพฤติกรรมที่ต่อสนองต่อการกระตุ้นนั้นๆ เช่น การดึงแขน หรือขาหนีออกจากความร้อน การผลัก หรือหนีเมื่อเจอสถานการณ์ที่ไม่ดี เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องด้านการคิดรู้ได้รับการกระตุ้นและรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่ผู้ดูแลมอบให้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงพร้อมที่จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ช่วยให้ลดอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว (Hawranik et al., 2008; Ishikawa, Mio, Miwako & Yoichi, 2015; Obara, 2013) หรือพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (Miwako Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi & Tierney, 2016; Ito & Honda, 2015) จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า บทบาทของวิชาชีพพยาบาล มีความสำคัญในการช่วยเหลือ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลให้ผู้ดูแล มีการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งนำมาสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

ยิ่งขึ้นด้วย (Bruce et al., 2005; Lynn et al., 2008; Miyamoto et al., 2010; Muangpaisan et al., 2010; ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558)

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลลดลงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เซลล์บริเวณสมองจะเกิดการเสื่องลงอย่างช้าๆ และเซลล์นั้นไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงส่งผลให้บริเวณที่สมองเกิดพยาธิสภาพนั้น มีการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ รวมถึงทักษะการทำกิจวัตรต่างๆของผู้ป่วย เนื่องจากสมองเป็นของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาท (central nervous system) ที่ควบคุมและสั่งการให้ทุกระบบภายร่างกายทำงานประสานกัน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และยังเป็นแหล่งที่มาของความคิด ความรู้สึก สติปัญญา ความฉลาดไหวพริบ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์อีกด้วย (Kleihues & Cavenee, 2000; Peters & Palay, 1991)

ศูนย์ควบคุมระบบประสาทจะประกอบด้วย 1. ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system : CNS) ประกอบด้วย สมอง (brain) และไขสันหลัง (spinal cord) 2. ระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system : PNS) ประกอบด้วย เส้นประสาทสมอง (cranial nerve) เส้นประสาทไขสันหลัง (spinal nerve) และระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system หรือ ANS) ซึ่งจะมีเซลล์ประสาท (nerve cell หรือ neuron) เส้นใยประสาทที่ทำหน้าที่นำสัญญาณต่างๆ (sensory and motor nerve fiber) จำนวนมากทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเพื่อรวบรวมข้อมูลและแปลผลจากสิ่งเร้า ที่มากระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกทั่วร่างกาย เช่น ผิวหนัง ตา หู เป็นต้น (Garcia-Rill, 1997; Siegel, 1979) การส่งกระแสประสาทจะเชื่อมโยงกับสมองส่วน Reticular Activating และเปลือกสมอง (cerebral cortex) สิ่งเร้าจะถูกส่งผ่านมายัง Reticulo-cortical เพื่อส่งต่อไปยังสมองใหญ่ทำให้สมองเกิดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งในสมองส่วน Reticular Activating เป็นแหล่งข้อมูลในการรับความรู้สึกด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสและการ

เคลื่อนไหว (Sosnowski & Ustik, 1994) สมองส่วน Thalamus เป็นศูนย์กลางเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ จากทุกส่วนของร่างกายเพื่อส่งไปยัง cerebral cortex และมี Hypothalamus อยู่ด้านล่างค่อนมาทางด้านหน้าของ thalamus เป็นศูนย์เชื่อมโยงข้อมูลอารมณ์ และความรู้สึกสมองส่วนต่างๆ โดยมี Limbic system เป็นโครงสร้างที่ก่อให้เกิด emotional impulse ภายใน hypothalamus และส่งผ่านมาที่ cerebral cortex ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความทรงจำและการแสดงออกของพฤติกรรม อารมณ์ จากการได้รับสิ่งกระตุ้น ทั้งจากภายในร่างกาย และสิ่งแวดล้อม (Cannon, 1927; Papez, 1937)

การศึกษาครั้งนี้ได้นำฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (1995 cited in 2008) เป็นแนวคิดที่เน้นบทบาทการดูแลของผู้ดูแล เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ด้านความจำหรือมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of autonomy) ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ หรือความเป็นเอกบุคคลของผู้สูงอายุ และตั้งอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้ง ยกย่องหรือส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการใช้ฮิวแมนนิจูดจึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่งเสริมในเซลล์ประสาท (Neuron) ให้มีการทำงาน และคงความสามารถให้นานที่สุดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) ผู้ป่วยจะรับความรู้สึกได้จากวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผ่านการกระตุ้นทางระบบประสาท ส่งผลต่อพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย โดยอธิบายองค์ประกอบทั้ง 4 ได้ดังนี้

1) การสบตา (Eye contact) หมายถึง การสื่อสารของผู้ดูแลด้วยการมองหรือการสบตาต่อผู้สูงอายุในขณะที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ได้แก่ การมองสบตาด้วยสายตาที่อ่อนโยนเป็นมิตร ลักษณะการมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติแสดงออกด้วยความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับแม่มองลูกด้วยความรัก และความห่วงใย ขณะให้การดูแลผู้ดูแลต้องสบตาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ให้ระยะทางของสายตาไม่เกิน 15 – 20 เซนติเมตร และสายตาอยู่ต่ำกว่าผู้สูงอายุในแนวตรง ควรมองจากด้านหน้าผู้สูงอายุไม่เข้าด้านข้างหรือด้านหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นอย่างชัดเจนและแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการสบตาจึงลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

2) การพูด (Speech) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยการสื่อสารใช้คำพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน ไม่ใช่หรือเร็วเกินไป ใช้โทนเสียงต่ำ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจง หรือ แนะนำข้อมูล การกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ กลัว หรือหวาดระแวงช่วยให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงได้

3) การสัมผัส (Touch) หมายถึง การติดต่อสื่อสารด้วยภาษากาย ซึ่งเป็นอวัจนภาษาช่วยถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัสเป็นการแสดงให้เห็นความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย โดยสัมผัสนุ่มนวล อ่อนโยน ให้เหมือนกับสัมผัสผิวทารก ตำแหน่งที่สัมผัสควรเริ่มจากบริเวณจุดรับสัมผัสน้อยที่สุดไปสู่จุดที่สัมผัสมากที่สุด ได้แก่ แผ่นหลัง ไหล่ แขน มือ และหน้า ตามลำดับ การสัมผัสก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ผู้สูงอายุจะรับรู้สึกถึงความสรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจมี กำลังใจและไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงส่งผลให้ลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

4) การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) หมายถึง การจัดท่าให้ผู้สูงอายุที่อยู่บนเตียงมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ท่ายืน หรือการเดินและทำกิจกรรมด้วยตนเอง ได้แก่ การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่สามารถทำได้ การออกกำลังกายตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล การจัดท่าให้อยู่ในแนวตั้งตรง ยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุออกจากสิ่งเร้าต่างๆ สนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง

การนำองค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจูดไปใช้ เป็นการผสมผสานเข้ากับการดูแลช่วยเหลือให้การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว เป็นต้น

จากแนวคิด และเหตุผลดังข้างต้น การศึกษาแบบฮิวแมนนิจูดเป็นการดูแลที่ผู้ดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในประเทศไทยยังพบไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004) วัดห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยมีผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ณ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชนหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆที่ได้รับการวินิจฉัย หรือโดยแบบคัดกรองสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ว่ามีภาวะสมองเสื่อม และได้รับการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย จากแบบประเมิน CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553 ว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 อย่างใน 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ตัวแปรในการศึกษา คือ พฤติกรรมกระวนกระวาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวาย หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ไม่เหมาะสมทางด้านร่างกาย การใช้ภาษา การปกปิดและเก็บซ่อนสิ่งของไว้หรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม ด้านอื่นๆ จากความบกพร่องด้านการคิดรู้ (Cognitive deficits) ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระดับน้อย-ปานกลาง-รุนแรง ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งลักษณะพฤติกรรมเป็น 5 กลุ่มอาการและมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางร่างกาย มีความก้าวร้าว รุนแรง และก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 9 พฤติกรรม ได้แก่ การถ่มน้ำลาย (Spitting) แช่ง/ด่า (Cursing/ Verbal aggression) ทุบตี (Hitting) เตะ (Kicking) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people) ผลัก/ ดัน (Pushing) กัด (Biting) ข่วน (Scratching) และฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/ Destroying property)

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางกายแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 6 พฤติกรรม ได้แก่

เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/ Aimless wandering) แต่งตัวไม่เหมาะสม (Inappropriate dress/ Disrobing) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place) จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms) และกระสับกระส่าย (General restlessness)

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางคำพูด ภาษาที่ไม่เหมาะสม และไม่สมเหตุสมผลมี 5 พฤติกรรม ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ (Complaining) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help) พูดทางลบ (Negativism) กรีดร้อง (Screaming) และถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ (Repetitive sentence /Questions)

กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) เป็นอาการที่ไม่สมเหตุผล เกี่ยวกับการจักการสิ่งของต่างๆ มี 2 พฤติกรรม ได้แก่ ซ่อนสิ่งของ (Hiding things) และสะสมสิ่งของ (Hoarding things)

กลุ่มที่5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม มี 7 พฤติกรรม ได้แก่ แกล้งหกล้ม (Intentional falling) กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things) การทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น (Hurt self on other) พูดจาลวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances) ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

โดยพฤติกรรมกระวนกระวายประเมินจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่ยอมรับว่า ตนเองเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือดูแลต่อวันมากกว่าผู้อื่น เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล การขับถ่ายและจัดเตรียมอาหาร ยาให้รับประทาน เป็นต้น

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) ของ Ginesste & Marescotti (1995 cited in 2008) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง ได้แก่ การสบตา การพูดคุย การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง ดังนี้

1) การสบตา (Eye contact) ด้วยความรัก ความห่วงใย โดยเริ่มจากการเข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุเพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนและยังเป็นการให้ความ

เคารพต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมองกลับทมาที่ผู้ดูแลแล้วให้มองอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะของการปฏิบัติกิจกรรม

2) การพูด (speech) ใช้โทนเสียงต่ำ นุ่มนวล จังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป เน้นคำพูดไปในทางบวก ควรพูดด้วยความเข้าใจ ความหวังดี และชี้แจงวัตถุประสงค์ และพูดคุยตลอดการทำกิจกรรม

3) การสัมผัส (Touch) เริ่มบริเวณตำแหน่งที่มีปฏิกิริยารับสัมผัสที่น้อยที่สุดก่อน วางมือลงไปบริเวณที่จะสัมผัสด้วยความนุ่มนวลและวาดมือเป็นวงกว้าง ลงน้ำหนักเล็กน้อย สัมผัสด้วยความนุ่มนวล

4) การจัดท่าให้ตั้งตรง (verticality) เป็นการกระตุ้นในผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดท่าให้อยู่ในแนวศรีษะตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้น การทำงานของสมองและเบี่ยงเบนความสนใจ อีกทั้งยังรับรู้ถึงความมีตัวตนด้วย

โดยการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะเป็นกิจกรรม ที่ผู้ดูแลเผ็นผู้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่ผู้ดูแลผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมครั้งที่ 1 (45-60 นาที)เป็นการให้ความรู้โดยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

1.1. กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องต่อไปนี้

1. การเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. ที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด
3. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้
4. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด
5. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2. กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ เทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

3.2. กิจกรรมครั้งที่ 2 (30-45 นาที) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายกิจกรรมเพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบฮิวแมนนิจูด พร้อมทั้งทบทวน ให้ความรู้ สาธิตการดูแล ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3. กิจกรรมครั้งที่ 3 (10-15 นาที) กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการพูดคุยสอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลและบันทึกความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่อง

4. กิจกรรมครั้งที่ 4 (30 นาที) กิจกรรมสรุปและประเมินผลเพื่อประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล และประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงและผู้ดูแลมีวิธีการจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการนำมาดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

3. ด้านการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางด้านสุขภาพและเป็นแนวทางในการนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปศึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะอื่นๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมโดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทีมีภาวะสมองเสื่อม
    1.1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
    1.2. อาการของภาวะสมองเสื่อม
    1.3. การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม
    1.4. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อม
    1.5. การรักษาภาวะสมองเสื่อม
    1.6. การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
    2.1. ความหมายและอาการ
    2.2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย
    2.3. การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย
    2.4. การพยาบาลและการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

3.ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
    3.1. ประเภทของผู้ดูแลหลัก
    3.2. บทบาทของผู้ดูแลหลัก
    3.3. บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

4.ฮิวแมนนิจูด
    4.1. ปรัชญาของฮิวแมนนิจูด
    4.2. องค์ประกอบของการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูด
    4.3. เทคนิคการนำกระบวนการฮิวแมนนิจูดไปใช้

5.กิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการหรือภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิต (woodford, 2015) เนื่องจากเซลล์สมองจะเสื่อมลง การทำงานของสมองเสื่อมจึงลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะเริ่มมีกระบวนการคิดรู้ การตัดสินใจ การจัดการเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ลดลงเรื่อย ไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ จนถึงขั้นเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง และต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ถึงแม้ว่าการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Prince et al., 2015) แต่สามารถคงอยู่ได้อย่างถาวร อาการแสดงจะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป

อาการของภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ “อาการด้านการคิดรู้” (cognition) เช่น ความผิดปกติด้านความจำ ความเชาว์ปัญญา การคิดคำนวน การใช้ภาษา การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา เป็นต้น “อาการด้านจิตเวช” (neuropsychiatric symptoms) เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมกระวนกระวาย ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น (Leroi & Lyketsos, 2010) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้คำนิยามและความหมายของภาวะสมองเสื่อมดังนี้

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ (2549) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติด้านความคิดรู้ ความจำ การตัดสินใจที่รุนแรง ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจอีกด้วย

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2555) กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการทางสมองของผู้ป่วยมีการทำงานลดลงจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความจำสั้นกว่าปกติ บางรายมีอาการถามซ้ำๆ แต่ในบางรายมีอาการแสดงออกทางพฤติกรรมอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2556) กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่เกิดได้จากหลายสาเหตุที่ส่งผลให้สมองเสื่อมไปเรื่อยๆ ทำให้ความคิดรู้บกพร่องและมักเกิดในผู้สูงอายุ

ธัญญรัตน์ อโนทัยสินวีและคณะ (2560) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อม ว่าเป็นภาวะที่สมองเริ่มมีการทำงานลดลงทางด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านความจำ ด้านภาษา ด้านการประมวลผล และด้านสมาธิ โดยจะเริ่มสูญเสียเซลล์สมองจากส่วนหนึ่งแล้วค่อยลุกลามไปยังสมองอีกส่วนหนึ่งอย่างช้าๆ ใช้เวลานานหลายปีกว่าจะแสดงอาการผิดปกติที่ชัดเจน จนผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเริ่มสังเกตุได้ทีละเล็กทีละน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Bayles & Tomoeda (2013) กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวกับสมรรถภาพของสมองค่อยๆลดลง ส่วนใหญ่จะแสดงอาการในผู้สูงอายุ การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมใช้ระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด สติปัญญา การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

Alzheimer's Association (2016) กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาท ซึ่งกระทบต่อการคิดรู้ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันตลอด จนการทำงานที่จะต้องใช้สติปัญญา ความจำ การพูด การใช้ภาษา การตัดสิน การให้เหตุผล การวางแผนและความสามารถในการใช้ความคิด เป็นต้น

สรุปได้ว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการหรือภาวะทางสมอง ที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองลดลง การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้าๆ ใช้ระยะเวลานาน ส่วนใหญ่จะพบอาการที่แสดงได้ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยจะมีอาการแสดงผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ การคิดรู้ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

1.1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด อย่างไรก็ตามมีการผลจากการศึกษา กล่าวว่าสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ (Alzheimer's Association, 2016; Mayeux, Foster, Rossor & Whitehouse, 1993; Prince et al., 2015; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ดังต่อไปนี้

1.1.1. เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทหรือเนื้อสมอง (Neurodegenerative disoder) เพิ่มมากขึ้นเรื่อย โดยไม่มีการสร้างเซลล์สมองใหม่เกิดขึ้นทดแทน พบว่า พยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เนื้อสมองปกติทำงานลดน้อยลงและตายลงอย่างช้าๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นต้น

1.1.2. เกิดจากการเสื่อม ผู้ป่วยมีปัญหาที่ผนังหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เช่น ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดหนาตัว ผนังหลอดเลือดแข็ง หดเกร็ง ส่งผลให้หลอดเลือดตีบตัว การมีไขมันสะสมใต้ผนังหลอดเลือดขัดขวางการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เซลล์สมองขาดสารอาหารเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และตายในที่สุด อาการแสดงอาจไม่ปรากฏหากขาดเลือดเล็กน้อย ในทางตรงกันข้ามอาการจะแสดงมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อตำแหน่งของสมองขาดเลือดนั้นมีเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีไขมันในหลอดเลือดสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.1.3. สมองเสื่อมเนื่องจากร่างกาย มีกระบวนการเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ที่มีการทำงานหนักมากหรือน้อยเกินไป การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ การทำงานของตับหรือต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการสร้างฮอร์โมนในการเผาผลาญพลังงานถูกกระตุ้นหรือยับยั้งมากเกินไป ทำให้สมองทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของเซลล์สมองได้

1.1.4. สมองเสื่อมจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี และธาตุ 12 วิตามินบี 1 ตับ ไข่แดง เหล็ก พบมากใน ข้าวซ้อมมือ รำข้าว ข้าวโอ๊ต แป้งถั่วเหลือง ถั่วเมล็ดแห้ง เครื่องในสัตว์ นม และผักใบเขียว เนื่องจากสารอาหารเหล่านี้ เป็นตัวช่วยให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ เมื่อไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์สมองเสื่อมลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรืออาจถึงขั้นเซลล์สมองตายได้

1.1.5. สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ เช่น หกล้มศีรษะกระแทกพื้น อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือบางรายที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะ และสมองบ่อยๆ เช่น นักมวย นักกีฬาที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่างๆ ทำให้เซลล์สมองได้รับความกระทบกระเทือนเกิดการเสื่อมและเสียชีวิตได้มากกว่าคนปกติ

1.1.6. ภาวะติดเชื้อในสมอง (CNS infection) เมื่อมีการติดเชื้อในสมอง ทำให้เกิดการอักเสบของสมองส่วนนั้น เซลล์สมองบางส่วนจะตายเกิดรอยโรคที่เนื้อสมองการติดเชื้อในสมองที่พบมาก เช่น HIV, Encephalitis, Meningitis, Syphilis เป็นต้น

1.1.7. การเกิดเนื้องอกในสมองเกิดฝีในสมอง หรือการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการของโรคเนื้องอกในสมองมีลักษณะคล้ายกับภาวะสมองเสื่อม และอาการจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่เกิดเนื้องอกหรือเกิดการกดทับเนื้อสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดตรงบริเวณด้านหน้าของสมองจะทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปความจำ และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป

1.1.8. การได้รับยาหรือสารพิษที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยานอนหลับ ยากันชัก และยาคลายเครียด เป็นต้น ซึ่งยาประเภทดังกล่าว ถ้าได้รับในขนาดสูงเกินไปหรือสะสมอยู่ ในร่างกายนานๆ จะทำให้การทำงานของสมองสติปัญญา และความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปมีอาการสมองเสื่อม ส่วนสารที่เป็นพิษต่อสมองที่ทำให้สมองเสื่อม ได้แก่ แอลกอฮอล์ สารจากตะกั่วปรอท และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น

1.1.9. เกิดจากพันธุกรรมหรือการได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม ทำให้รหัสทางพันธุกรรมเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อกระบวนการทำงานของสมองทำให้สมองเสื่อมได้ในที่สุด

1.1.10. เกิดจากการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับของโคลีนอะซิติลทรานเฟอเรส ในสมองลดลงโดย (Choline acetyltransferase)

โดยสารสื่อประสาทนี้ สังเคราะห์จากอะซิติลโคลีน (Acetycholine) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในกระบวนการคิด และกระบวนการทำงานของความจำ กระบวนการทำงานของความจำคือความสามารถของสมองในการเก็บข้อมูลไว้ได้ชั่วคราว การมีปัญหาเกี่ยวกับการสร้างและการใช้ Acetylcholine นั้นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดหลายโรค ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด เช่น ภาวะสมองเสื่อม

1.2. อาการของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการ และอาการแสดงคล้ายคลึงกัน โดยแต่อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ที่มีพยาธิสภาพสมอง ซึ่งจำแนกตามลักษณะอาการได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 จำแนกอาการ ตามหลักของกรมสุขภาพจิต (2546) และ WHO (1994) มีอาการแสดงดังนี้

1. มีอาการแสดงออกที่ผิดปกติเกี่ยวกับด้านการรู้คิด (Multiple cognitive deficits) และสติปัญญา เช่น การคิดลำดับเหตุการณ์ การคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) เป็นต้น

2. การสูญเสียความทรงจำ (Memory impairment) หรือความจำบกพร่อง ประกอบด้วยความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว

3. การสูญเสียความสามารถในการเรียน การรู้คิด ซึ่งมีหลายอาการ เช่น ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Apraxia) ด้านการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Aphasia) ด้านการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหาบกพร่อง (Decision-making deficit) ความสับสนต่อสภาพแวดล้อม ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. มีการแสดงออกของพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าวกระวนกระวาย เงียบขรึม การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม

5. มีการแสดงออกทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีแปรปรวนไม่คงที่ โมโหร้าย โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย

กลุ่มที่ 2 แบ่งอาการสมองเสื่อมออกเป็นอาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ตามหลักการของ Burns, O'Brien and Ames (2005) และ Fimkel (2001) ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรม (Physical and behavioral symptom) ได้แก่ การเดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) การมีพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitate Behavior) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นต้น

2. อาการทางด้านจิตใจ (Psychotic symptom) ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ภาวะซึมเศร้า(Depression) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการเฉยชาไร้อารมณ์ (Apathy) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เป็นต้น

1.3. การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆตามรอยโรค หรือพยาธิสภาพในสมองที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงได้ 3 ระยะ (Lyketsos et al., 2011) ดังนี้

1. สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 1 – 4 ปี โดยอาจมีอาการหลงลืม สูญเสียความทรงจำเล็กน้อย ผู้ป่วยยังคงสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ มีความสามารถในการตัดสิรใจแก้ไขปัญหาได้เหมือนปกติ อาจมีอาการแสดงให้คนรอบข้างสังเกตุได้บ้าง เช่น ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ไม่คุ้นเคย ผู้ร่วมงานหรือบุคคลรอบข้างเริ่มรู้สึกว่าผู้ป่วยทำงานผิดพลาด เริ่มนึกคำหรือชื่อไม่ออก การอ่านหนังสือหรือบทความแล้วจับใจความได้เพียงเล็กน้อย จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้และทำของมีค่าหายหรือวางไว้ผิดที่ ความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง

2. สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 4-8 ปี มีความบกพร่องเรื่องความจำมากขึ้น เริ่มมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ ความสามารถในการดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงต้องมีผู้ดูแล ช่วยเหลือ ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ อาจเกิดอันตรายในการดำเนินชีวิตอาการที่แสดง ให้เห็นได้แก่ ความรู้ในเรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง ความสามารถในการเดินทางลดลง ความสามารถในการใช้เงินลดลง มีความบกพร่องเกี่ยวกับประวัติบุคคลต่างๆ แสดงท่าทีเฉยเมยหรือถอนตัวเมื่อมีสถานการณ์ที่ขัดแย้งเกิดขึ้น ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน ลืมสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน หลงวัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถนับเลข บวกเลข ลบเลขได้ และมีปัญหาในเรื่องการแต่งตัว

3. สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 8 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียความจำอย่างมาก พูดจาสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถแก้ปัญหา และตัดสินใจเรื่องต่างๆได้ รวมทั้งไม่สามารถดูแลตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เลย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการดูแล และช่วยเหลือทั้งหมด ทั้งนี้อาจมีความพิการด้านร่างกายร่วมด้วย อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่ มีความคิดหลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ วิตกกังวล ร้อนใจ กังวลต่อเหตุการร้ายแรงที่ไม่ได้เกิด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขึ้นจริง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ไม่สามารถคิด และตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้ลุล่วงได้ สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ ไม่พูดแต่จะใช้วิธีส่งเสียงทางจมูก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือเลือก อาหารรับประทานเองไม่ได้ สมองไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการได้ และตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาทที่เปลือกสมองและเนื้อสมอง

1.4. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้อาจเกิดจากตัวบุคคลหรือสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่

1.4.1. ด้านอายุ จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกและในประเทศไทย พบว่า อายุเป็น ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพื่อมากขึ้นการทำงานของสมองจะเสื่อมถอยลง และการตายของเนื้อสมองในที่สุด อีกทั้งกระบวนการซ่อมแซมหรือสร้างเซลล์เนื้อสมองของผู้สูงอายุลดลง นั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนวัยอื่นๆ

1.4.2. โรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มาก เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคประจำตัวที่กล่าว มักพบได้มากในคนทั่วๆไป เนื่องจากโรคเหล่านี้มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดทั่วร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการไหลเวียนของเลือด ที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยลงรวมทั้งสมองด้วย เซลล์สมองจึงขาดเลือดมาเลี้ยง เกิดการฝ่อลีบและตายในที่สุด

1.4.3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล ได้แก่

1.4.3.1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สารอาหารที่ดี มีผลต่อการชะลอความเสื่อมและบำรุงสมอง ผลต่อการทำงานของสมอง ตัวอย่างเช่น กรดไขมันจะถูกใช้ในการสร้างเซลล์ประสาทที่ช่วยในการรับรู้ กรดอะมิโนจากโปรตีนจะถูกใช้ในการสร้างสารสื่อประสาท ที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างเซลล์ประสาทแต่ละเซลล์ กลูโคสจากอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตจะการสร้างพลังงาน ส่วนสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidants) ที่ได้จากผักและผลไม้ จะช่วยป้องกันเซลล์สมองจากการถูกทำลายได้ ตัวอย่างวิตามินและสารอาหารที่มีความสำคัญต่อสมอง

1.4.3.2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมักเกิดโรคประจำตัวได้ง่าย การหลั่งสารที่ทำให้เกิดความสุขจาการออกกำลังกายลดน้อยลง สารสื่อประสาทสร้างลดลงจะเกิดการฝ่อของสมอง เมื่อไม่ได้ใช้งานนานๆ สมองส่วนนั้นก็จะตายในที่สุด อันจะก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.4.3.3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งนั้นเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

1.4.3.4. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

1.4.4. สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม พบว่า ลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมักส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง และการอยู่ในสังคมเมืองเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การพบปะสังสรรค การทำกิจกรรมช่วยเหลือสังคม การพบเจอผู้คน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่สูญเสียคุณค่าในตนเองเกิดอาการซึมเศร้า ขาดแรงบันดาลใจ ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม การไม่มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนและสังคม มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

1.5. การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการรักษาให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหายขาดได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการชะลอ เพื่อไม่ให้การดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงเพิ่มขึ้น เน้นการวินิจฉัยและรักษาจากต้นเหตุของอาการสมองเสื่อม (Ahlskog, Geda, Graff-Radford & Petersen, 2011; Overshott & Burns, 2005; Press & Alexander, 2014) ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ เช่น การติดเชื้อราในสมอง การมีเนื้องอกในสมอง โรคติดแอลกอฮอล์ ภาวะลมชัก ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ยังหาสาเหตุไม่ได้ แพทย์จะทำการดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ให้อาการเสื่อมแย่ลง หรือชะลอความเสื่อมของสมองให้ช้าลง โดยการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ชะลอความเสื่อมของสมอง หรือยาที่ออกฤทธิ์จัดการกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น การหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุ การเดินหลงออกจากที่พักอาศัย เป็นต้น

1.6. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะสูญเสียความทรงจำ หลงลืมสิ่งเล็กๆน้อยๆ จนไปถึงลืมบุคคลที่อยู่รอบข้าง ลืมเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงมีความแตกต่างกับภาวะเจ็บป่วยอื่นๆของผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากผู้ดูแลจะต้องดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันแล้ว ผู้ดูแลจะต้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จัดการรับมือกับสภาวะของอารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นบทบาทที่สำคัญ ที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ ศาสตร์ และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมของผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลของผู้ป่วยเองด้วย

เนื่องจากภาระการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในแต่บุคคล มีระยะเวลา พฤติกรรม และอาการแสดงที่แตกต่างกันไป เช่น ความซับซ้อนของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ความนึกคิดอารมณ์และภาวะจิตใจที่เปลี่ยนไปจากปกติ ดังนั้น การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องมีความรู้ความเข้าใจสภาวะพื้นฐานของสมองเสื่อม อีกทั้งความรู้เกี่ยวกับวัยผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางถดถอยลงมากกว่าวัยอื่นๆเพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) ดังนั้น การตระหนักรู้ การยอมรับตัวตนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมต่างๆ ไม่เหมาะสม เป็นผลจากภาวะเจ็บป่วยด้วยสมองเสื่อม ไม่ได้เป็นการแกล้ง หรือจงใจทำให้เกิดขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การลืมสิ่งของ การบ่นคร่ำครวญ เป็นต้น การดูแลพยาบาลจำเป็นต้องมีความอดทน มีความคิดสร้างสรรค์ ร่วมกับการมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องศึกษา ค้นคว้าหาวิธีจัดการกับปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้อง ฝึกฝนและดูแลให้สอดคล้องกับอาการ ระยะของอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษา พบว่า แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการดูแลตามสาเหตุ ประคับประคอง และช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติทั่วไป การตรวจร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพสมอง การประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การตรวจร่างกายทางห้อง ปฏิบัติการและการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยประเมินจากการซักถาม สังเกต และจากการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกัน

2. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลหลายด้าน ดังนั้น จึงควรวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ดูแลตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้องเหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. การสนับสนุนด้านกำลังใจ การเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลระบาย ความรู้สึก หรือ ซักถาม พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม รวมทั้งการส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ให้ผู้ป่วย และญาติรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง และขาดกำลังใจ ส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง และให้กำลังใจต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

4. การให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล ตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ควรอธิบายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ การดำเนินของโรค วิธีการรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย วิธีรับมือปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และวิธีผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. การให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ร่วมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ให้แก่ญาติติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดความตึงเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ผู้ดูแลควรมีแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

5.1. การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

5.1.1. การรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสภาพบรรยากาศการรับประทานอาหารอย่างเดิม ทั้งเรื่องเวลาในการรับประทานอาหาร ภาชนะใส่อาหาร ตำแหน่งของโต๊ะอาหาร และเก้าอี้ จัดอาหารที่คุ้นเคย อาหารไม่ควรมีหลายๆ อาจทำให้สับสนได้ เลือกอาหารที่ย่อยง่าย โดยหั่นอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อป้องกันการสำลัก ต้องกระตุ้น และบอกวิธีรับประทานอาหารให้ค่อยๆ เคี้ยวอาหาร กลืนช้าๆ ไม่ควรเคร่งครัด กับมารยาทบนโต๊ะอาหาร จัดบรรยากาศสบายๆ และคอยเตือนล่วงหน้าเมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร ปรึกษาแพทย์เรื่องคุณค่าของอาหารที่ควรได้รับ ระวังอาหารที่ร้อนจัดเพราะผู้ป่วยอาจรับรู้สึกเกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อนลดลง

5.1.2. การรับประทานยา ควรจัดยาให้เพื่อป้องกันการรับประทานยาเกินขนาดหรืออาจไม่ได้รับยา ใช้อุปกรณ์จ่ายยาสำหรับหนึ่งวันหรือหนึ่งสัปดาห์ เพื่อควบคุมการใช้ยา และช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ด้วยตนเองนานขึ้น

5.1.3. การแต่งตัวควรเตรียมเสื้อผ้าเรียงลำดับให้ผู้สูงอายุ สถานที่ แต่งตัวคงเดิมทุกครั้ง ให้เวลากับผู้สูงอายุในการแต่งตัว พยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

5.1.4. การอาบน้ำ ให้พยายามคงกิจวัตรการอาบน้ำไว้ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไป ควรอาบน้ำโดยใช้ฝักบัวเพื่อความสะดวก ควรมีราวเหล็กข้างผนังในห้องน้ำเพื่อ กันหกล้ม ผ้ายางรองพื้นชนิดกันลื่นอาจมีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ควรดูแลอุณหภูมิของน้ำ ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป บางรายอาจรู้สึกอาย ในขณะช่วยอาบน้ำ อาจหาผ้าคลุมไว้ สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วน

5.1.5. การขับถ่ายควรจัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหาร หรือก่อนนอนจำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาเข้านอน ไม่ดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลานอน

ควรอำนวยความสะดวก ในการเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟในห้องน้ำและทางเดิน ติดสัญลักษณะห้องน้ำให้ชัดเจน เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ ที่นอนหรืออาจต้องใช้แผ่นรองซับ

5.1.6. การนอนควรจัดเวลานอนเป็นประจำคงที่สม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับช่วงหลังอาหารกลางวัน ซึ่งไม่ควรเกินเวลา 15.00 น. ควรกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเป็นประจำช่วงเช้าและเย็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยานอนหลับทุกครั้ง

5.2. การดูแลเกี่ยวกับการสูญเสียความทรงจำทักษะด้านต่างๆ ได้แก่

5.2.1. การลืมการนัดหมายและสถานที่คุ้นเคยควรใช้ปฏิทินขนาดใหญ่ ติดไว้บริเวณที่ สามารถมองเห็นได้ชัดเจนกากบาททับตัวเลขวันที่ของแต่ละวันที่ผ่านไป ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ควรแจ้งเตือนวันเดือนปี ให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทราบเสมอ ควรมีสมุดพก เพื่อบันทึกการนัดหมายและเหตุการณ์ต่างๆ

5.2.2. การรับรู้บกพร่อง สับสนหลงลืม ควรจัดทำกระดานบอกเวลา กลางวัน/กลางคืนไว้ ข้างเตียงของผู้สูงอายุในตำแหน่งที่มองเห็นง่าย เมื่อผู้สูงอายุเข้านอนเวลากลางคืนให้กลับด้านที่มีคำว่า “กลางคืน” ให้เห็นพอถึงตอนเช้าให้กลับด้านที่มีคำว่า “กลางวัน” ออกมา ควรจัดสิ่งแวดล้อมเครื่องเรือน หรือสิ่งที่คุ้นเคยไว้ประจำที่ ไม่ควรเคลื่อนย้ายสิ่งของเหล่านั้น

5.2.3. การสูญเสียทักษะด้านต่างๆ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้คงอยู่นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคุ้นเคยกับการใช้โทรศัพท์ควรกระตุ้นให้ใช้ต่อไป ควรจัดการวางปากกา และกระดาษบันทึกไว้ใกล้โทรศัพท์ เพื่อใช้บันทึกข้อความเขียนรายชื่อบุคคลต่างๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เพื่อนๆ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ไว้ข้างๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการโทรศัพท์ไปหาบุคคลต่างๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.3. การดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

5.3.1. อาการประสาทหลอน ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ เช่น ยาบางตัว การติดเชื้อ เป็นต้น ไม่ควรโต้เถียง แต่ควรพูดด้วยท่าทีที่ยอมรับ ควรปลอบ หรือถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พยายามสร้างความมั่นใจ ควรหาวิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น

5.3.2. การถามซ้ำๆ ควรเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ควรย้อนกลับคำถาม ควรวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ และแจ้งผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อป้องกันการถามซ้ำๆ

5.3.3. การเดินหลงทาง ควรทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณะบอกทิศทางเกี่ยวกับห้องน้ำ ห้องส้วมและห้องอื่นๆ ภายในบ้าน ถ้าออกนอกบ้าน ควรมีบัตรประจำตัวไว้ใน

กระเป๋าเสื้อ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการช่วยเหลือ พากลับบ้านหรือโทรศัพท์ติดต่อทางบ้านได้ ควรถ่ายรูปผู้สูงอายุเพื่อเตรียมไว้สำหรับ ใช้ในการค้นหา ในขณะเดียวกันเมื่อพบตัวผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ควรอารมณ์เสีย ดุด่าหรือตำหนิ ผู้ดูแลควรพูดด้วยท่าทีที่สงบ อบอุ่นและเป็นมิตร

5.3.4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมควรให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว กระตุ้นให้ ทำงานอดิเรก เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุออกไปนอกบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อน

5.3.5. การสื่อสาร ควรสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและใช้ภาษาง่ายๆ ให้เวลาผู้สูงอายุทำความ เข้าใจคำถามและตอบคำถาม ควรใช้ภาษากายประกอบการสื่อสาร เช่น จับมือ ยิ้ม เพื่อให้ความมั่นใจ ในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุอาจลืมว่า ท่านเป็นใคร ควรบอกชื่อท่านแก่ผู้สูงอายุซ้ำๆ และควรเรียกชื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ท่าทางประกอบคำพูด เช่น บอกว่าถึงเวลารับประทานอาหารกลางวันแล้ว พร้อมกับใช้มือแสดงท่าทางประกอบการรับประทานไปด้วย

จากการทบทวนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ภาวะจิตใจ รวมถึงการรับมือของผู้ดูแล ดังนั้น การจัดการเกี่ยวกับปัญหาด้านพฤติกรรมจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้น

2. พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1. ความหมายและอาการ

พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่อง ของการคิดรู้ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือมีความผิดปกติของการแสดงออกของพฤติกรรม การใช้ภาษา และน้ำเสียง โดยพฤติกรรมกระวนกระวายนั้นมักเกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้น ของสิ่งเร้าที่ผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดลอมรอบตัว ส่งผลให้เกิดการรับรู้ผิดปกติก่อให้เกิด ภาวะสับสน หวาดกลัว หวาดระแวง กระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกาย และจิตใจ เมื่อสิ่งกระตุ้นนั้นไม่สามารถถูกกำจัดออกไปผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมกระวนกระวายที่รุนแรงมากขึ้น โดยจะแสดงอาการของพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งจะมีลักษณะผันผวนและไม่สม่ำเสมอ เกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาได้ พฤติกรรมกระวนกระวายพบทั้งพฤติกรรมแบบก้าวร้าว และไม่ก้าวร้าว ซึ่งในผู้ป่วยบางราย อาจแสดงอาการตั้งแต่สภาวะนิ่งเฉยไม่สนใจสิ่งรอบข้าง เดินไปเดินมา ไม่อยู่นิ่ง จนถึงขั้นมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง ทำร้ายร่างกายตนเอง ทำลายข้าวของ เป็นต้น (Cohen-Mansfield, 1989 อ้างใน ชุติมา ทองวชิระ, 2552; Cohen-Mansfield & Libin, 2004; Lynn et al., 2008) พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล นำไปสู่การ

ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นปัญหา พบมากที่สุดร้อยละ 50 (Bartels et al., 2008) และปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล อีกด้วย (Aalten et al., 2003; Cohen-Mansfield et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม Kong (2005) ได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการรบกวนทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ความเครียดจากการบกพร่องในการสื่อสาร เมื่อมีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมตื่นเต้นกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งมากเกินกว่าปกติ พฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ ก้าวร้าวทางวาจาและก้าวร้าวทางกายสอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen-Mansfield (1989) กล่าวว่า พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม การกระทำที่ไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการใช้ภาษา น้ำเสียง และการซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบบ่อยพบร้อยละ 70-90 (Lonergan et al., 2002; Seitz et al., 2010) โดยแบ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกทางร่างกาย พบร้อยละ 19.5 การกระทำที่แสดงออกทางวาจาพบ ร้อยละ 31 และพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายและทางวาจาทั้ง 2 อย่างรวมกันพบร้อยละ 25 (Orengo et al., 2008) ในขณะเดียวกัน เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมกระวนกระวายมากขึ้นเรื่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเริ่มมีความเครียดวิตกกังวลมากขึ้นตามลำดับ หากไม่สามารถจำกัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายนั้นออกได้ นอกจากนั้นระดับความรุนแรงของพฤติกรรม จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย (Sourial, McCusker, Cole & Abrahamowicz, 2001)

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราความชุกของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบร้อยละ 45.2 (Charernboon and Phanasathit, 2014) อาการแสดงจะแตกต่างกันตั้งแต่สภาวะนิ่งเฉย ไม่สนใจสิ่งรอบข้างเดินไปเดินมา ไม่อยู่นิ่ง สับสน กระวนกระวายจนถึงขั้นมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง ทำร้ายร่างกายตนเอง ทำลายข้าวของ เป็นต้น (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) อาการแสดงต่างๆเหล่านี้นำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจะต่อต้านและแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมาเพื่อปฏิเสธการทำกิจกรรมนั้นๆ ผู้ดูแลจึงอยู่ในภาวะยากลำบากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

จากปัญหาข้างต้น อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและการอยู่รวมกันในสังคมของบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยอีกด้วย (Aalten et al., 2003; Cohen-Mansfield et al., 2016) โดยอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายนั้น เกิดขึ้นซ้ำไปมาได้ไม่เฉพาะเจาะจงว่าต้องเกิดพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งเท่านั้น ลักษณะของกลุ่มอาการแสดงของพฤติกรรมกระวนกระวายนี้ แบ่งเป็น 5 กลุ่มอาการ มีทั้งหมด 29 พฤติกรรม (Cohen-Mansfield, 1989) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางร่างกาย มีความก้าวร้าว รุนแรงและก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 9 พฤติกรรม ได้แก่ การถ่มน้ำลาย (Spitting) แช่ง/ด่า (Cursing/ Verbal aggression) ทุบตี (Hitting) เตะ (Kicking) แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people) ผลัก/ ดัน (Pushing) กัด (Biting) ข่วน (Scratching) และฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/ Destroying property)

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางกายแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 6 พฤติกรรม ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering) แต่งตัวไม่เหมาะสม (inappropriate dress /disrobing) พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place) จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately) ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms) และกระสับกระส่าย (General restlessness)

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางคำพูด ภาษาที่ไม่เหมาะสมและม่สมเหตุสมผลมี 5 พฤติกรรม ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ (Complaining) เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help) พูดทางลบ (Negativism) กรีดร้อง (Screaming) และถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ (repetitive sentence/ Questions)

กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) เป็นอาการที่ไม่สมเหตุผล เกี่ยวกับการจักการสิ่งของต่างๆ มี 2 พฤติกรรม ได้แก่ ซ่อนสิ่งของ (Hiding things) และสะสมสิ่งของ (Hoarding things)

กลุ่มที่5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออก ทางพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม มี 7 พฤติกรรม ได้แก่ แกล้งหกล้ม (Intentional falling) กินของแปลกๆ (Eating/Drinking inappropriate substances) ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things) การทำร้ายตัวเอง/ ผู้อื่น (Hurt self for other) พูดจาลวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances) ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยปัจจัยเหล่านี้ จะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก การตอบสนองที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น ปัจจัยที่กระทบต่อบุคคลเหมือนกันแต่การรับรู้หรือการตอบสนองของบุคคลอาจแตกต่างกันได้ ดังนั้น

ปัจจัยกระตุ้น จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจต่ออาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการถูกกระตุ้นจากปัจจัยเหล่านี้ (Beck et al., 1991; Gauthier et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 ประเภท (Gauthier et al., 2010) ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย คือ

1.1. “ทางด้านร่างกาย” โดยทั่วไปผู้สูงอายุ มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้วยร่างกายที่ถดถอยลง นอกจากจะมีการเสื่อมของสมองแล้ว ร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุยังมีการเสื่อมของอวัยวะอื่นๆ ในร่างกายเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังนั้น พฤติกรรมกระวนกระวายอาจมีปัจจัยจากภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายอื่นๆ เช่น มีการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ภาวะการขาดน้ำและสารอาหาร ภาวะความเจ็บปวด การมีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Cohen-Mansfield et al., 2014)

1.2. “สภาพจิตใจ” ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะ พบปัญหาด้านสุขภาพจิตบ่อยครั้ง โดยมักพบกลุ่มอาการทางจิตเวชนำมาก่อน โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถแบ่งได้ 2 ด้าน ได้แก่

2.1. “ด้านสิ่งแวดล้อมทั่วไป” เช่น ที่พักอาศัย แสงแดดแรงจัด กลิ่นเหม็น เสียงที่ดังรบกวน การพักผ่อน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ (Hall & Buckwalter, 1987; Smeby, 2017; Sourial et al., 2001) ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้อาจก่อให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสับสน หวาดกลัว วิตกกังวลและสุดท้ายจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

2.2. “ด้านสิ่งแวดล้อมบุคคล” ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่รอบข้างผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว ผู้ร่วมงาน ญาติผู้ดูแล หรือบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นหรือลดพฤติกรรมกระวนกระวาย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ไว้ใจคนบุคคลอื่น ในการได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญมาที่จะส่งเสริมหรือช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง หากผู้ดูแลขาดทักษะในการรับมือและจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุรแรงมากขึ้น (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547; พารุณี เกตุกราย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck et al. (1991) พบว่า วิธีการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างไม่เหมาะสมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ สมองเสื่อม ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรเป็นคนที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและไว้วางใจมากที่สุด

สรุปได้ว่า พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นการแสดงออกทางการกระทำ คำพูด สีหน้า เป็นผลจากการรับรู้จากประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส เป็นต้น ซึ่งสิ่งเร้าที่มา

กระตุ้นไม่ว่าจะเป็นจากปัจจัยทางด้านร่างกาย หรือสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย สมองส่วนที่รับความรู้สึก ส่วน Cerebrum จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของควบคุมการทำงานส่วนต่างๆ

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อม การทำงานของสมองส่วน Cerebrum จะทำงานได้ไม่เต็มที่ Thalamus เป็นสมองส่วนที่อยู่ต่อ Cerebrum ลงมา ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กแรกเกิดในขณะที่สมองซีรีบรัมยังทำงานได้ไม่เต็มที่ คล้ายกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม กล่าวคือ Thalamus ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับกระแสประสาทความรู้สึกที่ถูกส่งมาจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเข้าสู่ไขสันหลัง ผ่านก้านสมอง (medulla oblongata) พอนส์ (pons) และสมองส่วนกลาง (midbrain) ตามลำดับ จนถึงทาลามัส จากนั้นทาลามัสจะจัดการแยกกระแสประสาทเหล่านั้นเพื่อเข้าสู่สมองเขตต่าง ๆ อีกทอดหนึ่ง และเมื่อร่างกายผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นที่ไม่ดี หรือไม่เหมาะสม เช่น การได้ยินเสียงดัง การตะคอก การพูดเชิงลบ การถูกตีถูกทำร้าย หรือการมองแบบไม่เป็นมิตร เป็นต้น ระบบการทำงานของเส้นประสาท (Nervous System) การรับรู้ในสมอง จะส่งกระแสประสาทมายังสมองส่วน Thalamus จะรับคำสั่งนั้นส่งเข้าสู่สมองส่วนกลาง พอนส์ ก้านสมอง และสู่ไขสันหลัง เพื่อส่งคำสั่งนั้นให้ไปมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ให้แสดงพฤติกรรมไม่พอใจ หงุดหงิด กระวนกระวาย ก้าวร้าวเกิดขึ้นได้ เท่ากับว่าทาลามัสเป็นสถานีสุดท้ายในการจ่ายกระแสประสาทให้กับสมอง และเป็นสถานีแรกที่รับคำสั่งจากสมองเพื่อจ่ายไปสู่อวัยวะต่าง ๆ(Cole, Nagaraja, Lutgendorf, Green & Sood, 2015; Lindenmayer, 2000; Louis et al., 2007) พฤติกรรมกระวนกระวายสามารถประเมินได้ ดังนี้

2.3. การประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) (Cohen-Mansfield, 1989) นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ (Brett, Traynor, Stapley & Meedya, 2016; Whall et al., 2013) โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย (The Cohen-Mansfield Agitation - inventory; CMAI) มีลักษณะเป็นการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงออกมีลักษณะพฤติกรรม 5 กลุ่มอาการและมีทั้งหมด 29 พฤติกรรม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย (Aggressive behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางร่างกาย มีความก้าวร้าว รุนแรงและก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 9 พฤติกรรม ได้แก่

1. การถ่มน้ำลาย (Spitting)
2. แช่ง/ด่า (Cursing/verbal aggression)
3. ทุบตี (Hitting)

4. เตะ (Kicking)

5. แย่งของคนอื่น (Grabbing onto people)

6. ผลัก/ดัน (Pushing)

7. กัด (Biting)

8. ข่วน (Scratching)

9. ฉีกหรือทำลายข้าวของ (Tearing things/ destroying property)

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมไม่ก้าวร้าวทางกาย (Physically non aggressive behaviors) เป็นอาการที่ แสดงออกทางกายแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น มี 6 พฤติกรรม ได้แก่

1. เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย (Pace/aimless wandering)

2. แต่งตัวไม่เหมาะสม (inappropriate dress/disrobing)

3. พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น (Trying to get to a different place)

4. จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม (Handling things inappropriately)

5. ทำกิจกรรมซ้ำๆ (Performing repetitious mannerisms)

6. กระสับกระส่าย (General restlessness)

กลุ่มที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษา (Verbally agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางคำพูด ภาษาที่ไม่เหมาะสมและม่สมเหตุสมผลมี 5 พฤติกรรม ได้แก่

1. บ่น/คร่ำครวญ (Complaining)

2. เรียกร้องความสนใจ (Constant unwarranted request for attention or help)

3. พูดทางลบ (Negativism)

4. กรีดร้อง (Screaming)

5. ถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ (repetitive sentence /questions)

กลุ่มที่ 4 พฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ (Hiding and Hoarding behaviors) เป็นอาการที่ไม่สมเหตุผล เกี่ยวกับการจัดการสิ่งของต่างๆ มี 2 พฤติกรรม ได้แก่

1. ซ่อนสิ่งของ (Hiding things)

2. สะสมสิ่งของ (Hoarding things)

กลุ่มที่5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ (Other agitated behaviors) เป็นอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมาะสม มี 7 พฤติกรรม ได้แก่

1. แกล้งหกล้ม (Intentional falling)

2. กินของแปลกๆ (Eating/drinking inappropriate substances)

3. ขว้างปาสิ่งของ (Throwing things)

4. การทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น (Hurt self for other)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. พูดจาลวนลามทางเพศ (Making verbal sexually advances)

6. มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Making physical sexual advances)

7. ส่งเสียงแปลกๆ (Strange noises)

โดยแบบประเมินบันทึกด้วยแสดงความถี่ของการแสดงออกของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยและบันทึกผลการประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating Question) มี 7 ระดับ ตามแบบลิเคิร์ท คือLikert scale)) ตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีความหมายของตัวเลือก 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 ครั้งหรือมากกว่า/ สัปดาห์

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

ฉ. ระดับ 6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 3 ครั้งหรือมากกว่า/ วัน

ช. ระดับ 7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 2 ครั้งหรือมากกว่า/ ชั่วโมง

จากข้างต้น หากผู้ดูแลสามารถประเมินความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีวิธีจัดการกับพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมได้โดยง่าย

2.4. การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

การจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องด้านการคิดรู้ สภาวะจิตใจ ความทรงจำ ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายเหล่านี้ จากการศึกษาของ Tariot (1998), Ballard & Corbett (2014) และ Starr & Wales (2017) พบว่า วิธีการดูแลจัดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบการใช้จัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายโดยการใช้ยา จุดประสงค์ของการใช้ยาเป็นเพียงการควบคุมหรือยังยั้งการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น เพื่อไม่ให้เข้าสู่อาการที่รุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันมียาหลายส่วนใหญ่ยาที่ใช้จะอยู่ในกลุ่มของยาคลายเครียด (Atypical Antipsychotics) เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine โดยจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทสั่งการต่างๆ การปรับสภาพสมดุลของสารเคมีในร่างกายและการให้ผู้ป่วยได้คลายเครียดลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักมากที่สุด ทั้งนี้ การพิจารณาให้ยากลุ่มนี้ เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวาย จำเป็นต้องผ่านการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินปัญหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พฤติกรรมกระวนกระวาย ว่ามีความเหมาะสมกับการได้รับยาหรือไม่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไวต่อการได้รับยาสูง การเลือกใช้ยา จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก อาจมีผลข้างเคียงต่อระบบทำงานของตับ ไต เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับประทานยาหลายชนิดร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตันในหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้น โอกาสเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากการใช้ยาหลายชนิดเพิ่มขึ้นด้วย (Wang & Raskind, 2011)

2. การจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายแบบไม่ใช้ยา จากการศึกษาของ Cohen-Mansfield, Libin and Marx, (2007) พบว่า มีวิธีการจัดการที่ไม่ใช้ยาได้ผลดีในการจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย เช่น การใช้ยาหลอก (Placebo) และยึดหลักการดูแลโดยให้บุคคลหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) สอดคล้องกับการศึกษาของ Douglas, James and Ballard, (2004) Weinrich, Egbert, Eleazer and Haddock (1995) อ้างใน ชุติมา ทองวิริยะ พบว่า การจัดการกับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการไม่กักขังหรือผูกยึด เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย นอกจากนี้การดูแลแบบทางเลือก (Alterations in care given) เป็นการใช้กิจกรรมที่มีหลายแนวทาง เพื่อเลือกใช้จัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวาย เช่น การใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการ จัดสิ่งแวดล้อม (Wall & Duffy, 2010; ชุติมา ทองวชิระ, 2553) การเลือกใช้สุคนธบำบัด (Burns et al., 2011; วิศิษฏ์ วิญญูรัตน์, 2554) การควบคุมเวลาเปิด-ปิดแสงไฟในห้องเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน (Figueiro et al., 2016) การกระตุ้นการรับสัมผัสเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระวนกระวาย (Cai & Zhang, 2015) เป็นต้น พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงควรมีความรู้และมีความสามารถในการประยุกต์เลือกใช้กิจกรรมให้ เหมาะกับผู้สูงอายุและเหมาะสมกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้

จากการศึกษา พบว่า การดูแลแบบแนวทางเลือกต่างๆ สามารถจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายให้ลดลงได้ อีกทั้งช่วยลดพฤติกรรมและอาการแสดงที่ไม่เหมาะสมลงด้วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัด หรือเทคนิคบางประการในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีความยากต่อการดำเนินการสำหรับผู้ดูแลบางกลุ่ม เช่น การจัดหาอุปกรณ์เพื่อฟังเพลงเครื่องเล่นแผ่นซีดี การเลือกใช้กลิ่นบางชนิดไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือการจัดสภาพแวดล้อม เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า การปรับสิ่งแวดล้อม (Environmental adaptations) เป็นการจัดและปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดสิ่งกระตุ้น (Stimuli) ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยที่สุด (Cohen-Mansfield, 1989) การดูแลควบคุมให้ผู้สูงอายุอยู่กับบุคคลที่รู้สึกคุ้นเคย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกสับสน และไว้วางใจในการให้การดูแล (Ito & Honda, 2015)

ดังนั้น การจัดการและรับมือกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบ ช่วยเหลือและดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยตรงเน้นที่การปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายผู้สูงอายุ โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในเรื่องขับถ่ายและจัดเตรียม อาหารยาให้รับประทาน เป็นต้น (Stone, Cafferata & Sangl, 1987; Valcour, Masaki, Curb & Blanchette, 2000)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ในปัจจุบันมีบทบาทสำคัญมาก เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆในทุกๆปี (สุทธิชัย จิตะพันธุ์ และคณะ, 2542) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ มีสุขภาวะที่ดีนั้นผู้ดูแลต้องมีทักษะ ความพร้อม ความอดทนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องใช้หลักจิตวิทยาหรือวิธีการในการดูแลสุขภาพ การจัดการทางภาวะอารมณ์และจัดการเกี่ยวกับกิจวัตรต่างๆของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในทุกๆด้าน เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีความซับซ้อนในการจัดการดูแลจึงส่งผลให้เกิดภาระการดูแลที่ยากลำบากเพิ่มขึ้น

3.1. ประเภทของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) (Bell & Gibbons, 1989; Morris & Thomas, 2002; Parker, 1992) โดยอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกหรือได้รับการอบรม สำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น พยาบาล ผู้ดูแลรับจ้างดูแลผู้ป่วยตามบ้าน ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหรือศูนย์บริบาลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน มีหน้าที่ในการดูแลจัดการช่วยเหลือกิจวตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นประจำ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เป็นการดูแลเกิดจากความผูกพัน หน้าที่หรือเกิดจากแรงจูงใจในการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการดูแลมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการนั้นมีความแตกต่างตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Parker, 1992) ดังนี้

2.1. ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นครอบครัว (Family caregiver) คือ ผู้ดูแลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกภายในครอบครัวเดียวกัน พบได้บ่อยในสังคมประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน อาจประกอบไปด้วย ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น ผู้ดูแลที่ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลที่ดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่การตกลงและความสะดวกของสมาชิกภายในครอบครัวด้วย

2.2. ผู้ให้การช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เช่น เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพันหรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อนในอดีต

3.2. บทบาทของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรัง ปัจจุบันยังไม่พบวิธีการรักษาให้หายขาด มีเพียงวิธีการดูแลประคับประคองหรือชะลอให้กระบวนการเสื่อมของสมองช้าลง ดังนั้น ความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลจึงเพิ่มมากขึ้น เมื่อการดำเนินการของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือดูแล (Huang, Lee, Liao, Wang & Lai, 2012; Schulz & Martire, 2004) ดังนี้

1. การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้อายุสมองเสื่อม มีความสามารถในการคิดรู้ลดลง มีอาการหลงลืม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจนถึงไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ เป็นต้น

2. การสนับสนุนดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการรับรู้เสียไป และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หวาดระแวง กระวนกระวาย อารมณ์รุนแรง ก้าวราว เป็นต้น ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ประเมินความรู้สึก อารมณ์ของผู้สูงอายุได้และต้องให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

3. ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและปลอดภัย ต้องเรียงลำดับความสำคัญของการดูแลก่อนและหลัง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว และการจัดการกับของแหลมคมต่างๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ รวมถึงการจัดสถานที่ที่เหมาะสม การส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการบำบัด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมให้ได้มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. การติดต่อสื่อสารผู้ดูแลจะต้องเป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลต่างๆ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน ป้องกันการขาดการติดต่อการรักษาและการได้รับความช่วยเหลือ

5. ด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการตัดสินใจต่างๆ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้สูงอายุแทน เช่น การศึกษา เลือกวิธีการรักษา หรือการเลือกที่จะให้ผู้ใดเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

บทบาทของผู้ดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีความซับซ้อนในการดูแล เช่น กระบวนขั้นตอน ทักษะต่างๆ ในการดูแล การรับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3.3. บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนและใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมถึงทักษะการดูแล การประเมินภาวะสุขภาพ จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออกไม่เหมาะสม ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงเป็นบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ส่งเสริมให้ญาติ ยอมรับกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเคารพความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมและบุคคลิกภาพ ที่เปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมเคยเป็นบุคคลที่มีความสามารถปกติ เมื่อมีความสามารถลดลง ภาวะของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ง่าย ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังคง ความต้องการความมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์และความรู้สึกอยู่ ดังนั้นผู้ดูแลความระลึกถึงการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ

2. ส่งเสริมความคิดทางด้านบวกและเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและเกิดภาระในการดูแลได้ง่าย

3. การให้คำแนะนำหรือส่งเสริม ให้มีการจัดการในครอบครัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะเครียดความกดดันและความรู้สึกเป็นภาระก่อนเวลาอันควรแก่ผู้ดูแลหนัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อมมักมีภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพยายามจัดสรรเวลาส่วนตัว เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หรือหาผู้ดูแลบุคคลอื่นมาช่วยดูแล เมื่อไม่สามารถดูแลได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ป้องกันความขัดแย้งและความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลไปสู่การดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพได้

ดังนั้น บทบาทพยาบาลจะต้องมีการเพิ่มเติมความรู้ ศึกษา ค้นหาแนวคิด แนวทาง หรือนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในปัจจุบัน เพื่อเผยแพร่ ความรู้ เทคนิคในการดูแล จัดการตนเองเมื่อมีความเจ็บป่วยสู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอย่างเหมาะสม

4. ฮิวแมนนิจูด (Humanitude)

ในปี ค.ศ. 1980 นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสให้คำนิยาม Humanitude คือ “ของขวัญที่มนุษย์ได้รับมาตั้งแต่เกิด โดยเชื่อว่า วิวัฒนาการของมนุษย์ ส่งผลให้มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์ชนิดอื่นๆ และสิ่งที่ทำให้มนุษย์เกิดความภาคภูมิใจจากความสามารถนั้น คือ มนุษย์สามารถเดินด้วยสองเท้า มีรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ สามารถพูด ตั้งคำถามและหาคำตอบได้ มีความคิด สติปัญหาที่แตกต่างไปจากสัตว์ชนิดอื่นๆ (Gineste & Marescotti, 2008a; Phaneuf, 2007)

ฮิวแมนนิจูด (Humanitude) มาจากสองคำคือ “Human” แปลว่า มนุษย์กับ “Attitude” แปลว่า ทัศนคติ โดย Humanitude หมายถึง “ของขวัญ” หรือ “มรดกตกทอด” ของวิวัฒนาการที่มนุษย์สร้างมาขึ้นมาเพื่อกันและกัน ผ่านจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่น หลังจากนั้นในปีค.ศ. 1995 Yves Gineste และRosettte Marescotti ชาวฝรั่งเศสได้คิดค้นแนวคิดปรัชญาจากฮิวแมนนิจูด (Philosophy of Humanitude) โดยนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความบกพร่องทางด้านความคิดรู้ และมีประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งได้รับความนิยมมานานมากกว่า 30 ปี (Phaneuf, 2007) ซึ่งในปัจจุบัน มีการก่อตั้งสถาบันฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดยใช้ชื่อว่า Institute Gineste Marescotti [IGM] ในประเทศฝรั่งเศส อีกทั้งได้เผยแพร่ไปยังประเทศต่างๆ รวมทั้งหมด 18 ประเทศทั่วโลก ได้แก่ ประเทศแคนาดา สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยี่ยม ลักซัมเบิร์ก เยอรมันนี โปรตุเกส อิตาลี่ และญี่ปุ่น เป็นต้น (Faligant, 2014)

4.1. ปรัชญาของฮิวแมนนิจูด (Philosophy of Humanitude)

การดูแลบุคคลแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง การดูแลบุคคลหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางด้านการคิดรู้ ความเชาว์ปัญญา ยึดหลักการให้ความเคารพและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ซึ่งเน้นตัวผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองยังมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล ชุมชนหรือที่บ้าน ต่างต้องการผู้ดูแลที่พร้อมจะให้การดูแลด้วย ความเข้าใจ ความรัก ความเมตตา (Humaneness) และความอ่อนโยน (Tenderness) เสมอ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง เท่าที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้พึ่งตนเองได้ (Self-sufficiency) คงไว้ซึ่งความมีคุณค่า และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์คงอยู่ (Faligant, 2014; Phaneuf, 2007)

วัตถุประสงค์ของการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด คือ 1.ดูแลเพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (Improve) 2.การดูแลเพื่อให้อาการคงที่ (Maintain it) 3.เตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิต (To accompany him up to death) ในรายที่มีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดย Yves Gineste และ Rosettte Marescotti โดยอธิบายว่า การเริ่มเป็นมนุษย์ จะเริ่มตั้งแต่เกิดการปฏิสนธิ และพัฒนาเป็นทารกในครรภ์ เข้าสู่วัยแรกเกิด เด็กต้องได้รับการดูแล และกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการทางด้านต่างๆ จากมารดา จนเด็กสามารถเดินได้ ซึ่งเมื่อได้รับการปฏิสนธิสมองยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ยังไม่เกิดพัฒนาการของการเรียนรู้ต่างๆ หากมารดาไม่มีการกระตุ้น แต่มีสมองส่วนที่รับอารมณ์และรู้ความรู้สึกเกิดการพัฒนาขึ้นมาก่อน เช่น เมื่อแรกคลอด ทารกจะส่งเสียงร้องหมายถึงปอดสามารถทำงานได้ดี เด็กทารกจะร้องไห้เมื่อเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หิว หรือเจ็บปวดและจะยิ้ม หัวเราะ เมื่อมีความพึงพอใจ ความรู้สึกสบายตัวและความสุข ซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นการสื่อสารแทนคำพูด เพื่อให้มารดาเข้าใจ ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จึงได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลอย่างเช่นมารดาดูแลบุตร แต่อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีผู้ดูแลหลายประเภท และผู้สูงอายุมีกระบวนการเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างจากเด็กทารก นอกจากผู้ดูแลต้องเรียนรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลย่อมต้องเรียนรู้และเข้าใจความเป็นมนุษย์ และให้การดูแลด้วยความรัก ความเมตตาต่อบุคคลที่มีภาวะการคิดรู้บกพร่องด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.2. องค์ประกอบของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) คือ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคลและอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ซึ่ง เกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งยกย่องหรือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

4.2.1. การสบตา (Eye contact)

การสบตา (Eye contact) คือ การติดต่อสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงด้วยความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับแม่มองลูกด้วยความรักและความห่วงใย ซึ่งเป็นการสื่อสารอย่างหนึ่งที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีความเป็นมนุษย์

การมองเห็นจากภาพ หรือแสงนั้น เป็นการกระตุ้นระบบประสาท ส่งภาพผ่านเรตินา่ (Ratina) ผ่านไปที่ Optic nerve ของตาทั้ง 2 ข้างและส่งกระแสประสาทไปที่ Primary visual cortex จากนั้นกระแสประสาทจะถูกส่งไปที่เซลล์ประสาทในเปลือกสมองบริเวณรับภาพ (Occipital lobe) ร่างกายจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองโดยการติดต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย เพื่อให้มีการหันศีรษะและการเคลื่อนไหวของลูกตาไปยังตำแหน่งของสิ่งที่เห็น นอกจากนี้ การสบตาด้วยความรัก ความอบอุ่น ยังช่วยกระตุ้นทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ให้หลั่งฮอร์โมนแห่งความรัก คือ ฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) กระแสประสาทจะแปลผลนำไปสู่การรับรู้ถึงความรักที่ผู้ดูแลมอบให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ ความเชื่อมั่นและความรู้สึกปลอดภัย อารมณ์รุนแรง ก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมกระวนกระวายจึงลดลงด้วย (กนกวรรณ ติลกสกุลและชัยเลิศ พิชิตพรชัย,2544; ชุมพล ผลประมูลและสุรวัฒน์ จริยาวัฒน์, 2552) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

4.2.1.1. การเข้าหาผู้สูงอายุ ควรเข้าทางด้านหน้า และสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุ ระยะห่างในการประสานสายตาอยู่ในช่วงระยะ 15-20 ซม. ไม่เข้าทางด้านหลังหรือด้านข้างของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นผู้ดูแลได้ชัดเจน จำเป็นต้องเข้าทางด้านหน้าเสมอ ลักษณะการมอง ผู้ดูแลต้องมองให้เห็นตัวเองในลูกตาของผู้สูงอายุ หากการสบตานั้นเกิดประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองตอบกลับ โดยสบตาผู้ดูแลกลับคืน (Auto-feedback) ซึ่งการมองนี้จะส่งความรู้สึกไปยังผู้สูงอายุ เพื่อให้รับรู้ว่าผู้ดูแลให้ความเคารพเสมอ

4.2.1.2. เมื่อผู้สูงอายุมีสายตาจับจ้องมาที่ผู้ดูแล (Auto-feedback) แล้วผู้ดูแลควรมองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความรู้สึก ถูกละเลยหรือไม่เป็นการไม่ใส่ใจ

4.2.1.3. ลักษณะสายตาเมื่อผู้ดูแลมองผู้สูงอายุนั้น ควรมองด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ความภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ ใบหน้าควรยิ้มแย้มแจ่มใสเพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxitosin) ในสมองได้ทำงาน ซึ่งเป็นสารแห่งความรัก ส่งผลให้สมองของผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึกและสัมพันธภาพที่ดี จากผู้ดูแลที่มอบให้เหมือนมารดาสบตาบุตรเมื่อแรกเกิด

4.2.1.4. การสบตา (Eye contact) ควรปฏิบัติควบคู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ตลอดในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆของการดูแลด้วย

4.2.2.การพูด (Speech)

การพูด (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ การพูดส่งผลไปยังผู้ฟังทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันช่วยแก้ไขความขัดแย้ง อีกทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล สมองส่วนที่เรียนรู้เกี่ยวกับภาษาและการพูดคุยสื่อสาร จะได้รับการพัฒนาการตั้งแต่วัยทารก กล่าวคือ มารดาจะพูดกับบุตรเสมอ ถึงแม้ว่าบุตรจะไม่สามารถพูดตอบโต้เป็นภาษาที่เข้าใจได้ ทารกอาจแสดงพฤติกรรม ท่าทาง เสียงหัวเราะ เสียงอ้อแอ้ เพื่อตอบสนองต่อมารดา เมื่อมารดาพูดคุยกับทารกเรื่อยๆ จากนั้นทารกจะค่อยๆเรียนรู้และมีพัฒนาการทางด้านการพูด การสื่อสารได้ดีขึ้น

4.2.2.1. ในช่วงตั้งแต่ตอนแรกของชีวิต เด็กจะมีพัฒนาการทางด้านการได้ยิน จากการรับรู้ของกระแสประสาทในสมอง ส่งผลให้ยิ้มตอบหรือพูดเป็นคำๆ สมองจะได้รับการกระตุ้นจากเสียงที่ได้ยินผ่านไปที่ช่องหู และมีการเปลี่ยนคลื่นเสียงให้เป็นสัญญาณ ผ่านกระแสประสาท (Never impulses) ผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Cranial never) ในระบบประสาทส่วนกลางและแปลเสียงที่ได้ยินผ่านทาง Auditory association cortex ตอบสนองต่อเสียงที่ได้ยิน ระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย จะทำปฏิกิริยากับร่างกายเพื่อให้หันตามเสียง และการกลอกตาตามเสียงที่ได้ยิน ดังนั้น การพูดที่เต็มไปด้วยความรัก ความหวังดี ความจริงใจ การพูดปลอบใจหรือการให้กำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ เซลล์ประสาทจะรับการกระตุ้น และส่งไปที่ Amygdala จากนั้นผ่านไปที่ Hypothalamus ซึ่งส่วนนี้ทำหน้าที่รับอารมณ์ และความรู้สึก ว่าคำพูดที่ได้ยินนั้นเป็นคำพูดที่ดี รู้สึกชื่นชอบ และพอใจ ทั้งนี้ การพูดกับผู้สูงอายุต้องแสดงถึง ความเคารพให้เกียรติและยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

4.2.2.2. การพูดกับผู้สูงอายุควรโดยใช้โทน เสียงต่ำ นุ่มนวล มีจังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป เน้นพูดด้วยคำพูดที่ไปในทางบวก พูดด้วยความเข้าใจ ความหวังดี ความห่วงใยจากผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นระบบประสาทของผู้สูงอายุ จากการฟัง จากนั้นสมองจะแปลความหมายให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึกดีๆ จากผู้ดูแลที่มอบให้และลดพฤติกรรมต่อต้านการดูแลได้อีกด้วย

4.2.2.3. ควรกล่าวทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตนเอง (introduction) ถามความรู้สึกหรือความต้อง การของผู้สูงอายุก่อนให้การดูแลหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุทุกครั้ง รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้ามาช่วยเหลือทุกครั้ง

4.2.2.4. ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทุกครั้งควรพูดคุยกับผู้สูงอายุเสมอ รับฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุต้อง การเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรมต่างๆ

4.2.2.5. ในบางกรณี หากผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรใช้น้ำเสียงดุดัน ไม่ตะคอก หรือต่อว่าในทางลบ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

4.2.3. การสัมผัส (Touch)

การสัมผัส (Touch) เป็นการติดต่อสื่อสารโดยอวัจนภาษา (Nonverbal communication) ผ่านทางการสัมผัสผิวหนังของผู้สูงอายุจะรับความรู้สึก เช่น การเช็ดตัวอาบน้ำ การพลิกตะแคงตัว ผู้รับสัมผัส การรับความรู้สึกได้แม้ตอบสมองไม่ได้ เนื่องจากผิวหนังมีต่อมรับความรู้สึกกระจายอยู่ทั่วร่างกาย ความรู้สึกที่กระตุ้นสัมผัสเรียกว่า Haptic system การสัมผัสจะมี 4 ลักษณะ คือ การสัมผัสแบบกด (Pressure) การสัมผัสแบบรับอุณหภูมิ (Temperature) การสัมผัสแบบรับความเจ็บปวด (Pain) และการรับสัมผัสแบบแตะต้อง สำหรับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จะใช้การสัมผัสแบบแตะต้อง (Touch)

ลักษณะการสัมผัสต้องสัมผัสด้วยความเบา มีความนุ่มนวล สัมผัสให้เป็นบริเวณ กว้างและช้าๆ ส่งผ่านความรู้สึกเหมือนว่าสัมผัสเด็กทารก ด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย การให้กำลังใจ การปลอบโยน โดยการสัมผัสดังกล่าว จะส่งเป็นสัญญาณกระแสประสาทรับ ความรู้สึกไปทาง Axon และจะวิ่งไปตามไขสันหลังส่งไปสู่สมอง ส่วนของ Thalamus ซึ่งมี Amydara ทำหน้าที่รับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ทั้งความรู้สึกดีหรือไม่ดีและนอกจากนั้น Hypothalamus ประสาทรับความรู้สึกที่เปลือกสมอง Reticular formation ระบบ Limbic ที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์พฤติกรรม และความต้องการของมนุษย์ โดยระบบ Limbic จะเป็นส่วนกำหนดพฤติกรรม ส่วน Raticular Activating เป็นส่วนที่แสดงออกของพฤติกรรม โดยทั้ง 2 ระบบนี้จะมี Hypothalamus เป็นตัวเชื่อมโยงกับกลุ่มเซลล์ประสาทเป็นบริเวณกว้าง ดังนั้น การทำงานของ Hypothalamus จะผสมผสานการทำงานของระบบประสาทรับสัมผัสประสาทสั่งการและต่อมใต้สมองเข้าด้วยกัน (กนกวรรณ ติลกสกุลและชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2544) การดูแลที่ใช้การสัมผัสระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีขั้นตอน ดังนี้

4.2.3.1. การสัมผัสควรเริ่มบริเวณตำแหน่งที่มีจุดรับสัมผัส (sensory receptor) ที่น้อยที่สุดก่อน คือ แผ่นหลัง แขน มือ ใบหน้า ตามลำดับ เพื่อเป็นการกระตุ้นการสัมผัสแบบค่อยเป็นค่อยไปเพราะอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุตื่นตระหนกหรือตกใจได้ในช่วงแรกของการสัมผัส

4.2.3.2. วิธีการสัมผัส ควรค่อยๆวางมือลงไปบริเวณที่ผู้ดูแล จะสัมผัสให้เหมือนกับเครื่องบินที่กำลังจะลงจอด (landing) อย่างช้าๆ สัมผัสด้วยความนุ่มนวลและวาดมือเป็นวงกว้าง

ลงน้ำหนักเล็กน้อยที่ฝ่ามือ แรงของฝ่ามือที่ลงไปสัมผัส ให้เหมือนกับสัมผัสผิวของเด็กอายุ 5 ขวบ ไม่แรงหรือเบาจนเกินไป เพื่อกระตุ้นตัวรับสัมผัสที่ผิวหนัง (Sensory receptor) จากนั้นกระแสประสาทจะส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนของHypothalamus ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ จากนั้นสมองจะแปลผลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับ ตอบสนองโดยผ่านระบบ limbic system ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเป็นการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เมื่อสมองแปลผลว่าการสัมผัสที่ได้รับนั้น เป็นการสัมผัสที่ไม่ดี ไม่ปลอดภัย ร่างกายจะตอบสนองโดย การสลัดมือหนี การผลัก การเตะ เป็นต้น ในทางกลับกัน หากสมองแปลผลว่า การสัมผัสนั้นเป็นความรู้สึกดีๆ ความรู้สึก อบอุ่น ผู้สูงอายุจะตอบสนองโดย การกอด การสัมผัสมือ หรือหน้าของผู้ดูแลกลับมาคืน เป็นต้น ดังนั้น การสัมผัสจึงควรสัมผัสด้วยความนุ่มนวล ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบใจ การให้กำลังใจ และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรัก ความรู้สึกดีๆ มีความรู้สึกปลอดภัย

4.2.3.3. ไม่ควรจับที่ข้อมือและข้อเท้าผู้สูงอายุ เนื่องจากการสัมผัสดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึก ถูกคุกคามและไม่ปลอดภัยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายได้

4.2.3.4. ผู้ดูแลต้องสัมผัสร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ตลอดการช่วยเหลือและปฏิบัติกิจกรรม

4.2.4. การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

การจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) อธิบายว่าการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง เป็นจุดเริ่มต้นของวิวัฒนาการทางภาษาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถมองเห็นในระยะไกลได้ การรับสัมผัสนำไปสู่พัฒนาการทางด้านสติปัญญา การคิดรู้ ช่วยส่งเสริมการหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจ ซึ่งปัจจุบันการยืน การเดินด้วย 2 เท้า จึงกลายเป็นเครื่องหมายสำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์ (Phaneuf, 2007) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการคิดรู้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือการจัดท่าทางให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย จากท่านอนให้มีการขยับตัวลุกนั่ง ยืน เดิน หรือออกกำลังกายได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุที่สามารถทำได้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยมีผู้ดูแลอยู่เคียงข้างเพื่อให้ผู้สูงอายุ เกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง

การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (verticality) เช่น การยืน น้ำหนักของร่างกายจะทำให้เกิดแรงกดที่ปลายเท้าเมื่อสัมผัสพื้น เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตจากปลายเท้า ไหลเวียนกลับขึ้นไปสู่ส่วนบนของร่างกาย และกลับเข้าสู่หัวใจนำเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ นอกจากนั้นในเลือดยังมีสารอาหารต่างๆที่สำคัญต่อมวลกระดูก เช่น การดูดซึมแคลเซียมจาก ไปใช้งานช่วยสร้างcartilage กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น นอกจากนี้การจัดท่าให้อยู่ในแนวตั้งตรง ยังกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทมอเตอร์หรือประสาทสั่งการ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อลาย เมื่อมีการเคลื่อนไหวกระแสประสาทจากสมองส่วน Cerebral cortex จะส่งกระแสประสาทผ่านมายัง

เส้นประสาทไขสัน เพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวและทำให้กล้ามเนื้อลายเกิดความตึงและหดตัวตามกายภาพ (Barker, 2002) ดังนั้น ลักษณะลำตัวที่ตั้งตรงของมนุษย์ (Verticality) จึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง และกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เลือดสูบฉีดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ ตามการดูแลที่ใช้การยืนหรือการจัดท่าให้ตั้งตรงให้ได้มากที่สุดไม่ว่าจะเป็น ท่ายืน ท่านั่งหรือ การเดินเท่า ที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้จะต้องไม่บังคับหรือฝืนใจของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ อีกทั้งยังช่วยเบี่ยงเบนความ สนใจ ให้ออกจากสิ่งกระตุ้นอันจะทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ โมโห ส่งผลให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.2.4.1. บุคคลที่สามารถยืนได้ (Human standing up) ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เดินหรือยืน ตามศักยภาพที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การเดินออกไปนอกบ้าน ยืนหรือเดินข้างเตียง เป็นต้น จากนั้นให้ผู้สูงอายุได้นั่งพักในแนวตั้งตรงเช่นเดิม

4.2.4.2. บุคคลที่สามารถยืนได้แต่ไม่สามารถเดินได้นานมากกว่า 40 วินาที ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ก้าวเดิน หรือยืน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองมากกว่า 40 วินาทีหรือเท่าที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติได้

4.2.4.3. บุคคลที่สามารถยืนได้แต่เดินได้น้อยกว่า 40 วินาที ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ ก้าวเดินหรือยืน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองน้อยกว่า 40 วินาทีหรือเท่าที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติได้

4.2.4.4. บุคคลที่มีปัญหาข้อยึดติด ไม่สามารถยืนได้แต่นั่งข้างเตียงและนั่งรถเข็น ควรจัดให้ผู้สูงอายุนั่งรถเข็นอาบน้ำหรือนั่งบนเก้าอี้ข้างเตียงเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้ได้มากที่สุดตามความสารถของผู้สูงอายุ

4.2.4.5. บุคคลที่ไม่สามารถนั่งรถเข็น (Wheel Chair) เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง (Bed Ridden) ควรช่วยให้ได้รับการทำกายภาพที่เหมาะสมโดยผ่านการเห็นชอบจากแพทย์เจ้าของไข้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โดยองค์ประกอบทั้งหมดนี้นำมาใช้ผสมผสานในการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การเช็ดตัว หรือ อาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุ

4.3. เทคนิคการนำกระบวนการฮิวแมนนิจูดไปใช้

การนำวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ เป็นการผสมผสานองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าไปใช้กับการดูแลช่วยเหลือให้การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว เป็นต้น Yves Gineste และ Rosettte Marescotti กล่าวว่า เทคนิคการนำฮิวแมนนิจูดไปใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

4.3.1. ก่อนได้รับการดูแลเบื้องต้น (Pre-preliminary to care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลำดับแรก ขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มเข้าไปดูแลผู้สูงอายุโดยอธิบาย ดังนี้

4.3.1.1.ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้สูงอายุควรเคาะให้สัญญาณ เช่น เคาะประตูก่อนเข้าห้อง เคาะโต๊ะข้างเตียงหรือปกหนังสือ เป็นต้น โดยฮิวแมนนิจูด อธิบายว่าเพื่อเป็นการส่งสัญญาณขออนุญาตก่อนเข้าไปหา ผู้สูงอายุให้เคาะให้เป็นจังหวะ 3 ครั้ง และตามด้วย 1 ครั้ง ดังนี้ เคาะจังหวะที่ 1...2...3...และอีก 1 ครั้ง โดยจังหวะสุดท้าย ให้เว้นช่วงเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุส่งเสียงตอบรับกลับมาเป็นความหมายว่าอนุญาตให้เข้าไปหาได้

4.3.1.2. กรณีที่ไม่มีเสียงตอบรับจากผู้สูงอายุ ให้ผู้ดูแลเข้าไปหาผู้สูงอายุใกล้กว่าเดิมแล้วเคาะตามจังหวะเช่นในข้อ 4.3.1.1. กับอุปกรณ์ที่อยู่ใกล้กับผู้สูงอายุ เช่น โต๊ะข้างเตียง หัวเตียง เป็นต้นจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุจะหันหน้า หรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกว่า รับรู้ถึงการเข้ามาของผู้ดูแลแล้วให้ผู้ดูแลเข้าไปหาผู้สูงอายุทางด้านหน้า เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้อย่างชัดเจน และรับรู้ได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น การเข้าหาทางด้านหน้านี้ เพื่อป้องกันในรายที่ผู้สูงอายุมีลานสายตาแคบ อาจมองไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน และป้องกันการตื่นตระหนกตกใจ

4.3.2. การดูแลเบื้องต้น (Preliminary) เป็นการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด เป็นขั้นตอนภายหลัง จากการขออนุญาตเข้าไปหาแล้ว ให้ผู้ดูแลกล่าวทักทาย พูดชื่นชมผู้สูงอายุ โดยลดการสร้างคำถาม เพื่อป้องกันการสับสน หรือลืมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในขั้นตอนนี้จะใช้องค์ประกอบเพียง 2 อย่าง คือ การมองสบตา (eye contact) และการพูดคุย (speech) เพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกดีๆ ก่อนให้การดูแลอีกด้วย

4.3.3. การดูแลโดยรวมองค์ประกอบเป็นหนึ่งเดียวกัน (Sensory circle) ในขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) มาใช้ผสมผสานกับการดูแลต่างๆ เช่น การช่วยเหลืออาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เป็นต้น

4.3.4. การสรุปผล (Emotional Consolidation) เป็นขั้นตอนภายหลังจากการให้การดูแลเสร็จ เรียบร้อย แต่ผู้ดูแลยังคงมีการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องต่อด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เช่น ระหว่างการสรุปผล ผู้ดูแลสบ และพูดคุยหถึงผลของการให้ การพยาบาลหรือการทำกิจกรรมในครั้งนี้ พูดคุยให้เป็นเรื่องที่สนุกสนาน เป็นกิจกรรมดีๆที่ได้ใช้เวลาร่วมกัน (happy memory) เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงผู้ดูแล เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดี อีกทั้งส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

4.3.5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) อธิบายได้ดังนี้ เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือ กิจวัตรประจำวันแบบฮิวแมนนิจูดทั้งหมดแล้ว จำเป็นต้องนัดหมายกับผู้สูงอายุในครั้งถัดไป เพื่อเพิ่มความ รู้สึกและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุและการดูแลในครั้งถัดไป

หากระหว่างการดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิเสธ ต่อต้านหรือมีพฤติกรรมใดๆที่แสดงออกว่าไม่พึงประสงค์จะได้รับการดูแลนั้นๆ ผู้ดูแลต้องไม่บังคับหรือฝืนใจในการดูแลกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งการแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าว คือ โดยให้เวลาแก่ผู้สูงอายุ ระหว่างนั้นให้ผู้ดูแลประเมินถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุปฏิเสธ และจัดการกับสาเหตุนั้นๆ หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ ตามที่ผู้สูงอายุพอใจ จากนั้นพูดคุยหาข้อตกลงร่วมกันว่า ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลได้เมื่อใด ถึงแม้ว่าผู้ดูแลได้คำตอบหรือไม่ได้คำตอบ ก่อนผู้ดูแลจะเดินออกไปจากห้อง หรือผู้สูงอายุ ให้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุว่าจะกลับเข้ามาใหม่ เมื่อผู้สูงอายุมีความพร้อม จากนั้นให้ผู้ดูแลไปทำกิจกรรมอื่นๆ หรือเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามไม่ว่าผู้ดูแลจะทำกิจกรรมใดๆ ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรู้สึกว่า ผู้ดูแลไม่ละเลยและเพื่อลืมสิ่งต่างๆ จากนั้นเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมให้ผู้ดูแลเข้าไปอีกครั้งตามเทคนิคการดูแแบบฮิวแมนนิจูดดังข้างต้นเช่นเดิม

สรุปได้ว่า หลักการฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti เป็นการดูแลที่เน้นบทบาทของผู้ดูแลความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ด้านความจำหรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม มีการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of autonomy) ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการคิดรู้บกพร่องโดยมีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ 1. การสบตา (Eye contact) 2. การพูด (Speech) 3. การสัมผัส (Touch) และ 4. การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถนำไปใช้โดยผ่านกระวนการทั้ง 5 ขั้นตอน เพื่อการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทสมอง ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ให้รับรู้ว่าผู้ดูแล มองเห็นผู้สูงอายุเป็นมนุษย์ มีคุณค่าและให้ในศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม สามารถรับรู้ได้จากการดูแลของผู้ดูแลที่มอบให้ตามแบบฮิวแมนนิจูด อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจต่อการรับการดูแลรักษาและช่วย เหลือทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุด้วย

5. กิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

กิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบฮิวแมนนิจูดของ Yves Gineste และRosettte Marescotti ชาวฝรั่งเศส โดยกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้งนี้การจัดการให้ความรู้และสอนปฏิบัติ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นรายบุคคล มีโดยมีรายละเอียด ดังนี

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายประยุกต์ตามแบบฮิวแมนนิจูดของ Yves Gineste และRosettte Marescotti (1995)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/แนวทางการประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
1. การเก็บข้อมูลและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม **วัตถุประสงค์** เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเข้าของงานวิจัย สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงรายละเอียด, วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอลายเซนต์ใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล	**ก่อนกิจกรรมครั้งที่ 1** (ก่อนการทดลอง ; ก่อนสัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย (45 นาที) 1. สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวผู้วิจัยและชี้แจงการดำเนิน 2. ขอความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. หากผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายขอผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คือ มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากประเมินสมรรถภาพสมองเสื่อม 4. เบื้องต้น ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือ โดยอธิบายวิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อผู้ดูแลตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย 5. นัดวันเวลาสถานที่ ตามที่ผู้ดูแลสะดวกเพื่อดำเนินกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 ต่อ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/แนวทางการประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
2. กิจกรรมให้ความรู้และสาธิตการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมอง-เสื่อม **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถนำวิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	**กิจกรรมครั้งที่ 1 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ครั้ง ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม** (ดำเนินการทดลอง: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 45-60 นาที) ดังนี้ **<u>กิจกรรมที่ 1</u>** กิจกรรมให้ความรู้ 1. เกริ่นนำโดย สอบถามถึงปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สร้างแรงจูงใจ ปรับมุมมอง ทัศนคติของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายจากภาวะสมองเสื่อม 2. นำเสนอเกี่ยวผลลัพธ์ของงานวิจัยที่นำฮิวแมนนิจูดมา ใช้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมกระวนกระวาย 3. อธิบายเกี่ยวกับที่มา ความสำคัญและให้ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด คือ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง 4. ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การนำองค์ประกอบทั้ง 4 ไปใช้มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ได้แก่ 4.1. ก่อนได้รับการดูแลเบื้องต้น 4.2. การดูแลเบื้องต้น 4.3. การดูแล โดยรวมองค์ประกอบเป็นหนึ่ง 4.4. การสรุปผล 4.5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล 5. ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบฮิวแมนนิจูด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 ต่อ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/แนวทางการประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
	7. อธิบายวิธีการสังเกตุพฤติกรรมกระวนกระวายตามแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย 8. สรุปกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย และแจกคู่มือแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย 9. สรุปกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัย **<u>กิจกรรมที่ 2</u>** กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ 1. ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่หลัง 2. ภายหลังจากการฝึก ผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อยร้อยละ 80 หากไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยจะให้ความรู้และสอนการปฏิบัติในส่วนที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ
3. กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจำนวน 1 ครั้ง **วัตถุประสงค์** โดยกิจกรรมนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 3.1 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสมองเสื่อมภายหลังการได้ รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3.2 เยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตุการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของผู้ดูแลตามเกณฑ์การประเมิน หากไม่ผ่านการประเมิน ผู้วิจัยจะทบทวนให้	**กิจกรรมครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายพร้อมทั้งทบทวน การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้ผู้ดูแล** (ระหว่างการทดลอง; สัปดาห์ที่ 2-3 ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที) ดังนี้ 1.ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลผู้สูง อายุสมองเสื่อม สัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาการดูแลหรือการนำวิธีฮิวแมนนิจูดไปใช้ 2. ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามที่ผู้ดูแลสังเกตพบเห็น 3. สังเกตวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ตามประเมินการดูแลของผู้ดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด หากพบว่าผู้ดูแลยังไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะช่วยให้คำแนะนำและฝึกให้ผู้ดูแลอีกครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 ต่อ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/แนวทางการประยุกต์ใช้จัดกิจกรรม
ความรู้สาธิตการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ให้แก่ผู้ดูแลอีกครั้ง เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจากการดูแลร่วมกัน หาแนวทางแก้ไขและให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4.กิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ **วัตถุประสงค์** หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลสามารถดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้	**กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์** (ระหว่างการทดลอง ; สัปดาห์ที่ 4 – 6) (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลา 10 - 15 นาที) โดยผู้วิจัยมีการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอบถามถึง ปัญหาส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องกับผู้ดูแล
5. กิจกรรมประเมินผล **วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล และ ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ สมองเสื่อม	**กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมวัดและประเมินผล** (ประเมินระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังการทดลอง 1 ครั้งรวม 5 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที) ดังนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นการแจกแจงความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายภายหลังจากผู้ดูแลให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเสร็จสิ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชุติมา ทองวชิระ และคณะ (2553) ศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่า คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมลดลงตั้งแต่ เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

วิศิษฎ์ วิญญูรัตน์ และคณะ (2554) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสุคนธบำบัดกับภาวะกระวนกระวายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า สุคนธบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะ

กระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม และไม่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้สุคนธบำบัด

Hawranik และคณะ (2008) ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยการสัมผัส (Therapeutic Touch) ในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่พักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัยต้องผ่านการอบรมเทคนิคการสัมผัสก่อน ให้การทดลองจากนั้นอาสาสมัครเข้าทำกิจกรรมสัมผัสผู้สูงอายุติดต่อกันมากกว่า 5 วันในช่วงตอนเย็น นาน 30 -40 นาที พบว่า สามารถช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายได้ คือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าวทางกาย และกลุ่มที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่ไม่ก้าวร้าวทางกาย ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาไม่พบความแตกต่างกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

Burns และคณะ (2009) ศึกษาผลของการใช้แสงไฟบำบัด (Bright light therapy) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แสงไฟบำบัดนาน 2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเปิดทุกวันในช่วงเวลา 22:00 น. ถึง 00:00 น. นาน 4-8 สัปดาห์ พบว่า การใช้แสงไฟบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกระวนกระวาย

Wall and Duffy (2010) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนสิบสามการศึกษาที่ได้รับการตรวจสอบ (Peer review) พบว่าส่วนใหญ่ดนตรีบำบัดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเชิงบวก ได้แก่ พฤติกรรมกระวนกระวายลดลง อารมณ์ดีขึ้น และมีทักษะการเข้าสังคมดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญมากต่อการทำกิจกรรมดนตรีบำบัด

Delmas (2013) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดในกลุ่มผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 52 และมีความยากลำบากในการดูแล เมื่อฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติวัดผลจากการเข้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนและหลัง พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การร้องหรือตะโกนเสียงดัง การขว้างสิ่งของและพฤติกรรมการก้าวร้าวทางวาจาลดลงถึงร้อยละ 65 นอกจากนี้การอาบน้ำให้กับผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยากลำบากนั้นภายหลังการฝึกอบรม พบว่า การอาบน้ำให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 83 เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

Honda และคณะ(2013) ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude ของฝรั่งเศสในโรงพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติประเทศญี่ปุ่น ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม พบว่า พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงลดลง ให้ความร่วมมือมากขึ้นและพฤติกรรมรุนแรงลดลงได้โดยไม่ต้องใช้ยา

Ito และคณะ (2015) ศึกษาผลของการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามฮิวแมนนิจูด ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาใน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง

Aung และคณะ (2016) ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ภาพ (visualization system) เพื่อเรียนรู้ประสิทธิภาพของลักษณะของการดูแล การสื่อสารและทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude เมื่อใช้กระบวนการทั้ง 4 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speeck) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) พบว่า เป็นทักษะที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์เหมาะสมสำหรับนำไปการฝึกอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Figueiro และคณะ (2016) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โต๊ะเรืองแสง (A self-luminous light table) ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นอัลไซเมอร์ในบ้านพักผู้สูงอายุ โดยเป็นโต๊ะที่สั่งประกอบขึ้นจากโรงงาน มีขนาดโต๊ะเท่ากับ 60 × 120 เซนติเมตร ประกอบด้วยหลอดไฟ (fluorescent) ภายในโต๊ะ และมีค่าความเข้มของแสงน้อยกว่า 50 ลักซ์ ซึ่งจะมีการดำเนินการเปิดไฟในช่วงกลางวัน ตั้งแต่ 7:00 น.ถึง 18:00 น. โดยผู้ดูแลทำกิจกรรมบนโต๊ะนี้ เช่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการทดลง

Honda และคณะ (2016) ศึกษาการจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม (BPSD) โดยใช้ฮิวแมนนิจูด พบว่า การดูแลทั่วไปไม่สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าว การตะโกนและกรีดร้อง แต่เมื่อนำฮิวแมนนิจูดมาใช้สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าวได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การให้การดูแลโดยผู้ดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนั้น เป็นวิธีการที่จัดกระทำต่อการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ช่วยให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงได้ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ง่าย ลดภาระของผู้ดูแลและยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพได้อีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุสมองเสื่อมในบริบทของประเทศไทย

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการหรือภาวะทางสมอง ที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง ส่งผลให้การทำงานของสมองลดลง การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้าๆ และใช้ระยะเวลานาน ซึ่งอาการของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ การสูญเสียความสามารถในการเรียน มีการแสดงออกของพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ อารมณ์ จิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งในปัจจุบันนั้นยังไม่มีรูปแบบการรักษาให้หายขาดได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการชะลอเพื่อไม่ให้การดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงเพิ่มขึ้น เน้นการวินิจฉัยและรักษาจากต้นเหตุของอาการสมองเสื่อม และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการดูแลตามสาเหตุประคับประคอง และช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงใช้ในรูปแบบของ การให้คำแนะนำ และคำปรึกษา การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่มีภาระงานที่หนักสำหรับผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า เครียด ต่อการดูแล ซึ่งปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดของผู้ดูแล คือ พฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitation Behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่อง ของการคิดรู้ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือมีความผิดปกติของการแสดงออกของพฤติกรรม การใช้ภาษา และน้ำเสียง โดยพฤติกรรมกระวนกระวายนั้นมักเกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นจากตัวผู้ป่วยเอง หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงบุคคลรอบข้างด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) เป็นการดูแลที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคลและอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และยกย่องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสบตา (Eye contact) 2) การพูด (Speech) 3) การสัมผัส (Touch) และ 4) การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาศึกษาในครั้งนี้

กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นกิจกรรมการดูแลที่นำแนวคิดฮิวแมนนิจูด มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่นำกิจกรรมนี้มาใช้ ดังแสดงภาพที่ 1 ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

องค์ประกอบตามฮิวแมนนิจูด	ขั้นตอนของกิจกรรม
1. การสบตา (Eye contact) ด้วยความรัก ความห่วงใย โดยเริ่มจากการเข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าสายตาควรอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุเพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนและยังเป็นการให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมองกลับทมาที่ผู้ดูแลแล้วให้มองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะของการทำกิจกรรม **2. การพูด (speech)** ใช้โทนเสียงต่ำนุ่มนวล จังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป เน้นคำพูดไปในทางบวก ควรพูดด้วยความเข้าใจ ความหวังดี และชี้แจงวัตถุประสงค์ และพูดคุยตลอดการทำกิจกรรม **3. การสัมผัส (Touch)** เริ่มบริเวณตำแหน่งที่มีปฏิกิริยารับสัมผัสที่น้อยที่สุดก่อน วางมือลงไปบริเวณที่จะสัมผัสด้วยความนุ่มนวลและวาดมือเป็นวงกว้าง ลงน้ำหนักเล็กน้อย สัมผัสด้วยความนุ่มนวล **4. การจัดท่าให้ตั้งตรง (verticality)** เป็นการกระตุ้นในผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดท่าให้อยู่ในแนวศรีษะตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้น การทำงานของสมองและเบี่ยงเบนความ อีกทั้งยังรับรู้ถึงความมีตัวตนด้วย	**1. กิจกรรมครั้งที่ 1** (45-60 นาที) เป็นการให้ความรู้โดยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1.1. กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ ได้แก่ การเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม ,ที่มาความสำคัญและองค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด ,เทคนิคการนำฮิวแมนนิจูดมาใช้ ,เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระ วายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด , เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 1.2. กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ เทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้ **2. กิจกรรมครั้งที่ 2** (30-45 นาที) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย กิจกรรม **3. กิจกรรมครั้งที่ 3** (10-15 นาที) กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ **4. กิจกรรมครั้งที่ 4** (30 นาที) กิจกรรมสรุปและประเมินผลพฤติกรรมกระวนกระวาย

→ **พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรม

เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่มีหลักการสุ่ม เพื่อลดข้อเสียของการไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่ม อีกทั้ง พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่ไม่คงเส้นคงวา มีพฤติกรรมทั้งหมด 29 พฤติกรรม ซึ่งในบุคคลหนึ่งสามารถเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาได้ จึงควรมีการวัดตัวแปรตามหลังให้การทดลองหลายๆครั้ง

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาวิจัยชนิดกลุ่มเดียว ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้งและระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชน หรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One–Way Repeated Measures ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwirse Comparisons)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มทดลอง O_1 X O_2 O_3 O_4 O_5 O_6

O_1 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1)

O_2 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (สัปดาห์ที่ 1)

O_3 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (สัปดาห์ที่ 2)

O_4 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (สัปดาห์ที่ 3)

O_5 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (สัปดาห์ที่ 4)

O_6 หมายถึง การประเมินระดับของพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม)

X หมายถึง การให้กิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายโดยมีผู้ดูแลหลัก โดยมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเล็กน้อย-ปานกลาง-รุนแรงและได้รับการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553 ว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 อย่างใน 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 2. ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่ยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหลัก เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว และกิจกรรมต่างๆ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายโดยมีผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ณ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชนหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ ที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและได้รับการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553 ว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 อย่างใน 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 2. ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่ยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหลัก เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว และกิจกรรมต่างๆ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทำการคัดกรองโดยผู้วิจัยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้สูงอายุ

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือได้กับการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ว่ามี ภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์คะแนนภาวะสมองเสื่อม ดังนี้
   3.1. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน 11-14 คะแนน
   3.2. ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ได้คะแนน 13 -17 คะแนน
   3.3. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน 19 – 22 คะแนน
4. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ จากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553
5. ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีอำนาจแทนผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้ดูแลหลัก ที่ยอมรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นหลัก
3. ผู้ดูแลหลักไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน การพูด หรือการสื่อสารอื่นๆ
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้สูงอายุและคนอื่นๆ จนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการรุนแรงมากและจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายโดยทันทีทันใด
3. ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูดได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้หลักการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก (Convenience Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ เกณฑ์ของ (Maxwell & Delaney, 2004) คือ รูปแบบงานวิจัยแบบ One-way Repeated measures ANOVA จำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่าจำนวนครั้งที่วัดซ้ำ +10 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยเก็บเพิ่มร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 18 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีและนายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อขอรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือกับผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

3.1. ประเมินภาวะสมองเบื้องต้นว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15 – 20 นาที

3.2. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทอง-วชิระ, 2553 ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 5 – 10 นาที

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากผู้สูงอายุทั้งหมด 40 คน พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 20 คน (คิดเป็นร้อยละ 50)

2.การคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากทั้งหมด 20 คน พบว่ามีผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก และทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 18 คน

3.การคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดออกจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจำนวน 18 คน พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติได้ 1 คน และขาดการติดต่อจำนวน 1 คน สรุป ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 16 คน

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คะแนนประเมินสมรรถภาพของสมอง (MMSE) ประวัติการใช้ยาควบคุมพฤติกรรม คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวายแบ่งตามกลุ่มอาการ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม												
รายที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลาการเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุมพฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าวทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย**	**กระวนกระวายทางวาจา**	**ปกปิด/เก็บซ่อน**	**กระวนกระวายอื่นๆ**
1	หญิง	94	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	14	ไม่ใช้	57	แช่ง /ด่า	- พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	-บ่น/ ครำ่ครวญ -เรียกร้องความสนใจ -พูดทางลบ -ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
2	หญิง	65	พุทธ	มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	15	ใช้	70	แช่ง /ด่า	- ผลัก/ดัน - ฉีก/ทำลายข้าวของ - เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - กระสับกระส่าย	-บ่น/ ครำ่ครวญ -เรียกร้องความสนใจ -ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	ขว้างปาสิ่งของ
3	หญิง	91	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	20	ใช้	50	แช่ง /ด่า	- จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	-บ่น/ ครำ่ครวญ -ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-

ตารางที่ 2 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม												
รายที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลาการเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุมพฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าวทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย**	**กระวนกระวายทางวาจา**	**ปกปิด/เก็บซ่อน**	**กระวนกระวายอื่นๆ**
4	ชาย	82	พุทธ	มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	15	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	41	-	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	-ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
5	ชาย	73	พุทธ	ระหว่าง 4-8 ปี	16	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	46	-	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	-ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
6	หญิง	82	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	14	ใช้	38	แช่ง /ด่า	-	-บ่น/ คร่ำครวญ -เรียกร้องความสนใจ -พูดทางลบ -ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-

ตารางที่ 2 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม											
รายที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลาการเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุมพฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าวทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย**	**กระวนกระวายทางวาจา**	**ปกปิด/เก็บซ่อน**	**กระวนกระวายอื่นๆ**
7	ชาย	90	พุทธ	น้อยกว่า 1 ปี	17	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	49	-	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/ ครำ่ครวญ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
8	หญิง	85	พุทธ	มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	18	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	40	-	- จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/ ครำ่ครวญ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-

ตารางที่ 2 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม												
รายที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลาการเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุมพฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าวทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย**	**กระวนกระวายทางวาจา**	**ปกปิด/เก็บซ่อน**	**กระวนกระวายอื่นๆ**
9	ชาย	81	พุทธ	ระหว่าง1-4 ปี	19	ใช้	53	-	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	- พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
10	ชาย	76	พุทธ	ระหว่าง 4-8 ปี	9	ใช้	50	ผลัก/ดัน	- แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
11	หญิง	68	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	11	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	55	- แช่ง /ด่า - ผลัก/ดัน	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม	- ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	สะสมสิ่งของ	ทำร้ายตัวเอง

ตารางที่ 2 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม												
ราย ที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลา การเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุม พฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าว ทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าว ทางกาย**	**กระวนกระวาย ทางวาจา**	**ปกปิด/ เก็บซ่อน**	**กระวน กระวาย อื่นๆ**
12	ชาย	81	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	16	ไม่ใช้	46	ถ่มน้ำลาย	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย	บ่น/ ครำ่ครวญ	สะสมสิ่งของ	ทำร้ายตัวเอง
13	ชาย	86	พุทธ	มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	20	ใช้	50	ผลัก/ดัน	- จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม	-พูดทางลบ -ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-
14	หญิง	75	พุทธ	น้อยกว่า 1 ปี	18	ใช้	45		- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	บ่น/ ครำ่ครวญ	สะสมสิ่งของ	ทำร้ายตัวเอง

ตารางที่ 2 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม												
ราย ที่	**เพศ**	**อายุ**	**ศาสนา**	**ระยะเวลา การเจ็บป่วย**	**คะแนน MMSE**	**ยาควบคุม พฤติกรรม**	**คะแนน CMAI**	**อาการก้าวร้าว ทางกาย**	**อาการไม่ก้าวร้าว ทางกาย**	**กระวนกระวาย ทางวาจา**	**ปกปิด/ เก็บซ่อน**	**กระวน กระวาย อื่นๆ**
15	หญิง	64	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	13	ใช้	72	- แช่ง /ด่า - แย่งของคนอื่น	- เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย - แต่งตัวไม่เหมาะสม - พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น - จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ - กระสับกระส่าย	- บ่น/ ครำ่ครวญ - พูดทางลบ - กรีดร้อง	ซ่อนสิ่งของ	ขว้างปาสิ่งของ
16	หญิง	87	พุทธ	ระหว่าง 1-4 ปี	18	เคยใช้แต่หยุดแล้ว	51	- แช่ง /ด่า	- จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม - ทำกิจกรรมซ้ำๆ	- บ่น/ ครำ่ครวญ - เรียกร้องความสนใจ - พูดทางลบ - ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	-	-

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ 1. กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เนื่องจากผู้วิจัยณข้อเก็บข้อมูล ณ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยมีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคคลทั้งภายในและภายนอกสมาคมสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้เวชระเบียน 2. โรงพยาบาลรามาธิบดีฯ เนื่องจากผู้วิจัยณข้อเก็บข้อมูล ณ คลินิกความจำ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดีฯ จำเป็นต้องใช้เวชระเบียน ทั้งนี้เพื่อช่วยพิจารณากลั่นกรองโครงร่างวิทยานิพนธ์ ซึ่งคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างและความยินยอมเป็นหลักทั้งนี้ เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาแล้ว โครงร่างวิทยานิพนธ์จะได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมกลุ่มสหสถาบันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลรามาธิบดีฯแล้ว จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล โดยส่งหนังสือขออนุญาตจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเริ่มดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่สมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม คลินิกความจำ แผนกจิตเวช รพ.รามาธิบดีฯและในชุมชนหรือผู้ที่สนใจอื่นๆ หากมีผู้สนใจสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงหรือทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยแจ้งเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ติอต่อสอบถามได้ตามใบปิดประชาสัมพันธ์ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัยด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดความเกรงใจจากทีมบุคคลากรทางสุขภาพ หากผู้สนใจตกลงยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การขออนุญาตเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการทางการพยาบาล การดูแลทั่วไป หรือการรักษา ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ ผู้วิจัยจะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) โดยระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็น ผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) การใช้ยาระงับพฤติกรรมกระวนกระวาย คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) และใช้เกณฑ์คะแนนภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

2.2. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน 11-14 คะแนน

2.3. ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ได้คะแนน 13 -17 คะแนน

2.4. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน 19 – 22 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายThe Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) แปลโดยชุติมา ทองวชิระ (2553) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยค่า Reliability ของแบบประเมิน CMAI เท่ากับ .88 (Cohen-Mansfield, 1989) โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย มีลักษณะเป็นการสังเกตการแสดงออกของพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยและบันทึกผลการประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating Questions) มี 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ท (Likert Scal) ตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีความหมายของตัวเลือก 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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การให้คะแนนแบบมาตรประมาณค่าระดับ 1 ถึง 7 คะแนน เป็นการประเมินความถี่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายจากของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากการสังเกตของผู้ดูแล แล้วลงบันทึกลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าว ตามเกณฑ์ความถี่ของพฤติกรรม 1-7 คะแนนและนำคะแนนมารวมกัน เป็นคะแนน CMAI ดังนี้

คะแนนCMAI = ∑ (จำนวนพฤติกรรม x ความถี่ของพฤติกรรม)

โดย ∑ หมายถึง ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมมกระวนกระวาย หลังจากนั้นนำคะแนน CMAI ที่ได้ จากการสังเกตพฤติกรรม มาประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เปรียบเทียบก่อนเข้า ร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือ เท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) โดยถือเกณฑ์การยอมรับค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index) มากกว่าหรือเท่ากับ .8 โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบ ถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎีและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.975

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เมื่อไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถตอบและเข้าใจข้อคำถาม

1.2.แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) เป็น เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีการนำมาใช้ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยได้รับการแปลโดย ชุติมา ทองวชิระ (2553) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .91 ถึง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ ของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) แปลโดยชุติมา ทองวชิระ (2553) มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้ เคียงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 20 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้ ค่าที่ยอมรับได้ คือ ≥ .70 (Polit & Beck, 2008) ผลการหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .89

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ประกอบด้วย 4 อย่าง ได้แก่ แนวทางการกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล และแบบติดตามทางโทรศัพท์ อธิบายดังนี้

1. แนวทางการจัดกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามปรัชญาฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008a) โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ครั้ง เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 45-60 นาที ซึ่งผู้ดูแลต้องผ่านเกณฑ์การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติมีแบบแผน ได้แก่
   1.1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุและอาการ
   1.2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อม
   1.3. ให้ความรู้เกี่ยวกับที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด
      1.3.1. ที่มาและความสำคัญ
      1.3.2. องค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูด
      1.3.3. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้
   1.4. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด
   1.5. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม
   1.6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการลงบันทึกพฤติกรรมกระวนกระวาย
2. การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้องค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจูด การสบตา การพูดคุย การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง
3. ติดตามโดยการเยี่ยมบ้านและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

มีขั้นตอนการสร้างกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับฮิวแมนนิ-จูด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย และ ผู้วิจัยเข้าร่วมการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรม และฝึกปฏิบัติจำนวน 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดครั้งที่ 2 โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติจำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯและสถาบันประสาทวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดทำกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลโดย นำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูดคุย การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง มาผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ร่วมกับการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

โดยกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ตารางการดำเนินกิจกรรม วางเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ อย่างเป็นระบบมีรายละเอียดของแผนการทำกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ประกอบ การทำกิจกรรมการวิจัย กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและมีการประเมินผลระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง (ประเมินผลทุก 1 สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรมสื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด วีดิทัศน์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการนำเสนอ PowerPoint ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการฝึกอบรม

2. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายสำหรับผู้ดูแลผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปรัชญาฮิวแมนนิจูด เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การดูแลกิจวัตรประจำวันแบบฮิว-แมนนิจูด เช่น การดูแลด้านร่างกาย การดูแลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยจัดทำเป็นรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกและง่ายต่อการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

การตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

กิจกรรมการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้แก่

1. แผนการสอนสำหรับผู้ดูแลโดยมีเนื้อหา ดังนี้
   1.1. ภาวะสมองเสื่อมและการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย
   1.2. ปรัชญาฮิวแมนนิจูดและองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ
   1.3. เทคนิค 5 ขั้นตอนในการนำองค์ประกอบของฮิวแมนนิจูดไปใช้
   1.4. การนำฮิวแมนนิจูดไปใช้ดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
2. คู่มือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(contentvalidity)

แผนการสอนและคู่มือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด สำหรับผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

ผู้วิจัยนำแผนการสอนและคู่มือ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้แก่ การปรับวิธีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การสะกดคำและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยจำนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุอธิบายเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและคู่มือการดูแลมีความชัดเจน อ่านง่าย เข้าใจง่ายและสามารถสาธิตย้อนกลับได้

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อวัด ความรู้ของผู้ดูแลก่อนนำไปให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์แบบวัด ความรู้ประกอบไปด้วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบแล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคการนำองค์ประกอบทั้ง 4 ไปใช้ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตอบ ใช่ ในข้อถูก ให้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ในข้อถูก ให้ 0 คะแนน

จากข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971 อ้างใน ลีณวัฒน์ คุณเวียน, 2555) ได้ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60 – 79 (6-10 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลต้องผ่านแบบวัดความรู้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (16 คะแนนขึ้นไป) จากคะแนนเต็ม ทั้งหมด 20 คะแนน

2. หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะมีการทบทวน โดยให้ความศึกษาความรู้จากคู่มือเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล หลังจาก นั้นผู้วิจัยจะให้ทำแบบทดสอบอีกครั้ง จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง จึงจะสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำแบบประเมินการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.99

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน แล้วนำคะแนนที่ได้ มาคำนวณ โดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson estimates) : KR – 20 ซึ่งเป็น การวัดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal Consistency) ที่มีการให้คะแนนแบบ 0,1 (ผิด 0, ถูก 1) ค่าที่ได้คือ 0.93 มีความสอดคล้องในระดับดีมาก (Landis and Koch, 1977)

3. แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ 1) ภายหลังผู้ดูแลได้รับความรู้ 2) เมื่อเข้าเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ลักษณะแบบประเมินการเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) แบ่ง เป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และ

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตอบ ใช่ ในข้อถูก ให้ 1 คะแนน
ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ในข้อถูก ให้ 0 คะแนน

จากข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับและแปลความหมาย (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971 อ้างใน ลีณวัฒน์ คุณเวียน, 2555) ได้ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60 – 79 (6-10 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลต้องปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินการดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (15 คะแนนขึ้นไป) จากคะแนนเต็มทั้งหมด 18 คะแนน

2. หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะมีการทบทวน โดยสาธิตเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลสาธิตอีกครั้งเพื่อประเมินผู้ดูแลใหม่ จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ผู้ดูแลมีความสามารถระดับสูง จึงจะสามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายได้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินการปฏิบัติดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ ผ่านการตรวจสอบ ของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีคาความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) โดยผู้ประเมินเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้วจำนวน 2 คนต่อการสังเกตุผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 คน จากสูตรคำนวณ (Rosenthal and Rosnow, 1991 อ้างใน ประสพชัย พสุนนท์, 2558)

ความเชื่อมั่นจากการสังเกต = จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน

(จำนวนที่ประเมินเหมือนกัน+จำนวนที่ประเมินต่างเหมือนกัน)

ผลค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตุที่ได้จากการคำนวณ คือ 0.94 มีความสอดคล้องระหว่าง ผู้ประเมินที่ยอมรับได้ในทางปฏิบัติในระดับดีมาก (Landis and Koch, 1977)

4. แบบติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุภวาะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสอบถามปัญหาและให้กำลังใจ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(contentvalidity)

แบบติดตามทางโทรศัพท์ ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลมีค่าความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบติดตามทางโทรศัพท์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เมื่อไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายจำนวน 5 คน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถอธิบายและตอบคำถามทางโทรศัพท์ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชนหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอน การดำเนินการทดลองและขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1. การเตรียมตัว ผู้วิจัยได้เข้าอบรมแลปฏิบัติเชิงวิชาการเกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูด (Humanitude) โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติจำนวน 3 วัน ตั้งแต่ วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดครั้งที่ 2

โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯและสถาบันประสาทวิทยา

1.2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและกิจกรรมการให้การดูแลตามฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวน ตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้าอบรมฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูด

1.3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลรามาธิบดีฯ เพื่อช่วยพิจารณากลั่นกรองโครงร่างวิทยานิพนธ์โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นรับมติแก้ไขจนกว่าจะผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอ ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีในการขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุ ประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแนบหนังสืออนุมัติผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยลัยด้วย

1.5. ภายหลังจากการได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับนายกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ. รามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ของการวิจัยและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.6. ผู้วิจัยเตรียมใบปิดประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก ค ภาพที่ 2) เพื่อเปิดรับผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใส่ข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ อีเมลล์ที่สามารถติดต่อในใบปิดประชาสัมพันธ์และประสานงานกับพยาบาลในสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ. รามาธิบดี หากมีผู้สนใจมาติดต่อสอบถาม ให้พยาบาลผู้ประสานงานแนะนำให้สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยด้วยตนเองหรือทิ้งเบอร์โทรศัพท์ให้ติดต่อกลับได้ที่เคาว์เตอร์พยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.7. ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีแล้วและนายกสมาคมผู้ดูแลสมองเสื่อมแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการประชาสัมพันธ์ ค้นหาผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและขออนุญาตนายกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ.รามาธิบดีพร้อมขอความร่วมมือประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยงานเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการประชาสัมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้อุปกรณ์ สถานที่

2.2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอเข้าพบ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ ในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2.3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย รายละเอียดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ 16 คน จึงเริ่มการดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยให้กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นกิจกรรมการดูแลที่นำแนวคิดฮิวแมนนิจูด มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่นำกิจกรรมนี้มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย

3.1. กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติมีแบบแผน ดังนี้

3.1.1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสาเหตุและอาการ

3.1.2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.1.3. ให้ความรู้เกี่ยวกับที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด

3.1.4. องค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูด

3.1.5. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้

3.1.6. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด

3.1.7. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.2. การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้องค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจูด การสบตา การพูดคุย การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

3.3. การติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายกิจกรรมเพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบฮิวแมนนิจูด พร้อมทั้งทบทวน ให้ความรู้ สาธิตการดูแล ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (ระยะเวลา : 30-45 นาที จำนวน 1 ครั้ง)

3.4. ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการพูดคุย สอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลและบันทึกความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่อง (จำนวน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา : 10 - 15 นาที)

โดยผู้วิจัยแบ่งกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ก่อนกิจกรรมที่ 1 (ก่อนการทดลอง ; ก่อนสัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย (45 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวผู้วิจัยและชี้แจงการดำเนิน
2. ขอความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
3. หากผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายขอผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คือ มีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากประเมินสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือ โดยอธิบายวิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อผู้ดูแลตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอให้ผู้ดูแลลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย
4. นัดวันเวลาสถานที่ ที่ผู้ดูแลสะดวกเพื่อดำเนินกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

กิจกรรมครั้งที่ 1 (ดำเนินการทดลอง; สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ **กิจกรรมที่ 1** กิจกรรมให้ความรู้ และ**กิจกรรมที่ 2** กิจกรรม

การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ เทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เกริ่นนำโดย สอบถามถึงปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สร้างแรงจูงใจ ปรับมุมมองทัศนคติของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายจากภาวะสมองเสื่อม

2. นำเสนอเกี่ยวผลลัพธ์ของงานวิจัยที่นำฮิวแมนนิจูดมา ใช้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมกระวนกระวาย

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องต่อไปนี้

3.1. การเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.2. ที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด

3.3. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้

3.4. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด

3.5. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ วิธีการสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง และเทคนิคการนำฮิวแมนนิจูดไปใช้

5. ประเมินความรู้และการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดภายหลังจากการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล โดยเป็นการตอบแบบสอบ ถามความรู้และให้ผู้ดูแลสาธิตการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อยร้อยละ 80 หากไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยจะให้ความรู้และสอนการปฏิบัติในส่วนที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. อธิบายวิธีการสังเกตุพฤติกรรมกระวนกระวายตามแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย

7. สรุปกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย และแจกคู่มือแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

กิจกรรมครั้งที่ 2 (ระหว่างการทดลอง ; สัปดาห์ที่ 2 - 3)

กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายพร้อมทั้งทบทวน การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้ผู้ดูแล (ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที) ดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลผู้สูง อายุสมองเสื่อม สัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาการดูแล การนำวิธีฮิวแมนนิจูดไปใช้ ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามที่ผู้ดูแลสังเกตพบเห็น

2. สังเกตวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ตามประเมินการดูแลของผู้ดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด หากพบว่าผู้ดูแลยังไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะช่วยให้คำแนะนำและฝึกให้ผู้ดูแล

3. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาจากการดูแลร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (ระหว่างการทดลอง ; สัปดาห์ที่ 4 – 6) (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลา 10 - 15 นาที)

โดยผู้วิจัยมีการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอบถามถึง ปัญหาส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องกับผู้ดูแล

4. ขั้นประเมินผล : กิจกรรมครั้งที่ 4 โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย ซึ่งเป็นการแจกแจงความถี่ของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ภายหลังจากผู้ดูแลให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเสร็จสิ้น (ประเมินผลระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังการทดลอง 1 ครั้งรวม 5 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) โดยวัดคะแนนของพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนร่วมกิจกรรม 1 ครั้งระหว่างร่วมกิจกรรม 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง (Polit & Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรม

เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่มีหลักการสุ่ม เพื่อลดข้อเสียของการไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่ม อีกทั้ง พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่ไม่คงเส้นคงวา มีพฤติกรรมทั้งหมด 29 พฤติกรรม ซึ่งในบุคคลหนึ่งสามารถเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาได้ จึงควรมีการวัดตัวแปรตามหลังให้การทดลองหลายๆครั้ง

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาวิจัยชนิดกลุ่มเดียว ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้งและระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชน หรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ ได้แก่

1. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย (ดังแสดงในตารางที่ 3)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ดังแสดงในตารางที่ 4)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA (ดังแสดงในตารางที่ 5)

4. กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่าง (n=16) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม (ดังแสดงในกราฟที่ 1)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ,4 กรรมเป็นรายและหลังเสร็จสิ้นกิจคู่ (Pairwise Comparison) (ดังแสดงในกราฟที่ 6)

ดังแสดงรายละเอียดในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย

N = 16	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
1	57	54	49	48	43	43
2	70	66	60	63	63	54
3	50	50	49	46	43	43
4	41	41	40	39	39	37
5	46	45	45	40	40	39
6	38	32	31	35	34	31
7	49	46	41	42	41	40
8	40	41	33	38	36	34
9	53	47	44	44	43	43
10	50	47	44	45	41	41
11	55	55	45	43	43	41
12	46	44	43	43	42	38
13	50	50	49	39	39	39
14	45	45	44	44	36	36
15	72	72	61	59	46	51
16	51	49	44	43	42	42
รวมคะแนน	**813**	**784**	**722**	**711**	**671**	**652**
SD	**9.453**	**9.564**	**7.822**	**7.275**	**6.434**	**5.71**
Mean	**50.81**	**49**	**45.13**	**44.44**	**41.94**	**40.75**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่2 และระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกัน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ระหว่างกิจกรรมสัปดาห์ที่4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกัน

4. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายแตกต่างกัน

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

6. จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง 16 ราย ในบางราย มีค่าคะแนนผันผวนไม่แน่นอน มีลักษณะเพิ่มขึ้นและลดลง ที่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
1. อาการก้าวร้าวทางกาย						
1.1 ถ่มน้ำลาย	1.31	1.31	1.19	1.19	1.17	1.13
1.2 แช่ง/ด่า	2.06	1.88	1.94	2.12	1.78	1.56
1.3 ทุบตี	1.19	1.19	1	1	1	1
1.4 เตะ	1	1	1	1	1	1
1.5 แย่งของคนอื่น	1.06	1.13	1.13	1.06	1.06	1.13
1.6 ผลัก/ดัน	1.87	1.87	1.38	1.19	1.11	1.06
1.7 กัด	1.19	1.19	1	1	1	1
1.8 ข่วน	1	1	1	1	1	1
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ	1.19	1.19	1	1	1	1
2. อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย						
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย	2.5	2.31	1.88	1.81	1.67	1.38
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม	2.25	2.25	2.25	2.13	1.72	1.81
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น	1.19	1.13	1	1	1	1
2.4 จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม	3.81	3.88	3.44	3.63	3.56	3.5
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ	3.56	3.5	3.38	2.88	2.78	2.56
2.6 กระสับกระส่าย	1.63	1.56	1.44	1.5	1.28	1.19
3. พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา						
3.1 บ่น/ครำครวญ	3.13	2.94	2.56	2.75	2.11	2
3.2 เรียกร้องความสนใจ	2	1.69	1.5	1.56	1.5	1.44
3.3 พูดทางลบ	2.5	2.13	1.81	1.69	1.33	1.31

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 ต่อ

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
3.4 กรีดร้อง	1.44	1.13	1.13	1.06	1	1
3.5 ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	4.63	4.5	4.13	3.81	4	3.81
4. ปกปิดและเก็บซ่อนไว้						
4.1 ซ่อนสิ่งของ	1.31	1.31	1.25	1.25	1.22	1.19
4.2 สะสมสิ่งของ	1.31	1.38	1.38	1.44	1.33	1.44
5. **พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ**						
5.1 แกล้งหกล้ม	1	1	1	1	1	1
5.2 กินของแปลกๆ	1	1	1	1	1	1
5.3 ขว้างปาสิ่งของ	1.31	1.25	1.13	1.13	1.11	1
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น	1.38	1.25	1.25	1.25	1.28	1.25
5.5 พูดจาลวนลามทางเพศ	1	1.06	1	1	1	1
5.6 พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	1	1	1	1	1	1
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ	1	1	1	1	1	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 4 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยการ เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายใกล้เคียงกันเมื่อเทียบกับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ยกเว้นพฤติกรรม ได้แก่ แช่ง/ด่า แย่งของคนอื่น จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสมและพูดจาลวนลามทางเพศ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและระหว่างเข้า ร่วมกิจกรรมใน สัปดาห์ที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมลดลงจากกลุ่ม ตัวอย่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างจาก 29 พฤติกรรม มี 6 พฤติกรรมที่ ไม่เกิดพฤติกรรมขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เตะ ข่วน แกล้งหกล้ม กินของแปลกๆ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ส่งเสียงแปลกๆ

5. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันในทุกพฤติกรรม ยกเว้น พฤติกรรมเตะ ข่วน แกล้งหกล้ม กินของแปลกๆ พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ส่งเสียงแปลกๆ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่เกิดพฤติกรรมขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย	Mean	Standard deviation	F-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1.79	0.3622	29.265	0.000
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	1.73	0.37046		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	1.60	0.30223		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	1.58	0.29109		
หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	1.49	0.21174		
เสร็จสิ้นกิจกรรม	1.45	0.21646		

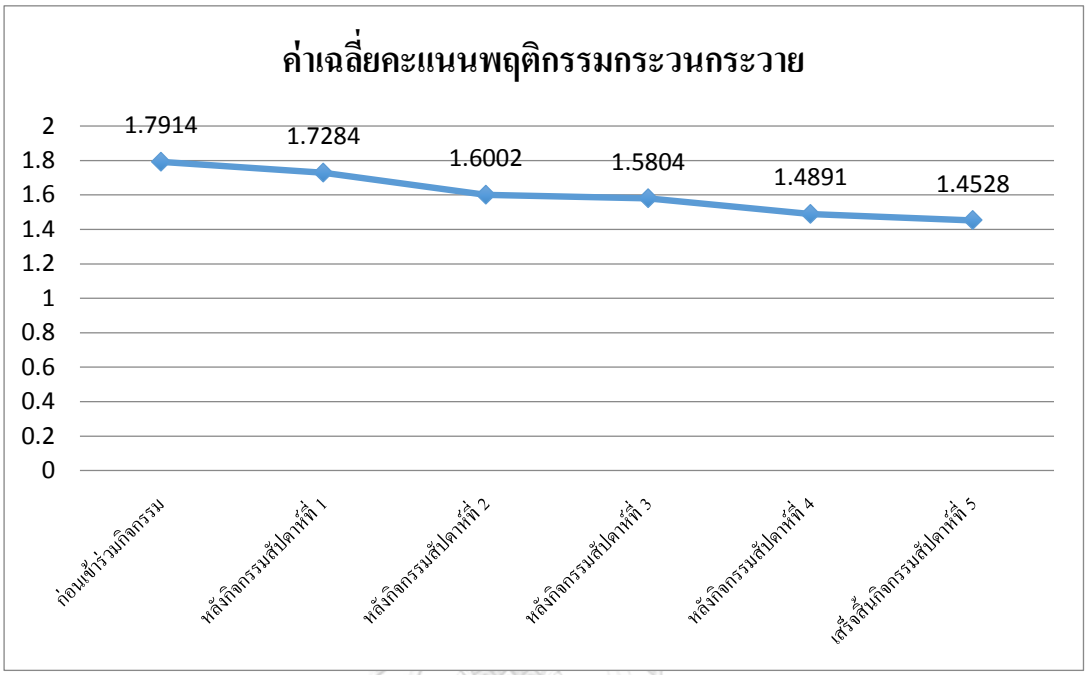
จากตารางที่ 5

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 1.79 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 1.73, 1.60, 1.58 และ 1.49 ตามลำดับและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เท่ากับ 1.45

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย 6 ครั้ง เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ F = 29.265 และมีค่า P-value = .000 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อย่างน้อย 1 คู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กราฟที่ 1 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่าง (n=16) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม



จากกราฟที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายมีแนวโน้มลดลงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกสัปดาห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ,4 กรรมเป็นรายและหลังเสร็จสิ้นกิจคู่ (Pairwise Comparison)

พฤติกรรมกระวนกระวาย	Mean different					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (P-value)	หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 (P-value)	หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 (P-value)	หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 (P-value)	หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 (P-value)	หลังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 (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)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 6 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่2, 3, 4 และหลังสำเร็จกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 คู่กับระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และหลังสำเร็จกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

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

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

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 6 ครั้ง(Polit and Beck, 2004) เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่มแต่เพื่อลดข้อเสีย และเพื่อเป็นการยืนยันจุดแข็งที่ให้ผลที่ชัดเจนของการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียว จึงมีการวัดตัวแปรตามก่อนและหลังให้การทดลองหลายๆครั้ง ดังนั้นจึงทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้งและระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้น การทดลอง 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัว อย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชนหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่นๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

คือ 1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายโดยมีผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ณ คลินิคความจำแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีและชุมชนหรือผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยอื่น ๆ ที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและได้รับการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553 ว่ามีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 อย่างใน 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 2. ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่ยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหลัก เช่น การดูแลเรื่องอาหาร

การดูแลเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว และกิจกรรมต่างๆ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทำการคัดกรองโดยผู้วิจัย มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้สูงอายุ

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือได้กับการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ว่ามี ภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์คะแนนภาวะสมองเสื่อม ดังนี้
   3.1. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน 11-14 คะแนน
   3.2. ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ได้คะแนน 13 -17 คะแนน
   3.3. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน 19 – 22 คะแนน
4. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างน้อย 1 พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ จากแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย CMAI (The Cohen Mansfield Agitation Inventory) ของ Jiska Cohen-Mansfield (1989) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ชุติมา ทองวชิระ, 2553
5. ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่มีอำนาจแทนผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้ดูแลหลัก ที่ยอมรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นหลัก
3. ผู้ดูแลหลักไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน การพูด หรือการสื่อสารอื่นๆ
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้สูงอายุและคนอื่นๆ จนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการรุนแรงมากและจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายโดยทันทีทันใด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. ผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็น ผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) การใช้ยาระงับพฤติกรรมกระวนกระวาย คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) และใช้เกณฑ์คะแนนภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

2.1. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ได้คะแนน 11-14 คะแนน

2.2. ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ได้คะแนน 13 -17 คะแนน

2.3. ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน 19 – 22 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายThe Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) แปลโดยชุติมา ทองวชิระ (2553) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยค่า Reliability ของแบบประเมิน CMAI เท่ากับ .88 (Cohen-Mansfield, 1989) โดยแบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย มีลักษณะเป็นการสังเกตการแสดงออกของพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยและบันทึกผลการประเมินแบบมาตรประมาณค่า (Rating Questions) มี 7 ระดับตามแบบลิเคิร์ท (Likert Scal) ตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวมีความหมายของตัวเลือก 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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ประกอบด้วย 4 อย่าง ได้แก่ กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิ-จูด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล และแบบติดตามทางโทรศัพท์ อธิบายดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามปรัชญาฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008a) โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ครั้ง เป็นรายบุคคล ครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งผู้ดูแลต้องผ่านเกณฑ์การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1.1 กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติมีแบบแผน ได้แก่

1.1.1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุและอาการ

1.1.2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.1.3. ให้ความรู้เกี่ยวกับที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด

1.1.3.1. ที่มาและความสำคัญ

1.1.3.2. องค์ประกอบของแนวคิดฮิวแมนนิจูด

1.1.3.3. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้

1.1.4. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด

1.1.5. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.1.6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการลงบันทึกพฤติกรรมกระวนกระวาย

1.2. การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการใช้องค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจูด การสบตา การพูดคุย การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง

1.3. ติดตามโดยการเยี่ยมบ้านและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

มีขั้นตอนการสร้างกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัย ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับฮิวแมนนิจูด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายและ ผู้วิจัยเข้าร่วมการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรม และฝึกปฏิบัติจำนวน 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดครั้งที่ 2 โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯและสถาบันประสาทวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดทำกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลโดย นำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูดคุย การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรง มาผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ร่วมกับการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น โดยกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ตารางการดำเนินกิจกรรม วางเป้าหมาย ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ อย่างเป็นระบบ มีรายละเอียดของแผนการทำกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ประกอบ การทำกิจกรรมการวิจัย กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและมีการประเมินผลระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง (ประเมินผลทุก 1 สัปดาห์)

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรมสื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

1. สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด วีดิทัศน์การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการนำเสนอ PowerPoint ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการฝึกอบรม

2. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายสำหรับผู้ดูแลผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปรัชญาฮิวแมนนิจูด เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การดูแลกิจวัตรประจำวันแบบฮิว-แมนนิจูด เช่น การดูแลด้านร่างกาย การดูแลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยจัดทำเป็นรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกและง่ายต่อการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อวัด ความรู้ของผู้ดูแลก่อนนำไปให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์แบบวัด ความรู้ประกอบไปด้วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบแล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคการนำองค์ประกอบทั้ง 4 อย่างไปใช้ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง

3. แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ซึ่งจะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ 1) ภายหลังผู้ดูแลได้รับความรู้ 2) เมื่อเข้าเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ลักษณะแบบ

ประเมินการเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) แบ่ง เป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)

4. แบบติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสอบถามปัญหาและให้กำลังใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล : เริ่มตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอน การดำเนินการทดลองและขั้นตอนการประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1. การเตรียมตัว ผู้วิจัยได้เข้าอบรมแลปฏิบัติเชิงวิชาการเกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูด แมนนิจูด (Humanitude) โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 วัน ตั้งแต่ วันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมอาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ และเข้ารับการอบรมฝึกการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดครั้งที่ 2 โดย Yves Gineste และคณะ ระยะเวลาการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 5 วัน ตั้งแต่วันที่14-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุม อาคาร 2 ชั้น 4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯและสถาบันประสาทวิทยา

1.2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบ ประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและกิจกรรมการให้การดูแลตามฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวน ตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเข้าอบรมฝึกปฏิบัติแบบฮิวแมนนิจูด

1.3. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลรามาธิบดีฯ เพื่อช่วยพิจารณากลั่นกรองโครงร่างวิทยานิพนธ์โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นรับมติแก้ไขจนกว่าจะผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอ ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีในการขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุ ประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยแนบหนังสืออนุมัติผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยลัยด้วย

1.5. ภายหลังจากการได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ. รามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ของการวิจัยและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.6. ผู้วิจัยเตรียมใบปิดประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อเปิดรับผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใส่ข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ อีเมลล์ที่สามารถติดต่อในใบปิดประชาสัมพันธ์และประสานงานกับพยาบาลในสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ. รามาธิบดี หากมีผู้สนใจมาติดต่อสอบถาม ให้พยาบาลผู้ประสานงานแนะนำให้สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยด้วยตนเองหรือทิ้งเบอร์โทรศัพท์ให้ติดต่อกลับได้ที่เคาว์เตอร์พยาบาล

1.7. ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีแล้วและนายกสมาคมผู้ดูแลสมองเสื่อมแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการประชาสัมพันธ์ ค้นหาผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและขออนุญาตนายกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและหัวหน้าแผนกจิตเวช (คลินิกความจำ) รพ.รามาธิบดีพร้อมขอความร่วมมือประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยงานเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการประชาสัมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้อุปกรณ์ สถานที่

2.2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอเข้าพบ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ ในการร่วมการวิจัยให้ทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย รายละเอียดของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ 16 คน จึงเริ่มการดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยให้กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย เป็นกิจกรรมการดูแลที่นำแนวคิดฮิวแมนนิจูด มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่นำกิจกรรมนี้มาใช้ มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมครั้งที่ 1 (45-60 นาที)เป็นการให้ความรู้โดยการบรรยาย และฝึกปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

1.1. กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องต่อไปนี้

1.1.1. การเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.1.2. ที่มาและความสำคัญของแนวคิดฮิวแมนนิจูด องค์ประกอบของฮิวแมนนิจูด

1.1.3. เทคนิคการนำองค์ประกอบฮิวแมนนิจูดมาใช้

1.1.4. เทคนิคการดูแลจัดการพฤติกรรมกระวนกระวายด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด

1.1.5. เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2. กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ เทคนิคการใช้องค์ประกอบทั้งสี่หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

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

3. กิจกรรมครั้งที่ 3 (10-15 นาที) กิจกรรมติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นการพูดคุยสอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลและบันทึกความถี่ของพฤติกรรมกระวนกระวายอย่างต่อเนื่อง

4. กิจกรรมครั้งที่ 4 (30 นาที) กิจกรรมสรุปและประเมินผลเพื่อประเมินผลการดูแลของผู้ดูแล และประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องและวิเคราะห์ทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) โดยวัดคะแนนของพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนร่วมกิจกรรม 1 ครั้งระหว่างร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4และหลังเสร็จสิ้นการกิจกรรมลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกิจกรรมทางการพยาบาลโดยใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อการต่อการลดพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลของการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agitated behaviors) ที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล พบว่า เมื่อใช้กระบวนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (speak) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (verticality) เป็นทักษะที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์เหมาะสมสำหรับนำไปการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Aung et al., 2016) โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้จัดการกับสิ่งที่กระตุ้นที่ก่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวายเพื่อช่วยลดสิ่งกระตุ้นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายผู้ดูแลผสม ผสานกับการให้กิจกรรมต่างๆ รวมถึงเป็นการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่

กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายสามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากการศึกษา ผลของกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีผลของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ด้านเพศพบว่า มีผู้หญิง ร้อยละ 56.3 และเพศชายร้อยละ 43.8 ด้านอายุ พบว่ามีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 6.3 ช่วงอายุ70-79 ปีร้อยละ18.8 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 50.0และอายุมากกว่า 90 ขึ้นไปร้อยละ 25 ด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำว่ามัธยมต้น ร้อยละ 43.8 ด้านคะแนนสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.27 คะแนน ด้านคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.81 คะแนน ด้านการใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายชนิด Antipsychotics ร้อยละ 50 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง 50.81, 49, 45.13, 44.44, 41.94 และ 40.75 ตามลำดับ

ผลจากการศึกษายอมรับสมมติฐานของการวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษากับงานวิจัย การดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดในกลุ่มสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง ของ Delmas (2013) และสอดคล้องกับศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่นของ Honda และคณะ(2013) พบว่า ด้วยการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด ส่งผลให้พฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าวลดลงได้ และให้ความร่วมมือในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Honda และคณะ(2013) เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม (BPSD) โดยใช้ฮิวแมนนิจูด พบว่า การดูแลทั่วไปไม่สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว การตะโกนและกรีดร้อง แต่เมื่อนำฮิวแมนนิจูดมาใช้สามารถลดพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมีสัมพันธภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ(2015) ศึกษาผลของการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามฮิวแมนนิจูดในประเทศญี่ปุ่น พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาใน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง อย่างไรก็ผู้วิจัยพบว่า ระยะเวลาในการเกิดสัมพันธภาพที่ดีนั้นไม่แน่นอน ขึ้นอยู่

กับประวัติความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยจากอดีตถึงปัจจุบัน หากผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อนในอดีต การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการดูแล หากความสัมพันธ์ในอดีตไม่ดี การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกดีกับผู้ป่วยมากขึ้นด้วย ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น จึงสามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีฮิวแมนนิจูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองสื่อมแต่ละราย มีความแตกต่างกัน โดยมีข้อสังเกตจากลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวายต่อการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (ดังแสดงในตารางที่ 2) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายที่ 1 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 94 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย1-4 ปี คะแนน CMAI 57 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ เรียกร้องความสนใจ พูดทางลบ และถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้ดูแลเข้าไปสบตาทางด้านหน้า และพูดคุย ผู้สูงอายุจะยังคงมีพฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงแต่ยังไม่ชัดเจน แต่เมื่อมีการสัมผัสที่มือและโอบกอด ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างเห็นได้ชัด

รายที่ 2 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 65 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 8 ปีขึ้นไป คะแนน CMAI : 70 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ แช่ง/ด่า และกลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ เรียกรองความสนใจ และถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้ดูแลเข้าไปสบตาทางด้านหน้า พูดคุย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายด้านวาจาลดลง เมื่อเพิ่มการสัมผัส การกอด ผู้สูงอายุรู้สึกดีมากขึ้นอาการลดลง แต่ด้านอาการก้าวร้าวทางกาย ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาของที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น สัตว์เลี้ยง ขนม อาหาร เป็นต้น ร่วมกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ จึงเริ่มมีพฤติกรรมกระวนกระวายก้าวร้าวลดลง

รายที่ 3 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 91 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-4 ปี คะแนน CMAI 50 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ และถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้ดูแลเข้าไปสบตาทางด้านหน้า และพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน เริ่มแรกผู้สูงอายุมีความไม่คุ้นชินกับการพูดคุยของผู้ดูแล ส่งผลให้หยุดพฤติกรรมชั่วขณะ แล้วเกิดขึ้นอีก แต่เมื่อมีการสัมผัส โอบกอดพร้อมกับพูดคุย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างเห็นได้ชัด และเข้ามาโอบกอดผู้ดูแลกลับคืน

รายที่ 4 ผู้สูงอายุเพศ ชาย อายุ 82 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 8 ปีขึ้นไป คะแนน CMAI 41 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้ดูแลสบตาในระดับที่ต่ำกว่าและเริ่มพูดคุย ตอบคำถามด้วยความใจเย็น นุ่มนวลและอ่อนโยน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมลดลง และไปทำกิจกรรมอื่น อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังคงมีอาการหลงลืมในสิ่งที่ถาม หรือพูดประโยคซ้ำๆ ผู้ดูแลช่วยเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ช่วยลดความถี่ในการพูดหรือถามซ้ำๆได้ โดยที่ผู้สูงอายุไม่มีความหงุดหงิด และพอใจกับการดูแลของผู้ดูแล

รายที่ 5 สูงอายุเพศ ชาย อายุ 73 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 4-8 ปี คะแนน CMAI 46 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย แต่งตัวไม่เหมาะสม จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม และทำกิจกรรมซ้ำๆ และกลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลด้วย โดนเน้นที่การพูดคุย สบตา สัมผัสช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลงได้ โดยจะเห็นได้ชัดเจนในช่วงที่มีการพูดคุย สบตา ที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และแสดงความใส่ใจเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ

รายที่ 6 ผู้สูงอายุเพศ หญิง อายุ 82 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-4 ปี คะแนน CMAI 38 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ บ่น/ ครำ่ครวญ เรียกร้องความสนใจ พูดทางลบ และถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การพูดคุยไปในทิศทางบวกร่วมกับการสบตาได้ ส่งผลให้พฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างชัดเจน และเมื่อเพิ่มการสัมผัสการชวนออกไปเดินเล่น ให้อยู่ในท่าแนวตั้งตรง ช่วยลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมการเรียกร้องความสนใจได้อย่างชัดเจน

รายที่ 7 ผู้สูงอายุเพศ ชาย อายุ 90 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี คะแนน CMAI 49 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การพูดคุย สบตา สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุจำได้มากขึ้น ว่าผู้ดูแลได้ตอบคำถามไปแล้ว และเมื่อเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการเดินเล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆส่งผลให้ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมลดลงได้ชัดเจน

รายที่ 8 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 85 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 8 ปีขึ้นไป คะแนน CMAI 40 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม ทำกิจกรรมซ้ำๆ และกระสับกระส่าย

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การส่งสัญญาณโดยการเคาะสามารถหยุดพฤติกรรมได้ชั่วขณะ หลังจากนั้นผู้ดูแลสบตา พูดคุย ด้วยความนุ่มนวล ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ หรือเบี่ยงเบนความสนใจตามที่ผู้สูงอายุชอบ ร่วมกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด สัมผัส และจัดท่าในอยู่ในแนวตั้งตรง ช่วยให้ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมลดลง

รายที่ 9 ผู้สูงอายุเพศ ชายอายุ 81ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-4 ปี คะแนน CMAI 53 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ แต่งตัวไม่เหมาะสม จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม และทำกิจกรรมซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ต้องอาศัยความชอบของผู้สูงอายุเป็นหลัก ไม่บังคับหรือฝืนใจ เช่น เมื่ออยู่บ้านไม่ได้ออกไปข้างนอก ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุแต่งตัวตามชอบ หรือเบี่ยงเบนความสนใจจากการทำกิจกรรมซ้ำๆ ซึ่งการพูดคุยด้วย คำพูดเชิงบวก ผู้สูงอายุจะให้การดูแลได้ง่าย จากนั้นให้การช่วยเหลือแบบฮิวแมนนิจูดตามทั้ง 4 องค์ประกอบ ทำให้ความถี่ของการพฤติกรรมลดลง

รายที่ 10 ผู้สูงอายุเพศ ชาย อายุ 76 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่าง 4-8 ปีคะแนน CMAI 50 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ แต่งตัวไม่เหมาะสม จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม ทำกิจกรรมซ้ำๆ และกระสับกระส่าย

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การเข้าหา สบตาผู้สูงอายุทางด้านหน้าและการพูดคุย ช่วยให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือให้การช่วยเหลือในการจัดการกับสิ่งต่างๆได้ดีขึ้น หากผู้สูงอายุมีอาการกระสับกระส่าย การจับมือ โอบกอด ด้วยน้ำหนักไม่แรงหรือเบาเกินไปส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายลดลงอย่างเห็นได้ชัด

รายที่ 11 ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 68 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1-4 ปี คะแนน CMAI 55 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การพูดคุย สบตา ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ช่วยลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมถาม/พูดประโยคซ้ำๆ ได้อย่างชัดเจน หากผู้สูงอายุลืม ก็จะถามขึ้นมาใหม่ ผู้ดูแลจะตอบด้วยความใจเย็น และเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ

รายที่ 12 ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 81 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง1-4 ปีคะแนน CMAI 46 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า ผู้สูงอายุมักเดินวนไปมา ภายในบ้านเป็นประจำ ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ ด้วยการพูดคุย สบตาและสัมผัส ผู้สูงอายุชอบกิจกรรมนั้นๆ เช่น การต่อจิ๊กซอว์ ช่วยลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมได้

รายที่ 13 ผู้สูงอายุเพศชายอายุ 86 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 8 ปีขึ้นคะแนน CMAI 50 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ พูดทางลบ ถาม/ พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การสบตาในระดับที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ พูดคุยด้วยความนุ่มนวล ชื่นชมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความถี่ของการพูดจากทางลบลดลง แต่พฤติกรรม จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม และการถาม/ พูดประโยคซ้ำๆ การสบตา พูดคุยยังไม่สามารถทำให้พฤติกรรมลดลงได้อย่างชัดเจน ต้องใช้องค์ประกอบทั้งหมด และเบี่ยงเบนความสนใจร่วมด้วย ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมถึงลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่งอย่างไรก็ตาม การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดีขึ้น การดูแลของผู้ดูแลจึงง่ายขึ้นด้วย

รายที่ 14 ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 75 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปีคะแนน CMAI 45 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย แต่งตัวไม่เหมาะสม จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม และทำกิจกรรมซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การดูแลพูดคุย ร่วมกับการสบตาด้วยความรัก ความห่วงใยตามแบบฮิวแมนนิจูด ช่วยให้การสื่อสาร ก่อนที่ผู้ดูแลเริ่มการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ลดการต่อต้าน ในการทำกิจกรรมต่างๆ อีกทั้ง เมื่อมีการสัมผัสผู้สูงอายุจะลดพฤติกรรมกระวนกระวายลดลง

รายที่ 15 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 64 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง1-4 ปี คะแนน CMAI 72 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ เดินวนไปมาไมมีจุดหมาย แตงตัวไมเหมาะสม พยายามหนีไปอยูสถานที่อื่น จัดการสิ่งต่างๆไม่เหมาะสม ทำกิจกรรมซ้ำๆ กระสับกระส่าย และกลุ่มพฤติกรรมปกปิด และเก็บซ่อนไว้ ได้แก่ ซ่อนสิ่งของ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีอาการไม่ก้าวร้าวทางกาย การส่งสัญญาณก่อนเข้าพบ โดยการเคาะประตู ส่งผลให้ผู้สูงอายุหยุดพฤติกรรมชั่วขณะหนึ่ง เพื่อสนใจผู้ดูแล หลังจากนั้นจับสายตาและพูดคุย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือดูแลจัดการกับพฤติกรรมต่างๆได้ง่าย ส่วนกลุ่มพฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไม่สามารถช่วยให้ ผู้สูงอายุลดพฤติกรรมลงได้ เนื่องจากผู้สูงอายุหลงลืม สิ่งที่พูดคุยตกลงกันเกี่ยวกับการซ่อนและสะสมสิ่งของ แต่ช่วยให้การพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

รายที่ 16 ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 87 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง1-4 ปี คะแนน CMAI 51 คะแนน

พฤติกรรมที่มีความถี่สูงมากที่สุด คือ กลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา ได้แก่ บ่น/ คร่ำครวญ เรียกร้องความสนใจ พูดทางลบ และถาม/พูดประโยคซ้ำๆ

เมื่อผู้ดูแลใช้เทคนิคเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด พบว่า การบ่น/ คร่ำครวญ เรียกร้องความสนใจ พูดทางลบ ผู้สูงอายุจพมีพฤติกรรมลดลง ตั้งแต่ผู้ดูแลเข้าสบตาทางด้านหน้าและพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชื่นชม พูดส่งเสริมในทางบวก เมื่อรวมกับการสัมผัส และช่วยให้ผู้สูงอายุได้เดิน หรือนั่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงอย่างเห็นได้ชัด

สรุป จากการสังเกตเกี่ยวกับการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 16 ราย พบว่า ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบก้าวร้าวทางกายและแบบไม่ก้าวร้าวทางกาย จะต้องใช้การดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนนิจูด จึงสามารถเห็นแนวโน้มความถี่ของพฤติกรรมลดลงได้อย่างชัดเจน ส่วนกลุ่มพฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา พบว่า เพียงผู้ดูแลใช้เทคนิคการสบตา และการพูดคุย พฤติกรรมกระวนกระวนเริ่มมีแนวโน้มที่ลดลงแช่นกัน และหากต้องการเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากขึ้น ควรเพิ่มการสัมผัสเข้าร่วมด้วย สำหรับกลุ่มพฤติกรรมปกปิดและเก็บซ่อนไว้ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไม่สามารถช่วยลดพฤติกรรมลงได้ แต่ช่วยให้การพูดคุยสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกดีๆ ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

ข้อสังเกตที่ได้จากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อสังเกตจากการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดแก่ผู้ดูแลแบบกลุ่มอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เตรียมตัว และจัดหาผู้ดูแลแทนในช่วงทำกิจกรรม เมื่อผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความพอใจ และรู้สึกดีต่อการได้รับกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ

2. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นการดูแลด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง มาประยุกต์ใช้กับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่วนใหญ่หากไม่มีการอธิบายรายละเอียดและเทคนิคเพิ่มเติม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักปฏิเสธเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าได้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อผู้วิจัยอธิบายให้ความรู้และสาธิตแก่ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้ทำตามแบบฮิวแมนนิจูด เช่น การสบตา ผู้ดูแลไม่ได้สบตาทางด้านหน้าหรือเวลาทำกิจกรรมต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยลองให้ผู้ดูแลปฏิบัติ ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบสนองกลับด้วย ร้อยยิ้ม เสียงหัวเราะ และยินยอมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยปราศจากการบังคับหรือฝืนใจ

3. รูปแบบของการใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละรายแตกต่างกัน เนื่องจากสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ลักษณะความเป็นอยู่ หรือบุคลิกภาพส่วนบุคคลแตกต่างกัน ดังนี้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับหรือยืดหยุ่นวิธีการให้เข้ากับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งพฤติกรรมกระวนกระวายสามารถเปลี่ยนแปลงได้ อีกทั้ง ผู้ดูแลต้องมีการฝึกฝนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. การให้ผู้ดูแลใช้วิธีการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลควรเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย และมีสัมพันธภาพที่ดี เช่น บุตร ญาติ หรือผู้ดูแลที่ไม่ใช้ญาติ จะสามารถส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลแบบฮิวแมนนจูดได้ดีกว่า ผู้ดูแลที่ไม่คุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้วิธีการดูแลแบบฮิวแมนนจูดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ และคุ้นเคย

นอกจากนี้ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ด้านผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ของผู้ดูแล ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลได้สังเกตพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้สูงอายุ กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใสมากขึ้น ยินยอมให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้น การบ่น การใช้ถ้อยคำหยาบคายลดน้อยลงด้วย

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 *“...คุณยาย ยอมรับประทานอาหารและออกไปเดินเล่นนอกบ้านได้มากกว่าแต่ก่อน เมื่อก่อนบอกให้ออกไปเดินไม่ยอมไป หงุดหงิดตลอด เดี๋ยวนี้หัวเราะ ยิ้มมีความสุขถ้าได้พาออกไปนอกบ้าน....”*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 *“...คุณแม่มีพฤติกรรมกระกระวายลดลงขึ้นๆลงๆ คุณแม่ก็จะถามถึงพ่อตลอด หงุดหงิด วุ่นวาย หากคุณพ่อออกไปทำงาน แต่พอเราพูดกับเขาต่อหน้า ก็จะนิ่งได้สักพัก แต่การใช้วิธีการดูแลแบบนี้ สามารถจัดการกับพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น...”*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 *“...อาม่าชอบถามซ้ำๆ พูดซ้ำๆ เป็นตลอด ด่าว่า บางทีพูดแบบว่า ฉันไม่น่าจะอยู่เป็นภาระเลย แต่พอเราตั้งใจพูดกับเขา กอด สัมผัสตามแบบฮิวแมนนิจูด ดีขึ้นเลยนะ ปกติก็ทำแต่ไม่ได้ลงมือแบบนี้ กอดปกติ เขาก็มีปฏิกิริยาเฉยๆ แต่ถ้ากอดแบบฮิวแมนนิจูดนี่เขาเหมือนรู้สึกได้มากกว่านะ... ”*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 *“ ...คุณพ่อสามารถจำวันและเวลานัดหมอได้ เมื่อพูดคุยตรงหน้าพ่อถามว่า พรุ่งนี้เรามีนัดกันกี่โมงนะ ทั้งๆที่เมื่อก่อนไม่เคยจำได้และไม่ยอมไปหาหมอ...”*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 *“...คุณพ่อกับผม มีความหลังกันที่ไม่ดีมาก่อนครับ พ่อชอบมองผมเป็นศัตรู ไม่ชอบหน้า ทานข้าวต้องแยกทานไม่ยอมทานร่วมโต๊ะ ไม่ยอมออกจากบ้าน ด่าว่า พูดจาไม่ดี แต่เมื่อได้ใช้ฮิวแมนนิจูด คุณพ่อผมยอมทานข้าวได้ง่ายขึ้น ยอมออกมาจากห้องนอนครับ...”*

ด้านผู้ดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลกล่าวว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นวิธีที่ง่าย และมีเทคนิคการนำไปใช้ได้ไม่ซับซ้อน แต่บางครั้งยากต่อจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลมีภาระ ความเครียด อย่างอื่นร่วมด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ต้องปลีกตัวออกไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียดจึงจะสามารถมาให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้ ทั้งนี้ต้องฝึกฝนบ่อยๆ ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 *"...ชอบนะ คือว่า อยู่กันแบบเพื่อนเลย บางทีคุณยายก็ตลกเรานะ เดินเข้ามาทางข้างหน้า หัวเราะมาเลย ดูแลง่ายคุยคุยกันเข้าใจมากขึ้น..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 *"...รู้สึกว่าการดูแลแบบนี้ต้องใจพลังใจมากเลยนะ บางทีเราไม่มีอารมณ์เครียดเราก็ทำไม่ได้ ต้องไปผ่อนคลายความเครียดต่างๆก่อนถึงจะมาใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้ ต้องทำ ต้องฝึกไปเรื่อยๆ... "*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 *"...เป็นการดูแลที่ไม่ยากเลย ง่ายมาก แต่แค่ต้องคิด มีสติตลอดว่าเขาป่วยนะ บางครั้งเราก็เห็นเขาปกติ ก็ลืมว่าป่วย ก็มีหงุดหงิดบ้างเหมือนกัน ต้องไปทำใจก่อนแล้วค่อยมาดูแลใหม่ พอเข้ามาให้เขาก็ลืมนะ ดีนะ..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 *"...วิธีนี้ดีนะ น่าจะเอาไปสอนให้กับคนดูแล ตามสถานที่ฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามที่ต่างๆ ทำให้คนป่วยชื่นใจ มีความสุข ไม่ต้องไปบังคับเขา ค่อยๆพูด ไม่ได้ดูแลแบบผักปลาเป็นวิธีที่ดีมาก มีแบบแผน..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 *"...สำหรับผม ผมคิดว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนี่ใช้ได้ดีเลยครับ เห็นผลชัดเจน แต่ตัวผมเองนี้แหละที่บางครั้งมีความรู้สึกไม่โอเค ก็พฤติกรรมบางอย่าง บางทีก็เผลอคิดว่าเขาแกล้งเราเหมือนกันนะ แต่ก็ต้องปรับความคิดใหม่ครับ... "*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16 *"...เป็นการดูแลที่ไม่ยากเลย ทำได้ง่ายๆแค่เราไม่รู้เทคนิค อย่างสบตาพูดคุย สัมผัส นี่พี่ก็ทำตลอดนะ แต่ก็ไม่ได้เข้าแบบฮิวแมนนิจูด เวลาไปคุยก็ทำโน่นนี่นั่นตะโกนบอกแม่ว่า ทำอันนั้นอันอันนี้ พอมาใช้วิธีนี้ ก็ทำให้รู้สึกว่า เรานี้ทำผิดมาตลอด รู้สาเหตุแล้วว่าเพราะอะไรถึงบ่น ด่า ตลอด แต่ก็ต้องปรับตามสถานการณ์นะ..."*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. ปัญหาของผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและการสังเกตจากการเข้าเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในบางครั้งการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอาจไม่ได้ผลในบางกิจกรรม เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลของผู้ดูแล เช่น กลิ่น เสียง หรือการเจ็บปวดทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บแผล การแสบตาจากสบู่หรือยาสระผมเข้าตา ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายอยู่และปฏิเสธการดูแลขึ้นมาแบบทันทีทันใด ผู้ดูแลไม่บังคับหรือฝืนใจผู้ป่วยตามแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลนั้นๆต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้สงบลงและลืมสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมแล้วจึงเข้าไปให้การดูแลอีกครั้ง สามารถลดพฤติกรรมลงได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะต้องยึดหลักการดูแลแบบมนุษย์ไม่บังคับฝืนใจให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมสามารถช่วยให้การดูแลง่ายขึ้น นอกจากนี้ยัง

มีปัญาเกี่ยวกับอารมณ์ของผู้สูงอายุที่กระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล จนผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลแบบฮิวแมนิจูดได้ จำเป็นต้องไปผ่อนคลายความเครียดก่อนกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 *"...บางครั้งคุณแม่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมาก ถึงขั้นที่สุด เช่น หงุดหงิดจนถึงขั้นไม่ยอมอะไรทั้งนั้น พ่อไม่อยู่บ้านต้องหาพ่อให้ได้ โวยวาย จำเป็นต้องบ่อยให้เขาอยู่คนเดียวสักพัก แล้วค่อยเอาขนม หรือหมา แมว ที่เขาชอบไปให้ สักพักเขาก็ลืมตามแบบฮิวแมนนิจูด จากนั้นพอเขาสงบแล้วก็ใช้ฮิวแมนนิจูดต่อได้..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 *"...หงุดหงิด ไม่พอใจเสียงเด็กทำของในบ้านตกแตก ตกใจ โวยวาย เราก็ไม่สามารถจัดการได้ต้องพาออกนอกบ้านบ้าง คุยเล่น พาดูทีวี ปัญหาพวกนี้ก็ต้องช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไป..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 *"...เวลาเขา มีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่พอใจ ยิ่งถามซ้ำๆ เหนื่อยมาก ใช้ฮิวแมนนิจูดไม่ได้ ไม่มีอารมณ์ในการสบตา พูดคุย เหนื่อยทั้งภาระอื่นๆ แต่ก็ต้องทำ ก็ออกไปทำอย่างอื่น ค่อยเข้ามาใหม่..."*

3. ประโยชน์จากการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลกล่าวว่า การดูแลแบบฮิวแมนนจูดเป็นการดูแลที่ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายมากขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการนำไปใช้ของฮิวแมนนิจูดมากขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้กับบุคคลอื่นๆได้อีกด้วย

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 *"...เราเข้าใจ เขามากขึ้น รู้ว่าทำแบบไหนเขาถึงจะไม่วุ่นวาย..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 *"...การใช้ฮิวแมนนิจูดเป็นวิธีที่อ่อนโยนนะ สามารถเอาไปใช้กับคนอื่นได้ด้วย เข้าใจวิธีการดูแลที่ให้ความสำคัญต่อความเป็นคนจริงๆ ..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 *"...ทำให้มีความสุขนะ สุขใจที่ได้ทำอะไรดีๆให้คนที่เรารัก ทั้งๆที่ไม่เคยรู้ว่าก่อนว่าที่ทำอยู่ เขาจะรู้สึกไม่ดี คิดว่าดีอยู่แล้ว..."*

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 *"...ดีมากเลยครับ ทำให้รู้ว่าจะต้องเข้าหายังไง คุยยังไง พูดยังไง คือปกติไม่ได้ทำแบบนี้ครับ ง่ายขึ้นเลย การดูแลต่างๆ กินข้าว อาบน้ำ แต่ก็มีบ้างครับที่ปฏิเสธ ก็ต้องพูดอย่างอื่นไป... "*

ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจว่า ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้แกล้งกระทำ พฤติกรรมกระวนกระวาย แต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลบางราย ยังไม่เข้าใจบางครั้งก็มีอารมณ์ไม่ดี หรือไม่สามารถดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้ เนื่องจากไม่พอใจในบางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ แต่เมื่อผ่านไปไม่นาน ผู้ดูแลสามารถสงบอารมณ์ของตนเองได้ จึงจะสามารถให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดได้

อย่างไรก็ตาม ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่า นอกจากผลของพฤติกรรมกระวนกระวายที่ลดลงแล้ว การดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดยังมีผลต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้านอื่นๆ ดังนี้

ด้านผู้ดูแล พบว่า สามารถลดการต่อต้านอื่นๆที่นอกจากพฤติกรรมกระวนกระวาย เช่น การไม่ยินยอมรับประทานอาหาร การไม่ยินยอมอาบน้ำ ทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ การใช้ฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมเหล่านี้ได้ง่ายขึ้นและผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งเป็นการลดภาระในการจัดการกับการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ดูแลได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ (2015) พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ อีกทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองอีกด้วย

ด้านผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาการดูแลตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของฮิวแมนิจูด พบว่า ด้านการสบตา และการพูดทางด้านหน้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการสบตาตอบสนองกลับมาคืนแก่ผู้ดูแล สามารถพูดสื่อสารตอบโต้ได้อย่างเข้าใจและตรงกับปัญหาที่ถาม ด้านการสัมผัส ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกดีๆต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ด้านการจัดท่าในแนวตั้งตรง ผู้สูงอายุมีความสุขและบอกผู้ดูแลถึงความต้องการในการเดินเล่นรอบบ้านหรือการออกไปข้างนอกบ้านเพิ่มมากขึ้นในรายที่ไม่ค่อยยอมออกจากห้องอีกด้วย

ในบางครั้งการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอาจไม่ได้ผลในบางกิจกรรม เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นอื่นๆนอกเหนือจากการดูแลของผู้ดูแล เช่น กลิ่น เสียง หรือการเจ็บปวดทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บแผล การแสบตาจากสบู่หรือยาสระผมเข้าตา ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายอยู่และปฏิเสธการดูแลขึ้นมาแบบทันทีทันใด ผู้ดูแลไม่บังคับหรือฝืนใจผู้ป่วยตามแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลนั้นๆต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้สงบลงและลืมสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมแล้วจึงเข้าไปให้การดูแลอีกครั้ง สามารถลดพฤติกรรมลงได้อย่างชัดเจนสอดคล้องกับ ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจะต้องยึดหลักการดูแลแบบมนุษย์ ไม่บังคับฝืนใจให้ทำกิจกรรมต่างๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมสามารถช่วยให้การดูแลง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อการลดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหาร

1.1.สำหรับผู้บริหารสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้กำหนดแนว ทางปฏิบัติหรือนโยบายเพื่อการพัฒนาบุคคลากรให้มีบริการแบบฮิวแมนนิจูด คือ การส่งเสริมให้บุคคลากร ใช้หัวใจ ความเข้าใจ การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในการช่วยจัดการกับ พฤติกรรมกระวนกระวาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของการได้รับบริการมีประสิทธิสูงสุด

1.2.สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับฮิวแมนนิจูด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการทางพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ให้เหมาะสม

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

2.1 การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในกระบวนการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทั้งในสถานพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนและในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำคู่มือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุเฉพาะราย

2.2 การดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดต้องอาศัยความเข้าใจ ความเมตตา ความปรารถนาดี ความใจเย็น หากผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีพฤติกระกระวนกระวายหรือพฤติกรรมต่อต้านการดูแลให้กิจกรรมการพยาบาล ผู้ดูแลจำเป็นต้องหยุดการให้กิจกรรมนั้นๆสักพัก ไม่บังคับหรือฝืนใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ลืมเรื่องราวหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกระวนกระวายนั้นๆไปก่อน ระหว่างนั้นให้ผู้ดูแลคอยดูอยู่ห่างๆประเมินหาสาเหตุของสิ่งกระตุ้นแล้วเข้าไปให้การแก้ไขตามแบบฮิวแมนนิจูดต่อจนเสร็จสิ้นกิจกรรม

2.3. การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนอกจากจะช่วยลดพฤติกรรมกระวนกระวายแล้วยังสามารถส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยินยอมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดการต่อต้านลงอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยศึกษาถึงผลของการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

2. ศึกษาผลของการนำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ

3. การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในด้านอื่นๆ เช่น ความเครียดของผู้ดูแล ผลลัพธ์ของการดูแล ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการดูแล เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

Aalten, P., Vugt, M. E. d., Lousberg, R., Korten, E., Jaspers, N., Senden, B., . . . Verhey, F. R. J. (2003). Behavioral problems in dementia: A factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dementia and geriatric cognitive disorders, 15*(2), 99-105.

Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R., & Petersen, R. C. (2011). *Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging.* Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.

Association, A. s. (2016). 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 12*(4), 459-509.

Aung, A. H. P., Ishikawa, S., Sakane, Y., Ito, M., Honda, M., & Takebayashi, Y. (2016). A Visualization of Dementia Care Skills Based on Multimodal Communication Features. *Association for the Advancement of Artificial Intelli- gence*, 322-328.

Ballard, C., & Corbett, A. (2014). Management of agitation,Aggression and Psychosis Associated with Alzhemer's. In B. Dickerson & A. Atri (Eds.), *Dementia comprehensive Principles and practice*. Oxford University Press: Newyork.

Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Main, P. A., Alexopoulos, G. S., & Jeste, D. V. (2008). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. *Evidence-Based Practices in Mental Health Care*, 95.

Bayles, K. A., & Tomoeda, C. K. (2013). *Cognitive-communication disorders of dementia: Definition, diagnosis, and treatment*: Plural Publishing.

Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B. (1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. *Archives of psychiatric nursing, 5*(5), 281-291.

Brett, L., Traynor, V., Stapley, P., & Meedya, S. (2016). Acceptability of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in an Australian residential aged care facility. *Collegian*.

Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J., & Schaper, F. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

caregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 60*(3), 345-349.

Burns, A., Allen, H., Tomenson, B., Duignan, D., & Byrne, J. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics, 21*(04), 711-721.

Burns, A., Perry, E., Holmes, C., Francis, P., Morris, J., Howes, M.-J., . . . Ballard, C. (2011). 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, 31*(2), 158-164.

Cai, F.-F., & Zhang, H. (2015). Effect of therapeutic touch on agitated behavior in elderly patients with dementia: A review. *International Journal of Nursing Sciences, 2*(3), 324-328.

Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology, 39*(1/4), 106-124.

Charernboon, T., & Phanasathit, M. (2014). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet, 97*(5), 560-565.

Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation in the elderly *Issues in geriatric psychiatry* (pp. 101-113): Karger Publishers.

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society, 34*(10), 711-721.

Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Golander, H., & Heinik, J. (2016). The impact of psychotic symptoms on the persons with dementia experiencing them. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(3), 213-220.

Cohen-Mansfield, J., & Libin, A. (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *International journal of geriatric psychiatry, 19*(9), 881-891.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *The Journals of Gerontology: Series A, 62*(8), 908-916. doi:10.1093/gerona/62.8.908

Cohen-Mansfield, J., Thein, K., & Marx, M. S. (2014). Predictors of the impact of nonpharmacologic interventions for agitation in nursing home residents with advanced dementia. *The Journal of clinical psychiatry, 75*(7), 666-671.

Cole, S. W., Nagaraja, A. S., Lutgendorf, S. K., Green, P. A., & Sood, A. K. (2015). Sympathetic nervous system regulation of the tumour microenvironment. *Nature Reviews Cancer, 15*(9), 563.

Delmas, C. (2013). Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste-Marescotti® care methodology?

Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in psychiatric treatment, 10*(3), 171-177.

Faligant, M. (2014). Philosophy of Humanitude ® & Institute Gineste-Marescotti ® Methodology of Care. Retrieved from http://www.igm-usa.com/philosophy/

Figueiro, M., Plitnick, B., & Rea, M. (2016). Research Note: A self-luminous light table for persons with Alzheimer's disease. *Lighting Research and Technology, 48*(2), 253-259.

Garcia-Rill, E. (1997). Disorders of the reticular activating system. *Medical hypotheses, 49*(5), 379-387.

Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., & Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics, 22*(3), 346-372.

Gineste, Y., & Marescotti, R. (Producer). (2008a). The concept of humanitude as applied to general nursing care. [online] Retrieved from http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/sensorycapture.htm.

Gineste, Y., & Marescotti, R. (2008b). The sensory capture and feedback in the management of behavioural disturbances in demented old patients during basic care. Retrieved from http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/sensorycapture.htm

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of psychiatric nursing, 1*(6), 399-406.

Hawranik, P., Johnston, P., & Deatrich, J. (2008). Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western journal of nursing research*.

Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney, L. (2016). 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*.

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*(S207).

Ishikawa, S., Mio, I., Miwako, H., & Yoichi, T. (2015). *The skill representation of a multimodal communication care method for people with dementia.* Paper presented at the JJAP Conference Proceedings.

Ito, M., & Honda, M. (2015). Improvement of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) by Comprehensive Standardized Care Methodology. *Austin J Clin Neurol, 2*(9), 1-2.

Ito, M., Honda, M., Gineste, Y., Marescott, R., Hirayama, R., Shimada, C., & Obuch, S. (2015). An examination of the influence of Humanitude caregiving on the behavior of older adults with dementia in Japan. The Japanese society for dementia care annual meeting. Retrieved from http://humanitude-usa.com/wp-content/uploads/2015/11/Diapositive1.pdf

Kempler, D. (2005). Dementia *Neurocognitive Disorders in Aging*. california: SAGE Publications.

Kleihues, P., & Cavenee, W. K. (2000). Pathology and genetics of tumours of the nervous system *Pathology and genetics of tumours of the nervous system*.

Kong, E. H. (2005). Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of advanced nursing, 52*(5), 526-536.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Leroi, I., & Lyketsos, C. G. (2010). Neuropsychiatric aspects of dementia. In D. Ames, A. Burns, & J. O'Brien (Eds.), *Dementia* (4 ed., pp. 68-73). United Kingdom: Macmilan Publishing Solutions.

Lindenmayer, J.-P. (2000). The pathophysiology of agitation. *The Journal of clinical psychiatry, 61*, 5-10.

Livingston, G., Kelly, L., Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., . . . Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised

controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*(205), 436-442.

Lonergan, E., Luxenberg, J., Colford, J. M., & Birks, J. (2002). Haloperidol for agitation in dementia. *The Cochrane Library*.

Louis, D. N., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Cavenee, W. K., Burger, P. C., Jouvet, A., . . . Kleihues, P. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta neuropathologica, 114*(2), 97-109.

Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., . . . Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Elsevier.

Lynn, E., Debbie, G., & Barbara, H. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(8), 423-428.

Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (2004). *Designing experiments and analyzing data: A model comparison perspective* (Vol. 1): Psychology Press.

Mayeux, R., Foster, N., Rossor, M., & Whitehouse, P. (1993). The clinical evaluation of patients with dementia. *Contemporary Neurology Series, 40*, 92-92.

Miyamoto, Yuki, Tachimori, Hisateru, Ito, & Hiroto. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing, 31*(4), 246-253.

Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S., . . . Pisansalakij, D. (2010). Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai, 93*(5), 601-607.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Obara, S. (2013). Elder care with a human touch French method in spotlight for treating patients with dementia.

Orengo, C. A., Khan, J., Kunik, M. E., Snow, A. L., Morgan, R., Steele, A., . . . Graham, D. P. (2008). Aggression in individuals newly diagnosed with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias, 23*(3), 227-232.

Overshott, R., & Burns, A. (2005). Treatment of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 76*(suppl 5), v53-v59.

Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry, 38*(4), 725-743.

Parker, G. (1992). Counting care: numbers and types of informal carers. *Carers: Research and Practice, London: HMSO*.

Peters, A., & Palay, S. L. (1991). *The fine structure of the nervous system: neurons and their supporting cells*: Oxford University Press, USA.

Phaneuf, M. (2007). The concept of humanitude as applied to general nursing care (online). http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.

Press, D., & Alexander, M. (2014). Treatment of dementia. *În: UpToDate*.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G., Wu, Y., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost & trends; Alzheimer’s Disease International: London.

Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics, 22*(07), 1025-1039.

Siegel, J. M. (1979). Behavioral functions of the reticular formation. *Brain Research Reviews, 1*(1), 69-105.

Smeby, L. M. (2017). *Music and dementia: Decreasing anxiety and antipsychotic medication use.* THE COLLEGE OF ST. SCHOLASTICA.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Sosnowski, C., & Ustik, M. (1994). Early intervention: coma stimulation in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing, 26*(6), 336-341.

Sourial, R., McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. (2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital: prevalence, disruptiveness, and staff burden. *International Psychogeriatrics, 13*(02), 183-197.

Starr, J. M., & Walesby, K. E. (2017). Diagnosis and management of dementia in older people. *Medicine, 45*(1), 51-54.

Tariot, P. N. (1998). Treatment of agitation in dementia. *The Journal of clinical psychiatry, 60*, 11-20.

The Joanna Briggs Institute. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals.6 (3) 2002, p.-.

Trivedi, D., Goodman, C., Dickinson, A., Gage, H., McLaughlin, J., Manthorpe, J., . . . Iliffe, S. (2013). A protocol for a systematic review of research on managing behavioural and psychological symptoms in dementia for community-dwelling older people: evidence mapping and syntheses. *Systematic reviews, 2*(1), 1.

Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing, 19*(2), 108-113.

Wang, L. Y., & Raskind, M. A. (2011). Using Pysychotropic Medication to Manage Problem Behaviors in Dementia. In J. F. Quinn (Ed.), *Dementia* (2 ed., pp. 111-119). malaysia: Vivar Printing Sdn Bhd.

Weinrich, S., Egbert, C., Eleazer, G. P., & Haddock, K. S. (1995). Agitation: Measurement, management, and intervention research. *Archives of psychiatric nursing, 9*(5), 251-260.

Whall, A. L., Kim, H., Colling, K. B., Hong, G. R., DeCicco, B., & Antonakos, C. (2013). Measurement of aggressive behaviors in dementia: comparison of the physical aggression subscales of the Cohen-Mansfield agitation inventory and the Ryden Aggression Scale. *Research in gerontological nursing, 6*(3), 171-177.

WHO (Producer). (2016). Dementia. [online] Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

woodford, H. (2015). Dementia. In 3 (Ed.), *Essential Geriatrics, Third Edition*. CRC Press Taylor & Francis Group Ltd: united kingdom.

Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*.

เมืองไพศาล, ว. (2556). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์: กรุงเทพฯ.

กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, สุพรพิมพ์ เจียสกุล, สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์, & วัฒนา วัฒนาภา. (2544). สรีรวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชุติมา ทองวชิระ, & จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2553). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุมพล ผลประมูล, & สุรวัฒน์ จริยาวัฒน์. (2552). สรีรวิทยา (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

ธัญญรัตน์ อโนทัยสินวี, แสงศุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, & ญธร โยธาสมุทร. (2560). คู่มือป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ยากันลืม. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

บรรลุ ศิริพานิช, ลัดดา ดำริการเลิศ, วรเวศม์ สุวรรณระดา, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, จิรวรรณ มาท้วม, & กรรณิการ์ เสนา. (2560). สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ประสพชัย พสุนนท์. (2558). การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, *8*(1), 2-20.

พรรณี จันทร์อินทร์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นโรคสมองเสื อมที มารับบริการที โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยการดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. มหาวิทยาลัยมหิดล., นครปฐม.

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, อรวรรณ์ คูหา, ภัทรชนิดร์ หวังผล, สมฤดี หลั่นม่วง, นิติกุล ทองน่วม, พงางาม พงศ์จตุรวิทย์, . . . สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย. (2549). โครงการวิจัย การสำรวจและศึกษาภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ *4* ภาคของไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, & กนิษฐา ไทยกล้า. (2553). รายงานการสารวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่4 พ.ศ.2551-2. . สำนักงานสารวจสุขภาพ ประชาชนไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.: นนทบุรี.

วิศิษฎ์ วิญญูรัตน์. (2554). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสุคนธบำบัดกับภาวะกระวนกระวายในผู้ป่วยโรค

สมองเสื่อม. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง., เชียงราย.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, *25*(1), 1-11.

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2555). สรุปการประชุม ระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย.

อรพิชญา ไกรฤทธิ์, & สิรินทร ฉันศิริกาญจน์. (2550). หอมกลิ่นลำดวนเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด: กรุงเทพฯ.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
รายนามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF HUMANITUDE CARE BY CAREGIVER ON AGITATION BEHAVIORS OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA

เสนอโดย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล

นิสิตหลักสูตร สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	**ตำแหน่งวิชาการ**	**ทำหนังสืออ้างถึง**
อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์	อาจารย์พยาบาล	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ร.อ. หญิง ชุติมา ทองวชิระ	อาจารย์พยาบาล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
พท.พญ. ผศ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	อาจารย์แพทย์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.พระมงกุฎเกล้า	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นางดุจปรารถ พิศาลสารกิจ	หัวหน้าพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล	หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองงานวิจัย

หนังสือถึง	สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดีฯ	สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี	คลินิกความจำ แผนกจิตเวชศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 0741

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

ที่ ศธ 0512.11/ 0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยพล หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยพล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

ที่ ศธ 0512.11/0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันโท แพทย์หญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ อาจารย์แพทย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันโท แพทย์หญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

ที่ ศธ 0512.11/0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

ที่ ศธ 0512.11/ 078

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดุจปรารถ พิศาลสารกิจ หัวหน้าพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางดุจปรารถ พิศาลสารกิจ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

ที่ ศธ 0512.11/ 0781

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.อ. หญิง ชุติมา ทองวชิระ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

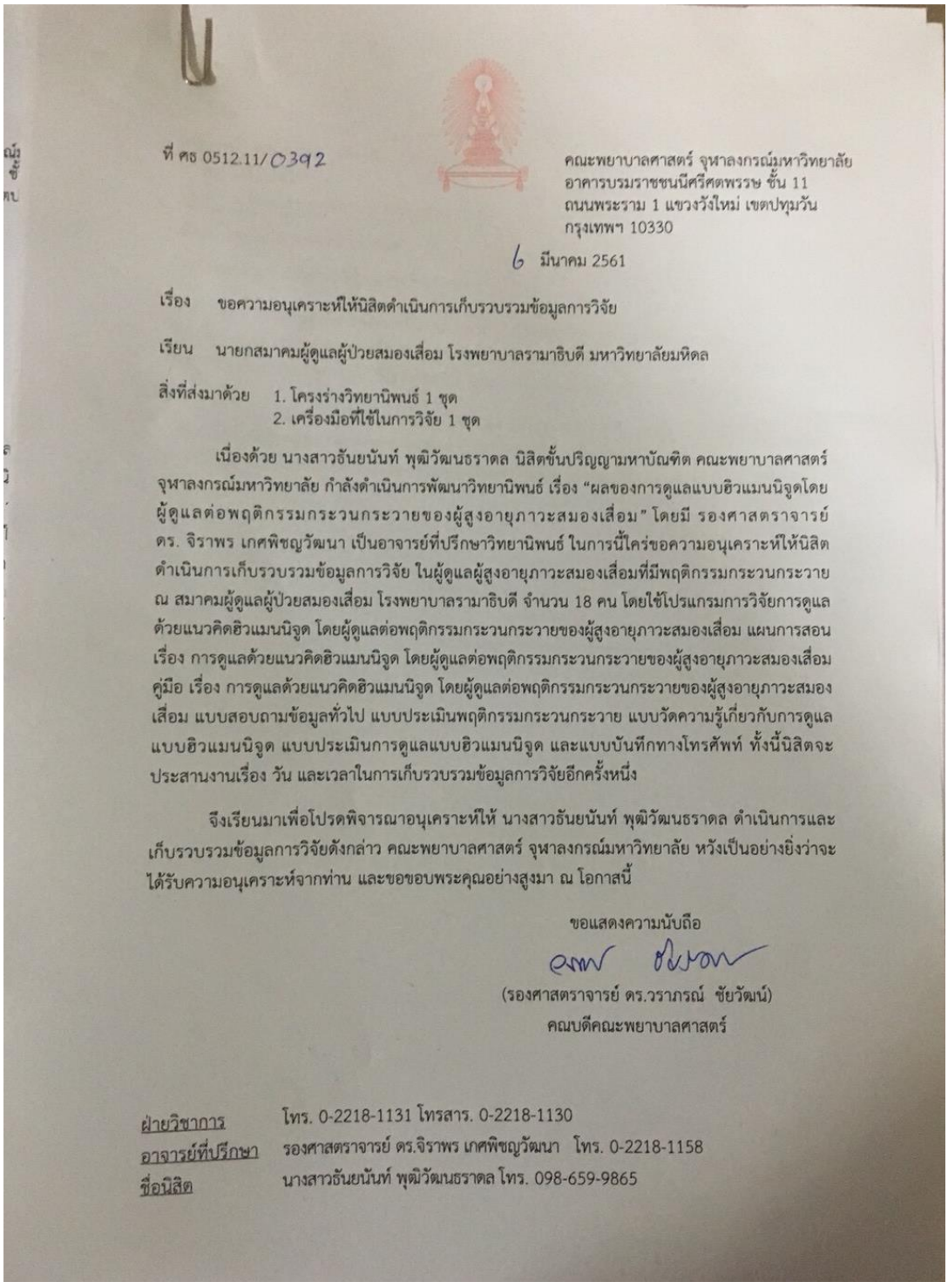
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ร.อ. หญิง ชุติมา ทองวชิระ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 09-8659-9865

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/0392

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ณ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 18 คน โดยใช้โปรแกรมการวิจัยการดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แผนการสอน เรื่อง การดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม คู่มือ เรื่อง การดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด แบบประเมินการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และแบบบันทึกทางโทรศัพท์ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 098-659-9865

ที่ ศธ 0512.11/0391

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ณ คลินิกความจำแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 18 คน โดยใช้โปรแกรมการวิจัยการดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แผนการสอน เรื่อง การดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม คู่มือ เรื่อง การดูแลด้วยแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด แบบประเมินการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และแบบบันทึกทางโทรศัพท์ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล โทร. 098-659-9865

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 013/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 193.2/60 : ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 22 มกราคม 2561 **วันหมดอายุ** : 21 มกราคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

ฉบับที่โครงการวิจัย 193.2/60
วันที่รับรอง 22 ม.ค. 2561
วันหมดอายุ 21 ม.ค. 2562

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น**
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๘๑๖

ชื่อโครงการ	ผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑ – ๖๐ – ๖๙ ว
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล
สถานที่ศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอกาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑
ระยะเวลาในการศึกษา ๑ ปี

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) และใช้เกณฑ์คะแนนภาวะสมองเสื่อม
3. แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายThe Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1989) แปลโดยชุติมา ทองวชิระ (2553)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามปรัชญาฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008a) โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ครั้ง เป็นรายบุคคล ครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งผู้ดูแลต้องผ่านเกณฑ์การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อวัด ความรู้ของผู้ดูแลก่อนนำไปให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์แบบวัด ความรู้ประกอบไปด้วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบแล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคการนำองค์ประกอบทั้ง 4 อย่างไปใช้ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง

3. แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด

4. แบบติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุภวาะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสอบถามปัญหาและให้กำลังใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามข้อมูลสวนบุคคล

สวนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลสวนบุคคลสอบถามข้อมูลของผูสูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามข้อมูลสวนบุคคลของผูสูงอายุ โดยผูวิจัยเปนผูบันทึกขอมูล ซึ่งขอมูลที่บันทึกไดจากทะเบียนประวัติและการสอบถามขอมูลจากผูดูแลผูสูงอายุ โดยบันทึกและเขียนเครื่องหมาย √ ลงในชองวางที่กำหนดให ใหตรงกับความจริงของผูสูงอายุ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา ( ) ต่ำกว่าระดับมัธยม ( ) มัธยมต้น
( ) มัธยมปลาย ( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.)
( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต
( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

5. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม
( ) นอยกว่า 1 ป
( ) ระหว่าง 1-4 ป
( ) ระหวาง 4-8 ป
( ) มากกว่า 8 ปขึ้นไป

6. คะแนนแบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม.....คะแนน

7. คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย.....คะแนน (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

8. ผู้สูงอายุเคยได้รับยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายหรือไม่
( ) ไม่เคย
( ) เคยใช้แต่หยุดยาแล้ว (ระยะเวลาที่หยุดใช้.....)
( ) ปัจจุบันยังคุงใช้ยาอยู่ โปรดระบุ
- ชนิดของยา.....
- ขนาดยาที่ใช้.....
- จำนวนครั้งที่รับประทานยา.....

9. ชื่อ. .....นามสกุล..... (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)
เบอร์โทรศัพท์. .....ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002*

Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน)	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	คะแนน
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)	(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	.....	☐
1.2 วันนี้วันอะไร	.....	☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	.....	☐
1.4 ปีนี้ปีอะไร	.....	☐
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	☐
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน		
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	.....	☐
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....	☐
2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร	.....	☐
2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐
2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร	.....	☐
2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	.....	☐
2.2.3 ที่นี่อำเภอเขต / อะไร	.....	☐
2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐

3. Registraion (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจำบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา , ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย....) **พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ** แล้วพยามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกที่ละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา .... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา , ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ(ตา,ยาย....) สะกอถอยหลัง ให้ฟังชิ ....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ..... ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง "ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....."(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่"(พื้น,โต๊ะ,เตียง) ..... ☐

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....) อ่าน แล้วทำตาม (ตา , ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตาได้" ○ หลับตาได้..... ☐

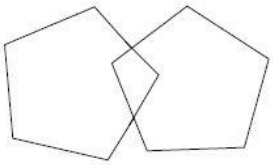
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ "คุณ (ตา , ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ก็ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1ประโยค" .....

○ ประโยคมีความหมาย ..... ☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) ..... ☐



คะแนนเต็ม 30

MIMSE-THAI 2002

ระดับการศึกษา	คะแนน		Sensitivity	Specificity	Positive Predictive value	Negative Predictive value	Efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังไม่ออก)	≤ 14	23	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบ ประถมศึกษา	≤ 17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่า ประถม	≤ 22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MIMSE-THAI 2002

แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ

(The Cohen Mansfield Agitation Inventory) แปลโดย ชุติมา ทองวชิระ (2553)

คำชี้แจง แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินทั้งลักษณะของพฤติกรรมและความถี่ของพฤติกรรมนั้นโดยผู้วิจัยและผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยในการประเมินพฤติกรรมกระวนกระวาย สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุตลอดเวลา เมื่อพบพฤติกรรมกระวนกระวายผู้วิจัยและผู้ดูแลทำการบันทึกลักษณะของพฤติกรรมและความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ใช้ระยะเวลาในการประเมินพฤติกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดให้ ดังนี้

1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย
2 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวายน้อยกว่า1 ครั้งต่อสัปดาห์
3 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
4 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์
5 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน
6 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อวัน
7 หมายถึง มีพฤติกรรมกระวนกระวาย2 ครั้ง หรือมากกว่าต่อชั่วโมง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม							สัปดาห์ที่ 1							สัปดาห์ที่ 2						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการก้าวร้าวทางกาย																					
1.1 ถ่มน้ำลาย																					
1.2 แช่ง/ด่า																					
1.3 ทุบตี																					
1.4 เตะ																					
1.5 แย่งของคนอื่น																					
1.6 ผลัก/ดัน																					
1.7 กัด																					
1.8 ข่วน																					
1.9 ฉีก/ทำลายข้าวของ																					
2. อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย																					
2.1 เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย																					
2.2 แต่งตัวไม่เหมาะสม																					
2.3 พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น																					
2.4 จัดการสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสม																					
2.5 ทำกิจกรรมซ้ำๆ																					
2.6 กระสับกระส่าย																					
3. พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา																					
3.1 บ่น/คร่ำครวญ																					
3.2 เรียกร้องความสนใจ																					
3.3 พูดทางลบ																					
3.4 กรีดร้อง																					
3.5 ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ																					
4. ซ่อนและสะสมสิ่งของ																					
4.1 ซ่อนสิ่งของ																					
4.2 สะสมสิ่งของ																					
5. พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ																					
5.1 แกล้งหกล้ม																					
5.2 กินของแปลกๆ																					
5.3 ขว้างปาสิ่งของ																					
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น																					
5.5 พูดจาลวนลามทางเพศ																					
5.6 พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม																					
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ																					
TOTAL																					

ภาพที่ 2 ใบปิดประชาสัมพันธ์

ขอเชิญผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายโดยผู้ดูแล
"แบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care)"

....การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ความรักความห่วงใยผ่าน การสบตา
การพูดคุย การสัมผัสและการจัดท่าในแนวตั้งตรง มีมานานกว่า 35ปี
และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ในประเทศญี่ปุ่น
ฝรั่งเศสและอีกหลายประเทศทั่วโลก

เลขที่โครงการวิจัย 193.2/60
วันที่รับรอง 22 มี.ค. 2561
วันหมดอายุ 21 มี.ค. 2562

สนใจติดต่อสอบถาม ได้ที่
Tel : 098-659-9865
E-mail : Thanyanan.puthi@gmail.com
รับจำนวนจำกัด ฟรี! ไม่มีค่าใช้จ่าย

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล สื่อการสอน และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายสำหรับผู้ดูแลผู้วิจัย

1

แผนการสอนเรื่อง

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายตามแบบฮิวแมนนิจูด

วิธีการสอน การบรรยาย สาธิตย้อนกลับ ซักถาม

ผู้สอน ธันยนันท์ พุฒิวัฒนรัตถ

ผู้เรียน ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

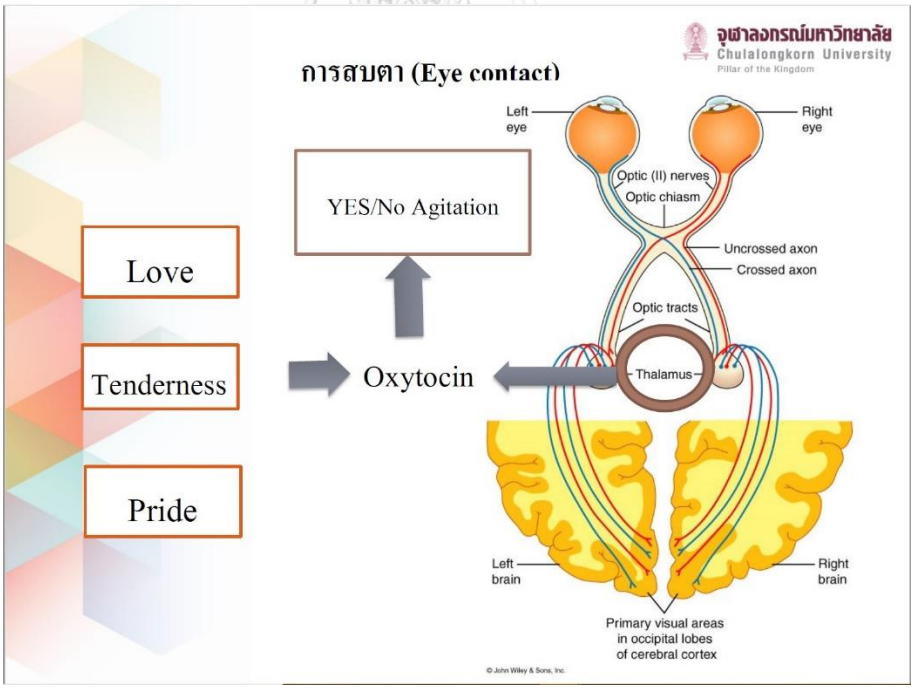
สถานที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์ เมื่อฟังการบรรยาย สาธิตแล้วผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย
2. มีความรู้เกี่ยวกับปรัชญาฮิวแมนนิจูดและองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ
3. มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิค 5 ขั้นตอนในการนำองค์ประกอบของฮิวแมนนิจูดไปใช้
4. มีความรู้และความสามารถในการนำฮิวแมนนิจูดไปใช้ดูแลผู้ป่วยตรประจำวันทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมอบรมและสร้างแรงจูงใจให้เกิดความรู้สึกสนใจต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายแบบฮิวแมนนิจูด	**<u>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพและเชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหา</u>** การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและเป็นงานหนัก ผู้ดูแลต้องจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เองเช่นเดิม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมผู้ดูแลต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อจะนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละบุคคลด้วย	- ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้เข้าร่วมอบรม - บรรยายเชื่อมโยงเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม - นำเสนอภาพและวิดีโอผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำเข้าสู่การอบรม	- สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย - สื่อวิดีโทศน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - แผ่นภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม	
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย	**<u>ขั้นตอนการเข้าสู่เนื้อหา</u>** ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่เกี่ยวกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ อาการมักเกิดขึ้นช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ อาการที่พบผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านสติปัญญา เช่น การคิดรู้ ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ วางแผนและมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psycho-logical Symptoms of Dementia : BPSD) โดยพฤติกรรมกระวนกระวาย (Agita-ted Behavior) เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบมากที่สุด	- บรรยายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมกระวนกระวาย - ให้ผู้เข้าร่วมอบรมดูภาพผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย	- สื่อ Power Point นำเสนอการบรรยาย - สื่อวิดีโทศน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย	- ผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถตอบคำถามได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 - ผู้เข้าร่วมการอบรมสา-

ตัวอย่างสื่อการสอนแบบ Power Point



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University
Pillar of the Kingdom

ภาวะสมองเสื่อม

เป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่เกี่ยวกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท อาการมักเกิดขึ้นช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ไม่มียารักษาให้หายขาดได้

- มีความผิดปกติด้านสติปัญญาเช่น การคิดรู้ ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ วางแผน
- มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น พฤติกรรมกระวนกระวาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University
Pillar of the Kingdom

การสบตา (Eye contact)

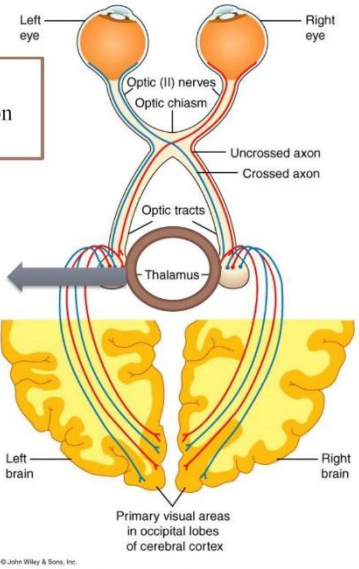
Love

Tenderness

Pride

Oxytocin

YES/No Agitation



ตัวอย่างคู่มือการดูแบบฮิวแมนิจูด

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อม ปัญหาการหลงลืม ความคิด การตัดสินใจ พฤติกรรม อารมณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอีกด้วย ปัญหาพฤติกรรมกระวนกระวายจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความยากลำบากในการดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ดูแลจะสามารถนำวิธีการดูแลของฮิวแมนนิจูดไปใช้ดูแลจัดการกับพฤติกรรมกระวนกระวายและประยุกต์ใช้ ในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างรอยยิ้มให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยให้มีความสุขไปพร้อมๆกัน

ธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล
ผู้จัดทำ

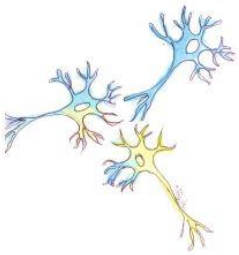
สารบัญ

ภาวะสมองเสื่อม	1
พฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	2 - 5
การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด	6 - 13
- การสบตา	
- การพูดคุย	
- การสัมผัส	
- การจัดท่าในแนวตั้งตรง	
เทคนิคการนำฮิวแมนนิจูดไปใช้	13 - 15
เทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย	15 - 21
เทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อม	21 - 26
แบบบันทึกการเกิดพฤติกรรมกระวนกระวาย	

ภาวะสมองเสื่อม

DEMENTIA

เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาท ที่เกิดจากการเสื่อมอย่างช้าๆของเซลล์สมองและไม่มีการสร้างใหม่ขึ้นมาทดแทน ส่วนใหญ่พบจะความผิดปกติบริเวณเปลือกสมอง การทำหน้าที่ของสมองจะค่อยๆลดลงอย่างช้าๆแบบค่อยเป็นค่อยไป



เซลล์ประสาทสมอง

ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำและมีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การรับรู้ ความคิด การตัดสินใจ การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีเพิ่มขึ้น พบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่และยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการดูแลเพื่อให้อาการคงที่หรือกระตุ้นความสามารถของสมองให้ได้มากที่สุด

นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดูแลเกิดความเครียดต่อตัวผู้ดูแลและครอบครัว โดยเฉพาะ“พฤติกรรมกระวนกระวาย”

6

ฮิวแมนนิจูด

HUMANITUDE

การดูแลบุคคลแบบฮิวแมนนิจูด หมายถึง การดูแลบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องด้านการคิดรู้ ความเชาว์ปัญญา โดยยึดหลักการให้เกียรติ ให้ความรัก ความเข้าใจและเคารพในความเป็นมนุษย์ของบุคคลหรือผู้ป่วย อยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต คือ การไม่บังคับ ฝืนใจให้ปฏิบัติกิจกรรมใดๆก็ตามที่บุคคลหรือผู้ป่วยไม่ยินยอม ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาล ในชุมชนหรือที่บ้านย่อมต้องการดูแลด้วยความรัก ต้องการผู้ดูแลที่เข้าใจ มีความเมตตา ความอ่อนโยนและปรารถนาดีต่อตอนเอง นอกจากนี้ฮิวแมนนิจูดส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถ คุณค่าและความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์

Yves Gineste และ Rosette Marescotti

ฮิวแมนนิจูดถูกพัฒนาขึ้นโดย Yves Gineste และ Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศสยาวนานมามากกว่า 35 ปี และได้รับการยอมรับจากหลายๆ ประเทศทั้งในยุโรปและเอเชีย

วัตถุประสงค์ของการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด

1. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในผู้ป่วยที่สามารถอาการดีขึ้นได้
2. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถดีขึ้นได้
3. การดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเสียชีวิต ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล แบบ วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลและแบบบันทึกติดตามทางโทรศัพท์

1

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด

คำชี้แจง แบบประเมินการดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูดเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลโดยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายตามแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ ที่ตรงกับการปฏิบัติจริง โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง ท่านที่มีได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ตรงตามรายข้อ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ตรงตามรายข้อ

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1) ผู้ดูแลเคาะประตูหรือส่งสัญญาณก่อนเข้าถึงผู้สูงอายุทุกครั้ง		
การสบตา 2) ผู้ดูแลเข้าพบและสบตาผู้สูงอายุทางด้านหน้า		
3) ผู้ดูแลเข้าพบผู้สูงอายุในลักษณะที่ใบหน้าตรงและระดับสายตาต่ำกว่าผู้สูงอายุ		
4) ผู้ดูแลประสานสายตากับผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ทำกิจกรรม		
5) ผู้ดูแลสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อสบตาผู้สูงอายุ		
การพูดคุย 6) ผู้ดูแลกล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเองและบอกให้ผู้สูงอายุทราบถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือและผู้สูงอายุยินยอมให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ		
7) ผู้ดูแลใช้โทน เสียงต่ำในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ		
8) ผู้ดูแลมีจังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป		
9) ผู้ดูแลใช้คำพูด สื่อสารไปในทางบวก ไม่ตะคอกหรือพูดด้วยอารมณ์ไม่ดีกับผู้สูงอายุ		
10) ขณะพูดคุย ผู้ดูแลมีการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย		
11) ระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ดูแลมีการสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุตลอดเวลา		

2

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
การสัมผัส		
12) ผู้ดูแลมีการการสัมผัสโดยเริ่มที่บริเวณหลังแขนมือ ใบหน้าตามลำดับ		
13) ผู้ดูแลวางมือลงไปบริเวณรับสัมผัสอย่างช้าๆ (แบบ landing) กางนิ้วออกและวาดมือเป็นวงกว้าง		
14) ผู้ดูแลมีลักษณะการสัมผัสที่นุ่มนวล มีท่าทีที่อ่อนโยน		
15) ผู้ดูแลไม่จับบริเวณข้อมือและข้อเท้าผู้สูงอายุ		
การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง		
16) ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการลุกนั่ง ยืน หรือเดินของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลทดสอบการต้านแรงของแขนและขาทั้ง 2 ข้างของผู้สูงอายุได้		
17) ผู้ดูแลสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ อยู่ในท่าแนวตั้งตรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
18) เมื่อผู้ดูแลนำองค์ประกอบทั้ง 4 ไปใช้ได้ครบถ้วน และภายหลังจากจบการดูแลแล้วผู้ดูแลนัดหมายกับผู้สูงอายุเพื่อการดูแลครั้งถัดไป		

1

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบวัดความรู้เกี่ยบกับการดูแลด้วยฮิวแมนนิจูดเป็นแบบวัดความรู้ของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลเลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อคำถาม

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้		
2. พฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วย**ตั้งใจแกล้ง**กระทำที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อผู้ดูแล		
3. ในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้ดูแลต้องบังคับฝืนใจผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมต่างๆ		
4. กลุ่มพฤติกรระมกระวนกระวายแบ่งออกได้ 5 กลุ่มใหญ่ๆ ประกอบด้วย กลุมที่ 1 พฤติกรรมก่าวร่าวทางกาย เช่น ฉมน้ำลาย แชง/ดา ผลัก/ดัน ฯ กลุมที่ 2 พฤติกรรมไมก่าวราวทางกาย เช่น เดินวนไปมาไมมีจุดหมาย แตงตัวไมเหมาะสม พยายามหนีไปอยูสถานที่อื่น ฯ กลุมที่ 3 พฤติกรรมกระวนกระวายทางภาษาที่ไมสมเหตุสมผล เช่น บน/คร่ำครวญ เรียกรองความสนใจ ถามหรือพูดประโยคซ้ำๆ ฯ กลุมที่ 4 พฤติกรรมปกปดและเก็บซอนสะสมสิ่งของ กลุมที่ 5 พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆที่ไมเหมาะสม เช่น แกลงหกลม กินของแปลกๆ ขวางปาสิ่งของ พูดจาลวนลามทางเพศ ฯ		
5. หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด คือ ดูแลด้วยความเคารพ ความเข้าใจในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ด้วยการมอบความรัก ความห่วงใยให้กับผู้ป่วยเสมอ		
6. วัตถุประสงค์โดยการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมี 3 ข้อ คือ 6.1. ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น 6.2. ดูแลผู้ป่วยในรายที่มีอาการคงที่แต่ไม่สามารถดีขึ้นได้ 6.3. ดูแลเพื่อเตรียมพร้อมกับการเสียชีวิต ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
7. องค์ประกอบของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ การสบตา การพูดคุย การสัมผัสและการจัดท่าให้ยืน **เพียงอย่างเดียว**		

2

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

8. ผู้ดูแลเข้าหาและสบตาผู้สูงอายุ**ทางด้านใดก็ได้**		
9. ผู้ดูแลเข้าหาผู้สูงอายุในลักษณะที่ใบหน้าตรงและระดับสายตาต่ำกว่าผู้สูงอายุ		
10. ผู้ดูแลหมั่นประสานสายตากับผู้สูงอายุตลอดเวลาที่ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม		
11. ผู้ดูแลกล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเองและเริ่มต้นให้การดูแลเลย **ไม่จำเป็น**ต้องบอกให้ผู้สูงอายุทราบเนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อม		
12. ผู้ดูแลใช้โทน เสียงต่ำในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ		
13. ผู้ดูแลควรมีจังหวะในการพูดไม่ช้าหรือเร็วเกินไป		
14. ระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ดูแลมีการบอกสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุตลอดเวลา		
15. ผู้ดูแลวางมือลงไปบริเวณรับสัมผัสอย่างช้าๆ (แบบ landing) แบมือโดย **ไม่ต้อง**กางนิ้วออกและวาดมือเป็นวงกว้าง		
16. ผู้ดูแลไม่จับบริเวณข้อมือและข้อเท้าผู้สูงอายุ		
17. การจัดท่าในแนวตั้งตรงหมายถึงการจัดท่าให้ผู้สูงอายุมีศีรษะตั้งฉากกับพื้นให้ได้มากที่สุด		
18.ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าแนวศีรษะตั้งตรงในการปฏิบัติกิจ-วัตรประจำวัน		
19. ผู้ดูแลสามารถเข้าให้การดูแลผู้สูงอายุได้เลยโดย**ไม่ต้อง**เคาะประตู		
20. ภายหลังจากจบการดูแลแล้ว ผู้ดูแลนัดหมายกับผู้สูงอายุเพื่อการดูแลครั้งถัดไป		

1

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่..... วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล.....

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์

1) สวัสดีค่ะดิฉันชื่อ.....

2) วันนี้ผู้ดูแลเป็นอย่างไรบ้างคะ

☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหา ระบุ.....

3) ผู้ดูแลได้นำการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช่มากน้อยเพียงใด

☐ 1-2 วันต่อสัปดาห์

☐ 3-4 วันต่อสัปดาห์

☐ มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์

4) หลังจากการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับพฤติกรรมกระวนกระวายแล้วมีปัญหาหรืออุปสรรคบ้างไหมคะ

☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีปัญหา ระบุ.....

5) ผู้ดูแลมีเรื่องกังวลใจ มีความเครียดจากการดูแล จนทำให้นอนไม่หลับบ้างไหมคะ

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ.....

6) ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในแต่ละปัญหาของการดูแลของผู้ดูแล

ปัญหา	แนวทางแก้ไข

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คะแนนการคัดคกรองภาวะสมองเสื่อม คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และประวิติการใช้ยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวาย (n=16)
2. ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมกระวนกระวาย แบ่งตามลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวาย 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 29 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=16)
3. ตารางที่ 9 คาเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 กลุมอาการระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
4. ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ONE-WAY REPEATED MEASURES ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .01
5. กราฟที่ 2 กราฟการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกกระวนกระวาย 29 พฤติกรรมก่อนและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
6. กราฟที่ 3 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีค่าสูงที่สุด 10 พฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
7. กราฟที่ 4 กราฟค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้น กิจรรมตารางที่ 11 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคพแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และเสร็จสิ้นกิจกรรม ด้วย Mauchly's Test of Sphericitya ที่ระดับนัยสำคัญ .01
8. ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกตางของคาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุมตัวอยางกอนเขารวมกิจกรรมระหวางเขารวมกิจกรรมสัปดาหที่1, 2, 3 และ4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยการทดสอบคาเฉลี่ยรายคู (Pairwise comparison)
9. กราฟที่ 2 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้)
10. กราฟที่ 3 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คะแนนการคัดคกรองภาวะสมองเสื่อม คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และประวิติการใช้ยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวาย (n=16)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	43.8
	หญิง	9	56.3
อายุ X = 82.88 , SD = 7.75, Min = 65 , Max = 94	60-69 ปี	1	6.3
	70-79 ปี	3	18.8
	80-89 ปี	8	50.0
	มากกว่า 90 ปีขึ้นไป	4	25.0
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับมัธยม	7	43.8
	มัธยมต้น	0	0
	มัธยมปลาย	2	12.5
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.)	1	6.3
	ปริญญาตรี	4	25
	ปริญญาโท	2	12.5
ศาสนา	พุทธ	16	100
	คริสต์	0	0
	อิสลาม	0	0
	อื่นๆ	0	0
คะแนนสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) X =16.27 , SD = 2.63 , Min =11 , Max = 20	1 -5 คะแนน	0	0
	6 – 10 คะแนน	1	6.3
	11 – 15 คะแนน	6	37.5
	16 – 20 คะแนน	9	56.3
	21 – 25 คะแนน	0	0
	26 – 30 คะแนน	0	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม	น้อยกว่า 1 ปี	2	12.5
	ระหว่าง 1-4 ปี	8	50
	ระหว่าง 4-8 ปี	2	12.5
	มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	4	25
คะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา X = 50.81 , SD =9.45 , Min = 38 , Max = 72	ต่ำกว่า 35 คะแนน	0	0
	36 – 45 คะแนน	4	25
	46 – 55 คะแนน	9	56.3
	56 – 65 คะแนน	1	6.3
	66 – 75 คะแนน	2	12.5
	76 คะแนนขึ้นไป	0	0
ผู้สูงอายุเคยได้รับยาควบคุมพฤติกรรมกระวนกระวายหรือไม่	ไม่เคยใช้	2	12.5
	เคยใช้แต่หยุดยาแล้ว	6	37.5
	ปัจจุบันยังคงใช้ยาอยู่	8	50

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมกระวนกระวาย แบ่งตามลักษณะพฤติกรรมกระวนกระวาย 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 29 พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=16)

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย		มีพฤติกรรมกระวนกระวาย											
			น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์		1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์		3 ครั้งหรือมากกว่าต่อสัปดาห์		1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน		3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อวัน		2 ครั้ง หรือมากกว่าต่อชั่วโมง	
	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)
1. อาการก้าวร้าวทางกาย														
1.1. ถ่มน้ำลาย	15	93.8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.3	0	0
1.2. แช่ง/ด่า	9	56.3	1	6.3	4	25	0	0	2	12.5	0	0	0	0
1.3. ทุบตี	15	93.8	0	0	0	0	1	6.3	0	0	0	0	0	0
1.4. เตะ	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5. แย่งของคนอื่น	15	93.8	1	6.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6. ผลัก/ดัน	12	75	0	0	1	6.3	1	6.3	0	0	1	6.3	0	0
1.7. กัด	15	93.8	0	0	0	0	1	6.3	0	0	0	0	0	0
1.8. ข่วน	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.9. ฉีก/ทำลายข้าวของ	15	93.8	0	0	0	0	1	6.3	0	0	0	0	0	0
2. อาการไม่ก้าวร้าวทางกาย														
2.1. เดินวนไปมาไม่มีจุดหมาย	9	56.3	1	6.3	2	12.5	1	6.3	0	0	2	12.5	1	6.3
2.2. แต่งตัวไม่เหมาะสม	10	62.5	2	12.5	0	0	0	0	4	25	0	0	0	0
2.3. พยายามหนีไปอยู่สถานที่อื่น	14	87.5	1	6.3	1	6.3	0	0	0	0	0	0	0	0
2.4. จัดการสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสม	3	18.8	0	0	3	18.8	5	31.3	2	12.5	2	12.5	1	6.3
2.5. ทำกิจกรรมซ้ำๆ	4	25	4	25	0	0	1	6.3	5	31.3	2	12.5	0	0
2.6. กระสับกระส่าย	9	56.3	4	25	3	18.8	0	0	0	0	0	0	0	0
3. พฤติกรรมกระวนกระวายทางวาจา														
3.1 บ่น/คร่ำครวญ	6	37.5	2	12.5	3	18.8	0	0	0	0	4	25	1	6.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 (ต่อ)

พฤติกรรมกระวนกระวาย	ไม่มีพฤติกรรมกระวนกระวาย		มีพฤติกรรมกระวนกระวาย											
			น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์		1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์		3 ครั้งหรือมากกว่าต่อสัปดาห์		1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน		3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อวัน		2 ครั้ง หรือมากกว่าต่อชั่วโมง	
	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)	คน	(%)
3.2 เรียกร้องความสนใจ	12	75	0	0	1	6.3	0	0	2	12.5	0	0	1	6.3
3.3 พูดทางลบ	8	50	2	12.5	0	0	5	31.3	0	0	1	6.3	0	0
3.4 กรีดร้อง	14	87.5	0	0	1	6.3	0	0	0	0	1	6.3	0	0
3.5 ถาม/พูดประโยคซ้ำๆ	3	18.8	0	0	1	6.3	1	6.3	3	18.8	7	43.8	1	6.3
4. ซ่อนและสะสมสิ่งของ														
4.1 ซ่อนสิ่งของ	15	93.8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.3	0	0
4.2 สะสมสิ่งของ	14	87.5	1	6.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.3
5. พฤติกรรมกระวนกระวายอื่นๆ														
5.1 แกล้งหกล้ม	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.2 กินของแปลกๆ	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.3 ขว้างปาสิ่งของ	14	87.5	0	0	1	6.3	1	6.3	0	0	0	0	0	0
5.4 ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น	13	81.3	2	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.3
5.5 พูดจาลวนลามทางเพศ	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.6พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.7 ส่งเสียงแปลกๆ	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

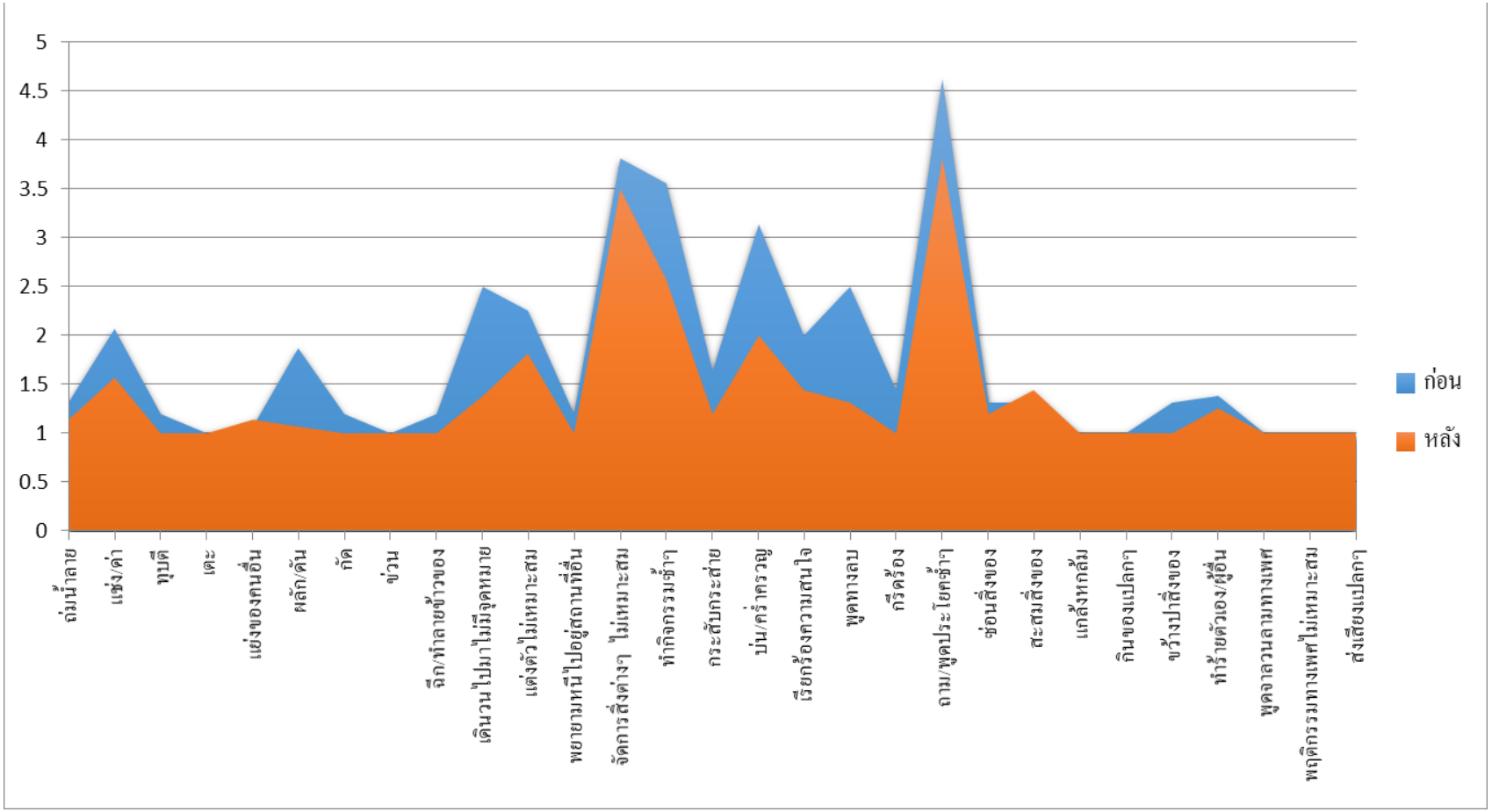
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 9 คาเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 กลุมอาการ ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

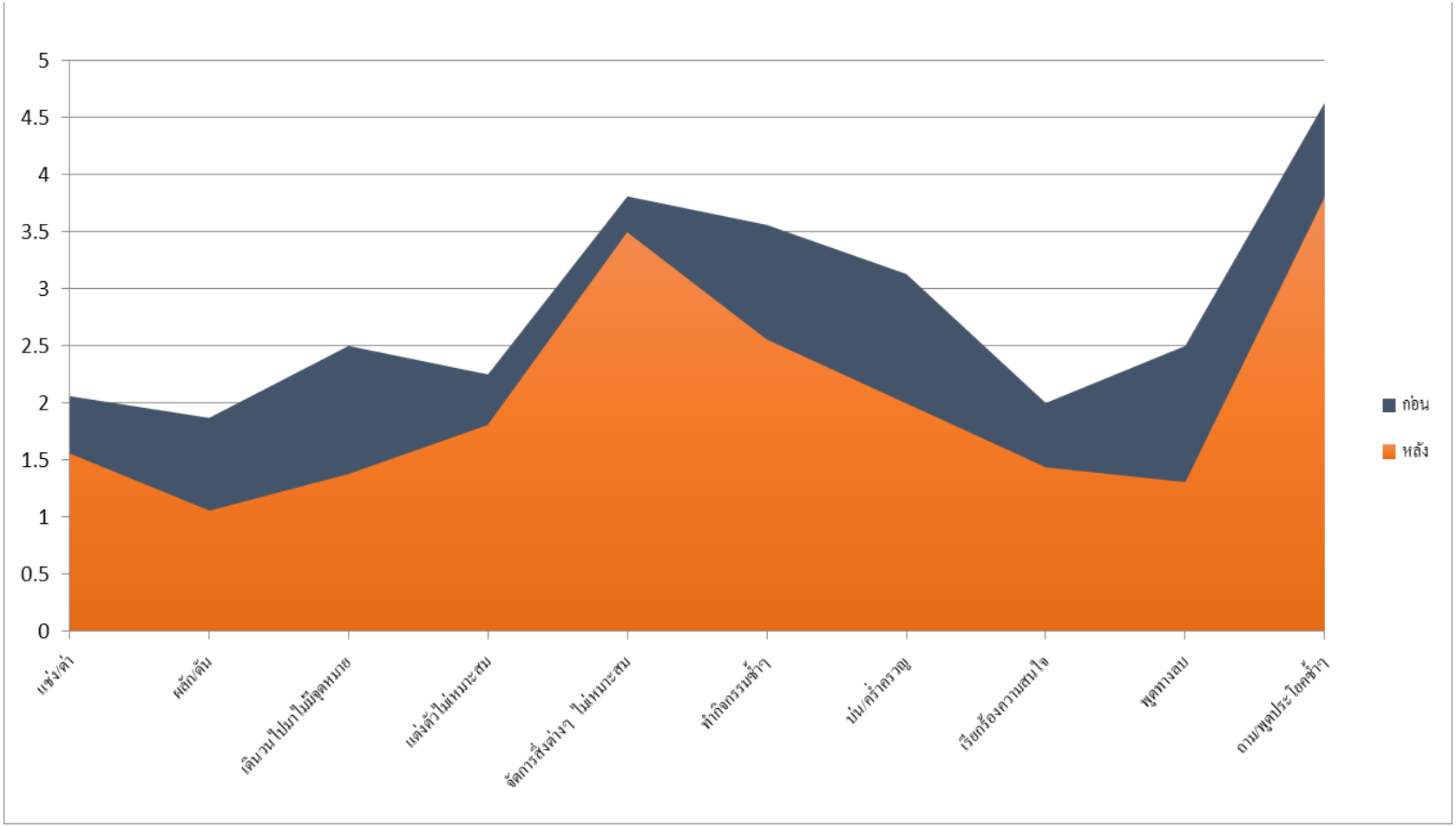
พฤติกรรมกระวนกระวาย	คาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวาย					
	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5
1. ก้าวร้าวทางกาย	1.32	1.31	1.18	1.17	1.12	1.10
2. ไม่ก้าวร้าวทางกาย	2.49	2.44	2.23	2.16	2.00	1.91
3. กระวนกระวายทางวาจา	2.74	2.48	2.23	2.18	1.99	1.91
4. ปกปิดและเก็บซ่อนไว้	1.31	1.34	1.31	1.34	1.28	1.31
5. กระวนกระวายอื่นๆ	1.10	1.08	1.05	1.05	1.06	1.04

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

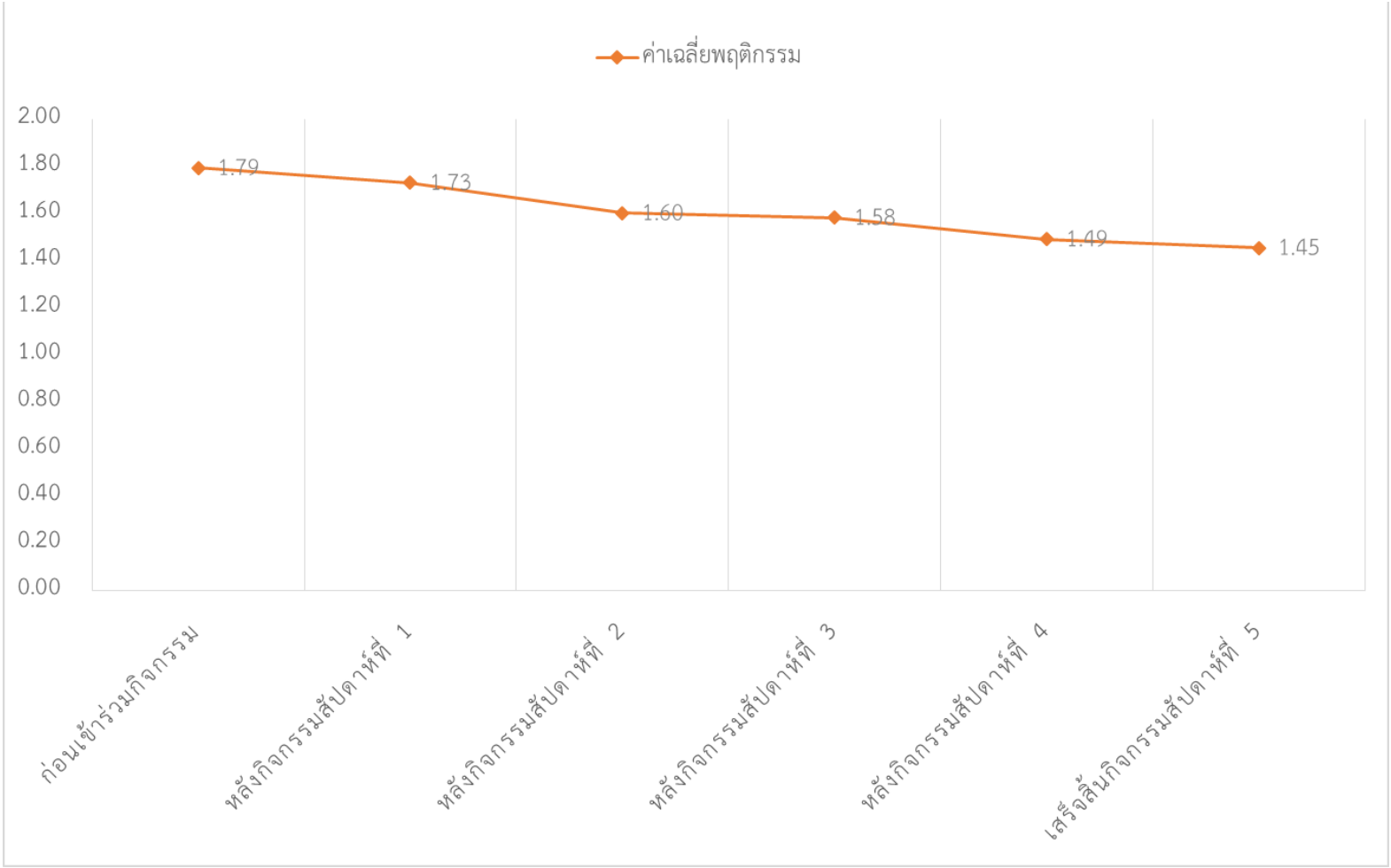
กราฟที่ 2 กราฟการเปรียบเทียบค่าเฉลียคะแนนพฤติกรรมกกระวนกระวาย 29 พฤติกรรมก่อนและหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม



กราฟที่ 3 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายที่มีค่าสูงที่สุด 10 พฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม



กราฟที่ 4 กราฟค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายก่อน ระหว่างและหลังเสร็จสิ้นกิจรรม



ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ONE-WAY REPEATED MEASURES ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .01

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	1229.594	5	245.919	29.265	.000
	Greenhouse-Geisser	1229.594	2.184	562.911	29.265	.000
	Huynh-Feldt	1229.594	2.571	478.247	29.265	.000
	Lower-bound	1229.594	1.000	1229.594	29.265	.000
Error (factor1)	Sphericity Assumed	630.240	75	8.403		
	Greenhouse-Geisser	630.240	32.765	19.235		
	Huynh-Feldt	630.240	38.566	16.342		
	Lower-bound	630.240	15.000	42.016		

ตารางที่ 11 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคพแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่าง จากการประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และเสร็จสิ้นกิจกรรม ด้วย Mauchly's Test of Sphericitya ที่ระดับนัยสำคัญ .01

Mauchly's Test of Sphericity[a]

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon[b]		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Humanitude	.069	35.017	14	.002	.437	.514	.200

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของกลุ่มตัวอย่างกอนเข่ารวมกิจกรรมระหวางเข่ารวมกิจกรรมสัปดาหที่1, 2, 3 และ4 และหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมโดยการทดสอบคาเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison)

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) Time	(J) Time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.[b]	95% Confidence Interval for Difference[b]	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	1.813	.549	.073	-.101	3.726
	3	5.688*	.934	.000	2.433	8.942
	4	6.375*	.939	.000	3.103	9.647
	5	8.875*	1.399	.000	4.001	13.749
	6	10.063*	1.074	.000	6.320	13.805
2	1	-1.813	.549	.073	-3.726	.101
	3	3.875*	.865	.007	.860	6.890
	4	4.563*	1.072	.010	.827	8.298
	5	7.063*	1.569	.006	1.596	12.529
	6	8.250*	1.188	.000	4.110	12.390
3	1	-5.688*	.934	.000	-8.942	-2.433
	2	-3.875*	.865	.007	-6.890	-.860
	4	.688	.888	1.000	-2.408	3.783
	5	3.188	1.242	.323	-1.141	7.516
	6	4.375*	.836	.002	1.463	7.287
4	1	-6.375*	.939	.000	-9.647	-3.103
	2	-4.563*	1.072	.010	-8.298	-.827
	3	-.688	.888	1.000	-3.783	2.408
	5	2.500	.894	.204	-.616	5.616
	6	3.688*	.688	.001	1.292	6.083
5	1	-8.875*	1.399	.000	-13.749	-4.001
	2	-7.063*	1.569	.006	-12.529	-1.596
	3	-3.188	1.242	.323	-7.516	1.141
	4	-2.500	.894	.204	-5.616	.616
	6	1.188	.714	1.000	-1.301	3.676
6	1	-10.063*	1.074	.000	-13.805	-6.320

ตารางที่ 12 (ต่อ)

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) Time	(J) Time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.[b]	95% Confidence Interval for Difference[b]	
					Lower Bound	Upper Bound
6	2	-8.250*	1.188	.000	-12.390	-4.110
	3	-4.375*	.836	.002	-7.287	-1.463
	4	-3.688*	.688	.001	-6.083	-1.292
	5	-1.188	.714	1.000	-3.676	1.301

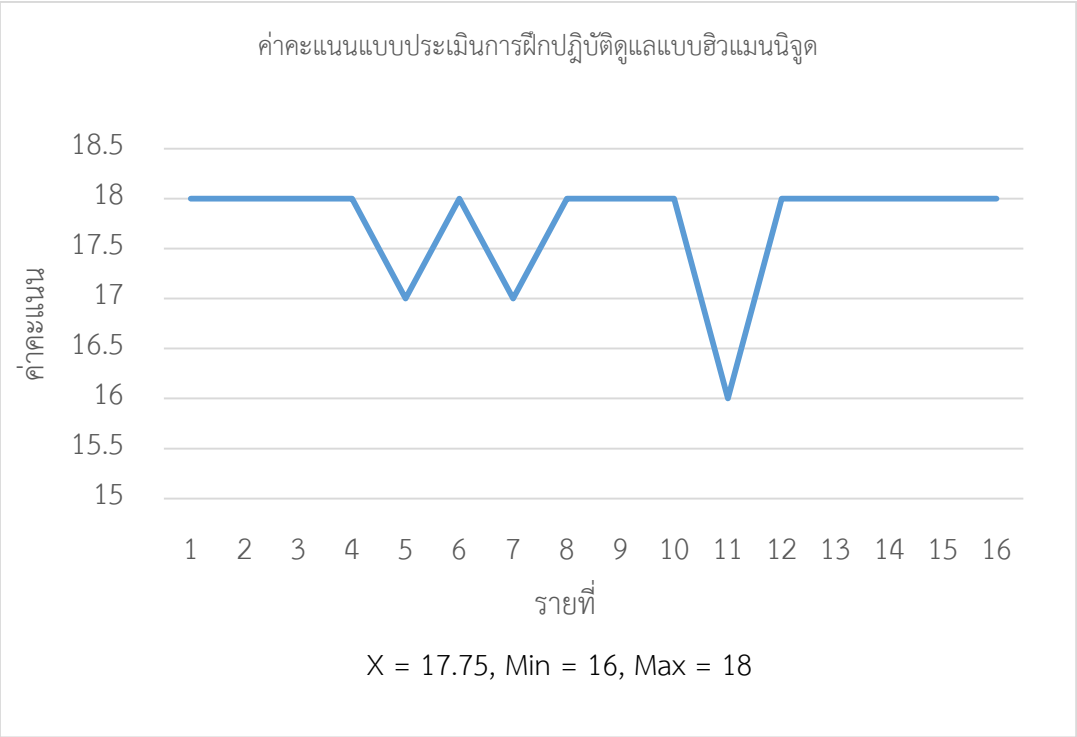
Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the

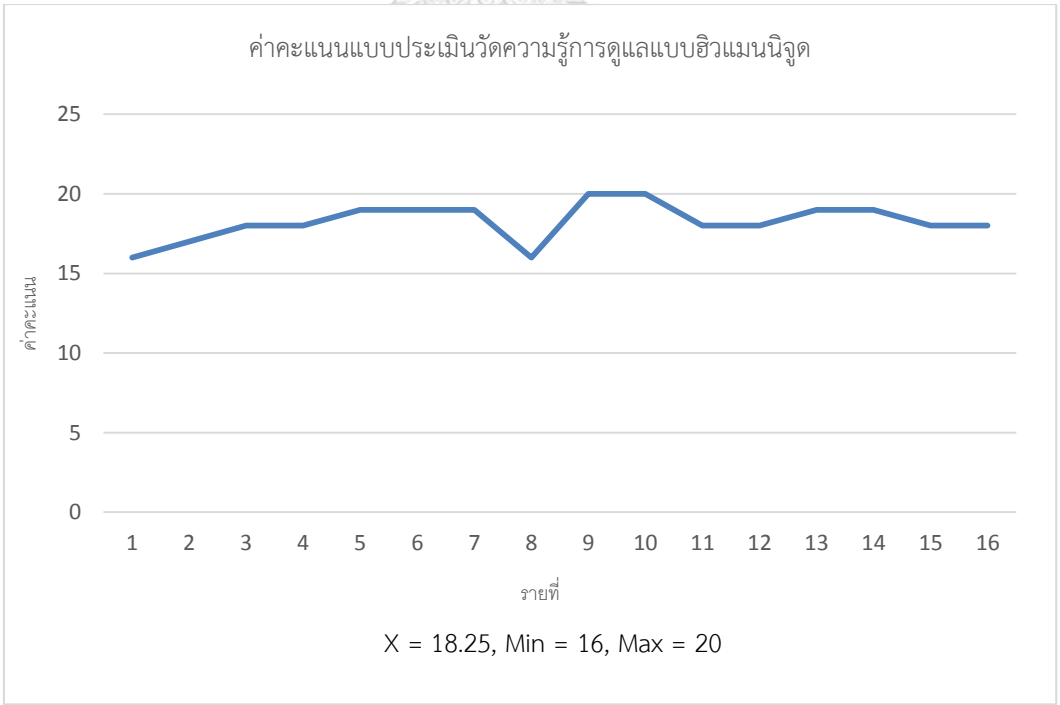
b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กราฟที่ 5 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้)



กราฟที่ 6 กราฟเส้นแสดงค่าคะแนนการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ก่อนนำไปทดลองใช้)

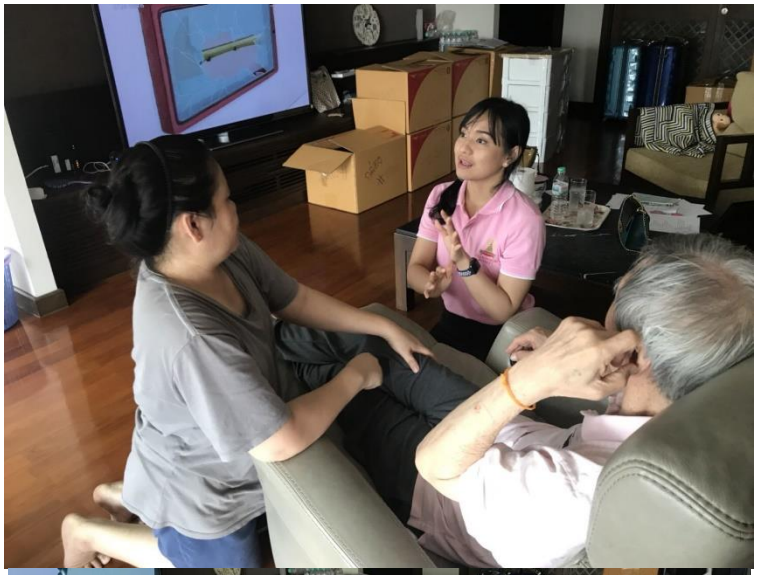


ภาคผนวก จ

ตัวอย่างภาพการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน

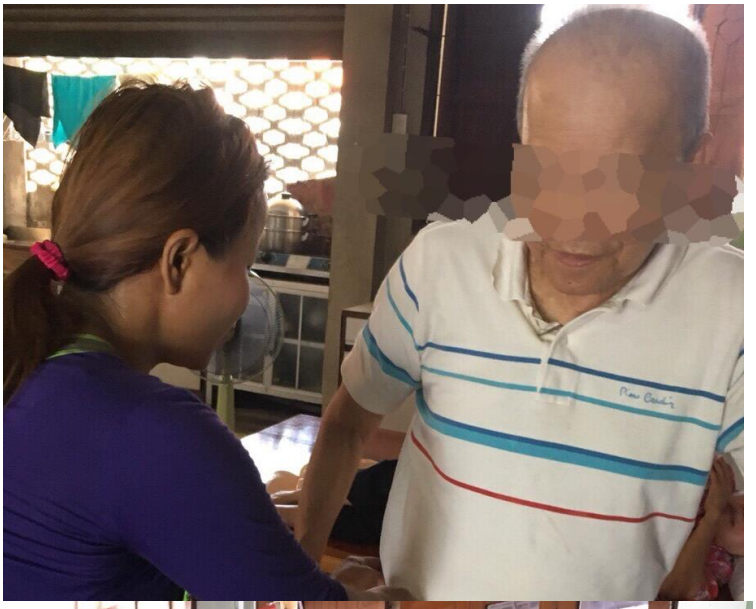
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน



ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน

ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน



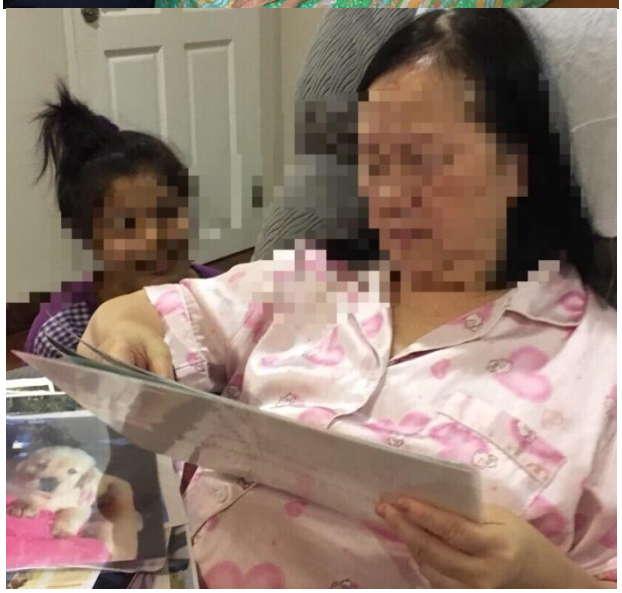
ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน

ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน

ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน



ตัวอย่าง ภาพการสอนและการเข้าเยี่ยมบ้าน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล เกิดเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปี การศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5 ที่ตึก สก.ชั้น 8 หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรมประสาทและไขสันหลัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และได้ศึกษา ต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 - ปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University