วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม–มิถุนายน 2569) : 54-67
Journal of Social Innovation Management: JSIM Vol. 1 No. 1 (January–June 2026) : 54-67

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง

Innovation in Alzheimer's Dementia Care: From Theory to Real-World Practice

รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล[1*]

Rungrat Charoenwisal[1*]

[1] คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่;
Liberal Art Faculty, Prince of Songkla University Hat Yai Campus; e-mail : Roong072@gmail.com;
*Corresponding AuthorRungrat Charoenwisal; e-mail : Roong072@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสังคมสูงวัยของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงก่อให้เกิดภาระด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจแก่ครอบครัวและผู้ดูแล บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ โดยเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ผ่านการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) และการดูแลแบบองค์รวม นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ในปัจจุบันครอบคลุมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง การดูแลด้านจิตสังคม และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง แต่รวมถึงการออกแบบระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีต้นทุนเหมาะสม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการเข้ากับการปฏิบัติในชีวิตประจำวันจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล เพิ่มความปลอดภัยและความเป็นอิสระของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่ยั่งยืนในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

คำสำคัญ: นวัตกรรมการดูแล, โรคอัลไซเมอร์, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

Abstract

Alzheimer's disease is a major cause of dementia among older adults and has become an increasingly significant public health concern in Thailand's aging society. The disease affects patients' ability to perform daily activities and imposes physical, psychological, social, and economic burdens on families and caregivers. This academic article aims to present knowledge on innovative approaches to Alzheimer's care by linking theoretical concepts and dementia care frameworks to their practical application in real-life settings. The article is based on a review and synthesis of relevant national and international literature, guided by the principles of Person-Centered Care and holistic care approaches. The analysis indicates that current innovations in Alzheimer's care encompass digital technologies, age-friendly environmental modifications, cognitive rehabilitation, psychosocial interventions, and collaborative care networks involving families, communities, and related organizations. Effective innovation is not limited to advanced technologies; rather, it involves designing care systems that are accessible, affordable, and responsive to the real-life needs of patients and caregivers while enhancing the quality of life of all stakeholders. Integrating academic knowledge with practical care strategies can reduce caregiver burden, improve patient safety and independence, and contribute to the development of sustainable Alzheimer's care systems at the family, community, and societal levels.

Keywords: Alzheimer's Disease, Social Innovation, Person-Centered Care, Translational Research, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) และกำลังมุ่งสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) อันเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยและความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยในปัจจุบันประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2569; กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2568; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s Disease) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2023; Alzheimer's Association, 2024)

ข้อมูลจากหน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณ 100,000 คน และอาจมีจำนวนผู้ป่วยสะสมสูงถึง 1.2 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 สถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของประชาชนไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2569) ปัญหาดังกล่าวมิได้ส่งผลเฉพาะต่อความจำและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การตัดสินใจ และความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (กรมการแพทย์, 2566; WHO, 2023)

ในมิติทางสังคม โรคอัลไซเมอร์นับเป็น “ปัญหาเชิงระบบความสัมพันธ์” (Relational System Problem) ที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนและได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หรือที่เรียกว่า ภาระผู้ดูแล (Caregiver Burden) ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980; Brodaty & Donkin, 2009; พรรณราย วิรุฬหะ, 2565) ขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และระบบการดูแลระยะยาวที่ยังไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ (กรมอนามัย, 2565; กรมการแพทย์, 2566)

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว แนวคิดเรื่อง “นวัตกรรมการดูแล” (Care Innovation) จึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในระดับสากล โดยมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในรูปแบบของเทคโนโลยีดิจิทัล อุปกรณ์อัจฉริยะ การออกแบบสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง และการสร้างเครือข่ายการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน (Kitwood, 1997; Brooker, 2019; WHO, 2021) ทั้งนี้ แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและลดผลกระทบต่อผู้ดูแล (Kitwood, 1997; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018)

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

บทความวิชาการนี้มุ่งนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ โดยเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ภายใต้แนวคิดการวิจัยเชิงแปลผลสู่การปฏิบัติ (Translational Research) ซึ่งมุ่งลดช่องว่างระหว่างองค์ความรู้จากงานวิจัยกับการนำไปใช้ประโยชน์ในภาคปฏิบัติ (Woolf, 2008) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนานวัตกรรมการดูแลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบายสาธารณะ อันจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในสังคมไทยต่อไป (WHO, 2023; Alzheimer's Association, 2024)

สถานการณ์และช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในประเทศไทย

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s Disease) มิได้เป็นเพียงความเสื่อมถอยของสมองที่ส่งผลต่อความจำและความสามารถด้านการรู้คิดเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ (Well-being) ของผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลซึ่งต้องรับภาระในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค (World Health Organization, 2023; Alzheimer's Association, 2024) ผู้ป่วยจำนวนมากมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ เช่น ความสับสน การหลงลืม การก้าวร้าว หรือการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์เป็นมากกว่าประเด็นทางการแพทย์ แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพโดยรวม (Brooker, 2019)

ในบริบทของสังคมไทย การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ยังคงพึ่งพาครอบครัวเป็นกลไกหลัก ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระการดูแล (Caregiver Burden) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง งานศึกษาหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเครียดเรื้อรัง ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver Burnout) และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย (Zarit et al., 1980; Brodaty & Donkin, 2009; พรรณราย วิรุฬหะ, 2565)

ในด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ก่อให้เกิดต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นจำนวนมาก ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่าจ้างผู้ดูแล อุปกรณ์อำนวยความสะดวก และค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องลดเวลาการทำงานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Bunkhrong et al., 2022) ขณะเดียวกัน ภาครัฐต้องจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในปี พ.ศ. 2567 คณะกรรมการหลักประกัน

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

สุขภาพแห่งชาติได้อนุมัติงบประมาณค่าบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในอัตรา 10,442 บาทต่อคนต่อปี ครอบคลุมประชากรประมาณ 600,000 คน คิดเป็นวงเงินรวมกว่า 6,265 ล้านบาท (กรมประชาสัมพันธ์, 2567) และยังมีงบประมาณด้านการจ้างผู้ดูแลในระบบ LTC ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2569)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบช่องว่างสำคัญในการเข้าถึงบริการและนวัตกรรมการดูแล โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท การขาดแคลนบุคลากรผู้ดูแลมืออาชีพ การเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยดูแลที่ยังมีข้อจำกัด และการขาดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของครอบครัวผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม (กรมอนามัย, 2565; กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลที่ไม่เพียงมุ่งเน้นประสิทธิภาพทางเทคโนโลยี แต่ต้องสามารถเข้าถึงได้จริง มีต้นทุนเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถสรุปผลกระทบสำคัญได้ 3 มิติ ได้แก่ (1) มิติเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวและค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของครอบครัว (2) มิติสังคม ซึ่งสะท้อนปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และ (3) มิติสุขภาพจิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะเครียด ภาวะหมดไฟ และความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2569)

ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการวิจัยเชิงแปลผลสู่การปฏิบัติ (Translational Research) จึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่การประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง เพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะนวัตกรรมที่เข้าถึงได้ (Affordable Innovation) และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อันจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในสังคมไทย (Woolf, 2008; WHO, 2023)

กรอบแนวคิดและทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์

การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ให้เกิดประสิทธิผลจำเป็นต้องตั้งอยู่บนฐานคิดทางทฤษฎีที่สามารถอธิบายธรรมชาติของโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย และบริบทการดูแลได้อย่างรอบด้าน เนื่องจากโรคอัลไซเมอร์มิได้ส่งผลกระทบเฉพาะต่อความสามารถด้านการรู้คิดเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม ความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น การออกแบบนวัตกรรมการดูแลจึงควร

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

บูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์ด้านการแพทย์ จิตวิทยา สังคมศาสตร์ และการจัดการนวัตกรรมเข้าด้วยกัน โดยมีแนวคิดสำคัญประกอบด้วย การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) ทฤษฎี Retrogenesis และแนวคิดนวัตกรรมการดูแลเชิงปฏิบัติ (Practical Care Innovations)

1. การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care: PCC)

แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางได้รับการพัฒนาโดย Kitwood (1997) ซึ่งเสนอว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมควรถูกมองในฐานะ “บุคคล” มากกว่าการเป็นเพียง “ผู้ป่วย” หรือ “กลุ่มอาการของโรค” โดยให้ความสำคัญกับคุณค่า ศักดิ์ศรี ความเป็นตัวตน และประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล การดูแลจึงต้องคำนึงถึงความต้องการ ความชอบ ความเชื่อ และประวัติชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว นวัตกรรมมิได้หมายถึงเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์สมัยใหม่เพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงกระบวนการดูแลที่ช่วยรักษาอัตลักษณ์ (Identity) และสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Relationship-Based Care) ตัวอย่างเช่น การใช้รูปแบบการสื่อสารที่สุภาพและอ่อนโยน การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจเดิมของผู้ป่วย หรือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยเอื้ออำนวย (Kitwood, 1997; Brooker, 2019)

2. ทฤษฎี Retrogenesis

ทฤษฎี Retrogenesis ของ Reisberg (1984) อธิบายว่า การเสื่อมถอยของสมองในผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีลักษณะย้อนกลับจากพัฒนาการตามวัย กล่าวคือ ความสามารถที่พัฒนาขึ้นในช่วงท้ายของชีวิตจะสูญเสียไปก่อน ขณะที่ความสามารถพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นในวัยเด็กจะยังคงอยู่เป็นลำดับสุดท้าย แนวคิดดังกล่าวช่วยอธิบายพฤติกรรมหลายประการของผู้ป่วยที่มักถูกตีความผิดว่าเป็นความดื้อรั้นหรือการต่อต้าน

จากมุมมองของการออกแบบนวัตกรรม ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการลดความซับซ้อนของสภาพแวดล้อม การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย และการสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety and Security) ทั้งทางกายภาพและจิตใจ การทำความเข้าใจทฤษฎีดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบระบบการดูแลที่สอดคล้องกับพัฒนาการย้อนกลับของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Reisberg, 1984; Reisberg et al., 1999)

3. นวัตกรรมการดูแลเชิงปฏิบัติ (Practical Care Innovations)

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Calkins, 2018; Cohen-Mansfield et al., 2015; Dementia Australia, 2020; Fleming et al., 2008; Gitlin et al., 2010; Kales et al., 2015; Sloane et al., 2007; Smith & Bondi, 2014) สามารถจำแนกนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ออกเป็น 4 มิติสำคัญ

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

ได้แก่ นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม นวัตกรรมด้านจิตสังคม นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านความสัมพันธ์

3.1 นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Innovation)

การออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการลดความสับสน เพิ่มความปลอดภัย และส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย แนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) การใช้แสงสว่างที่สอดคล้องกับนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Lighting) และการใช้สีหรือสัญลักษณ์ที่มีความแตกต่างชัดเจน (Contrast Design) เพื่อช่วยในการรับรู้และการนำทางของผู้ป่วย (Calkins, 2018; Dementia Australia, 2020)

หลักสำคัญของนวัตกรรมด้านนี้คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เรียบง่าย เข้าใจได้ด้วยตนเอง (Self-Explanatory Environment) ลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความสับสน และส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระมากที่สุด

3.2 นวัตกรรมด้านจิตสังคม (Psychosocial Innovation)

นวัตกรรมด้านจิตสังคมมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการคงไว้ซึ่งศักยภาพทางอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง (Reminiscence Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ศิลปะบำบัด (Art Therapy) และกิจกรรมกลุ่มในชุมชน (Community-Based Activities) ซึ่งสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยได้ (Cohen-Mansfield et al., 2015; Kales et al., 2015)

การออกแบบนวัตกรรมในมิตินี้ควรยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และมุ่งกระตุ้นศักยภาพที่ยังคงเหลืออยู่ของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งเน้นข้อจำกัดของโรค

3.3 นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี (Technological Innovation)

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ไม่ว่าจะเป็นระบบอินเทอร์เน็ตในสรรพสิ่ง (Internet of Things: IoT) อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (Wearables) ระบบติดตามตำแหน่งผ่าน GPS เซนเซอร์ตรวจจับการล้ม หรือระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ซึ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดภาระการเฝ้าระวังของผู้ดูแล (Gitlin et al., 2010; Kales et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้เทคโนโลยีควรคำนึงถึงความเหมาะสม ความคุ้มค่า ความสะดวกในการใช้งาน และความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลระยะยาว

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

3.4 นวัตกรรมด้านความสัมพันธ์ (Relational Innovation)

นวัตกรรมด้านความสัมพันธ์เป็นมิติที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากหลักฐานเชิงวิชาการชี้ให้เห็นว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมของผู้ป่วย (Brooker, 2019) แนวทางที่นำมาใช้ประกอบด้วยการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver Support Network) กลุ่มช่วยเหลือตนเองของครอบครัวผู้ดูแล ตลอดจนการใช้หุ่นยนต์ช่วยดูแล (Assistive Robots) หรือระบบปัญญาประดิษฐ์ในการช่วยสื่อสารและแจ้งเตือนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม แม้เทคโนโลยีจะมีศักยภาพในการสนับสนุนการดูแล แต่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการสร้างความรู้สึกปลอดภัย ความไว้วางใจ และความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้น การออกแบบนวัตกรรมด้านความสัมพันธ์จึงควรมุ่งเสริมสร้างระบบสนับสนุนที่ช่วยลดภาระผู้ดูแล (Caregiver Support) และส่งเสริมความเข้าใจต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่านวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีประสิทธิภาพมิได้เกิดจากการพัฒนาเทคโนโลยีเพียงมิติเดียว หากแต่เป็นการบูรณาการองค์ความรู้ทางทฤษฎีเข้ากับการออกแบบสภาพแวดล้อม กิจกรรมทางสังคม เทคโนโลยี และระบบความสัมพันธ์ เพื่อสร้างระบบนิเวศการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างรอบด้านและยั่งยืน

จากข้อมูลข้างต้น สามารถนำมาสรุปเป็นหมวดหมู่เพื่อใช้เปรียบเทียบให้เห็นคุณประโยชน์ในมิติต่างๆที่แตกต่างกัน แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในมิติต่างๆ

ประเภทนวัตกรรม	ตัวอย่างการใช้งานจริง	ประโยชน์ที่ได้รับ
ด้านสภาพแวดล้อม	Universal Design / แสงสว่างแบบ Circadian	ลดอาการสับสนตอนเย็น (Sundowning)
ด้านจิตสังคม	Reminiscence Therapy (แอปฯ ย้อนความจำ)	กระตุ้นความจำระยะยาวและอารมณ์ด้านบวก
ด้านเทคโนโลยี	IoT / เซนเซอร์ตรวจจับการล้ม/ GPS/Wearables/QR Code	เพิ่มความปลอดภัย/ลดภาระการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดหลง
ด้านความสัมพันธ์	คน/หุ่นยนต์/เทคโนโลยีช่วยดูแล (Assistive Robot)	เป็นเพื่อนพูดคุยและแจ้งเตือนการกินยา

ที่มา: (สมชาย รักดี, 2567)

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

จากตารางที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่า นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีประสิทธิภาพไม่ได้พึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการเทคโนโลยีร่วมกับการออกแบบสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบด้านสุนทรียภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เข้าใจง่าย และเอื้อต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแล สามารถช่วยลดความสับสน เพิ่มความปลอดภัย ส่งเสริมความเป็นอิสระ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงมิติด้านกายภาพ จิตสังคม และเทคโนโลยีเข้าด้วยกันภายใต้แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care)

องค์ความรู้ใหม่

จากการสังเคราะห์แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) ทฤษฎี Retrogenesis และแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่มีประสิทธิผลมิได้ขึ้นอยู่กับการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบ 4 มิติ ได้แก่ (1) นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Innovation) (2) นวัตกรรมด้านจิตสังคม (Psychosocial Innovation) (3) นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี (Technological Innovation) และ (4) นวัตกรรมด้านความสัมพันธ์ (Relational Innovation) ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน

ผู้เขียนจึงเสนอกรอบแนวคิด “ระบบนิเวศนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์” (Alzheimer Care Innovation Ecosystem Model: ACIEM) ซึ่งอธิบายว่าประสิทธิผลของการดูแลไม่ได้เกิดจากนวัตกรรมด้านใดด้านหนึ่ง แต่เกิดจากความเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบทั้ง 4 มิติ โดยมีผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางของระบบ

องค์ประกอบของโมเดล ACIEM

1. นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Innovation) มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เอื้อต่อการดำรงชีวิต และลดความสับสนของผู้ป่วย

1.1 การออกแบบสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

1.2 การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design)

1.3 สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia-Friendly Environment)

2. นวัตกรรมด้านจิตสังคม (Psychosocial Innovation) มุ่งส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์ ลดความเครียด และรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

2.1 การบำบัดด้วยการรำลึกความทรงจำ (Reminiscence Therapy)

2.2 ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

2.3 กิจกรรมชุมชนและกิจกรรมกลุ่ม (Community Activities)

2.4 การส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์และสังคม

3. นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี (Technological Innovation) มุ่งเพิ่มความปลอดภัย สนับสนุนการดูแล และลดภาระของผู้ดูแล

3.1 เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (Internet of Things: IoT)

3.2 ระบบติดตามตำแหน่งผ่านดาวเทียม (GPS Tracking)

3.3 อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (Wearable Devices)

3.4 เทคโนโลยีบ้านอัจฉริยะ (Smart Home Technology)

4. นวัตกรรมด้านความสัมพันธ์ (Relational Innovation) มุ่งสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลและความผูกพันทางสังคม

4.1 ระบบสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver Support)

4.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Engagement)

4.3 เครือข่ายการดูแลในชุมชน (Community Network)

4.4 ปัญญาประดิษฐ์และหุ่นยนต์เพื่อการดูแลและเป็นเพื่อน (Assistive AI and Social Robot)

โมเดล ACIEM (Alzheimer Care Innovation Ecosystem Model) ประกอบด้วยนวัตกรรม 4 มิติ ได้แก่ นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม นวัตกรรมด้านจิตสังคม นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านความสัมพันธ์ ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกันภายใต้แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ลดภาระของผู้ดูแล และสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังภาพที่ 1

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM



ภาพที่ 1 โมเดลระบบนิเวศนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (ACIEM)
ที่มา : OpenAI (2026)

บทสรุป

โรคอัลไซเมอร์เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและทวีความสำคัญมากขึ้นภายใต้บริบทสังคมสูงวัยของประเทศไทย โดยส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จึงไม่อาจมุ่งเน้นเพียงการรักษาทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า แนวคิดการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) และทฤษฎี Retrogenesis เป็นฐานคิดสำคัญในการทำความเข้าใจธรรมชาติของโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย อันนำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริง โดยนวัตกรรมที่สำคัญประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ นวัตกรรมด้านสภาพแวดล้อม นวัตกรรมด้านจิตสังคม นวัตกรรมด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านความสัมพันธ์ ซึ่งล้วนมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัย ลดความสับสน ลดภาระของผู้ดูแล และสนับสนุนการดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากบทความนี้ คือ การเสนอกรอบแนวคิด “ระบบนิเวศนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์” (Alzheimer Care Innovation Ecosystem Model: ACIEM) ที่มองการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในฐานะระบบนิเวศการดูแล (Care Ecosystem) ซึ่งเชื่อมโยง

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

นวัตกรรมทั้ง 4 มิติเข้าด้วยกัน ภายใต้หลักการสำคัญ ได้แก่ การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) นวัตกรรมที่เข้าถึงได้ (Affordable Innovation) และการนำไปใช้ได้จริง (Practical Implementation) เพื่อมุ่งสู่การลดภาระผู้ดูแล การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว ข้อเสนอแนะในการนำองค์ความรู้ไปใช้ คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว ควรร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่บูรณาการทั้งมิติด้านสภาพแวดล้อม จิตสังคม เทคโนโลยี และความสัมพันธ์ โดยให้ความสำคัญกับนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถเข้าถึงได้ และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาและทดสอบรูปแบบ ACIEM ในพื้นที่จริง ทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโมเดล ตลอดจนศึกษาปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในบริบทสังคมไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2569). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2569**. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมการแพทย์. (2566). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม.** กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมประชาสัมพันธ์. (2567). **บอร์ด สปสช. อนุมัติงบประมาณการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง.** สำนักนายกรัฐมนตรี.

กรมอนามัย. (2565). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน.** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2568.** กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). **รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567**. กระทรวงสาธารณสุข.

พรรณราย วิรุฬหะ. (2565). **ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผลกระทบต่อสุขภาพจิต.** มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2569). **รายงานคาดการณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สมชาย รักดี. (2567). **นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสังคมสูงวัยไทย.** สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2569). **รายงานการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประจำปีงบประมาณ 2568**. สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

Alzheimer's Association. (2024). 2024 Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & Dementia**, 20(4), 1–120.

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, 11(2), 217–228.

Brooker, D. (2019). **Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework** (3rd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Bunkhrong, N., et al. (2022). Economic burden of dementia care in Thailand. **Journal of Health Research**, 36(4), 567–579.

Calkins, M. P. (2018). **Design for dementia: Planning environments for the elderly and the confused** (3rd ed.). Springer Publishing Company.

Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2015). The value of social attributes of stimuli for promoting engagement in persons with dementia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 203(7), 487–492.

Dementia Australia. (2020). **Dementia-friendly home environment guide**. Dementia Australia.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). **The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia**. The Gerontologist, 58(Suppl. 1), S10–S19.

Fleming, R., Crookes, P., & Sum, S. (2008). **A review of the empirical literature on the design of physical environments for people with dementia**. Faculty of Health and Behavioural Sciences Papers, 1–34.

Gitlin, L. N., Winter, L., & Burke, J. (2010). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden. **The Gerontologist**, 50(5), 648–659.

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). **Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia**. BMJ, 350, h369.

Kitwood, T. (1997). **Dementia reconsidered: The person comes first**. Open University Press.

Reisberg, B. (1984). **The Alzheimer's disease: Diagnosis and treatment**. Free Press.

Reisberg, B., Franssen, E. H., Hasan, S. M., Monteiro, I. M., Boksay, I., Souren, L. E., & Kluger, A. (1999). **Retrogenesis: Clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes**. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249(Suppl. 3), 28–36.

Sloane, P. D., Mitchell, C. M., Preisser, J. S., Phillips, C., Commander, C., & Burker, E. (2007). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. **Journal of the American Geriatrics Society**, 55(8), 1231–1237.

Smith, G. E., & Bondi, M. W. (2014). **Mild cognitive impairment and dementia**: Definitions, diagnosis, and treatment. Oxford University Press.

Woolf, S. H. (2008). The meaning of translational research and why it matters. **JAMA**, 299(2), 211–213.

World Health Organization. (2021). **Global status report on the public health response to dementia**. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). **Dementia: Key facts**. World Health Organization.

Citation : รุ่งรัตน์ เจริญวิศาล. (2569). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง. วารสารการจัดการนวัตกรรมเพื่อสังคม, 1(1), 54–67 สืบค้นจาก https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JSIM