

# การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: แนวคิดการดูแล โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

พัชรี คมจักรพันธ์ ปร.ด (พยาบาลศาสตร์)\*

## บทคัดย่อ:

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน หน้าที่ในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว การวางแผนจัดการและการเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น การดูแลที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแล เป็นวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพ และเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้น บทความวิชาการนี้มุ่งอธิบาย แนวคิด ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบผลของการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง ปัญหาและอุปสรรค การนำแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และบทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(4) 5-18

**คำสำคัญ:** การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

วันที่ได้รับ 17 มิ.ย. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 กค. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 19 กย. 62

---

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
E-mail: pacharee.ko@psu.ac.th

## Caring for Community–Dwelling Older Adults Having Dementia: A Concept of Person–Centred Care

*Patcharee Komjakraphan, Ph.D. (Nursing Science)\**

### **Abstract:**

Older adults with dementia suffer from cognitive impairment and functional dependency, and therefore need long–term care. Most older adults live in their communities; therefore, the caring responsibility belongs to the members of their families. Caregiving planning and preparation is an important process that requires knowledge, understanding and flexible caregiving skills.

Person–centered care is an efficient caring method for dependent older adults living at home. It is also an important element for the development of caregiving quality for older adults having dementia. To help such older adults who live in their communities, nurses play an important role by enhancing caregivers’ and family members’ caring skills.

This article explains the concept, definition, significance and elements of the person–centred care approach, and its impacts, problems and obstacles that could affect older adults with dementia. This article also focuses on the role of nurses in applying this concept into practice.

*Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(4) 5–18*

**Keywords:** person–centred care; older adults with dementia; community

Received 17 June 2019, Revised 28 July 2019, Accepted 19 September 2019

---

\*Assistant Professor. Division of Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,  
E-mail: pacharee.ko@psu.ac.th

**บทนำ**

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยความชุกของโรคจะพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 32 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี<sup>1</sup> ในปี ค.ศ.2015 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 47.47 ล้านคนและจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคนต่อปี คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าหรือราว 135.46 ล้านคน<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วและจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปีพ.ศ. 2564 คือจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด<sup>3</sup> จึงทำให้ภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะสมองเสื่อมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น<sup>4,5,6</sup> จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2558 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดและคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คนในปี พ.ศ. 2573<sup>7</sup>

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองหลายส่วนบกพร่องไปจากเดิม โดยไม่มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ เช่นความจำ การคิด การตัดสินใจ การวางแผน ความใส่ใจ การรับรู้ การใช้ภาษา รวมถึงอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไปจนรบกวนการดำเนินชีวิต<sup>8,9</sup> ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคมและการดูแลตนเอง เป็นสาเหตุ

สำคัญของภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาและต้องการการดูแลระยะยาว<sup>6,10,11</sup> ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนหน้าี่ในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากรัฐบาล ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) ประกอบด้วย การดูแลที่บ้าน ในชุมชน และในหน่วยบริการ โดยการให้บริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่มุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้การบริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ มีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง<sup>12</sup> โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาว คือการยืดอายุของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุดให้การช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ในขณะนั้น อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้<sup>13</sup>

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการและประสานการทำงานระหว่างผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานบริการโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดบริการระยะยาว โดยการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัว การวางแผนจัดการและการเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น

สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลไปตามสถานการณ์ในแต่ละวัน<sup>11</sup> เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพการดูแลที่ดี

แนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพ<sup>14,15</sup> และเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>16</sup> การดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางในการดูแล เป็นลักษณะของการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งโดยตระหนักถึงตัวตนที่เป็นปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะของความถดถอยของสมรรถภาพทางสมอง เช่น ความสามารถในการสื่อสาร การรับรู้ การแสดงออกถึงความต้องการ การตัดสินใจ จนทำให้ดูเหมือนว่าความเป็น “ตัวตน” (personhood) ได้เลือนหายไป ทำให้ผู้ดูแลอาจจะเลยในความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเรื่องยากที่จะทำความเข้าใจและทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในตัวตนของตนเอง หากผู้ดูแลไม่มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจที่ลึกซึ้งมากพอ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมาย ในการนำเสนอแนวคิดและหลักการการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อนำไปใช้ในการดูแลและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีคุณภาพ โดยเนื้อหาของบทความครอบคลุม ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบ ผลของการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง ปัญหาและอุปสรรคการนำแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการดูแลโดย

ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางสู่การปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำว่า “การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง”

(person-centered care) มีพื้นฐานมาจากงานของ คาร์ล โรเจอร์<sup>17</sup> จากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางการบำบัดรักษา (client centred psychotherapy) ที่เชื่อว่า มนุษย์มีธรรมชาติที่ดี มีแรงจูงใจในด้านบวก เป็นผู้ที่มีเหตุผล เป็นผู้ที่สามารถได้รับการขัดเกลา สามารถตัดสินใจ เลือกวิถีชีวิตของตนเองได้ ถ้ามีอิสระเพียงพอและมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ และพัฒนาไปสู่ทิศทางที่เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล อันจะนำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเองอย่างแท้จริง โดยโรเจอร์นำคำว่า “การให้ปรึกษาโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” (person centered counselling) มาใช้แทนคำว่า “ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” (client-centered) ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญในการมองบุคคลที่แสวงหาการศึกษาว่าเขาเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดในเรื่องของตนเอง โดยผู้บำบัดเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการค้นพบตนเอง ซึ่งในการบำบัดทางจิตวิทยาส่วนใหญ่จะกระทำกับผู้ที่มีการรู้คิดที่ยังเป็นปกติ ถึงแม้ว่าแนวคิดของโรเจอร์จะมีอิทธิพลในทางปฏิบัติการบำบัดด้านจิตวิทยา คำว่าการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ยังไม่ได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จนกระทั่งศาสตราจารย์ คิตวูด ได้เขียนถึงวิธีการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 1988 โดยแสดงให้เห็นว่าวิธีการนี้แตกต่างจากวิธีการดูแลรักษาบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่เน้นด้านการแพทย์และการจัดการด้านพฤติกรรม<sup>18</sup> และนำเสนอว่าการที่จะเข้าใจภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น ควรเข้าใจถึงความเชื่อมโยงกันระหว่างปัญหาความบกพร่องทางระบบประสาท และปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น สุขภาพกาย

และจิตของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม รวมถึงบริบททางสังคม โดยคิดว่า การใช้คำว่า การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่หมายถึงภาพรวมของแนวคิดและการปฏิบัติที่เน้นการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพ โดยมีเจตนาอ้างอิงโดยตรงว่ามาจากแนวคิดของโรเจอร์ที่เน้นการติดต่อที่บริสุทธิ์ใจ (authentic contact) และการสื่อสาร<sup>19</sup>

การดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้หมายความว่าเพียงแค่การนำแนวคิดการบำบัดทางจิตวิทยาของโรเจอร์มาปรับใช้ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น<sup>20</sup> แต่หมายถึงการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้และตระหนักถึงความเป็น “ตัวตน” (personhood) ของตนเอง<sup>21</sup> ซึ่งความเป็น “ตัวตน” ตามคำจำกัดความของ Kitwood<sup>19</sup> หมายถึง “สถานะการเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับโดยบุคคลอื่น การให้เกียรติ เห็นความสำคัญและให้ความเชื่อถือ” โดยการสร้างและเพิ่มพูนสัมพันธ์ภาพที่ตระหนักรู้ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้สื่อสารถึงความปรารถนา ความต้องการและคงไว้ซึ่งความรู้สึกของการเป็นตัวตน ผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือ ดูแล ตลอดจนส่งเสริมด้านสุขภาพโดยมีส่วนร่วม มีอิสรภาพในการเลือกและตัดสินใจ สามารถแสดงความคิดเห็น ได้รับการยอมรับและให้เกียรติ ดังนั้น แนวคิดการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมศูนย์กลาง จึงเป็นวิธีการดูแลซึ่งคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เกียรติ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และจริยธรรมอันดีงาม<sup>22,23</sup> เป็นแนวคิดการดูแลที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพการดูแลที่ดี (good quality care)<sup>24</sup> และเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพการดูแลเฉพาะทางสมองเสื่อมระดับสูง<sup>25,26</sup> เนื่องจากการดูแลที่มีความเป็นองค์รวม ซึ่งมากกว่าการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย เช่น ด้านอาหาร ยา สุขอนามัยส่วนบุคคล และการใช้ชีวิต

ประจำวัน เพียงอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยการดูแลด้านจิตสังคม ที่เป็นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีคุณลักษณะของการดูแลที่ประกอบด้วย การที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความใส่ใจ เข้าใจและคำนึงถึงความ เป็นปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านต่างๆ เช่น เรื่องราวในอดีต ลักษณะนิสัย ความเชื่อ วิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรม<sup>27</sup> มีการสื่อสารที่ดี และให้การสนองตอบได้ตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้ และตระหนักและคงไว้ซึ่งความเป็นตัวตนของตนเอง<sup>19</sup>

องค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง คือสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดดู<sup>19</sup> ได้เสนอองค์ประกอบของการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ โดยใช้อักษรย่อ V I P และ S โดยเขียนในรูปสมการการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

$$PCC \text{ (person-centered care)} = V+I+P+S$$

ทั้งนี้ในสมการดังกล่าว ไม่ได้เรียงลำดับ หรือเน้นความสำคัญขององค์ประกอบใดขององค์ประกอบหนึ่ง แต่เป็นผลรวมของทุกองค์ประกอบในการทำให้เกิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง<sup>20</sup> โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังนี้คือ

V: Value people with dementia คือการให้คุณค่าและเห็นความสำคัญของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

I: Treat people as individual คือการคำนึงถึงความ เป็นปัจเจกบุคคล

P: The perspective of the person with dementia คือการเข้าใจโลกจากมุมมองของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม

S: A positive social environment คือการจัดสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจ/ จิตวิญญาณ

จากองค์ประกอบของการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดของการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางโดย Brooker<sup>28</sup> เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถาบัน โดยแต่ละองค์ประกอบ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ตัว รวมทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด มีรายละเอียดดังนี้คือ

องค์ประกอบที่ 1 การให้คุณค่าและเห็นความสำคัญ เป็นตัวชี้วัดด้านสถาบัน หรือองค์กรที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1. บรรยากาศการต้อนรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
2. การให้คุณค่าของคุณภาพการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
3. การสนับสนุนให้บุคลากรแสดงออกถึงความสนใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
4. ความเชี่ยวชาญของการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง
5. ลักษณะโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมของสถาบันที่คำนึงถึงความสะดวกต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
6. ความรู้ ความตระหนักและการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

องค์ประกอบที่ 2 การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เป็นตัวชี้วัดลักษณะของการดูแลประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแล ดังรายละเอียดของตัวชี้วัดดังนี้

1. ท่านรู้ความสามารถที่บกพร่อง และส่วนที่ยังดีอยู่ของผู้สูงอายุ หรือไม่
2. ท่านมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ หรือไม่
3. ท่านรู้ว่าสิ่งของส่วนตัวใดเป็นสิ่งหวงแหนของผู้สูงอายุ หรือไม่

4. ท่านรู้ว่าผู้สูงอายุชอบ หรือไม่ชอบอะไร ในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือไม่

5. ท่านรู้ประวัติ และเรื่องราวสำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ หรือไม่

6. ท่านรู้วิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความบันเทิงใจ หรือไม่

องค์ประกอบที่ 3 การเข้าใจโลกจากมุมมองของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การมีประสบการณ์การเห็นใจ เป็นตัวชี้วัดลักษณะของการดูแลประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแล ดังรายละเอียดของตัวชี้วัดดังนี้

1. ท่านได้สอบถาม ความต้องการ ความยินยอม หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ก่อนทำกิจกรรมใดๆ หรือไม่
2. ท่านคำนึงถึงความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุบ้างหรือไม่
3. ท่านจัดสภาพแวดล้อมให้มีความสะดวกสบายเท่าที่จะทำได้ ให้แก่ผู้สูงอายุ หรือไม่
4. ท่านใส่ใจเกี่ยวกับความผิดปกติด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุไม่ได้บอก หรือกล่าวถึง หรือไม่
5. เมื่อผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ท่านได้พยายามที่จะทำความเข้าใจถึงสาเหตุ และสิ่งที่ผู้สูงอายุพยายามจะบอก หรือไม่
6. ท่านได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล เช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบุคคลอื่นๆ ในสถานการณ์ที่เหมือนกัน หรือไม่

องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจ/ จิตวิญญาณ เช่น การดูแลโดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นและเป็นมิตร เป็นตัวชี้วัดลักษณะของการดูแลประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแล ดังรายละเอียดของตัวชี้วัดดังนี้

1. ในการสนทนาเป็นกลุ่ม ท่านช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึก “เข้าพวก” หรือไม่
2. ท่านปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ และไม่ใช้น้ำเสียงที่ขู่ตะคอก หรือไม่
3. ท่านให้การดูแลด้วยท่าทีที่นุ่มนวล อบอุ่น ไม่เย็นชาและแยกตัว หรือไม่
4. ท่านรับรู้ได้ถึงความรู้สึกกลัว โดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ และไม่ปล่อยผู้สูงอายุไว้ตามลำพังเมื่อมีภาวะบิบบคั้นทางอารมณ์ หรือไม่
5. ท่านช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองเท่าที่จะทำได้ ไม่ใช่ทำสิ่งต่างๆ ให้โดยไม่พูดจาด้วยหรือไม่
6. ท่านช่วยให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีความหมายในชีวิต หรือไม่

จะเห็นได้ว่าการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการของบุคคลและเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้และตระหนักถึงความเป็น “ตัวตน” ของตนเอง จากการให้คุณค่าและเห็นความสำคัญ คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เข้าใจโลกจากมุมมองของผู้สูงอายุ และจัดสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพที่ดีที่มีคุณลักษณะของความใส่ใจ เห็นใจอย่างลึกซึ้ง เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้ถึงความเป็นตัวตนของตนเอง

### ผลของการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง

Kitwood<sup>19</sup> ได้นำเสนอว่า บุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีลักษณะป่วยและอ่อนแอ นั้น มักจะแสดงให้เห็นถึง

การได้รับการดูแลที่ละเลยความเป็น “ตัวตน” และมักจะอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สนับสนุนหรือไม่มีแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การประเมินประสิทธิผลการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากอาการที่เกิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมเหมือนระบบสั่งการถูกทำลายและเกิดความเสียหายอย่างหนัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเป็นพิเศษ<sup>29</sup> ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงการตอบสนองเมื่อถูกกระตุ้นโดยปัจจัยเร้าที่มีความเฉพาะแต่ละบุคคล ดังนั้นวิธีการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุของการแสดงอาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ<sup>29</sup>

บรูคเกอร์และคณะ<sup>30</sup> ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง 4 องค์ประกอบ (VIPS) ในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Enriched Opportunities Programme: EOP) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานบริบาล โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรมทิมผู้ดูแล การประเมินสภาพและดูแลที่เฉพาะเป็นรายบุคคล การประสานงานกับทีมการรักษา การจัดกิจกรรมและนันทนาการ โดยผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในหลายด้าน เช่น ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการ ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับภาวะสมองเสื่อม และระดับของการพึ่งพา โดยสรุป โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น พึ่งพาตนเองได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการประยุกต์ใช้แนวคิด การดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น ศูนย์กลางอย่างกว้างขวางและแพร่หลาย โดยเฉพาะ การดูแลในสถานบริบาล เช่นการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้ ความสามารถ ที่ยังหลงเหลืออยู่ในกิจกรรมต่าง ๆ การจัดกิจกรรม ที่มีความหมายและมีคุณค่าทางจิตใจ การให้ความสำคัญ ของการมีสุขภาวะที่ดี และการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>20,31</sup> นอกจากนี้แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางยังถูกนำมาประยุกต์ใช้ใน แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Dementia care mapping: DCM)<sup>32</sup> และแผนการดูแลอาการกระวนกระวาย (Treatment routes for exploring agitation: TREA<sup>33</sup> เพื่อดูแลรักษาอาการกระวนกระวาย (agitation) ส่วน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้น ได้มี การนำใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง เช่นในประเทศออสเตรเลีย โดยองค์กร Alzheimer's Australia<sup>34</sup> ได้สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน ชุมชนสู่ความเป็นเลิศ โดยการนำแนวคิดและหลักการ ของการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการ พัฒนาการดูแล โดยใช้ตั้งแต่การประเมินตนเองของ องค์กร ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือ และแนวปฏิบัติ ตามแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ "VALUES" ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

องค์การอนามัยโลก และ สหพันธ์สมาคม โรคอัลไซเมอร์นานาชาติได้สนับสนุนหลักการและ แนวคิดการดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการ ใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง<sup>35,36</sup>

เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางคลินิก ของการดูแลโดยยึดบุคคล ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง เช่น ลดอาการ กระวนกระวาย<sup>37</sup> ภาวะสับสน<sup>38</sup> ลดการใช้ยาทางจิตเวช<sup>39</sup> นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ที่ยืนยันว่า การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางใน การปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะ สมองเสื่อม สามารถลดอาการกระวนกระวาย อาการ ทางพฤติกรรมอารมณ์ อาการซึมเศร้าและเพิ่ม คุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เมื่อ เปรียบเทียบกับการให้การดูแลตามปกติ<sup>40</sup> หลักฐาน เชิงประจักษ์ดังกล่าวสนับสนุนบทบาทการสอนและ การฝึกทักษะผู้ดูแลอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการคงไว้ซึ่งผลที่ดี ของการดูแล นอกจากนี้ยังพบหลักฐานเชิงประจักษ์จาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการประเมิน ประสิทธิภาพการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางใน ระดับองค์กรหรือหน่วยงานด้วย โดยผลจากการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบแนะนำให้องค์กรหรือ หน่วยงานนำการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้ ดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>41</sup> และยังพบว่าแนวปฏิบัติ ที่มุ่งเน้นการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกถึงความสำเร็จ (sense of achievement) ของผู้ดูแล และช่วยพัฒนาความ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ<sup>42</sup> ซึ่งจากการทบทวน วรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลดูเหมือนจะมีประสบการณ์ ความเครียดต่อบทบาทในการดูแลที่มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญของ การดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง น้อยกว่าบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ที่มุ่งเน้นเรื่องผลสำเร็จของงาน การดูแลตามอาการ ทั่วไปและอาการที่เฉพาะเจาะจง<sup>42</sup>

### ปัญหาและอุปสรรค

การนำแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานมากมายที่สนับสนุน การนำแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังคง พบว่ามีหลายองค์กรและสถาบันไม่ได้นำแนวคิดนี้ ไปใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาและ อุปสรรค ในการนำแนวคิดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1. การขาดการชี้นำด้านการจัดการและการ สนับสนุน การศึกษาของลินเทอร์น และคณะ<sup>43</sup> เมื่อ เกือบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลบุคคล ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่ เพียงพอและไม่มีการสะท้อนผลการปฏิบัติการดูแล ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ในสภาวะปัจจุบันที่มีการคาดหวังการ บริการที่มีคุณภาพจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ แต่จาก สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ยังขาด การชี้นำด้านการจัดการรวมถึงการสนับสนุนที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง<sup>44</sup>

2. ขั้นตอนการดูแลในสถาบันการดูแล เช่น สถานะบริบาล ไม่เอื้อต่อการนำหลักการการดูแลโดยยึด บุคคลเป็นศูนย์กลางไปใช้เนื่องจาก อิทธิพลของแนวคิด การรักษาทางการแพทย์ที่เน้นและให้ความสำคัญต่อ การดูแลทางด้านร่างกาย ทำให้การที่จะเพิ่มเวลาใน การพูดคุยสื่อสารหรือการมีกิจกรรมอื่นใดที่เป็นการ หล่อเลี้ยงด้านจิตใจ ได้ถูกมองว่าเป็นส่วนเสริม แทนที่ จะเป็นงานหลัก และกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นไม่ได้นับว่า

เป็นการดูแล<sup>45</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้และทักษะ ของผู้ดูแลยังไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลโดยยึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง ซึ่งพบได้จากการที่ผู้ดูแลแปลความจาก ความผิดปกติทางพฤติกรรมอารมณ์ที่ผู้ป่วยกระทำ เช่น การใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม หรือการแสดงออก ที่ไม่เหมาะสมด้านเพศ ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วย ความงใจ เป็นต้น<sup>44</sup>

3. ทศนคติของบุคลากรและผู้ดูแล อุปสรรค ที่สำคัญในการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพคือ ทศนคติ และการรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ ตลอดจน ผู้ดูแล จากภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะพึ่งพา ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้น ลักษณะของการดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่ “การกระทำ” แทนที่จะมุ่งไปที่ “การสนับสนุนให้ใช้ในส่วนที่ยังดีอยู่”<sup>45</sup> ทศนคติดังกล่าวจึงมุ่งไปที่การจัดการอาการด้าน พฤติกรรมอารมณ์ เช่น อาการกระวนกระวาย โดยมองว่า เป็นสาเหตุ แทนที่จะมองว่าเป็นผลจากการดูแล<sup>46</sup> และ ทำให้ผู้ดูแลขาดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้การดูแลและเลยความเป็น “ตัวตน”<sup>47</sup> ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า สาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยไม่ได้ใช้แนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลไม่เข้าใจว่าจะสอดแทรกหลักการ ดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเข้าไปในระบบการดูแล สุขภาพได้อย่างไร<sup>48,49</sup>

จะเห็นได้ว่า ปัญหาอุปสรรค ของการนำแนวคิด การดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางไปปฏิบัติ นั้น ประกอบด้วยด้านการชี้นำในระดับปฏิบัติการและ ด้านผู้ให้บริการที่เกิดจากความไม่เข้าใจในหลักการ แนวคิด และทศนคติที่ยังไม่ปรับเปลี่ยน ในบริบท ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน การเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญ ที่จะนำแนวคิด

การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไปสู่การปฏิบัติ การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### บทบาทของพยาบาล ในการนำแนวคิดการดูแล โดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การนำแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางสู่การดูแลในชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีการนำแนวคิดเข้าสู่ระดับนโยบายและถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติในระดับครอบครัว และชุมชน ซึ่งต้องอาศัยการทำความเข้าใจและความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งในส่วนของผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยรัฐบาลมีนโยบายด้านการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และในปี 2559 รัฐบาลได้มีนโยบายในการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงโดยการเตรียมระบบการดูแลที่บ้านและชุมชน มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและพัฒนารูปแบบให้บริการ เป็นทีมสหวิชาชีพ หรือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เน้นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>50</sup> โดยมีกลไกที่สำคัญคือ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) ผู้ดูแล (Caregiver: CG) และมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) รวมถึงมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนับสนุนให้เกิดศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC Center) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยในระดับนโยบายมีความชัดเจนเรื่อง การพัฒนาระบบ และรูปแบบการบริการ อย่างไร

ก็ตามยังไม่มี การสนับสนุนแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางในการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ในระดับปฏิบัติการนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชน โดยมีบทบาทหลักทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) บทบาทผู้ประสานงาน 4) บทบาทผู้นำ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์<sup>51</sup> ทั้งนี้ในการใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางนั้น พยาบาลควรเน้นการทำความเข้าใจในตัวตนของผู้สูงอายุทั้งด้านภูมิหลัง ระดับการศึกษา สังคมวัฒนธรรม โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ไว้วางใจ เห็นใจ ระวัง พยาบาล ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่าง ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในตัวตนของผู้สูงอายุ เห็นใจ และสามารถพัฒนาทักษะการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค นอกจากนั้น คีตวูด<sup>18</sup> ได้กล่าวว่า การดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางให้ได้ดีนั้น ผู้ดูแลต้องมีความตระหนักรู้ในระดับสูง มีความรู้และแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ และมีอิสระที่จะตัดสินใจเลือกการปฏิบัติในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาใช้นั้น ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเป็นสิ่งที่สำคัญ

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ควรมีการจัดอบรมด้านการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางเป็นระยะและต่อเนื่อง รวมทั้งมีกลไกการเตรียมการดูแลโดยเฉพาะด้านการอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นให้กับญาติผู้ดูแล

2. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีการสอดแทรกหลักการและแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อการดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพการดูแลที่ดี

3. ด้านการศึกษา ควรมีการเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติ ในการเรียนการสอนพยาบาลทั้งในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา

### บทสรุป

การดูแลที่ยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้ถึงความเป็นตัวตนของตนเอง แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการดูแลและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลจากการใช้แนวคิดนี้ในการดูแลพบว่าสามารถลดปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตาม ปัญหา อุปสรรคของการนำแนวคิดไปใช้มีตั้งแต่ในระดับของนโยบาย และระดับของการปฏิบัติ โดยแนวทางการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้น ควรเริ่มจากการกำหนดเป็นนโยบาย และมีการชี้นำในระดับปฏิบัติการที่ชัดเจน รวมถึงควรมีการจัดอบรมด้านการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลางเป็นระยะและต่อเนื่องแก่พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งมีกลไกการเตรียมการดูแล โดยเฉพาะด้านการอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะที่

จำเป็นให้กับญาติผู้ดูแล มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีการสอดแทรกหลักการและแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อการดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพการดูแลที่ดี และควรมีการเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการเรียนการสอนทั้งในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา

### References

1. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2018; 14(3):367-429.
2. World Health Organization (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC By-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2019 June 18]. Available from: URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=1464D2203FDF2059DB750D7A754253FF?sequence=1>
3. Pramote Prasartkul (Editor). Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Deuan Tula Printing House; 2018. (in Thai).
4. Kunkantrakorn K. Dementia and Alzheimer disease. *Thammasart Medical Journal* 2018; 18(3): 442-468.
5. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. In Muangpaisan W, editor. *Diagnosis of dementia*. Bangkok: Pappim Press; 2013. (in Thai).
6. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y & Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Diseases International; 2016.

7. Bureau of Information. News for social. [Internet]. 2017. [cited 2019 June 13]. Available from: URL: [http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php?idHot\\_new=86580](http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=86580)
8. Thai Alzheimer Association. Diagnosis of dementia. In: Tantirittisak T., editor. Clinical practice guidelines: dementia. Bangkok: Tanapress; 2014. (in Thai)
9. Steele CD. Nurse to nurse: dementia care. USA: McGraw-Hill Co; 2010.
10. Sasat S. Gerontological nursing: common problems and caring guideline. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Publisher; 2011. (in Thai)
11. Chansirikarn S. Handbook of extending the brain age. Bangkok: Pimdee Publisher; 2009. (in Thai)
12. Office of the Permanent Secretary, Department of Health, Ministry of Public Health Practice guideline of financial allocation for long term care services [internet]. 2561 [cited 2019 June 13]. Available from: URL: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/index.php?r=download%2Fview&id=178>
13. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. The report on Thai elderly health survey B.E. 2556. Bangkok: Watcharin P.P.; 2013 (in Thai)
14. Nolan, M., Davie, S., & Brown, J. (2004). Beyond person-centered care: a new vision for Gerontological nursing, J Clin Nurs, 13(3), 45-53.
15. McCormack, B (2010). Person-centred nursing: theory and practice. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
16. Kogan C. A., Wilber K. & Mosqueda L. (2015). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review, JAGS, 64(1):e1-7. doi: 10.1111/jgs.13873.
17. Rogers CR. On Becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
18. Kitwood T. The technical, the personal, and the framing of dementia. Soc Beh. 1988; 3:161-79.
19. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
20. Brooker D. What is person-centered care in dementia. Rev Clin Gerontol 2004; 13: 215-22.
21. Dewing J. Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. Int J of Older People Nurs. 2008; 3 (1): 3-13.
22. Steenbergen E, van der Steen R, Smith S, Bright C & Kaaijk M (2013) Perspectives of person-centred care. Nurs Stand. 2013; 27(48), 35-41.
23. Perez-Merino R. Strategies for enhancing the delivery of person-centred care. Nurs Stand. 2014; 28 (39): 37-41.
24. Morton I. Person-centered approaches to dementia care. Bicester: Winslow; 1999.
25. Cook EM, Manthorpe J. Introduction: Personalising psychosocial interventions to individual needs and context. In: Cook EM, Manthorpe J, editors. Early psychosocial interventions in dementia. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Pub; 2009. p. 11-36.
26. Edvardsson D, Winblad B, & Sandman PO. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. The Lancet Neurol. 2008; 7:362-7.
27. Cobban N. Improving domiciliary care for people with dementia and their carers: The raising the standard project. In: Innes A, Archibald C, Murphy C, editors. Dementia and Social Inclusion: Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care and Practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.

28. Brooker D. Person-centred dementia care: Making services better. London: Jessica Kingsley Pub; 2007.
29. Love K & Pinkowitz J. Person-centered care for people with dementia: a theoretical and conceptual framework. *Generations*. 2013; 37(3): 23-9
30. Brooker D. Woolley R. Lee D. Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging Mental Health*. 2007; 11(4): 361-70.
31. Edvardsson D Fetherstonhaugh D & Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *J Clin Nurses*. 2010; 19 (17-18): 2611-18.
32. Brooker D. Dementia care mapping: a review of the research literature. *Gerontologist*. 2005; 45(1):11-18.
33. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M & Freedman L. Efficacy of non-pharmacologic intervention for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(9):1255-61.
34. Alzheimer's Australia. Guiding person-centered dementia care in the community. [internet]. 2017 [cited 2019 June 10]. Available from URL: [https://valuing-people.org.au/sites/default/files/ValuingPeople%20Section%201\\_7.pdf](https://valuing-people.org.au/sites/default/files/ValuingPeople%20Section%201_7.pdf);
35. World Health Organization (WHO). Towards a dementia plan: a WHO guide. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2019 June 12]. Available from: URL: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/policy\\_guidance/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/)
36. Alzheimer's Disease International, Alzheimer's Australia. Dementia in the Asia Pacific Region. London: Alzheimer's Disease International; 2014.
37. Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL & Rader J. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52: 1795-804.
38. Brownie S & Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589> PMID: 23319855
39. Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N & Jacoby R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*. 2006; 332: 756-61.
40. Kim SY & Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017 17(12), 381-97.
41. Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, & Williams A. Effects of person-centered care at the organizational-level for people with dementia. A systematic review *PLoS One*. 2019; 22; 14(2): e0212686.
42. Edvardsson D. Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic J Nurs Res*. 2015; 35, 65-66.
43. Lintern T, Woods B & Phair L. Before and after training: a case study of intervention. *J of Dement Care*. 2000; 8(1), 15-7.
44. Hill H. (2004). Talking the talk but not walking the walk: barriers to person centered care in dementia [dissertation]. Melbourne (Vic): La Trobe Univ.; 2004.

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

45. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci O, Elam M, & Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centered care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31: 662–673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376> PMID: 27859459.
46. Berry L. The National Dementia Strategy: transforming care. *Nurs Older People.* 2009; 21(1): 3. PMID: 19248432
47. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first.* Buckingham: Open University Press; 2007.
48. Doyle PJ, Rubinstein RL. Person-centered dementia care and the cultural matrix of othering. *Gerontologist.* 2013; 54(6): 952–63.
49. Eriksen S, Helvik A-S, Juvet LK, Skovdahl K, Forsund LH & Grov EK. The experience of relations in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2016; 42: 342–68.
50. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2558). *Strategies, indicators and guiding for data collection, fiscal year B.E. 2559.* Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
51. Chianwichai K. *Role of nurse care manager in long term care for older persons in community.* [Master thesis] Bangkok: Chulalongkorn University.; 2017. (in Thai)