

ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม



นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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.

THE EFFECT OF REMINISCENCE PROGRAM ON COGNITIVE FUNCTION OF OLDER  
PEOPLE WITH DEMENTIA

Miss Ratchadaporn Hongtong



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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของ  
ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

โดย

นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รัชดาภรณ์ หงษ์ทอง : ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ  
สมองเสื่อม. (THE EFFECT OF REMINISCENCE PROGRAM ON COGNITIVE  
FUNCTION OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:  
ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 103 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ (Repeated measurements) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลางที่พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษาซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติของสถานดูแลระยะยาว เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการระลึกความหลัง แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha โดยใช้วิธี Test – retest ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – T) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index มีค่าเท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังการทดลองทันที เพิ่มขึ้นกว่าระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันที ระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5377596136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: REMINISCENCE / COGNITIVE FUNCTION / DEEMENTIA

RATCHADAPORN HONGTONG: THE EFFECT OF REMINISCENCE PROGRAM ON COGNITIVE FUNCTION OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 103 pp.

Thai quasi-experimental research with repeated measures control group design research aimed to study the effects of reminiscence program on cognitive function of older people with dementia in long-term care facility in Bangkok. The first group of 20 participants was assigned in to a control group and the second group of 20 participants was assigned to an experimental group. Participants from both groups had similar characteristics in terms of age, gender and education. The experimental group underwent a reminiscence program and the control group received conventional nursing care. Reminiscence program was performed once a week for 8 weeks. The research instruments included Mini-Mental state Examination Thai version 2002 (MMSE-T 2002). The reliability statistics Cronbach's Alpha using test-retest values. Reliability of the Mini-Mental state Examination Thai version 2002 and Barthel Index of Activities of Daily Living were .97 and .95, respectively. Data were analyzed using descriptive (mean, percentage, standard deviation), t-test statistics and one-way analysis of variance repeated measures.

The research results were summarized as follows

1. The mean of cognition function among older persons with dementia in the experimental group after receiving the reminiscence program was significantly higher than the average score before undergoing the program ( $p < .05$ ).
2. The mean of cognition function among older persons with dementia in the experimental group after receiving the reminiscence program was significantly higher than those who received conventional nursing ( $p < .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2013

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากความเมตตากรุณา ความอดทน และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการคอยชี้แนะแนวทางพร้อมให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรักความห่วงใย และเอาใจใส่พร้อมให้กำลังใจ สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ ผู้อำนวยการที่ให้ทุนการศึกษา ฝ่ายการพยาบาล นักกายภาพ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และสนับสนุนการศึกษา ด้วยความรักความห่วงใย และคอยเป็นกำลังใจอย่างดีเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอื้อนนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ผู้มีพระคุณ และผู้สูงอายุที่ทุกท่าน

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย .....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย .....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย .....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม .....	8
2. การรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Cognitive Function in people with Dementia).....	16
3. โปรแกรมการระลึกความหลัง.....	22
4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม.....	29
5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม .....	33
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย .....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	45
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	54
สรุปผลการวิจัย .....	57
อภิปรายผลการวิจัย .....	57
ข้อจำกัดทางการวิจัย .....	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลทางการวิจัยไปใช้ .....	62
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	62
รายการอ้างอิง .....	63
ภาคผนวก.....	70
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	71
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย.....	73
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	78
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลแสดงผลการวิจัย.....	86
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	103



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการจับคู่ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ คะแนนการรู้คิด.....	39
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา งานอดิเรก และ ระยะเวลาการพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว.....	50
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรู้คิดจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เบื้องต้นของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเปรียบเทียบกับค่าคะแนนในระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์.....	51
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึก ความหลังก่อนและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์.....	52
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลังก่อนและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์.....	52
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..	53
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง.....	100
ตารางที่ 8 ค่าคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และคะแนนแบบทดสอบ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการหาค่าความเที่ยง.....	101

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีผู้สูงอายุมากขึ้นและก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว จากการสำรวจประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 37.8 ในปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 51 ในปี 2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) และเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวถึงร้อยละ 43.6 โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้มักจะเป็นโรครักษาไม่หายและนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีอาการสูญเสียความจำ สับสน หรือการประมวลผลความคิด การตัดสินใจและจากการที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการไว้ว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 18 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 29 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10,683 ราย เป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 39.9 และเป็นผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 60.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) โดยทั่วไปแล้วภาวะสมองเสื่อมมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี พบร้อยละ 7.5 ในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี พบร้อยละ 20 - 50 โดยความชุกของโรคหลังอายุ 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุก ๆ 5 ปี (Ebersole et al., 2005)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive) หรือ Intellectual function เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับที่เคยเป็นอยู่ เกิดขึ้นโดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้ตัวแต่ครอบครัวและบุคคลรอบข้างสามารถสังเกตเห็นได้ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ ในระยะแรกความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านอาชีพ ด้านสังคมจะสูญเสียไป ต่อมาในระยะกลางจะสูญเสียความสามารถด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และระยะท้ายผู้สูงอายุจะสูญเสียความสามารถในการทรงตัว เช่น การเดิน การยืน การนั่ง และการรู้จักตนเอง (self-awareness) เสียไปด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2546) สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ พบประมาณ ร้อยละ 70 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองและอื่น ๆ (American Psychiatric Association, 1995 อ้างอิงใน ศิริพันธ์ุ สาสตร์, 2554) มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักตัวเกิน การขาดสารอาหาร โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุที่ศีรษะ สารเสพติดและสภาพแวดล้อมเป็นพิษ (วนาพร หลอยกร, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2545; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553) และปัจจัยที่ส่งผลต่อการรู้คิด เช่น บุคลิกส่วนบุคคล อิทธิพลทางสังคม การได้รับสารอาหาร และการใช้ยา (Miller, 2009) เป็นต้น

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลทำให้มีการเสื่อมถอยของความสามารถของสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ความจำบกพร่อง ผู้สูงอายุไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ มีปัญหาในการรับรู้ตนเอง สมาธิ การใช้ภาษา อารมณ์พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การตัดสินใจไม่เหมาะสม และผู้สูงอายุไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาหรือพึ่งตนเองได้ (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2543) มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เช่น ก้าวร้าว (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจนไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543) เกิดความยากลำบากในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล (วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ, 2546) กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นภาระทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2543; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญคณะ, 2547) ปัจจุบันด้วยภาระที่ผู้ดูแลมีเพิ่มมากขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้เกิดการดูแลในสถานดูแลระยะยาวของภาคเอกชนเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งสถานดูแลระยะยาวจะให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล นอกจากนั้นยังให้บริการดูแลที่บ้าน สามารถตามจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ คือ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสั้น/ชั่วคราว (respite care) สถานดูแลก่อนเสียชีวิต (hospice care) และบ้านพักคนชรา (residential home) (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554) ในประเทศไทยการจัดการบริการสถานดูแลระยะยาวจะพบในภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่

การรักษาที่มีทั้งรูปแบบการรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา เนื่องจากยังไม่พบว่ามีแนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายไว้ ดังนั้นการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมถอยโดยการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด เพื่อให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ เพื่อลดภาระในการดูแล ลดความเครียดของผู้ดูแลและปัญหาทางสังคมได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553) น่าจะเป็นแนวทางการดูแลที่ดีที่สุด สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีการรู้คิดลดลง คือ การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเฝ้าติดตามดูแลเพื่อคงรักษาความจำให้คงไว้นานที่สุด การรักษาเพื่อช่วยกระตุ้นการรู้คิดมีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกความจำ การมีใจจดจ่อ การรับรู้ข้อมูลใหม่ การบำบัดเพื่อรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการระลึกความหลัง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

การระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้บุคคลระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตเป็นพฤติกรรมโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุ (Burnside, 1983) การนำความคิดในสิ่งต่าง ๆ ออกมาสื่อความหมายเพื่อกระตุ้นความจำและคงไว้ซึ่งการรู้คิด (Wang, Hsu & Cheng, 2005) และเป็นการจัดกระทำทางด้านสังคมและจิตใจ (psychosocial intervention) สำหรับผู้สูงอายุ (Ito, et al, 2007) การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการรับรู้ความเป็นจริง มีการกระตุ้นซ้ำทบทวนในสิ่งที่ผ่านมาจะทำให้ความจำดีขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทผ่านไปได้ง่าย ทำให้เส้นใยประสาทขยายเพิ่มมากขึ้นซึ่งสามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิดได้ ในทางสรีรวิทยาความทรงจำเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการส่งสัญญาณประสาทจากเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่งซึ่งเคยทำมาแล้วและเมื่อถูกกระตุ้นบ่อย ๆ ทำให้เกิดความทรงจำซ้ำได้ (สิกขวัฒน์ นักร้อง, 2553) เป็นการบำบัดที่ผู้จัดกระทำไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตวิเคราะห์ แต่มีความสามารถในการฟัง

ระบุปัญหา ตอบสนองกับการระลึกความหลัง และอาศัยกระบวนการพยาบาลพื้นฐานในการบำบัดได้ (Burnside, 1983; สมทรง โปปัญญาะกุล, 2551) การระลึกความหลังเป็นกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ การนึกคิดเป็นการกระตุ้นซ้ำเพื่อช่วยให้มีความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น (Somody, 2010; Woods, 2005) เป็นกระบวนการที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) การสอนและการแจ้งข้อมูล (teach and inform) การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) และการสรุปเหตุการณ์ (discus) (Chung, 2009) นอกจากนี้ Wang, et al. (2007) ได้นำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและปานกลางโดยการใช้ภาพวาด เสียงเพลงเก่า ๆ และการเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ครั้งละ 60 นาที ทำกิจกรรมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง นาน 8 อาทิตย์ พบว่าสามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับ Tadaka & Kanagawa (2004) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการระลึกความหลังพบว่า สามารถเพิ่มการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการมองย้อนอดีต การนึกคิดในประสบการณ์ เหตุการณ์ที่ผ่านมาสามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการลดลงของการรู้คิดตามการดำเนินไปของโรค ด้วยบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงให้ความสำคัญในด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด เพื่อชะลอความเสื่อมถอยและให้คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ การกระตุ้นการรู้คิดข้างต้นส่วนใหญ่ผู้จัดกระทำไม่จำเป็นต้องมีทักษะหรือต้องผ่านการฝึกฝนเป็นพิเศษ สามารถดำเนินการได้โดยใช้ทักษะการระลึกความหลัง การให้คำปรึกษา เป็นการกระตุ้นคิดในความทรงจำที่ผ่านมา เพื่อส่งผลต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการระลึกความหลัง โดยใช้แนวคิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง ของ Burnside (1983) ร่วมกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังตามงานวิจัยของ Chung (2009) มาสร้างโปรแกรมการระลึกความหลังเพื่อกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ คงความสามารถด้านการรู้คิด และให้การดูแลทางร่างกายและด้านจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

## ปัญหาการวิจัย

1. ความสามารถด้านการรู้คิดผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ความสามารถด้านการรู้คิดผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปก

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียความจำ มีปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การชะลอความเสื่อมของโรคด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น Burnside (1983) กล่าวว่า การระลึกความหลัง เป็นกระบวนการการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีต มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นความจำ การสร้างสัมพันธ์ภาพและคงไว้ซึ่งการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ระยะ คือ ความทรงจำ (remembering) การหวนระลึกถึง (recall) การทบทวน (review) การสร้างขึ้นใหม่ (reconstruction) และ Chung (2009) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นการเลือกเหตุการณ์ การค้นหาความหมายและการแลกเปลี่ยนความคิด แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) 2) การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) 3) การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) และ 4) สรุปเหตุการณ์ (discus) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของ Chung (2009) 4 ขั้นตอน มาสร้างเป็นกรอบกิจกรรมร่วมกับนำหลักการกระบวนการระลึกความหลังจากแนวคิด Burnside (1983) มาสร้างโปรแกรมระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม การบอกถึงวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง กระบวนการดำเนินของโปรแกรมร่วมกันทำข้อตกลง กฎเกณฑ์ของกลุ่ม แนะนำตนเอง และระลึกถึงถึงประวัติของตนนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในขั้นความทรงจำ การระลึก และทบทวนความหลังในอดีตของผู้สูงอายุ Biernacki (2007) การให้การพยาบาลโดยการให้การสนทนา การสื่อสาร การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ในกิจกรรมกลุ่มเป็นการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) เป็นการเรียนรู้ร่วมกับการบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม และความประทับใจในประเพณีหรือศาสนา โดยการระลึกถึงเหตุการณ์สัปดาห์ละ 1 ประเด็น จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์จะเป็นการกระตุ้นความจำ การรับรู้ การคิด จินตนาการ โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในขั้นความทรงจำ การระลึก และทบทวนความหลังในอดีตของผู้สูงอายุ Yalom (2005) การให้ข้อมูล ทบทวนสรุปข่าวสาร จะช่วยกระตุ้นให้การรู้คิดเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และตัวตนที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในชั้นความทรงจำ การระลึก ทบทวน และสรุปเหตุการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Akanuma et al. (2011) พบว่าการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงตนเองในช่วงวัยเด็ก วัยทำงาน ชีวิตในช่วงแต่งงาน สามารถช่วยให้การรู้คิดเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิต เป็นขั้นตอนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ทบทวนวัตถุประสงค์ สรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในชั้นความทรงจำ การระลึก ทบทวน สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นการสร้างชิ้นใหม่ แก้ไขความทรงจำบางส่วนทำให้ได้มุมมองใหม่เพื่อก่อให้เกิดความจำระยะยาว จากการศึกษาของ Woods et al (2005) พบว่าการระลึกความหลังโดยการคิดทบทวน ระลึกถึงเหตุการณ์สามารถมีการรู้คิด พฤติกรรม และการสื่อสารดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการระลึกความหลังเป็นการกระตุ้นให้คิดย้อนนึกถึงความทรงจำที่ผ่านมา มีการทบทวนความจำในอดีต โดยที่กระตุ้นการรับรู้ซึ่งในทางสรีรวิทยาความจำเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการส่งสัญญาณประสาทจากเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่งซึ่งเคยทำมาแล้วและเมื่อถูกกระตุ้นบ่อย ๆ ทำให้เกิดความทรงจำซ้ำได้ (สิกขวัฒน์ นักร้อง, 2553) และมีความเชื่อว่าเมื่อสมองได้รับข้อมูลหรือสิ่งเร้าเดิม สมองจะมีกระบวนการในการเรียกความจำหรือข้อมูลที่ได้นั้นที่กไวแล้วนำออกมาประมวลซ้ำอีกครั้ง (Delis, Lucus & Kopelman, 2000) ซึ่งถือเป็นกระบวนการทำงานของสมอง ขั้นสูงในการจัดการข้อมูลต่าง ๆ จึงมีความเป็นไปได้ที่การระลึกความหลังจะส่งผลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อกระตุ้นการรู้คิด

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกระยะ

2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ (Repeated measurements) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง และรับการดูแลในสถานดูแลระยะยาว ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังนี้
  - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการระลึกความหลัง
  - ตัวแปรตาม คือ การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

## คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

**ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง มีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) มีพฤติกรรมหรือภาวะทางด้านจิตใจต่าง ๆ ที่ผิดปกติหรือไม่สามารถคาดเดาได้ เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive หรือ intellectual function) เสื่อมถอยและลดลง ได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลาง

**การรู้คิด (Cognitive function)** หมายถึง กระบวนการทางประสาทวิทยาที่รวมถึงภาวะจิตใจ ประกอบไปด้วย การรับรู้ (perceiving) ความจำ (remembering) การจินตนาการ (imagining) ความคิด (thinking) การให้เหตุผล (reasoning) และการตัดสินใจ (judgment) สามารถประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

**โปรแกรมการระลึกความหลัง** หมายถึง กิจกรรมการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีต มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นความจำ การสร้างสัมพันธ์ภาพและคงไว้ซึ่งการรู้คิด ตามแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ของ Chung (2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม การแจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง ให้สมาชิกกลุ่มมีการระลึกถึง เรื่องราวอดีต ความทรงจำ ทบทวน ประวัติของตนเอง และนำมาเล่าแนะนำตนเองให้กับกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) ในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืมและความประทับใจในประเพณีหรือ ศาสนาโดยระลึก

สัปดาห์ละ 1 ประเด็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์จะเป็นการกระตุ้นความจำ การรับรู้ การคิด และจินตนาการ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) ในสัปดาห์ที่ 5 ถึง 7 เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์ ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการสร้างขึ้นมาใหม่ (reconstruction) ทบทวนวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิตเป็นระยะสิ้นสุดของโปรแกรม และประเมินการรู้จักคิด

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยพยาบาลประจำการ โดยการให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค และการปฏิบัติตัวอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อุบัติเหตุ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ โดยสรุปสาระสำคัญดังนี้

1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม
  - 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.2 พยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม
  - 1.3 อาการ การดำเนินโรคและการรักษา
  - 1.4 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล
2. การรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Cognitive Function in people with Dementia)
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม
4. โปรแกรมการระลึกความหลัง
  - 3.1 ความหมายการระลึกความหลัง
  - 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
  - 3.3 กระบวนการกลุ่มการระลึกถึงความหลัง
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม

##### 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง พฤติกรรมหรือภาวะทางด้านจิตใจต่าง ๆ ที่ผิดปกติ หรือไม่สมารถคาดเดา เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านกรู้คิด (cognitive หรือ intellectual function) เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับที่เคยเป็นอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุ ทำให้เกิดการตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้ตนเอง แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2546: 43) อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทำให้ไม่สามารถทำงานและอยู่ในสังคมได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) มีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์ (2543) กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการหลงลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน อาการหลงเวลา สถานที่ บุคคล มีบุคลิกหรืออารมณ์เปลี่ยนไป และไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์ (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และความสามารถของสมอง มีความรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2554) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง เกิดความผิดปกติของเซลล์ประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน

กล่าวสรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อในสมอง หรือระบบประสาทเสื่อมลง โดยอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรู้คิดเป็นการสูญเสียที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้นเป็นผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล

## 1.2 พยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายอย่าง เป็นผลมาจากเนื้อหรือเซลล์สมองใน ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพมีจำนวนลดลง ทำให้สารสื่อประสาท (neuron) ที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2543; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกันอาจจำแนกได้ดังนี้

1) การเสื่อมของเซลล์ประสาท ทำให้การหลั่งสารสื่อประสาท (acetylcholine) ลดลง มีการสะสมของสาร  $\beta$ -amyloid proteins และสาร aluminum เพิ่มขึ้นในสมอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมอง ส่งผลทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของสมองลดลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

2) โรคของหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของหลอดเลือดที่แข็งตัวหนาขึ้นมีการตีบหรืออุดตันทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เซลล์สมองขาดเลือดและเนื้อสมองในบริเวณนั้นตายลง อาจพบภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีการตายของเนื้อสมองเป็นหย่อมกระจายทั่วไป รวมทั้งผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดสมองได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

3) การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดเนื้อสมองอักเสบเฉียบพลัน (Acute Encephalitis) ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เชื้อไวรัสเฮอร์ปีสซิมเพล็กซ์ เชื้อไวรัสสมองอักเสบ เชื้อซิฟิลิส เชื้อวัณโรคและเชื้อรา เป็นต้น

4) การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองที่ได้รับการกระทบกระเทือนถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใด แต่อาจส่งผลในระยะยาวแบบค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดโรคสมองเสื่อมพบได้ในผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่มีเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมองอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ประสาทพยาธิวิทยาของนักมวยซึ่งมีอาการสมองเสื่อมจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะบ่อย ๆ เป็นต้น

5) การมีก้อนในสมอง ได้แก่ เนื้องอกหรือมะเร็งของสมองใหญ่ซีกซ้ายหรือซีกขวาที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด โดยเฉพาะสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe) ที่มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายและมีเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น ทำให้เกิดการขัดขวางการรับส่งกระแสประสาททำให้สมองทำหน้าที่ได้ลดลง

6) ยาและสารพิษที่ใช้หรือได้รับในปริมาณมากเกินไปจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์สมองหรือรบกวนการทำงานของสมอง เช่น แอลกอฮอล์ เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีส สารปรอท เป็นต้น

7) พันธุกรรม (genetic) ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) มีญาติสายตรง (first degree relative) ประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และญาติของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการป่วยของประชากรทั่วไป 3-4 เท่า แต่การศึกษาในบางครอบครัวพบว่าการสืบทอดทางพันธุกรรมในลักษณะ autosomal dominant ของ chromosome คู่ที่ 21

โดยสรุปภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน เป็นการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท รอยโรคในสมอง เชื้อไวรัส กรรมพันธุ์ หรือจากมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม ภาวะสมองเสื่อมปัจจุบันยังไม่มีการรักษาให้หายได้ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และต้องการการบริการทางด้านสุขภาพและการดูแลเพิ่มมากขึ้น

### 1.3 อาการ การดำเนินโรคและการรักษา

#### 1.3.1 อาการและอาการแสดง

ภาวะสมองเสื่อมเป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่รับรู้ และควบคุมอารมณ์ ส่งผลให้เกิดอาการที่แสดงออกมามีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ บางรายมีอาการทางจิตร่วมด้วย (Fimkel, 2001 อ้างอิงใน ศิริวรรณ คະเนนอก, 2551) สามารถแบ่งอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของสมองเสื่อมโดยสามารถสรุปได้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

#### 1) อาการทางด้านจิตใจ (psychotic symptoms) ซึ่งได้แก่

1.1) อาการหลงผิด (delusion) ที่พบบ่อยคือ แบบ paranoid delusion โดยเฉพาะการรู้สึกรู้ว่ามีคนมาขโมยของมากที่สุด บางรายหลงผิดคิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน คิดว่าคนอื่นปลอมตัวมาเป็นคนที่ตัวเองรู้จัก คู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมา คู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน

1.2) อาการประสาทหลอน (hallucination) พบบ่อยที่สุดคือ ประสาทหลอนทางตามักพบในระยะกลางของการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง

1.3) อารมณ์เศร้า (depression) ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป ซึ่งสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยบ่นว่า มีอารมณ์เศร้าหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ พูดถึงเรื่องความตาย

1.4) อาการเฉยเมย (apathy) ในผู้ป่วยระยะต้นและระยะกลางผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัว การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง สิ้นใจไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ขาดความริเริ่มในด้านต่าง ๆ

1.5) ความวิตกกังวล (anxiety) มักจะพบในระยะแรก ๆ ของภาวะสมองเสื่อมซึ่งผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก การอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

1.6) ปัญหาจากการนอน (sleep problem) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ เนื่องจากมีการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ยอมนอนในเวลา กลางคืนจะลุกออกมาเดิน จึงเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก

## 2) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่

2.1) การเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย (wandering) เช่น เดินหาข้าวของ เดินไปเดินมาเดินอย่างไม่มีจุดหมาย พยายามออกจากบ้าน ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษา

2.2) อาการกระวนกระวาย (agitation) ผู้ป่วยมักแสดงออกมาในลักษณะการกรีดร้อง แสดงพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มอาการ ดังนี้

2.2.1) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกาย เช่น การมีกริยาท่าทางแปลก ๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่าง ๆ การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ

2.2.2) มีอาการก้าวร้าวทางกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่มีอาการมากจะพบการกัด หยิก ทูตศักรบช้ำได้

2.2.3) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดจาซ้ำ ๆ การพูดตะกุกตะกัก

2.2.4) มีอาการก้าวร้าวทางวาจา พบการทำเสียงดัง ต่ำทอ ทำเสียงแปลก ๆ

2.3) การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด (catastrophic reaction) โดยผู้ป่วยจะแสดงความก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ช่มชู้ทำร้าย หรือพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

2.4) อาการบ่น บางครั้งผู้ป่วยว่าบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผลหรือเกิดขึ้นจากอาการ หลงผิด ผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าการกระทำดังกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงตอบกลับไปได้

2.5) การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinheriting) ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจและไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม โดยพบในเพศชายมากกว่า เช่น พูดจาหยาบคาย หรือถูกเนื้อต้องตัว ผู้หญิง วุ่นวายกับคนอื่น ทำลายข้าวของ ร้องไห้ดีใจหรือเสียใจมากผิดปกติ

2.6) การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ อาจพบพฤติกรรมที่รับประทานผิดปกติ เช่น รับประทานอาหารตลอดเวลาเพราะคิดว่ายังไม่ได้รับประทาน ทั้งนี้เป็นเพราะการหลงลืม

2.7) การเอาแต่ใจ (intransitive) ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีความอดทนต่อการรอ เรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ วุ่นวายกับผู้อื่นโดยไม่รู้กาลเทศะ

2.8) การต่อต้าน (negativism) ผู้ป่วยจะมีลักษณะคือ ปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อย

### 1.3.2 การดำเนินของโรค

ภาวะสมองเสื่อมมีลักษณะอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปและมีอาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทางคลินิกจึงแบ่งความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมดังนี้ (Jacques, 1995 อ้างใน กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

1) อาการเล็กน้อย ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้ หลงลืมไม่มาก อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันบ้าง ญาติต้องช่วยเหลือในเรื่องการตัดสินใจ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-5 ปี

2) อาการปานกลาง มีอาการเช่นเดียวกับระยะที่ 1 แต่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น หลงลืมมากขึ้น ทั้งความจำใหม่และความจำในอดีตบางส่วน ทำให้หลงเวลา หลงสถานที่ หลงทาง มีความสับสนมากขึ้น การใช้ภาษาบกพร่อง การคิดคำนวณซื้อของตอนเงินผิดพลาด อารมณ์ก้าวร้าวการแสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่สร้างปัญหา เช่น ปัสสาวะผิดที่ เดินหลับผิดเวลา เดินไปมาไม่หยุด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-5 ปี

3) อาการรุนแรง ความจำเสื่อมมากจนเริ่มจำคนใกล้ชิดไม่ได้ บอกไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับตนเองอย่างไร บางคนจำตนเองไม่ได้ ความคิดและอารมณ์สับสน บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิมโดยสิ้นเชิง ความสามารถในการสื่อสารเสื่อมลงมาก การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจนไม่สามารถเดินหรือช่วยเหลือตนเองได้อย่าง เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ถ่ายอุจจาระปัสสาวะเรื้อรัง อาละวาดหรือเฉื่อยชาหรือเฉื่อยชาไม่พูด หรือพูดเป็นคำซ้ำ ๆ มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน สำลัอาหาร ชูบผอมลง อาจมีอาการชักและเสียชีวิตลงด้วยโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ เป็นต้น

### 1.3.3 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีปัจจัยจากหลายสาเหตุซึ่งสามารถรักษาได้และรักษาไม่ได้ ในการรักษาจึงมีความสำคัญมากเพื่อเป็นการชะลออาการของโรคและให้ได้รับผลที่ดีที่สุด โดยต้องใช้การรักษาควบคู่กันทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาดังนี้ (สุมารัตน์ ปุณโณชก, 2554: หน้า 21 - 22 )

#### 1) การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological)

1.1) การใช้ยาเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์เกิดจากการขาดสารเคมี Acetylcholine จึงมีการใช้ยาเพื่อเพิ่ม Acetylcholine เช่น Donepezil, Rivastigmine และ Galantamine

1.2) การใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น ยาต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาด้านการอักเสบ (anti-inflammatory Agents) การใช้ยาสมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย (gingko biloba) และการใช้วัคซีน (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543)

2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological) การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยการไม่ใช้ยามีความสำคัญโดยจะต้องเลือกให้เหมาะกับระยะเวลาการดำเนินของโรค และความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยามีหลากหลายรูปแบบเป็นการดูแลช่วยเหลือด้านพฤติกรรมและด้านการรู้คิด เหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะกลาง โดยแบ่งเป็นการฝึกฝนและการฟื้นฟูความสามารถในด้านความรู้คิด (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ดังนี้

2.1) การฝึกฝนการรู้คิด (Cognitive training) เป็นการฝึกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรก เพื่อชะลอความเสื่อมและพัฒนาความรู้ความสามารถเกี่ยวกับความสามารถของการรู้คิดโดยมีรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการฝึกความสามารถ เช่น การฝึกความจำ การมีใจจดจ่อ (attention) หรือการแก้ไขปัญหา (problem solving abilities) และการรับรู้ข้อมูลใหม่ ลักษณะของกิจกรรมกำหนดตามวัตถุประสงค์ และสภาพแวดล้อม อาจเป็นการเขียน หรือการใช้คอมพิวเตอร์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยมีการแบ่งระดับความยากง่ายในการฝึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2) การฟื้นฟูความสามารถของการรู้คิด (Cognitive rehabilitation) เป็นการใช้วิธีการต่าง ๆ ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุและญาติดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยกิจกรรมการพัฒนาความสามารถในบริบทของชีวิตประจำวัน ดังนี้

2.2.1) การบำบัดเพื่อรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ประกอบด้วย

2.2.1.1) การให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง (24-hour-informal process) เพื่อเตือนผู้สูงอายุเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้งเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลผู้สูงอายุในทุกปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมจะถูกจัดวางให้มีเครื่องหมายหรือสัญญาณเพื่อช่วยเตือนผู้สูงอายุให้ทราบถึงสถานที่ วัน เวลา ฯลฯ

2.2.1.2) การจัดกลุ่มคล้ายการเรียนรู้ (intensive sessions) จะนำมาใช้สำหรับผู้สูงอายุ 3-6 คน วันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (basic) เน้นที่ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระดับมาตรฐาน (standard) จะใช้การกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น การอ่านหรือฟัง และพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีตและปัจจุบัน เพื่อพัฒนาทักษะด้านการอ่าน การฟัง และการพูดคุย และระดับที่ 3 คือ ระดับก้าวหน้า (advanced) เป็นการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย

2.2.2) การระลึกถึงความหลัง เป็นการใช้กิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบันประกอบด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.2.2.1) การทบทวนชีวิต (life Review) เป็นลักษณะของการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับกับชีวิตที่ผ่านมา

2.2.2.2) การระลึกถึงความหลังอย่างง่าย (simple reminiscence) วิธีนี้อาจดำเนินการเป็นกลุ่มหรือเดี่ยว อาจมีโครงสร้างชัดเจนหรือไม่ก็ได้ บางครั้งอาจมีการพูดถึงเรื่องที่ไม่สบายใจ ซึ่งผู้บำบัดจะทำหน้าที่ในการสนับสนุน การบำบัดรูปแบบนี้เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่าการทบทวนชีวิต

2.2.2.3) การเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา (life history work) เป็นการบำบัดโดยเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้สูงอายุ

2.2.2.4) การเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมาในปัจจุบัน (life Story) วิธีการนี้จะตรงกันข้ามกับการเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา คือเน้นในช่วงปัจจุบันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปภาพ โปสการ์ด วิดีโอ ข่าวที่ตัดจากหนังสือพิมพ์ และภาพอื่น ๆ ที่สำคัญ เป็นการฟื้นฟูและพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความรู้และมีสติอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุและเห็นความต่อเนื่องของอดีตและปัจจุบัน

2.2.3) การใช้วิธีการบำบัดแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการแสดงการยอมรับ รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ ทั้งทางภาษาและไม่ใช้ภาษา เช่น การสัมผัส การสบตา หรือน้ำเสียงในการพูดคุย ในกรณีของกลุ่มอาจใช้กิจกรรมอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความ ต้องการของตน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในการรักษาโดยใช้ยาหรือรักษาโดยไม่ใช้ยา สามารถส่งผลช่วยชะลอความเสื่อมของการรู้คิดให้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลางยังคงมีความสามารถเรียนรู้ในการจดจำขั้นตอน บางอย่างรวมถึงการทำงานของสมองในส่วน Articulatory Loop ของความทรงจำระยะสั้นที่ยังคงดี อยู่ (Morris & Baddeley, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ แอบโรสง, 2553) ดังนั้นการช่วยฟื้นฟู ความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากเป็นความบกพร่องที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรก และมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตหากผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมย่อมจะ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและช่วยชะลออาการการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อมให้ช้าลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการให้กิจกรรมพยาบาลโดยใช้การระลึกความหลัง

#### 1.4 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม สามารถ แบ่งผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย โรคสมองเสื่อมจะมีการเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของ สมองเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าความต้องการหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติจำเป็นต้อง พึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและ เน้นนาน และต้องการเวลาต่อวันเพื่อให้การดูแลค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่ เพียงพอร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยตามมา โดยเฉพาะผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว กับการรับภาระหนักทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพของผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (ธนพรณ สิทธิสุนทร, 2543)

จากการศึกษาผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแล (Glaser et al. อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืดคลื่นไส้อาเจียน มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวด ศีรษะเรื้อรังสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรค สมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพไม่ดี และมีการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีความ เครียดเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เนื่องมาจากมีการดูแลสุขภาพของ ตนเองลดลง (Thomas, 2002)

1.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ดูแลและเป็นเรื่องที่ยากที่ต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น จึงต้องรับภาระหนักมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพาโดยทั่วไปอีกทั้งปัญหาของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่สร้างความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

1.4.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพใน 2 ส่วน คือ ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับผู้ป่วยและปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยของโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมประสบกับปัญหาในการประกอบกับกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล และการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและเกิดความเครียดซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการทุบตีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำร้ายด้วยวัตถุหรืออาวุธการผูกมัด การพูดจาข่มขู่ การขาดความเคารพยกย่อง การกระทำเหล่านี้นับว่าเป็นการทารุณกรรม (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547)

1.4.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จากภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตยุ่งยากเหนื่อยยากลำบาก แต่ในบางครั้งก็รู้สึกผิดที่เกิดความรู้สึกเช่นนี้ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ดีพอ และนอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรเมื่อต้องให้การดูแลบิดามารดาที่เป็นโรคสมองเสื่อมยังมีความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพราะผู้ป่วยเสียความทรงจำ ไม่สามารถจดจำหน้าบุคคลใกล้ชิดได้ นิสัยใจคอและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นคนเอาแต่ใจ ไม่มีความรู้สึกเกรงอกเกรงใจ (กัมมันต์ พันธุจินดา, 2540) แต่เนื่องมาจากค่านิยมของสังคมไทยในเรื่องการตอบแทนบุญการและการเคารพผู้อาวุโส ผู้ดูแลจึงเกิดความขัดแย้งใจและคับข้องใจ ที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตนเอง

จากผลกระทบข้างต้นเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเพิ่มงานที่มีอยู่เดิมและยังต้องอดทนต่อสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระอย่างมาก ประสิทธิภาพเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพจึงตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อคงสมรรถภาพสมองด้านเซาว์ปัญญา และคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่กับครอบครัวได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต



## 2. การรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Cognitive Function in people with Dementia)

ภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia จะมีปัญหาทางด้านความจำเป็นหลัก แต่ถ้าพิจารณาจากคำจำกัดความที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะใช้คำว่า Cognition impairment เป็นหลัก คำว่า Cognition ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยหลายคำซึ่งแต่ละคำนั้นมีความหมายเดียวกัน เช่น ความรู้ความเข้าใจ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546) สติปัญญา (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) เซาว์นปัญญา (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2554) และการรู้คิด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549; สถาบันประสาทวิทยา, 2551) เป็นต้น ถึงแม้ว่าคำว่า “เซาว์นปัญญา” เป็นคำแปลที่นิยมใช้ในเอกสารทางวิชาการมากกว่า แต่เพื่อป้องกันการสับสนกับคำว่า “IQ” ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยว่า ภาวะเซาว์นปัญญาเช่นกัน ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้คำว่า การรู้คิด แทนคำว่า Cognition ตามสถาบันประสาท (2551)

### 2.1 ความหมายของการรู้คิด

เซาว์นปัญญา (การรู้คิด) หมายถึง เป็นกระบวนการเกี่ยวกับทางด้านจิตใจและการคิด ได้แก่ การรับรู้ (perceiving) ความจำ (remembering) การจินตนาการ (imagining) ความคิด (thinking) การให้เหตุผล (reasoning) และการตัดสินใจ (judgment) (McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine, 2002; ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2554)

เซาว์นปัญญา (การรู้คิด) หมายถึง การคิดที่เป็นไปในลักษณะหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ สมาธิ การใช้ภาษาพูด การมองภาพ 3 มิติ การเรียนรู้และความจำ และหน้าที่ในเชิงบริหาร (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

การรู้คิด (cognition) หมายถึง ความสามารถในการรู้คิด กระบวนการทำงานของสมองขั้นสูงในการจัดการข้อมูลซึ่งได้รับมาจากประสาทสัมผัส แสดงออกมาในรูปของความคิด การแก้ปัญหา การวางแผนการเคลื่อนไหว การแสดงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความใส่ใจ สมาธิ ความจำ การรับรู้ทางภาพหน้าที่ในเชิงบริหาร (Kandel et al., 2000 cited in Puriansil, 2006) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่การทำงาน

การรู้คิด (cognition) หมายถึง การทำงานของสมองเป็นกระบวนการทำงานเกี่ยวกับด้านความจำ ด้านการคิด และการตัดสินใจ (สถาบันประสาทวิทยา, 2546)

ความสามารถทางความคิด (Cognitive intelligence) หมายถึง ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ทำความเข้าใจปัญหา แยกแยะ สร้างความคิดรวบยอด และจดจำข้อมูลต่าง ๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556).

ดังนั้นการรู้คิด เป็นความสามารถในการคิด การทำงานของกระบวนการที่เกี่ยวกับทางด้านจิตใจและการคิด เป็นการแสดงถึงการทำหน้าที่ของสมองหลายด้านที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ การจินตนาการ ความคิด การให้เหตุผล และการตัดสินใจ ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบว่า การทำหน้าที่ของการรู้คิด (cognitive function) จะเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่องจากระดับที่เคยเป็นอยู่และเป็นตัวที่จะแสดงให้เห็นความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจน

## 2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาต่อการรู้คิด

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) น้ำหนักสมองจะลดลงทีละน้อย 2-3 กรัมต่อปี (จาก 1,400 กรัม ในเพศชาย และ 1,250 กรัมในเพศหญิง) โดยเริ่มเมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งช่วงแรกจะสูญเสียสมองส่วนสีขาว (White matter) โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2004, 2009) มีการศึกษาพบว่าบริเวณของสมองซึ่งเล็กลงมากที่สุด คือสมองส่วนหน้าและพบน้อยในบริเวณสมองส่วนหลัง ส่วนของเปลือกสมอง (cortex) จะสูญเสียไปเร็วกว่าสมองส่วนสีขาว ระหว่างอายุ 20 ถึง 50 ปี และในระหว่างอายุ 70 ถึง 90 ปี สมองส่วนสีขาวจะสูญเสียเร็วกว่า อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า การสูญเสียของสมองส่วนสีขาวจะมากกว่าส่วนเปลือกสมองในวัยสูงอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

2) ปริมาตรของกะโหลกศีรษะลดลง จากร้อยละ 95 ในช่วงอายุ 60 ปี และร้อยละ 57 ถึงร้อยละ 80 ในผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2009)

3) มีการขยายใหญ่ของโพรงสมอง (Ventricle) โดยปริมาตรเฉลี่ยชั้นโพรงสมองเพิ่มขึ้นจาก 15 มิลลิลิตร ในวัยรุ่นถึง 55 มิลลิลิตรในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2009)

4) ร่องหรือรอยแยก (Sulci) ของสมองมีขนาดกว้างขึ้น (Miller, 2009)

5) เส้นใยประสาทหดตัวและมีการสูญเสียใยประสาทบริเวณสมองส่วนหน้า และสมองด้านข้าง (Miller, 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดรายงานว่าในผู้เข้ารับการศึกษา 10 คน ซึ่งมีความบกพร่องของการรู้คิดน้อยมากไม่ได้มีการสูญเสียเซลล์ประสาท (Neuronal Loss) ในบริเวณสมองกลีบขมับ (Temporal Lobe) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำระหว่างอายุ 60 กับ 90 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

6) มีการสูญเสียสารสื่อประสาทบริเวณจุดเชื่อมต่อ (Miller, 2009) มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

6.1) โมโนเอมีน (Monoamines) ประสิทธิภาพของเอ็นไซม์ไทโรซีน ไฮดรอกซีเลส (Tyrosine Hydroxylase) ซึ่งเปลี่ยนไทโรซีน เป็นโดปา (Dopa) ลดลง ส่วนเอ็นไซม์ที่จะเปลี่ยนโดปา เป็นโดปามีน (Dopamine) ในส่วนต่าง ๆ ของสมองมีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

6.2) อะซีทิลโคลีน ในวัยสูงอายุ การดูดซึมสารโคลีน จะรวมกับเอ็นไซม์ อะซีทิลโคเอ (Acetyl CoA) เปลี่ยนเป็นอะซีทิลโคลีนลดลง แต่ไม่มากเท่ากับในโรคอัลไซเมอร์

6.3) การทำหน้าที่ของสารโดปามีนลดลงร้อยละ 6 ถึงร้อยละ 10 ในรอบ 10 ปี จากช่วงต้นและช่วงท้ายของวัย (Miller, 2009)

6.4) การไหลเวียนของเลือดลดลงโดยเฉพาะในเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) (Miller, 2009) และมีการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ (Positron Emission Tomography: PET Scanning) พบว่า การไหลเวียนของเลือดบริเวณสมองลดลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริเวณ Cingulate Gyri, Parahippocampal, Superior

Temporal และ Medial frontal ด้วยเหตุนี้ในบางส่วนของสมอง ได้แก่ Limbic System และ Periventricular White Matter จึงมีปริมาณของเลือดไปเลี้ยงลดน้อยลง นอกจากนี้งานวิจัยในปัจจุบันยังบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเช่นนี้ มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของเส้นใยประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ และจากการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ และการตรวจเอ็มอาร์ไอ พบว่า มีการลดลงของการไหลเวียนของเลือดในสมอง ซึ่งมีผลต่อภาวะเขาวงกตปัญญาในผู้สูงอายุ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2547)

6.5) สารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ในเซลล์ประสาทมีการสะสมเพิ่มมากขึ้น (Miller, 2009) นอกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบประสาทในผู้สูงอายุจะมีผลต่อความสามารถด้านการรู้คิดแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลร่วมด้วย

### 2.3 การประเมินความเสื่อมของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยสรุปได้อิงประกอบด้านต่างดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546: 24 - 25)

1) ระดับความรู้สึก (level of consciousness) เป็นการทำหน้าที่ของ ascending activating system ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้และติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ประเมินได้จากการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล (orientation to time place and person)

2) ความจำ (memory) ประกอบด้วย ความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว ดังนี้

2.1) ความจำระยะสั้น (immediate short – term memory) เป็นความจำที่เก็บได้ประมาณ 30 นาที เช่น การจำเบอร์โทรศัพท์ หรือการจำชุดตัวเลข ตัวอักษร หรือประโยค นิยมทดสอบความจำระยะสั้น (digit span) ทั้งแบบพูดตาม (forward) และพูดย้อนกลับ (backward) การให้จำที่อยู่ การจำประโยคหรือเนื้อเรื่องง่าย ๆ และทวนถามหลังพูดจบทันที หรือหลังจากนั้น 3 – 5 นาที

2.2) ความจำระยะยาว (remote long – term memory) เป็นความจำที่มีความคงทนถาวรกว่าความจำระยะสั้นไม่ว่าจะทิ้งระยะไว้นาน สามารถทดสอบโดยการถามประวัติส่วนตัว

3) ความสนใจและสมาธิ (attention and concentration) เป็นความจดจ่อต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มากกระตุ้นความสนใจ การประเมินช่วงความสนใจที่ใช้ คือ

3.1) การลบเลขจาก 100 ไปทีละ 7 หรือทีละ 3 ไป 5 ครั้งติดต่อกัน

3.2) การบอกชื่อวันในรอบสัปดาห์ย้อนหลัง หรือบอกชื่อเดือนในรอบปีย้อนหลัง

3.3) การสะกดคำย้อนหลัง เช่นคำว่า “สะพาน” เป็นต้น ซึ่งการทดสอบนี้จะเกิดปัญหาในผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้

3.4) การให้พูดตาม (digit Forward) และพูดย้อนกลับ (digit Backward)

4) ภาษา (language function) ความผิดปกติในเรื่องการใช้และความเข้าใจภาษา อันเนื่องมาจาก Aphasia ซึ่งสามารถประเมินได้จากความเข้าใจภาษา ความคล่องในการใช้ภาษา การพูดตาม การค้นหาคำตอบหรือบอกชื่อวัตถุ การอ่าน และการเขียน

4.1) ความเข้าใจภาษา (comprehensions) ทดสอบโดยบอกให้ผู้ป่วยชี้วัตถุหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามที่ถูกทดสอบบอก หรือถามปัญหาที่มีไวยากรณ์ให้ผู้ผู้ป่วยตอบอย่างง่าย ๆ

4.2) ความคล่องในการใช้ภาษา (fluency) ทดสอบโดยการให้ผู้ผู้ป่วยบอกชื่อสัตว์ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลา 60 วินาที หรือให้บอกคำศัพท์ที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะที่กำหนดภายใน 60 วินาที การที่บอกชื่อได้น้อยกว่า 12 – 13 คำภายใน 60 วินาที แสดงถึงความเสื่อมในเรื่องความคล่องในการใช้ภาษา

4.3) การพูดตาม (repetition) เป็นการสังเกตขบวนการทางภาษาว่ามีความบกพร่องในเรื่องของการได้ยิน การพูดหรือความบกพร่องระหว่างการฟัง เข้าใจภาษากับการพูด การทดสอบนี้มีความสะดวกเนื่องจากสามารถใช้ได้ในคนที่อ่านหนังสือไม่ออก วิธีทดสอบ คือ การให้ผู้ถูกทดสอบพูดตามคำที่ง่ายไปหาคำที่ยากขึ้น จนถึงประโยคที่ซับซ้อน

4.4) การค้นหาคำตอบหรือการบอกชื่อสิ่งของ (word finding or object name) โดยการให้ผู้ถูกทดสอบดูภาพหรือสิ่งของแล้วบอกชื่อสิ่งของที่เห็นหรือพรรณานาฏภาพ 4.5) การอ่านและการเขียน (reading and writing) โดยให้ผู้ถูกทดสอบอ่านหรือเขียน ประโยค ถ้าผู้ที่ถูกทดสอบเคยอ่านหรือเขียนมาแล้วไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ อาการที่อ่านไม่ได้เรียกว่า Alexias และอาการเขียนไม่ได้เรียกว่า Agraphias การทดสอบนี้มีผลกระทบจากระดับการศึกษาและความสามารถในการมองเห็น

5) การคำนวณ (calculation) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนต้องอาศัยช่วงความสนใจหรือสมาธิและระดับสติปัญญาช่วยในการที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งสองสิ่งอย่างมีระบบ ซึ่งความสามารถบางส่วนอาจเคยฝึกฝนมาก่อน เช่น การหารหรือการคูณ ซึ่งในการทดสอบอย่างง่ายที่สามารถแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยวิธีการทดสอบให้ เลขจาก 100 ไปที่ 7 หรือที่ละ 3 ไป 5 ครั้งต่อกันไปเรื่อย ๆ

6) การคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในสมองขั้นสูง ในการคิดอย่างเป็นขั้นตอน โดยการนำความรู้เก่าและประสบการณ์ รวมไปถึงระดับสติปัญญาของบุคคลนั้น ๆ มาช่วยในการคิด วิธีการทดสอบ คือ

6.1) การอธิบายความเหมือนกัน (similarity) ระหว่างคำ 2 คำ เช่น กล้ายกับส้มเหมือนกันอย่างไร คำตอบคือ “มีสีเหลืองเหมือนกัน” เป็นคำตอบที่เป็นรูปธรรม คำตอบคือ “เป็นผลไม้เหมือนกัน” เป็นคำตอบที่เป็นนามธรรม

6.2) การอธิบายความหมายสุภาษิต (proverb interpretation) เช่น น้ำขึ้นให้รีบตัก หนีเสือปะจระเข้ เป็นต้น ในการประเมินความคิดแบบนามธรรมนี้ผู้ถูกทดสอบจะต้องมีหลักเกณฑ์ในการแปลผลว่าเป็นความคิดแบบรูปธรรมและนามธรรม

7) การตัดสินใจ (judgment) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ในสมองขั้นสูง เช่นเดียวกับการคิดนามธรรม ความเสื่อมของการตัดสินใจเป็นสิ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแยกตัว การเข้าสังคมลดลง ส่งผลต่อเศรษฐกิจ วิธีการทดสอบโดยถามถึงวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า เช่น “ถ้าท่านเห็นไปหมื่นในโรงพยาบาลนตร์จะทำอย่างไร” เป็นต้น

8) ความรู้ความสามารถทั่วไป (general intelligence or general knowledge) เป็นความสามารถของระดับสติปัญญา การเรียนรู้และความจำในสิ่งที่เรียนรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้ที่ผ่านมา และความสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบันด้วย วิธีการทดสอบโดยถามความรู้ทั่ว ๆ ไป เช่น นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันชื่ออะไร หรือ ใน 1 ปี มีกี่วัน เป็นต้น

9) ความสามารถในการสร้างรูปโครงสร้าง (constructional ability) เป็นความสามารถในการวาดภาพหนึ่ง สอง หรือสามมิติ ตามรูปทรงเรขาคณิตต่าง ๆ ใช้ความสามารถในการรับรู้ทางสายตา การประสานความสามารถในการจินตนาการให้ออกมาเป็นรูปธรรม มีการทดสอบ 2 อย่าง คือ

9.1) การลอกภาพ (reproduction drawing) ให้ผู้ถูกทดสอบลอกภาพ ซึ่งเป็นรูปทรงเรขาคณิตตามตัวอย่าง เช่น การลอกรูป 5 เหลี่ยม 2 รูป โดยมีมุมซ้อนกัน 1 มุม เป็นต้น

9.2) การวาดภาพตามสั่ง (drawing to command) ให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพตามที่คุณทดสอบต้องการให้วาด เช่น วาดภาพนาฬิกาที่มีตัวเลขกำกับ เป็นต้น

## 2.4 เครื่องมือในการวัดประเมินการรู้คิด เครื่องมือที่นิยมใช้ มีดังนี้

### 1) Mini Mental State Examination (MMSE)

แบบประเมิน MMSE เป็นแบบทดสอบการทำหน้าที่ของสมองซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีหัวข้อการประเมิน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (orientation) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) การระลึกได้ (recall) และความตั้งใจ (attention) โดยในประเทศไทยได้มีการนำมาเป็นแบบประเมินที่มีชื่อว่า Thai Mental State Examination (TMSE) เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทยมากยิ่งขึ้น สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีคะแนน 23 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และมีการแปลอีกครั้งเป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE-T 2002) ที่จัดทำโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) ที่คงแก่นและความหมายของแบบทดสอบต้นฉบับภาษาอังกฤษไว้แบบ one-to-one matching โดยการเจาะลึกถึงของแก่นแท้แต่ละคำถาม คงความหมายดั้งเดิมของภาษาของคำถามไว้โดยไม่มีการตัดหรือการเติมการปรับเปลี่ยนของแต่ละคำถาม (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2542) และมีจุดเด่นที่สามารถประเมินได้กับผู้ที่ไม่มีการศึกษาถึงมีการศึกษาทุกระดับ

### 2) Cognitive Assessment of Minnesota (CAM)

แบบประเมิน CAM เป็นแบบประเมินที่ใช้สำรวจหาความบกพร่องของการรู้คิด โดยใช้เวลาเพียงสั้น ๆ ประกอบด้วย 17 แบบทดสอบย่อย ได้แก่ ช่วงความสนใจ (attention span) ความจำด้านวัน เวลา สถานที่ (memory orientation) การละเลยทางการมองเห็น (visual neglect) การตระหนักรู้ด้านเวลา (temporal awareness) การระลึกได้ การจดจำได้ (recall/recognition) ความจำจากการได้ยินและการจัดลำดับ (auditory memory and sequencing) ทักษะคณิตศาสตร์อย่างง่าย (simple math skill) และการตัดสินใจและความปลอดภัย (safety and judgement) (Burns, Mortimer, & Merckel, 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

### 3) Allen Cognitive Level Scale (ACLS)

แบบประเมิน ACLS เป็นแบบที่ประเมินเกี่ยวกับ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ (attention) การแก้ปัญหา (problem Solving) และการเรียนรู้ (learning) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบประเมิน ACLS จะสามารถแบ่งระดับความบกพร่องได้อย่างชัดเจนจากรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้ป่วย (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

### 4) Rivermead Perceptual Battery Assessment

แบบประเมิน Rivermead Perceptual Battery Assessment ใช้สำหรับการประเมินระดับของความสามารถในการรับรู้ทางการมองเห็นก่อนที่จะให้การบำบัดรักษา ประกอบด้วย ชุดการทดสอบย่อย 16 ชุดด้วยกัน คือ การจับคู่รูปภาพ (picture Matching) การจับคู่วัตถุสิ่งของ (object matching) การจดจำขนาด (size recognition) การจำเป็นเรื่องราว (series) ข้อความที่หายไป (missing article) การจัดลำดับรูปภาพ (sequencing pictures) การก๊อปปี้คำแบบซ้าย-ขวา (right/left copying words) การจับคู่สี (color matching) การก๊อปปี้แบบสามมิติ (threedimensional copying) การแยกแยะภาพและพื้น (figure-ground discrimination) Cancellation, Animal Halves, Body-image Self- identification และ Body Image (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

### 5) Dementia Rating Scale (DRS)

แบบประเมิน DRS ออกแบบมาสำหรับการวัดระดับความรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องด้านความรู้คิด ใช้ในผู้ที่มีอายุ 56 ปีขึ้นไป โดยประเมินในเรื่อง ความตั้งใจ (attention) ความคิดริเริ่ม (initiation-perseveration) การประกอบชิ้นงานหรือทำเป็นโครงสร้าง (construction) ความคิดรวบยอด (conceptualisation) ความจำ (memory) ใช้เวลาในการประเมิน 15 - 30 นาที (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ในการประเมินความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีก แบบครอบคลุมและทั่วถึง เป็นแบบประเมินที่แปลมาจากแบบประเมิน MMSE ของ Folstein et al. (1975) ที่นิยมใช้ทั่วโลก มีการเลือกใช้คำบางคำที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย ผ่านการทดสอบมาตรฐานหาความไว ความจำเพาะ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาในระดับต่าง ๆ ได้

### 3. โปรแกรมการระลึกความหลัง

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความจำลดลงนั้น คือ การเพิ่มการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้นกว่าการดูแลตามปกติ เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเฝ้าติดตามดูแลเพื่อคงรักษาความจำให้คงไว้นานที่สุด โดยการระลึกความหลังเป็นหนึ่งวิธีในการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ระลึกมองย้อนในประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต เป็นกระบวนการการคิดและมีผลต่อภาวะทางอารมณ์ การแสดงออก จากความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ผ่านมา (Okumura, 2008)

#### 3.1 ความหมายการระลึกความหลัง

การระลึกความหลัง (Reminiscence) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคนดังนี้

Webster's Night New Collegiate Dictionary (1985 cited in Burnside & Haight, 1994) ให้ความหมาย หมายถึง การระลึกความหลังว่าเป็นกระบวนการย้อนคิด ประสบการณ์หรือความเป็นจริง เหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่อยู่ในจิตใจสำนึกที่ผ่านมาในอดีต

Butler (1963) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการที่บุคคลย้อนระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมา โดยการพิจารณาถึงสิ่งที่ได้กระทำมา เป็นกระบวนการมองในมุมมองต่างๆ หลากหลายด้าน และหลายแง่มุม

Burnside (1983) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้บุคคลระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตเป็นพฤติกรรมโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุ

Wang et al. (2005) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นการนำความคิดในสิ่งต่าง ๆ ออกมาสื่อความหมายเพื่อกระตุ้นความจำและคงไว้ซึ่งเชาวน์ปัญญา และเป็นการจัดกระทำทางด้านจิตสังคม (psychosocial intervention)

พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) กล่าวว่า การระลึกความหลัง เป็นกระบวนการที่เป็น ขั้นตอน เพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทั้งที่อยู่ในรูปแบบที่มีจุดหมายและไม่มีจุดหมาย เกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะทั้งการนั่งคนเดียว มีบุคคลอื่น หรือการไปในที่คุ้นเคย

เรณู อินทร์ตา (2548) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการย้อนนึกถึงเรื่องราว หรือความทรงจำของบุคคลในอดีตกลับมา เป็นการนึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและลบเป็นทั้งสิ่งที่น่าประทับใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้ท้อแท้ ผิดหวัง และเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นการทบทวน คิดพิจารณาความทรงจำในอดีต เรื่องราวที่ผ่านมา เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น การนั่งคิดคนเดียว การพูดเล่าให้บุคคลอื่นฟัง เป็นต้น

จิติมาวรรณ บำรุงรส (2552) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ การกระทำของตนในอดีตในช่วงชีวิตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ ที่บุคคลนั้นเคยสัมผัส

จากการทบทวนความหมายทั้งหมดข้างต้น กล่าวได้ว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้บุคคลระลึกถึงเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผ่านในอดีต เป็นการจัดกระทำทางด้านจิตสังคมและเป็นพฤติกรรม โดยธรรมชาติในผู้สูงอายุจะพบการแสดงออกในหลายรูปแบบ โดยการนั่งนึกคิดคนเดียว การเล่าให้ผู้อื่นมองสิ่งของที่คุ้นเคย หรือการแสดงความคิดเห็นในสิ่งต่าง ๆ ออกมาสื่อความหมายในเรื่องราวนั้นเพื่อกระตุ้นความจำและคงไว้ซึ่งการรู้จัก

### 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การระลึกความหลังมีนักจิตวิทยาและผู้ศึกษาแนวคิดการระลึกความหลังตามทฤษฎีต่างๆได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการระลึกความหลังหลากหลายแนวคิด เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการศึกษากระบวนการการระลึกความหลังให้เข้าใจได้มีผู้อธิบายไว้ดังนี้

#### 1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพัฒนาการ (Psychoanalytic Theory)

Freud กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักมีการพัฒนาการด้านบุคลิกลักษณะนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทางด้านจิตวิทยา (psychological process) ในช่วงวัยเด็ก จะมีการนำเอาประสบการณ์และสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ผ่านมานำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) อธิบายได้ว่า การมองย้อนอดีต เพื่อสร้างความเข้าใจในปัจจุบัน ผสมผสานเหตุการณ์ และสามารถเชื่อมโยงเรื่องราวในอดีตถึงปัจจุบันได้ เหตุการณ์ในอดีตนั้นจะส่งผลต่อปัจจุบัน โดยเรื่องราวในปัจจุบันที่ซับซ้อนสะท้อนถึงภาพความเป็นไปในอดีตที่ทุกข์ยาก ดังนั้นตามแนวคิดนี้จะอธิบายถึงผู้สูงอายุระลึกความหลังเป็นการมองย้อนอดีตเชื่อมโยงเหตุการณ์ในปัจจุบัน เป็นภาพสะท้อนและสามารถกำหนดชีวิตในปัจจุบันได้ เป็นการนำสิ่งที่เรียนรู้ในอดีตมาปรับใช้ การมองตัวตนและการพัฒนาการในอดีตส่งผลต่อความสามารถในปัจจุบัน

#### 2) ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต (Life stage theory)

ผู้สูงอายุมักชอบมองย้อนอดีต ระลึกถึงเรื่องราว เหตุการณ์ที่ผ่านมาเพื่อเป็นการตรวจสอบและตัดสินใจถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติ กระทำในชีวิตที่ผ่านมาว่ามีความเหมาะสม มีคุณค่า และสิ่งที่เป็นในปัจจุบันสมหวังอย่างไรบ้าง ดำเนินชีวิตได้ถูกต้องอย่างไร ควรกระทำอย่างไรที่เป็นไปอย่างไร ในการมองย้อนอดีตนั้นจึงสามารถแสดงถึงตัวบุคคล การกระทำต่างๆ การคิดตัดสินใจ ถ้าหากผู้สูงอายุมองย้อนในอดีตแล้วทราบถึงตัวตนเอง ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงการกระทำก็สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และคงซึ่งความสามารถในการตัดสินใจ

#### 3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

ทฤษฎีความต่อเนื่องเน้นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ของผู้สูงอายุ บ่งบอกถึงนิสัย การแสดงออก และความเป็นอยู่ในชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา Hence Ruff (1982 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) มองว่าการประสบความสำเร็จต้องได้รับการฝึกฝน และสามารถผสมผสานให้เข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันของแต่ละบุคคล ดังนั้นหากเรากระตุ้นการระลึกความหลัง การมองย้อนเหตุการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยให้สามารถกระตุ้นการรู้จัก และเหตุการณ์ในปัจจุบันของผู้สูงอายุ



#### 4) ทฤษฎีทบทวนชีวิต (Life review theory)

การมองย้อนอดีตของผู้สูงอายุมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นการฝึกฝนความจำ การย้อนคิดถึงเหตุการณ์ ความรู้สึกเพื่อเพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนและการคงไว้ซึ่งความสามารถ ด้านสติสัมปชัญญะ ส่งผลต่อการปรับตัวในวัยสูงอายุ การทบทวนชีวิตในช่วงที่ผ่านมาส่งผลต่อบุคลิกภาพ อารมณ์ ความคิด การฝึกฝนการมองย้อนอดีตในผู้สูงอายุจึงคงไว้ซึ่งตัวตนนั่นเอง

การระลึกความหลังเป็นการเชื่อมโยง การประสานความคิดคล้ายกับกระบวนการจำ เช่น การลำดับเรื่องราวของบุคคลซึ่งจะต้องมีการมองย้อนถึงเหตุการณ์ ทบทวนความรู้ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ที่เคยเรียนรู้มา ใช้ทักษะและกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบให้คงที่ของกิจกรรม การปรับตัวในช่วงสูงวัย ความจำระยะยาวกับกระบวนการการระลึกความหลังในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กล่าวได้ว่าการใช้ความจำในอดีตในการของผู้สูงอายุ ช่วยทำให้การทำงานของการทำงานของรับรู้ดีขึ้น

แนวคิดการระลึกถึงความหลังมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดการทบทวนชีวิต เพื่อความสะดวกและชัดเจนในการนำไปใช้ ซึ่ง (Burnside, 1988) ได้อธิบายคุณลักษณะของการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง (Burnside, 1988 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) โดยสรุปดังนี้

1) การทบทวนชีวิต กระทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ และสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางด้านจิตวิทยา ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นบทบาทอิสระ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

2) การทบทวนชีวิตเป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytically Based Intervention) ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)

3) การระลึกถึงความหลัง เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต

4) การทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดในเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด หรือขัดแย้งเพื่อช่วยแก้ความรู้สึกเหล่านั้น และเพื่อช่วยให้มีความพร้อมในการตาย ส่วนการระลึกถึงความหลัง เป็นการคิดย้อนหลังเพียงบางส่วนของชีวิต และเน้นความทรงจำที่มีความสุข

5) การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง จะเริ่มจากการย้อนคิดถึงอดีตเหมือนกันแต่ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์และประเมินผล ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นเพียงสรุปสั้น ๆ

6) การทบทวนชีวิตจะกระทำเป็นรายบุคคล ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

7) การทบทวนชีวิตมักจะกระทำในผู้ที่มีความจำดี ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำได้ทั้งผู้ที่มีความจำดีผู้ที่มีความจำเสื่อม

8) การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการบำบัดได้เหมือนกับการระลึกถึงความหลัง

จากการทบทวนสามารถสรุปได้ว่า การระลึกความหลังเป็นการทบทวนเรื่องราวในอดีต การจัดกระทำทางด้านจิตสังคมและเป็นพฤติกรรมโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุจะพบการแสดงออกในหลายรูปแบบ โดยใช้กระบวนการสนทนารายบุคคล รวมทั้งการทำกลุ่มเพื่อช่วยกระตุ้นสถานการณ์ เหตุการณ์ในปัจจุบัน เช่นการอ่านหนังสือพิมพ์ การดูปฏิทิน การดูรูปภาพ และให้บรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่คล้ายในอดีตให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาเพื่อช่วยรักษาภาวะทางเชาว่า ปัญญาให้คงอยู่หรืออยู่ในระดับเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทนได้

### 3.3 กระบวนการกลุ่มการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการระลึกถึงความหลังมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนแบ่งกระบวนการของการระลึกถึงความหลังได้ดังนี้

3.3.1 กระบวนการระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ Burnside ประกอบด้วย 4 ระยะ (Haight & Burnside, 2005) ดังนี้

1) ความทรงจำ (remembering) เป็นการนึกถึงสิ่งที่น่าพอใจ หรือความทรงจำที่สนุกสนาน ซึ่งความจำนั้นเป็นสิ่งที่ถูกเก็บไว้ในรูปแบบของความนึกคิด คำพูด การแปลความหมาย การจัดรูปแบบ การผสมผสานทั้งสิ่งที่แสดงออกโดยคำพูดและไม่ใช้คำพูด

2) การระลึกถึง (recall) เป็นการแลกเปลี่ยนความทรงจำกับบุคคลอื่น สามารถระลึกถึงโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด

3) การทบทวน (review) เป็นกระบวนการของการคิด โดยมีการนำความทรงจำที่มีอยู่มาคิดใหม่อีกครั้ง และประเมินถึงความหมายและความสำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะบุคคล หรือแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น หรือทั้งสองอย่าง

4) การสร้างขึ้นใหม่ (reconstruction) เป็นการแก้ไขความทรงจำบางส่วน ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่พวกเขาสนุกสนาน โดยเฉพาะช่วงที่ได้แลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น ทำให้ได้มุมมองของความทรงจำในด้านใหม่ ก่อนที่จะส่งความจำนั้นเข้าสู่ความจำระยะยาว

3.3.2 กระบวนการระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ (Hamilton, 1992 อ้างถึงใน ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) คือการเลือกเหตุการณ์ ความคิดความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา

2) ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นและบอกความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคลจึงทำให้บุคคลเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

3) ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (social Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟัง และยังถือว่าเป็นการช่วยเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (self-Expression)

4) ระยะสิ้นสุดการบำบัด (closure) เป็นระยะยุติสัมพันธภาพซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเมื่อถึงกำหนดระยะเวลาที่ตกลงกันมาถึงสัมพันธภาพควรต้องยุติตามข้อตกลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกำหนดหัวข้อ จัดกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง พยาบาลสามารถกระทำได้กับผู้สูงอายุที่ภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย กระทำได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และชุมชน กระทำได้ทั้งรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม (Hamilton, 1992; Synder, 1998)

### 3.3.3 รูปแบบการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังสามารถจัดกิจกรรมได้ 2 รูปแบบ (Hamilton, 1992; Snyder, 1998) ดังนี้

1) การระลึกความหลังเฉพาะรายบุคคล (one-to-one Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเฉพาะราย โดยผู้สูงอายุแสดงความคิด เล่าเหตุการณ์ถึงความหลัง ความรู้สึกในอดีต อาจจะมีประเด็นหรือไม่มีประเด็นกำหนดในการสนทนาไว้ชัดเจนก็ได้ และพยาบาลจะต้องมีบทบาทแสดงถึงการเป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุด้วยสีหน้า ท่าทาง และทางความรู้สึกด้วย การระลึกความหลังรายบุคคลนี้จะส่งผลถ้าจำนวนครั้งในการระลึกมากเฉลี่ย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เวลาในการระลึกความหลังประมาณ 30 นาที เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีบุคลิกขี้อาย มีความบกพร่องทางความคิด (Snyder, 1998)

2) การระลึกความหลังแบบรายกลุ่ม (group Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังร่วมกันเป็นกลุ่ม มีรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้

2.1) ขนาดของสมาชิกในกลุ่ม ในการกำหนดขนาดของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงออกถึงความคิดเห็น ความรู้สึกระลึกถึงความหลัง โดยถ้าสมาชิกในกลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไปจะส่งผลให้ผู้สูงอายุบางคนไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง แต่ถ้ามีขนาดเล็กเกินไปทำให้การระลึกความหลังไม่มีความหลากหลาย ดังนั้นขนาดสมาชิกแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 4 – 10 คน

2.2) จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ควรจัดประมาณ 5 – 10 ครั้ง

2.3) ระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที

2.4) ระยะเวลาทั้งหมด 8 – 10 สัปดาห์ โดยความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มประมาณ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยในการจัดกิจกรรมการระลึกความหลัง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อวัดผลไม่พบความแตกต่างกัน (Lappe, 1987)

2.5) สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการระลึกความหลังและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น บรรยากาศเงียบสงบ สถานที่ที่กว้างพอสำหรับผู้สูงอายุสะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาจจะต้องตกแต่งสถานที่ด้วยอุปกรณ์ย้อนอดีตตามความเหมาะสมในการสนทนาแต่ละประเด็น เช่น เมื่อสนทนาในเรื่องวันสงกรานต์ อาจจะมีขันน้ำใส่น้ำอบมาวางเป็นต้น

2.6) มีการกำหนดประเด็นในการสนทนาและกิจกรรมการกระตุ้นการระลึกความหลังในแต่ละครั้ง เริ่มตั้งแต่การแนะนำสมาชิกในกลุ่ม ประเด็นจะเริ่มจากง่าย ๆ และเพิ่มรายละเอียดขึ้นเรื่อย ๆ เช่น เริ่มจากสมัยเด็ก อาจพูดเกี่ยวกับสถานที่เกิด ครอบครัว เป็นต้น

2.7) การจัดการระลึกความหลังแบบรายกลุ่ม ต้องมีกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และมีการกำหนดข้อตกลงกันภายในกลุ่ม

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกระบวนการระลึกความหลังตามแนวคิดของ Burnside (Haight & Burnside, 2005) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ความทรงจำ การระลึกถึง การทบทวน และการสร้างชิ้นใหม่ เป็นกระบวนการที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน สะดวกในการนำไปใช้มาประยุกต์ใช้ โดยเลือกใช้รูปแบบกิจกรรมรายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นการแสดงความคิดเห็นในการระลึกความหลัง มีประเด็นหลากหลาย เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้สามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไข นำมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม และกระตุ้นการคิด การรู้จักคิด

การบำบัดด้วยการระลึกความหลังเป็นการเรียนรู้ชีวิตที่ผ่านมา โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและผู้บำบัด เพื่อนำเหตุการณ์ที่น่าประทับใจมาช่วยฟื้นฟูและพัฒนาความจำ โดยการบำบัดด้วยการระลึกความหลังมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ดังนั้นจากงานวิจัยที่กล่าวมา และเอกสารที่เกี่ยวข้องการกระตุ้นการรู้จักคิดสามารถฝึกโดยจัดรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการฝึกความจำ การจดจำ การแก้ปัญหา การรับรู้ข้อมูลใหม่ และจัดสภาพแวดล้อม โดยผลจากของบำบัดการระลึกความหลังสามารถช่วยกระตุ้นการรู้จักคิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดการระลึกความหลังมาสร้างโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้จักคิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### 3.4 โปรแกรมการระลึกความหลัง

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการระลึกความหลังที่ได้ ออกแบบขึ้นเพื่อช่วยกระตุ้นการรู้จักคิด โดยใช้แนวคิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง ของ Burnside (1983) ร่วมกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังตามงานวิจัย ของ Chung (2009) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและสมาชิกด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยการบอกถึงวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง กระบวนการดำเนินการดำเนินของโปรแกรมร่วมกันทำข้อตกลง กฎเกณฑ์ของกลุ่ม แนะนำตนเองและระลึกถึงถึงประวัติของตนเองนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสังเกตถึงบุคลิกภาพและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละบุคคล สังเกตอารมณ์ การแสดงออก การรับรู้ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยมีหน้าที่สร้างความไว้วางใจและความปลอดภัยในการเข้าร่วมโปรแกรมให้สมาชิกในกลุ่มทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืมและความประทับใจในประเพณีหรือศาสนาโดยระลึกสัปดาห์ละ 1 ประเด็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์จะเป็นการกระตุ้นความจำ การรับรู้ การคิด

จินตนาการ ดังนั้นผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ยอมรับโดยใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจและคำชมเชย และสรุปกิจกรรม ทำในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา บันทึกการสนทนาและสรุปกิจกรรม ทำในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 7

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิต เป็นการทบทวนวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นขั้นตอนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยต้องแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบล่วงหน้า มีการสรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้น ประโยชน์สิ่งที่ได้รับจากการร่วมโปรแกรมครั้งนี้ และหลังสิ้นสุดการร่วมโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็น ให้สมาชิกได้ซักถาม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย และประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทาย และประเมินการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์ และกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและประเมินการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุดลง 4 สัปดาห์ กล่าวขอบคุณและทำการยุติสัมพันธภาพ

#### 4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการรับรู้ การวางแผน การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในความสามารถของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจมีความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุคงความสามารถของสมองไว้นานที่สุดและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ

##### 4.1 หลักการในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่สุด คือการดูแลทางด้านสุขภาพ โดยทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถทำกิจกรรมต่าง คงความสามารถทางด้านภาวะทางเซาว์ ปัญญา และการให้การบริการการดูแลทางสังคมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ปรัชญาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานพยาบาลซึ่ง Deely and Doman (2000 อ้างใน ศิริพันธ์์ สาสัตย์, 2554) ที่แนะนำว่า ควรมีความยืดหยุ่นและความปลอดภัย และบรรยากาศในสถานพยาบาลไม่ควรถูกกำหนดโดยการกระทำของเจ้าหน้าที่ที่ดูแล โดยเจ้าหน้าที่ที่ดูแลต้องได้รับการอบรมอย่างถูกต้อง และควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเอง การดูแลนั้นจะมุ่งเน้นที่คุณภาพ ควรเปิดกว้างสำหรับแนวทาง ความคิดทางเลือกใหม่ ๆ เพื่อจะนำไปสู่การดูแลที่ได้รับมาตรฐานสูงขึ้น

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะ ใช้หลักกระบวนการพยาบาล (nursing process) เช่นเดียวกับการพยาบาลผู้ป่วยโดยทั่วไป คือ การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ยกเว้นเพียงขั้นตอนที่มีรายละเอียดปลีกย่อยดังนี้ (ศิริพันธ์์ สาสัตย์, 2554: 160 - 161)

1) การประเมิน (assessment) จะมีการประเมินทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลในด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (psychological) สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic status) สิ่งแวดล้อม (environment) และเครือข่าย (network) เพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล

2) การวางแผน (planning) เป็นขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลที่ต้องสอดคล้องกับระยะของโรค ความรุนแรงและความสามารถของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เนื่องจากอาการจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ การให้การพยาบาลจะมีระดับเพิ่มสูงขึ้นจากระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงทำให้ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นเช่นกัน

3) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing) การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับรวบรวมข้อมูลว่ามีความบกพร่องหรือความสามารถด้านใดที่ต้องการความช่วยเหลือและส่วนใดยังคงช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งมีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

3.1) ดำรงความสมดุลทางร่างกาย การพยาบาลเพื่อรักษาภาวะสมดุลในร่างกายจากภาวะการขาดสารอาหาร การดูแลการพักผ่อนที่เพียงพอ การบกพร่องทางการเห็นหรือ

การได้ยินในควรรหาสาเหตุและอุปกรณ์อื่นที่ทดแทน การบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

3.2) ด้านกิจวัตรประจำวัน ควรจัดให้มีตารางกิจกรรมว่าในแต่ละวันต้องทำอะไรบ้างและใช้เวลาอะไร เมื่อมีการจัดกิจกรรมนั้น ๆ ควรมีบุคคลมาเตือนหรือบางครั้งต้องเข้าไปช่วย

3.3) การจัดสภาพแวดล้อม การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรจัดอยู่ในที่สงบ ไม่มีเสียงรบกวนและไม่มีสิ่งรบกวนที่ทำให้แปลภาพผิด เพราะผู้สูงอายุนี้จะถูกกระตุ้นได้ง่าย ห้องควรมีแสงสว่างที่พอเพียง ทีวีนาฬิกา ปฏิทินที่มองเห็นได้ชัดและไม่ควรมีอุปกรณ์ที่มีอันตราย บุคลากรที่เข้าไปปฏิบัติงานหรือดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ควรเป็นคนเดิมที่คุ้นเคย เพราะความแปลกหน้าจะทำให้เกิดความกลัว ไม่ไว้วางใจและวิตกกังวลได้ เมื่อเข้าไปดูแลควรมีการแนะนำตัว บอกให้ทราบว่าจะทำอะไร นอกจากนี้ควรกระตุ้นและช่วยให้รับรู้ วัน เวลา สถานที่ โดยบอกกับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว

3.4) ด้านจิตใจและอารมณ์ ควรหลีกเลี่ยงการทดสอบความจริงกับผู้สูงอายุ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจควรเป็นการให้กำลังใจ สนับสนุนและความมั่นใจในด้านการสร้างสัมพันธภาพ ควรใช้เวลากับผู้สูงอายุ เรียกชื่อให้ถูกต้อง ใช้คำง่าย ๆ ประโยคสั้น ๆ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารได้ให้สังเกตจากสีหน้าหรืออาจสื่อความหมายด้วยการสัมผัส

3.5) ดำรงสภาวะหน้าที่ที่ยังไม่บกพร่อง การจัดกิจกรรมที่กระตุ้นหรือช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถต่อไป เช่น จัดให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกตามที่เคยทำ หาโอกาสให้ได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ให้มีโอกาสพบปะผู้อื่น ได้ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ รวมถึงกิจกรรมสนทนา การอื่น ๆ

3.6) การช่วยเหลือครอบครัว ครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอาการ และลักษณะอาการที่แสดงออกมีผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลมาก เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละรายมักป่วยเรื้อรังและสูญเสียความสามารถตามระยะของโรค ดังนั้นควรให้การพยาบาลกับครอบครัวคือ ช่วยให้ครอบครัวตระหนักและยอมรับสภาพทั่วไป สภาพความสูญเสียหรือความบกพร่องที่เกิดขึ้น อธิบายให้รับรู้ ยอมรับขอบเขตความสามารถของการรักษาทางการแพทย์ และให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การปฏิบัติดูแลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุแต่ละราย

#### 4.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การให้การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะต้องมีการวางแผนและคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าถึงอนาคตและการดำเนินของโรคของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น เพื่อที่จะให้การพยาบาลที่เหมาะสมอำนวยความสะดวก ทันทีที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด มีระบบการช่วยเหลือที่เหมาะสม การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) จะต้องสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546)

1) การรวบรวมข้อมูล พยาบาลสามารถซักประวัติและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและการสอบถามจากผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดได้ดังนี้

### 1.1) ข้อมูลจากการสังเกต ได้แก่

- ระดับความรู้สึกตัว เช่น สับสน เฉยเมย
- สติปัญญาทั่วไป เช่น สุขภาพ อนามัยทางร่างกาย
- การถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า
- ภาษาที่ใช้ เช่น ใช้สรรพนามผิด พูดเป็นประโยคไม่ได้
- ความจำ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทบทวนสิ่งที่จำในเมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา แต่สามารถทบทวนความจำเหตุการณ์ในอดีตได้
- ความสามารถในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ความเข้าใจ การอธิบายสิ่งต่าง ๆ การโต้ตอบ

### 1.2) ข้อมูลจากการสอบถามผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิด ได้แก่

- ด้านพฤติกรรม การแสดงออกในกิจกรรมการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การติดต่อกับผู้อื่น และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรบกวนกลางคืน และพยายามออกไปนอกบ้าน
- ด้านอารมณ์ การแสดงออกทางความรู้สึก เช่น การสอบถามว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร อะไรบ้างที่ทำให้เป็นกังวลหรือหงุดหงิด
- ด้านสติปัญญา ความจำ เช่น สอบถามความจำในปัจจุบัน ความจำในอดีต ความสามารถในการจำหนังสือ เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง
- ด้านสังคม เช่น ครอบครัวมีประวัติการป่วยทาง cognitive disorders หรือไม่ และควรถามถึงอุปนิสัยและกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติมาก่อน

2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ จากข้อมูลที่รวบรวมได้ของผู้ป่วยแต่ละรายสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรสำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม cognitive disorders ซึ่งมีปัญหาทางการแพทย์หลากหลาย เช่น

- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
- เสี่ยงกับการเกิดอุบัติเหตุได้สูง
- มีความวิตกกังวลสูงหรือมีอาการซึมเศร้า
- ความสามารถในการปฏิบัติตัวทางสังคมบกพร่อง
- สูญเสียความสามารถในการจัดการปัญหาหรือการเผชิญปัญหา
- ปริมาณสารน้ำและสารอาหารในร่างกายไม่พอเพียง

โดยปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม (behavior disturbance) ปัญหาทางด้านจิต (psychiatric symptom) ปัญหาทางด้านการติดต่อสื่อสาร (communication problem) ระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง (increase dependence) ปัญหาทางด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม (environment safety issue) ปัญหาการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกหมายถึงวิธีการที่ผู้สูงอายุพยายามจะสื่อสาร ดังนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่คอยสังเกตเป็นนักสืบที่ดี (be a good detective) โดยการสืบค้นร่องรอยความผิดปกติ พฤติกรรมการแสดงออกที่



ปรากฏขึ้น เพื่อหาความหมายของพฤติกรรมเหล่านั้น และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554)

#### 4.3 สิ่งที่ควรตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554: 162 - 163)

- 4.3.1 ตั้งจุดมุ่งหมาย เพื่อให้บรรลุการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว
- 4.3.2 ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคนมีบุคลิกลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน
- 4.3.3 อาการสมองเสื่อมอาจแตกต่างกัน ยกเว้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย
- 4.3.4 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมี ผู้ป่วยแฝง (hidden patient) อยู่เสมอ เช่น ผู้ดูแล ญาติ
- 4.3.5 การวางแผนการให้การพยาบาล ควรมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล
- 4.3.6 ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ที่อ่อนแอ บอบบาง ขาดความมั่นคงทางจิตใจและสังคม
- 4.3.7 การกระทำใด ๆ กับผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องได้รับอนุญาตจากบุคคลที่เหมาะสม
- 4.3.8 ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถสนุกสนานเพลิดเพลินได้ โดยที่ไม่มีความจำ
- 4.3.9 ความจำที่หลังสุดจะเป็นสิ่งแรกที่ลืม (last in, first out)
- 4.3.10 ควรให้ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำหรือฟื้นฟูสภาพพอประมาณ ไม่มากเกินไป
- 4.3.11 อาการป่วยของผู้ป่วยจะพัฒนาไปในทางที่เสื่อมลง
- 4.3.12 ควรหาทางแก้ไขปัญหาในทางที่สร้างสรรค์
- 4.3.13 ปรับสภาพแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วย มากกว่าปรับผู้ป่วยให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม
- ผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ เนื่องจากมีความต้องการระดับการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค และส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคมตามมานั้น พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการดูแลการให้การพยาบาล ยังมีหน้าที่ในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานกับทีมสาขาวิชาชีพอื่นนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือ การแก้ปัญหาได้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและคงไว้ซึ่งการรู้จักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้นานที่สุด

## 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน เป็นภาวะที่ทำให้เกิดการรู้คิดที่เปลี่ยนไปเสื่อมถอยลง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเสื่อมที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโดยทางตรง และอาจจะมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ร่วมด้วยดังนี้

5.1 อายุ พบว่า ยิ่งมีอายุสูงมากขึ้น โอกาสเกิดอาการสมองเสื่อมจะมากขึ้น ทำให้การรู้คิดลดลง โดยเฉพาะในช่วงอายุระหว่าง 65-85 ปี ส่วนในช่วงอายุเกิน 85 ปี แล้ว หรืออายุต่ำกว่า 65 ปี ยังสรุปไม่ได้แน่นอน

5.2 เพศ พบว่าเพศหญิงเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย หรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติของฮอร์โมน หรือในบางประเทศระบุว่าเพศหญิงอาจมีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย

5.3 เศรษฐฐานะ โดยทั่วไปพบว่า ความชุกของอาการสมองเสื่อมมักพบได้ในผู้ที่อยู่ในเศรษฐานะต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุหลายอย่าง โดยเฉพาะการศึกษาที่ต่ำทำให้การตอบแบบสอบถามต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจการทำงานขั้นสูงของสมอง (Higher cortical function) ทำได้ไม่ดี ทำให้อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น รวมทั้งที่อยู่อาศัย การศึกษาความชุกของอาการสมองเสื่อมส่วนมากทำในเมืองใหญ่ จึงเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบว่าผู้อยู่ในเมืองหรืออยู่ในชนบทจะเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่ากัน

5.4 กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ประวัติของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ในครอบครัว ประวัติ Down's syndrome และความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ในครอบครัว ความผิดปกติทางพันธุกรรมของ Apo lipoprotein E

5.5 โรคหรือสภาวะอื่น ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยง พบว่า อาการสมองเสื่อมพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภัยอันตรายของสมอง หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ส่วนผู้ป่วยหญิงที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) พบว่าการเกิดอาการสมองเสื่อมลดน้อยลงภาวะสมองเสื่อมมีทั้งสาเหตุที่สามารถบำบัดให้หายขาดได้ และหายขาดไม่ได้

5.6 บุคลิกภาพของบุคคลและอิทธิพลจากสังคม บุคลิกภาพส่วนบุคคลมีผลต่อความสามารถด้านการรู้คิดในทุกกลุ่มอายุ มีผลต่อความสามารถด้านการรู้คิด คือสถานะทางเศรษฐกิจสังคมในอดีตและปัจจุบัน (Turrell et al., 2002 cited in Miller, 2009) โดยพบว่า การรับรู้ในตนเองและความคาดหวังต่อตนเองเป็นลักษณะสำคัญของทักษะการรู้คิด เช่น ความเชื่อในความสามารถของแต่ละบุคคลทำให้ระดับความสามารถในการรู้คิดแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความสามารถในการรู้คิด (Ball & Birge, 2002 cited in Miller, 2009) สำหรับอิทธิพลทางสังคมนั้น พบว่า ความคาดหวังที่ลดลงและการแบ่งแยกผู้สูงอายุกับวัยอื่น ๆ ในสังคมสมัยใหม่จะเป็นผลทางลบกับความสามารถในการรับรู้ มีการศึกษาระบุว่าสังคมที่พัฒนาขึ้นกับความพร้อมของความจำเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และถือเป็นกระบวนการปกติ และจากการที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อด้านลบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับตนเอง (Dark-Freudeman et al., 2006 cited in Miller, 2009) การรับรู้เช่นนี้ทำให้เกิดความพร้อมต่อความสามารถด้านการรู้คิด

อย่างไรก็ตามการฝึกความจำสามารถช่วยเปลี่ยนความเชื่อผิด ๆ และเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดได้ (Hess, 2006 cited in Miller, 2009)

5.7 การได้รับสารอาหารและสารเคมี การได้รับสารอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิด คล้ายกับการทำงานด้านความจำ โดยไม่เกี่ยวข้องกับอายุ เช่น Beta-carotene, Vitamins B, vitamin C สารอาหารเหล่านี้จะมีผลต่อการรู้คิด (Calvaresi & Bryan, 2001 cited in Miller, 2009) การศึกษาในปัจจุบัน พบว่า มีการเติมวิตามินอี ใส่ลงไปในการหรือจัดทำในรูปอาหารเสริมมากขึ้นเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุ (Ortega, 2002 cited in Miller, 2009) และมีการศึกษาผลของ Choline และ Lecitin พบว่า การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโคลีนและเลซีติน จะสามารถช่วยเพิ่มระดับโคลีนในพลาสมาได้ ปัจจัยด้านสารเคมีมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์ กับการรู้คิดแต่ไม่เฉพาะเจาะจงตามอายุ พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางจะรบกวนความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะไปรบกวนสมรรถนะความสามารถในด้านเชาว์ปัญญา (Miller, 2009)

5.8 การรับรู้ความรู้สึกและปัจจัยด้านสุขภาพ การรับรู้จะขึ้นโดยตรงกับการนำเข้าความรู้สึก (sensory input) ซึ่งขอบเขตการรับรู้นี้จะเปลี่ยนแปลงตามปริมาณข้อมูลที่ได้รับจากการได้ยินและการมองเห็น โดยการได้ยินหรือการมองเห็นที่เสื่อมลงจะมีผลต่อความสามารถในการฟัง ซึ่งการรับรู้ในแต่ละคนจะเสื่อมมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (Fozard & Gordon-Salant, 2001 cited in Miller, 2009) และโรคเรื้อรังหรือปัญหาทางด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ ตัวอย่างโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โรคเบาหวานหรือมีความเสื่อมของการทนต่อกลูโคส ภาวะสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อความสามารถด้านการรู้คิด ส่งผลให้ความสามารถด้านการรู้คิดลดลง (Backman et al., 2001 cited in Miller, 2009) และภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดความคิดในแง่ลบกับตนเอง มีผลต่อความใส่ใจและสมาธิลดลง ส่งผลต่อความสามารถด้านการรู้คิดด้วย (Miller, 2009)

5.9 ผลจากการใช้ยา การใช้ยาของผู้สูงอายุซึ่งอาจจะได้รับจากภาวะเจ็บป่วย การใช้ยาตามใบสั่งแพทย์หรือการหาซื้อรับประทานเองล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรู้คิด เช่น การใช้ยา Anticholinergic ซึ่งหาซื้อได้ง่าย ยานี้จะมีผลต่อความจำและการรู้คิด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดอารมณ์หวั่นไหวได้ง่าย ตัวอย่างยา เช่น Atropine, Benztropine, Dicyclomine, Flavoxate และ Trixyphenidyl (Tune, 2001 cited in Miller, 2009)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวความคิดการระลึกความหลัง เพื่อกระตุ้นการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

สุตารัตน์ ปุณโณทก (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีระดับคะแนนความสามารถด้านการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Tadaka & Kanagawa (2004) ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการระลึกความหลังพบว่าสามารถเพิ่มการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ แต่เมื่อวัดผลหลังการได้รับโปรแกรมอีก 6 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Wang, Hsu & Chung (2005) ศึกษาผลของการนำการระลึกความหลังมาใช้ในการบำบัดที่มีต่อภาวะจิตใจในผู้สูงอายุชาวไต้หวัน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 48 คนที่พักอาศัยในสถานพักฟื้น โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 23 คน และกลุ่มทดลอง 28 คน เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังโดยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ประสบการณ์ที่ผ่านมาในวัยเด็ก วัยทำงาน อาศัยรูปภาพ เสียงเพลงเป็นสื่อสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ปรับสภาวะทางจิตใจและการรับรู้ตนเองของผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นดีขึ้น

Woods et al (2005) ได้นำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้ในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีการรู้คิด พฤติกรรม และการสื่อสารดีขึ้น

Ito, et al (2007) ศึกษาการใช้การระลึกความหลังแบบรายกลุ่มในผู้สูงอายุสมองเสื่อมชนิดขาดเลือดร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยการให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังตามลำดับการพัฒนาการของชีวิต หัวข้อที่ระลึก ได้แก่ ความทรงจำวัยเด็ก ของเล่น หนึ่งวันที่โรงเรียน ชีวิตการทำงาน การแต่งงาน วันเกษียณอายุ ฤดูกาลในอดีต งานเทศกาลใช้ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกความหลัง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า สามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิด และพฤติกรรมได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wang, et al (2007) ได้นำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 77 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน กลุ่มทดลองจำนวน 38 คน การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ประสบการณ์ในวัยเด็ก เทศกาลวันสำคัญ อาหารและเพลงที่ชอบ ประกอบกับรูปภาพ และเสียงเพลงเป็นสื่อ พบว่า สามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Chung (2009) ศึกษาผลของการนำการระลึกความหลังมาใช้บำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับกลุ่มวัยหนุ่มสาว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 49 คน โดยการสนับสนุนให้เข้ากลุ่มการระลึกความหลังเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการบำบัดมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูล การพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต ดำเนินโปรแกรมแบ่งเป็นขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) และสรุปเหตุการณ์ พบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสามารถคงไว้ในระดับการรู้คิดและช่วยลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการระลึกความหลัง ตามแนวคิดของ Burnsild (1983) และ Chung (2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์** การสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง กระบวนการการแนะนำตนเอง และการระลึกถึงชีวประวัติของผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร** การเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม และความประทับใจในประเพณีหรือศาสนา

**ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน** การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

**ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์** อภิปรายโปรแกรม สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ประโยชน์และสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

การรู้คิดของ  
ผู้สูงอายุสมอง  
เสื่อม

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ (quasi-experimental research with repeated measures control group design research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในสถานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน มีการรู้คิดในระดับเดียวกัน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน ในกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 - 5 คน ทำกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์

#### แบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O1-----X -----O2 ----- O3 ----- O4
กลุ่มควบคุม	O5-----O6 ----- O7----- O8
X	หมายถึง โปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานพยาบาล
O1	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง
O2	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที
O3	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
O4	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
O5	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง
O6	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองทันที
O7	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
O8	หมายถึง การประเมินการรู้คิดของกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวของภาคเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน นำมาคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มกลุ่มควบคุม 20 คน พร้อมจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน มีคะแนนการรู้คิดไม่แตกต่างกันเกิน 5 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ เป็นต้น

2. ไม่เป็นโรคจิตประสาท สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี

3. มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง ตามคำวินิจฉัยของแพทย์

4. ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ และแพทย์เจ้าของไข้เข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ไม่ครบ

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วย หลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลอง ของ Polit & Beck (2004) ที่กล่าวว่า หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน มีคะแนนการรู้คิดไม่แตกต่างกันเกิน 2 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน (ไม่ได้รับการศึกษา, ระดับประถมศึกษา และระดับสูงกว่าประถมศึกษา) โดยผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ ตามคุณสมบัติคล้ายคลึงกันข้างต้นจนครบจำนวน 20 คู่

ตารางที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการจับคู่ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ คะแนนการรู้คิด

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	คะแนนการรู้คิด	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	คะแนนการรู้คิด
1	ชาย	75	ประถม	20	ชาย	73	ประถม	20
2	ชาย	80	มัธยม	21	ชาย	79	มัธยม	21
3	หญิง	80	ปริญญาตรี	22	หญิง	79	มัธยม	22
4	ชาย	74	ปริญญาตรี	23	ชาย	75	อนุปริญญา	23
5	ชาย	73	ปริญญาตรี	21	ชาย	72	ปริญญาตรี	21
6	หญิง	76	ประถม	20	หญิง	74	ประถม	20
7	หญิง	77	มัธยม	21	หญิง	73	มัธยม	21
8	หญิง	80	ประถม	18	หญิง	79	ประถม	18
9	ชาย	79	ประถม	16	ชาย	79	ประถม	16
10	หญิง	80	ประถม	12	หญิง	79	ประถม	12
11	ชาย	79	มัธยม	22	ชาย	77	มัธยม	22
12	หญิง	83	มัธยม	20	หญิง	80	มัธยม	20
13	ชาย	77	ปริญญาตรี	18	ชาย	75	อนุปริญญา	18
14	ชาย	70	มัธยม	16	ชาย	69	มัธยม	16
15	ชาย	82	ปริญญาตรี	22	ชาย	80	อนุปริญญา	22
16	หญิง	70	มัธยม	19	หญิง	69	มัธยม	19
17	หญิง	75	มัธยม	19	หญิง	73	มัธยม	18
18	ชาย	80	ประถม	20	ชาย	78	ประถม	20
19	ชาย	80	ประถม	18	ชาย	78	ประถม	16
20	ชาย	82	ประถม	20	ชาย	79	ประถม	20



## เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังต่อไปนี้

### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เป็นแบบประเมินการรู้คิด ที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975) เป็นที่นิยมใช้ทั่วไป และเป็นแบบทดสอบที่สามารถใช้กับบริบทของผู้สูงอายุไทย สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) (ดูรายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก)

ลักษณะของแบบทดสอบมี จำนวน 11 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในส่วนต่าง ๆ โดยการประเมินจาก

1) การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (orientation for time) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน

2) การรับรู้สถานที่ (orientation for place) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน

3) การบันทึกความจำ (registration) โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ถ้าตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน

4) การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (attention/calculation) โดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจจาก 100-7 ซ้ำไปเรื่อย ๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกได้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทำการประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ) คะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน

5) การทดสอบความจำระยะสั้น (recall) โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสิ่งของที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อที่ 3 ตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน

6) การบอกชื่อสิ่งของ (naming) โดยให้ผู้สูงอายุดูสิ่งของ 2 อย่าง หากบอกได้ถูกต้องว่าของสิ่งนั้นคืออะไร ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 2 คะแนน

7) การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (repetition) โดยให้ผู้สูงอายุฟังประโยค 1 ประโยคแล้วให้พูดทวนทวนประโยคที่ได้ยิน หากพูดทวนทวนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 1 คะแนน

8) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (verbal command) โดยให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน หากทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ในแต่ละ 1 ขั้นตอน

9) การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่อ่าน (written command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านและทำตามคำที่กำหนด หากอ่านและทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

10) ทดสอบการเขียน (writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมาย 1 ประโยค ซึ่งประโยคต้องประกอบด้วย ประธาน กริยา กรรม อ่านแล้วเข้าใจ มีความหมาย หากเขียนได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

11) ทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (visuoconstruction) โดยให้ผู้สูงอายุนำวัสดุรูปห้าเหลี่ยมตามตัวอย่างที่กำหนด หากวาดได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

### คุณภาพเครื่องมือ

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้วิเคราะห์ค่าความตรงและความเที่ยงของแบบทดสอบโดยการ นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปจำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 คน
- 2) ผู้สูงอายุปกติ ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 95 คน
- 3) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 377 คน
- 4) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 142 คน

จากนั้นนำผลการทดสอบจากผู้สูงอายุทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบหาค่าความไว ความจำเพาะ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 81.1

2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.8

3) ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6

การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบสอบถามในข้อที่ 4, 9 และ 10) คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน)

2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน)

3) ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำหมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่เป็นที่นิยมใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันและไม่มีข้อจำกัดทางด้านการศึกษาของผู้สูงอายุเพื่อการประเมินการรู้คิด

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการระลึกความหลังโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอนและแนวทางการเลือกเหตุการณ์ การค้นหาความหมายและการแลกเปลี่ยนความคิด จากแนวคิดของ Chung (2009) ร่วมกับกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีต จากแนวคิดของ Burnside (1983) มาสร้างโปรแกรมระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมีขั้นตอนการพัฒนาและการดำเนินโปรแกรมดังนี้

2.1 ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง

2.2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโครงสร้างของโปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วยหลักการและเหตุผลในการทำกิจกรรมขั้นเตรียมการ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

2.3 กำหนดขั้นตอนในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลังประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ของ Chung (2009) คือ

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยการบอกถึงวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง กระบวนการดำเนินการดำเนินของโปรแกรมร่วมกันทำข้อตกลง กฎเกณฑ์ของกลุ่ม แนะนำตนเอง และระลึกถึงถึงประวัติของตนเองนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม และความประทับใจในประเพณีหรือศาสนาโดยระลึกสัปดาห์ละ 1 ประเด็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์จะเป็นการกระตุ้นความจำ การรับรู้ การคิดจินตนาการ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิต เป็นการทบทวนวัตถุประสงค์ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม มีการสรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้น ประโยชน์สิ่งที่ได้รับจากการร่วมโปรแกรมครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ให้สมาชิกได้ซักถาม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 เป็น ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทาย และให้ผู้ช่วยวิจัย ประเมินการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและผู้ช่วยวิจัย ประเมินการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุดลง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและทำการยุติสัมพันธภาพ

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันเนื่องจากภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ดังนั้นเมื่อมีการกระตุ้นความจำเกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้แบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL index ที่ปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) มาประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองมีทั้งหมด 10 ข้อ (ดูรายละเอียดเครื่องมือในภาคผนวก) ผู้วิจัยประเมินคะแนนแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนและหลังการทดลองทันที โดยพบว่าค่าคะแนนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ โปรแกรมการระลึกความหลัง และสื่อการสอนซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และนักกิจกรรมบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และรูปแบบที่ใช้ โดยยึดหลักเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 4 ใน 5 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

ผลของการตรวจสอบความตรงข้อเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ปรับปรุงเนื้อหาและจัดเรียงลำดับเหตุการณ์กิจกรรมของโปรแกรมการระลึกความหลัง เช่น เรียงลำดับการระลึกความหลังในแต่ละช่วงวัยโดยเรียงลำดับจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงานจนถึงวัยชรา และปรับประเด็นการระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ระลึกถึงวันสำคัญทางศาสนา ปรับเป็นการระลึกความหลังในศาสนาและพิธีกรรมที่ผู้สูงอายุนับถือ

2. ปรับเพิ่มกิจกรรมและอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกนอกจากการเล่าเหตุการณ์ระลึกความหลัง ปรับเป็นเปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถต่อเหตุการณ์นั้น เช่น การร้องเพลง การวาดภาพ เป็นต้น และมีการใช้เสียงเพลง วัสดุทัศน สื่ออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในกิจกรรมมาจัดตกแต่งสถานที่

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุเสมอ ผลพบว่า กิจกรรมมีความชัดเจนมากขึ้น และเนื้อหาประเด็นผู้สูงอายุมีความเข้าใจดีขึ้น

ส่วนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – T) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานผ่านการนำมาใช้ในบริบทของไทยมาก่อนผู้วิจัยจึงไม่ได้ส่งไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

2. การหาความเที่ยง (reliability) การทดลองใช้ นำโปรแกรมการระลึกความหลังนำเครื่องมือที่ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปหาค่าความเที่ยงโดยการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – T) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – T) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index โดยใช้สรรพประสิทธิ์ Cronbach's alpha มีค่าเท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ที่สถานดูแลระยะยาวภาคเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

### ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการระลึกความหลัง สื่อการสอนแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE - Thai 2002) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index

#### 2. การเตรียมผู้วิจัย

2.1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกความหลัง โดยศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมในผู้สูงอายุ การระลึกความหลังโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการและงานวิจัย

2.2 ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรม และการจัดกิจกรรมภายใต้การควบคุมดูแล และให้คำแนะนำจากอาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาการระลึกความหลัง

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้บริหารสถานดูแลระยะยาว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และศึกษาแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสมองเสื่อมในในระดับสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง โดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE - T 2002) โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการคัดกรอง และผู้วิจัยหลักสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

5. จัดปายประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการการวิจัยผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### ขั้นดำเนินการทดลอง

#### 1. กลุ่มควบคุม

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 แนะนำตนเองสร้างสัมพันธ์ภาพแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) โดยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลระยะยาว พร้อมทั้งนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 หลังการทดลองทันที ครั้งที่ 3 หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10) และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 12) และประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และขอขอบคุณผู้สูงอายุพร้อมยุติสัมพันธ์ภาพ

## 2. กลุ่มทดลอง

การวิจัยครั้งนี้จัดโปรแกรมการระลึกความหลังโดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์ และทำการประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ เป็นระยะติดตามผล โดยผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่และเตรียมอุปกรณ์เกี่ยวกับการระลึกความหลังตามประเด็นเหตุการณ์ของแต่ละสัปดาห์ โดยตกแต่งห้องที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมระลึกถึงความหลังด้วยเฟอร์นิเจอร์และสิ่งของเครื่องใช้โบราณ เช่น เฟอร์นิเจอร์เป็นเก้าอี้ไม้ลายโบราณ ชุดจีนกี่เพ้า ชุดผ้าไหม ลูกคิด และภาพเหตุการณ์ในอดีตแสดงบนผนังห้อง เป็นต้น โดยได้รับการอนุญาตจากผู้บริหารสถานดูแลระยะยาว และดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยแนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยทบทวนถึงประวัติของตนนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสังเกตถึงบุคลิกภาพและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละบุคคล สังเกตอารมณ์ การแสดงออก การรับรู้ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการเข้ากิจกรรมกลุ่ม ยิ้มแย้ม ให้ความสนใจกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้วิจัยมีหน้าที่สร้างความไว้วางใจและความปลอดภัยในการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมจัดอาหารว่างให้กับสมาชิกในกลุ่ม สิ้นสิ้นกิจกรรมทำการนัดหมายในครั้งต่อไป

**ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 2** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่เป็นความประทับใจในอดีตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น การใช้ชีวิตหลังเกษียณ การทำบุญกุศล การทำกิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ มีการกระตุ้นด้วยภาพถ่ายเทศกาลในอดีต ใช้สิ่งของโบราณในการตกแต่งสถานที่ เช่น ชุดจีนกี่เพ้า ชุดไทยโบราณ ถ้วยชามโบราณ ชุดน้ำชา เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ยอมรับโดยใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจ สรุปลักษณะและนัดหมายในครั้งที่ 3 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวในการระลึกความหลังในประเด็นความประทับใจในประเพณีวันสงกรานต์

**สัปดาห์ที่ 3** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ความประทับใจในประเพณีวันสงกรานต์ ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น ลักษณะการจัดงานการรดน้ำดำหัว มีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย ชันน้ำ พวงมาลัย น้ำอบ เพื่อช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล สรุปลักษณะและนัดหมายในครั้งที่ 4 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวในการระลึกความหลังในประเด็นความประทับใจในประเพณีวันเข้าพรรษา

**สัปดาห์ที่ 4** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ความประทับใจในประเพณีเข้าพรรษา ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น การทำบุญ วัตถุประสงค์ที่ชอบ เป็นต้น โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย อุปกรณ์ทำบุญ ดอกไม้ธูปเทียน เพื่อช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล สรุปลักษณะและนัดหมายในครั้งที่ 5 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวในการระลึกความหลังในความประทับใจในวัยเด็ก

**ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 5** การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน เป็นการสนทนาสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยเด็ก ผู้วิจัย ยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น บ้านเกิด การเดินทางในอดีต สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้น โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย หนังสือเรียน เพื่อช่วยกระตุ้น การระลึกความหลัง กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ ผู้วิจัย ต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา บันทึกการสนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 6 เพื่อเตรียมตัวการระลึกความหลังในความประทับใจในวัยรุ่น

**สัปดาห์ที่ 6** การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยรุ่น ผู้วิจัยยกตัวอย่าง ประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น กิจกรรมที่ทำในวัยรุ่น เพื่อนสนิท แฟนคน แรก เป็นต้น กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่ เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา บันทึกการสนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 7 เพื่อเตรียมตัวการระลึกความหลังใน ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่

**สัปดาห์ที่ 7** การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยยกตัวอย่าง ประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น ชีวิตวัยทำงาน การแต่งงาน ครอบครัว เป็นต้น และขอความร่วมมือจากญาติผู้ดูแลในการนำภาพครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุนำมา กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่เกิดขึ้นของ ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา บันทึกการ สนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 8 เพื่อเตรียมผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์กิจกรรมใน สัปดาห์ที่ 1 – 7 เพื่อเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป

**ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 8** สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการ ดำเนินชีวิต เป็นขั้นตอนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม สรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และ กระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้น ประโยชน์สิ่งที่ได้รับ จากการร่วมโปรแกรมครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ชักถาม ให้ คำแนะนำในการปฏิบัติหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุด โปรแกรมทันที ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

**ระยะการติดตามผล สัปดาห์ที่ 10** ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทาย และให้ผู้ช่วยวิจัย ประเมินการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อม นัดหมายครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 12** ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรู้คิดหลัง ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสิ้นสุดลง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและทำการยุติโปรแกรม



นอกจากนี้การวิจัยในครั้งนี้ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อระดับการรู้คิดจึงพิจารณา และเพื่อลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงได้กำหนดให้ผู้ช่วยวิจัย 1 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ทำหน้าที่ประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ซึ่งผู้วิจัย เตรียมความพร้อมโดยอธิบายรายละเอียดการใช้แบบทดสอบ และดำเนินการทดลองใช้ในผู้สูงอายุ 3 ราย และซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน

### จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมการวิจัยในคน จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ โครงการวิจัย 146.1/55 วันที่รับรอง 18 มกราคม พ.ศ. 2556 วันหมดอายุ 17 มกราคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการปกปิดตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการ วิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล แล้วให้สิทธิ์ในการ ตัดสินใจด้วยตัวเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่ม ตัวอย่างยินยอมพร้อมทั้งแจ้งผู้ดูแลรับทราบจึงให้เซ็นชื่อยินยอม คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงและก่อนการดำเนินการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งก่อน และหลังการทดลอง สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนการรู้คิดระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และใน ระยะติดตามผล ใช้การวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย  $\bar{X}$  และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Bonferroni
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้โดยใช้สถิติ Independent T-test

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ (quasi-experimental research with repeated measures control group design research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในสถานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในระหว่างการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจำนวน 5 คนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นโปรแกรม ดังนั้นจึงเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 ตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา งานอดิเรก และระยะเวลาการพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 15)		(n = 20)		(N = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	60	10	50	19	54.3
หญิง	6	40	10	50	16	45.7
อายุ						
60 – 69 ปี	1	6.7	2	10	3	8.6
70 – 79 ปี	8	53.3	9	45	17	48.6
80 ปีขึ้นไป	6	40	9	45	15	42.9
สถานภาพสมรส						
โสด	3	20	4	20	7	20.0
สมรส/คู่	2	13	3	15	5	14.3
หม้าย	9	60	13	65	22	62.9
หย่า	1	6.7	0	0	1	2.9
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	5	33.3	11	55	16	45.7
สูงกว่าประถมศึกษา	10	66.7	9	45	19	54.3
อาชีพก่อนเข้าพักในสถานพยาบาล						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	33.3	12	60	17	48.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	40	5	25	11	31.4
พนักงานบริษัท	1	6	2	10	3	8.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	20	1	5	4	11.4
การพักอาศัยก่อนเข้าพักในสถานพยาบาล						
สามี/ภรรยา						
สามี/ภรรยา	1	6.7	0	0	1	2.9
พี่น้อง						
พี่น้อง	4	26.7	3	15	7	20.0
บุตร/หลาน						
บุตร/หลาน	10	66.7	17	85	27	77.1

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 54.3 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 48.6 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย คิดเป็น ร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 45.7 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็น ร้อยละ 48.6 และก่อนเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็น ร้อยละ 77.1

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังใน  
 ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์  
 ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้จากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง  
 เบื้องต้นของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเปรียบเทียบกับค่าคะแนนในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง  
 ทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ระยะเวลา	คะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม			
	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
ก่อนการทดลอง	19.47	2.97	19.25	2.69
หลังการทดลองทันที	20.33	2.85	17.45	2.46
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.00	2.51	16.65	2.35
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	20.20	2.73	16.35	2.28

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลัง  
 ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันทีมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด เท่ากับ 20.33 (S.D = 2.85)  
 รองลงมา คือ หลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง 4 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  
 20.20 (S.D = 2.73) และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 (S.D = 2.51) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม  
 คะแนนการรับรู้ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 19.25 (S.D = 2.69) แต่ค่าเฉลี่ยลดลง  
 หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 17.45 (S.D  
 = 2.46), 16.65 (S.D = 2.35), และ 16.35 (S.D = 2.28) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Subjects	10.967	14	.783		
Time	6.533	3	2.178	8.340	.000
Error	10.967	42	.261		
<b>Total</b>	<b>28.467</b>	<b>59</b>			

\*p<.05

จากตารางที่ 4 ค่า F-test มีนัยสำคัญที่ .05 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังการทดลองผ่านไป 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเท่ากัน

ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Bonferroni

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนและหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิด	— X	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย			
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	หลังการทดลอง 4 สัปดาห์
ก่อนการทดลอง	19.47		-.867*	-.533	-.733*
หลังการทดลองทันที	20.33			.333	.133
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.00				-.200
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	20.20				

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
ก่อนการทดลอง	19.47	2.97	19.25	2.69	33	.225	.823
หลังการทดลองทันที	20.33	2.85	17.45	2.46	33	3.210	.003
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	20.00	2.51	16.65	2.35	33	4.062	.000
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	20.20	2.73	16.35	2.28	33	4.545	.000

\*p<.05

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าเท่ากับ 19.47 (S.D. = 2.97) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 19.25 (S.D. = 2.69) ผลของ t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการรับรู้ไม่แตกต่างกัน

ระยะหลังการทดลองโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.33 (S.D. = 2.85) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 17.45 (S.D. = 2.46) ผลการเปรียบเทียบโดยใช้ t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คงเดิมกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 (S.D. = 2.51) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 16.65 (S.D. = 2.35) ผลการเปรียบเทียบโดยใช้ t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 20.20 (S.D. = 2.73) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 16.35 (S.D. = 2.27) ผลการเปรียบเทียบโดยใช้ t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกระยะ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ (quasi-experimental research with repeated measures control group design research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีต มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นความจำ การสร้างสัมพันธ์ภาพและคงไว้ซึ่งการรู้คิด ตามแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ของ Chung (2009) ต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกระยะ
2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง หลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลางที่พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยการจับคู่คุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน มีคะแนนการรู้คิดไม่แตกต่างกันเกิน 2 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน (ไม่ได้รับการศึกษา, ระดับประถมศึกษา และระดับสูงกว่าประถมศึกษา) โดยระหว่างการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจำนวน 5 คนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นโปรแกรม ดังนั้นจึงเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 1 เดือน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังต่อไปนี้

### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เป็นแบบประเมินการรู้คิด ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการระลึกความหลังโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอนและแนวทางการเลือกเหตุการณ์ การค้นหาความหมายและการแลกเปลี่ยนความคิด ตามแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ของ Chung (2009) มาสร้างโปรแกรมระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 45- 60 นาที โดยมี 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิก โดยการบอกถึงวัตถุประสงค์และอธิบายถึงโปรแกรมการระลึกความหลัง กระบวนการดำเนินของโปรแกรมร่วมกันทำข้อตกลง กฎเกณฑ์ของกลุ่ม แนะนำตนเอง และระลึกถึงประวัติของตนเองนำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม และความประทับใจ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ให้สมาชิกได้ซักถาม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ในการศึกษานี้ใช้แบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL index มาประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองมีทั้งหมด 10 ข้อ เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองดีขึ้นหรือไม่



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ที่สถานดูแลระยะยาวภาคเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

### ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการระลึกความหลัง สื่อการสอน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE - Thai 2002) และแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index

### 2. การเตรียมผู้วิจัย

2.1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกความหลัง โดยศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมในผู้สูงอายุ การระลึกความหลังโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการและงานวิจัย

2.2 ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรม และการจัดกิจกรรมภายใต้การควบคุมดูแล และให้คำแนะนำจากอาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาการระลึกความหลัง

3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่ประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ซึ่งผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยอธิบายรายละเอียดการใช้แบบทดสอบ และดำเนินการทดลองใช้ในผู้สูงอายุ 3 ราย และซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน

4. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้บริหารสถานพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) และนำคะแนนที่ได้มาจัดแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) เพศ ระดับการรู้คิด (ไม่แตกต่างกันเกิน 2 คะแนน) และระดับการศึกษา (ไม่ได้รับการศึกษา, ระดับประถมศึกษา และระดับสูงกว่าประถมศึกษา)

6. จัดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการการวิจัยผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### ขั้นดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้จัดโปรแกรมการระลึกความหลังโดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือน กันยายน ทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี เวลา 10.45 -11.45 น. และเวลา 12.45 - 13.45 น.ตามลำดับ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่มย่อย จัดกิจกรรมกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 - 60 นาที หลังการทดลอง ให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และในระยะติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งก่อนและหลังการทดลอง สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนการรู้คิดระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล ใช้การวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Bonferroni
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง กับหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้โดยใช้สถิติ Independent T-test

## สรุปผลการวิจัย

1. การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังทดลองทันที เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันที และระยะติดตามดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อชะลอความเสื่อมโดยจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตามแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ของ Chung (2009) มาสร้างโปรแกรมระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมุติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกระยะ

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันที เพิ่มขึ้นกว่าหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่าหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2554) ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จนไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่และไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์, 2543) เกิดความยากลำบากในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล (วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ, 2546) กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นภาระทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2543; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญคณะ, 2547) และในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิดให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ เพื่อลดภาระในการดูแล ลดความเครียดของผู้ดูแลและปัญหาทางสังคมได้ เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญในอดีตของ Burnside (1983) และแนวคิดขั้นตอนและการเลือกเหตุการณ์ 4 ขั้นตอนของ Chung (2009) มาใช้เป็นกรอบกิจกรรม ในการสร้างโปรแกรมระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อช่วยชะลอการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดพบว่า คะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังทันทีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 20.33 (S.D. = 2.85) รองลงมา คือ คะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.20 (S.D. = 2.73) รองลงมา คือ คะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง 2 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 (S.D. = 2.51) และคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 19.47 (S.D. = 2.97) ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองหลังการทดลองทันทีมีคะแนนการรู้คิดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และในระยะติดตามการรู้คิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างคงที่ สอดคล้องกับ สถาบันประสาทวิทยา (2551) การบำบัดด้วยการระลึกความหลังมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อนำเหตุการณ์ที่น่าประทับใจมาช่วยฟื้นฟูและพัฒนาความจำและการพยาบาล โดยการระลึกความหลังซึ่งเป็นการเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา ความทรงจำในอดีตกระตุ้นการรู้คิด การรับรู้และอารมณ์ (สุภัทราจันทร์คำ, 2556) การระลึกความหลังเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้บุคคลระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตเป็นพฤติกรรมโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุ (Burnsild, 1983) การนำความคิดในสิ่งต่าง ๆ ออกมาสื่อความหมายเพื่อกระตุ้นความจำและคงไว้ซึ่งการรู้คิด (Wang, Hsu & Cheng, 2005) และเป็นการจัดกระทำทางด้านสังคมและจิตใจ

(psychosocial intervention) สำหรับผู้สูงอายุ การระลึกความหลังเป็นกระบวนการระลึกถึงประสบการณ์ การนึกคิดเป็นการกระตุ้นซ้ำเพื่อช่วยให้มีความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น (Somody, 2010; Woods, 2005)

จากการศึกษา Wang, et al (2007) ได้นำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 77 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน กลุ่มทดลองจำนวน 38 คน การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ประสบการณ์ในวัยเด็ก เทศกาลวันสำคัญ อาหารและเพลงที่ชอบ ประกอบกับรูปภาพ และเสียงเพลงเป็นสื่อพบว่า สามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chung (2009) ศึกษาผลของการนำการระลึกความหลังมาใช้บำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 49 คน โดยการสนับสนุนให้เข้ากลุ่มการระลึกความหลังเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมีการติดตามอีก 1 เดือน โดยการบำบัดมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูล การพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต พบว่าหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังสามารถคงไว้ในระดับการรู้คิด และช่วยลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต

ในทางสรีรวิทยาความทรงจำเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการส่งสัญญาณประสาทจากเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่งซึ่งเคยทำมาแล้วและเมื่อถูกกระตุ้นบ่อย ๆ ทำให้เกิดความทรงจำซ้ำได้ (สิกขวัฒน์ นักร้อง, 2553) การกระตุ้นคิดในความทรงจำที่ผ่านมา ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุดีขึ้น เป็นการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการรับรู้ความเป็นจริง การกระตุ้นซ้ำทบทวนในสิ่งที่ผ่านมา โดยการให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ทบทวนซ้ำ เป็นการกระตุ้นความนึกคิด จะทำให้ความจำดีขึ้น เนื่องจากมีการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ดังนั้นโปรแกรมการระลึกความหลังจึงมีผลทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เป็นการคงไว้ซึ่งความสามารถในการรู้คิด ช่วยชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

**สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังได้รับโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

จากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีหลักฐานทฤษฎีการที่ชัดเจน ในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ในปัจจุบันก็มีการค้นคว้าหาวิธีการรักษา แนวทางการป้องกันเพื่อเป็นการประคับประคอง ชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรค และหากไม่ได้รับการให้การพยาบาล ส่งเสริมอาจจะทำให้การรู้คติน้อยลง ความทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนเกิดภาวะต่อครอบครัวตามลำดับ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ภาวะสมองเสื่อมอาการต่างๆ จะค่อยๆ เริ่มมีเปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดปัญหา เกิดจากความเสื่อมของการรับรู้ ความจำ ภาษา ตลอดจนการ

แก้ปัญหา การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีทั้งการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา สามารถส่งผลช่วยชะลอความเสื่อมของการรู้คิดให้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลางยังคงมีความสามารถเรียนรู้ในการจดจำขั้นตอนบางอย่างรวมถึงการทำงานของสมองในส่วน Articulatory Loop ของความทรงจำระยะสั้นที่ยังคงดีอยู่ (Morris & Baddeley, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ แอบโธสง, 2553) ดังนั้นการช่วยฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากเป็นความบกพร่องที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรก และมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตหากผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และช่วยชะลออาการการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อมให้ช้าลง

จากผลการวิจัยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 19.47 (S.D. = 2.97) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 20.33 (S.D. = 2.85) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 17.33 (S.D. = 3.20) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 17.25 (S.D. = 3.24) และจากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมการระลึกความหลังในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 20.33 (S.D. = 2.85) และคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 17.25 (S.D. = 3.24) จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังกระตุ้นการรู้คิดเป็นขั้นตอนประกอบด้วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในขั้น ความทรงจำ (remembering) การทวนระลึกถึง (recall) การทบทวน (review) ความหลังในอดีตของผู้สูงอายุช่วยกระตุ้นการรู้คิด และการศึกษาของ Wang, et al. (2007) นำการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้ภาพวาด เสียงเพลงเก่า ๆ และการระลึกความหลังเหตุการณ์ในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีความสามารถด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น

การสอนและการแจ้งข้อมูลข่าวสาร (teach and inform) เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกความจริง สถานการณ์ปัจจุบัน จากการศึกษาได้กำหนดให้มีการระลึกถึงเหตุการณ์สัปดาห์ละ 1 ประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์จะเป็นการกระตุ้นความจำ การรับรู้ การคิด จินตนาการ โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในขั้นความทรงจำ การระลึก และทบทวนความหลังในอดีตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Puentes (2000) ใช้การระลึกความหลังถึงเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตกับผู้ป่วยสามารถช่วยให้การรับรู้ อารมณ์ และการรู้คิดดีขึ้น การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน (reinforcing self-image) เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่) การสัมผัสความรู้สึกของตนต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจ ความสำเร็จในอดีต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และตัวตนที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในขั้นความทรงจำ การระลึก ทบทวน และสรุปเหตุการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ มีการศึกษาของ Akanuma et al. (2011) พบว่าการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงตนเองในช่วงวัยเด็ก วัยทำงาน ชีวิตในช่วงแต่งงาน สามารถช่วยให้การรู้คิดเพิ่มขึ้น และการสรุปเหตุการณ์ (discuss) เป็นการสรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และ

กระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยใช้กระบวนการระลึกความหลังในชั้นความทรงจำ การระลึก ทบทวน สรุปความรู้สึที่เกิดขึ้นเป็นการสร้างขึ้นใหม่ แกไขความทรงจำบางส่วนทำให้ได้มุมมองใหม่เพื่อก่อให้เกิดความจำระยะยาว จากการศึกษาของ Woods et al (2005) พบว่าการระลึกความหลังโดยการคิดทบทวน ระลึกถึงเหตุการณ์สามารถมีกรู้คิด พฤติกรรม และการสื่อสารดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, et al. (2007) ได้นำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและปานกลางโดยการใช้ภาพวาด เสียงเพลงเก่า ๆ และการเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ครั้งละ 60 นาที ทำกิจกรรมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง นาน 8 อาทิตย์ พบว่า สามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกับ Tadaka & Kanagawa (2004) ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการระลึกความหลังพบว่าสามารถเพิ่มการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พยาบาลวิชาชีพประจำสถานดูแลระยะยาวจะให้การพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมลดลง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีการรู้คิดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ข้อจำกัดทางการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ขณะดำเนินการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองต้องถูกคัดออกตามเกณฑ์จำนวน 5 คน เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่ครบตามโปรแกรม และมีผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างได้ย้ายออกจากสถานดูแลระยะยาว ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากกลุ่มละ 20 คน เหลือกลุ่มทดลอง 15 คน และเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลทางการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า การให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการระลึกความหลังสามารถช่วยผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการรู้คิดดีขึ้น ชะลอการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงในภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

### ด้านการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมการระลึกความหลังไปใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง เพื่อช่วยเพิ่มระดับการรู้คิด ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรงในสถานดูแลระยะยาวอื่น ๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา และสถานรับเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุ
2. สร้างความตระหนักและความสำคัญของการชะลอความเสื่อมถอยของภาวะสมองเสื่อมแก่พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคและเทคนิคการดูแล
3. ควรจัดสถานที่เกี่ยวกับการระลึกความหลังในสถานดูแลระยะยาว เพื่อช่วยให้โปรแกรมการระลึกความหลังกระตุ้นการรู้คิด ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง และเป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว

### ด้านการศึกษา

ส่งเสริมให้สถานศึกษาพยาบาลนำโปรแกรมการระลึกความหลัง ไปใช้ในการเรียนการสอน และฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวทุกคน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลและยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมการระลึกความหลังไปศึกษาในกลุ่มเสียงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อดูประสิทธิผลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หรือชะลอความเสื่อม

## รายการอ้างอิง

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). สมองเสื่อม: โรคหรือวัย รวมข้อมูลน่ารู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนวัยอัลไซเมอร์และการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: สยามสปอร์ตซินดิเคท จำกัด.
- กองการพยาบาล. (2544). การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล:งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). อีคิวกับการเลี้ยงลูก. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmh.go.th/news/>. (วันที่ค้นข้อมูล : 30 สิงหาคม 2556).
- คณะอนุกรรมการจริยธรรม. (2545). แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จงกรม ทองจันทร์. (2544). ผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2544). Delirium และ Dementia. ใน มาโนชย์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษย์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ( พิมพ์ครั้งที่ 6: 73-87 ). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- จันทนา รณฤทธิ์วิชัย. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. (2543). วิธีดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม. หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพมหานคร.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2540). สรีรวิทยาของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- เซอร์รี่ ทองเพ็ญ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ชัยพร วิชาวุธ. (2520). ความจำมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เดโช สวานานนท์. (2519). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล.
- เตือนใจ ภัคดีพรหม. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะรัตน์ แวงวรรณ. (2550). การใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3. กรุงเทพฯ: ไอกรูป เพรส.
- พนัส ัฒญะกิจไพศาล. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2551). การรู้คิดและความจำในผู้สูงอายุ: ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต. ใน เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง 3Ds (Delirium, Dementia and Depression) in Aging: An evidence-based approach: ระหว่างวันที่ 13-16. 6-8 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินลักษณะ นิตินากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พีรยา มั่นเขตวิทย์. (2553). การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้และความเข้าใจ. เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์.
- ภคนิช ต่วนชะเอม. (2545). ผลของกลุ่มระลึกความหลังที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนศรีเอชเอ็น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ( 2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2: 84.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพดตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(4): 31-37.
- รุจิรา พงศ์สุนนท์. (2548). กลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง: ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาแห้ว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2540). การพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- เรณู อินทร์ตา. (2548). ผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิทธรรณ อุณนาภิรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

- สิริวรรณ อุณนาภิลักษณ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 5(1) (ม.ค.- มี.ค.): 10 - 19.
- วนาพร หลอยกร. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันดี โภคกุล. (2548). ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(1) (ม.ค. - มี.ค.): 10 - 19.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2553). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.si.mahidol.ac.th/> (วันที่ค้นข้อมูล 30 สิงหาคม 2553)
- ศิริวรรณ คະเนนอก. (2551). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ และคณะ. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(4) (ต.ค. - ธ.ค.): 15 - 24.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมทรง โปปัญญาจะกุล. (2551). การศึกษาการพยาบาลที่เน้นการใช้ความทรงจำต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิกขวัฒน์ นักร้อง. (2553). การเพิ่มความจำ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : [http://www.medicthai.com/admin/news\\_cpe\\_detail.php?id=530](http://www.medicthai.com/admin/news_cpe_detail.php?id=530) (วันที่ค้นข้อมูล 30 กรกฎาคม 2554)
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2545). สื่อสุขภาพ. คู่มือเพื่อสุขภาพ, 5(53): 1-4.

- สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน. (2551). สมองเสื่อม. ใน The Novatis Neuroscience Nurse Training Program “Touch the more meaningful dementia patient caring”. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.
- สุดารัตน์ ปุณโณทก. (2554). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสกลิต. (2535). ความจำมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกอุมา วิเชียรทอง, ทศนา บุญทอง, ชมชื่น สมประเสริฐ และวาสนา แฉล้มเขตร (2545). บทควมวิจัย: ผลของการใช้โปรแกรมฝึกความจำต่อความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสาร การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 16(1): 47-58.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Association.
- Akanuma, K., et al. (2006). The effects of group work including reality orientation and reminiscence for institutionalized patients with vascular dementia. Japanese Journal of Geriatric Psychiatry, 17 (3), 317–325.
- Akanuma, K., et al. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. Psychiatry Research: Neuroimaging, 192(3), 183 - 187.
- Baines, S., Saxby, P., Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused People. British Journal of Psychology, 151: 222-231.
- Banerjee, E. S., et al. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition analysis of associations with quality of life in dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 77(2): 146- 148.
- Biernacki, C. (2007). Dementia: Metamorphosis in care. England: John Wiley & Sons LTD.
- Breuil, V., et al. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry, 9(3): 211-217.
- Burside, I. M. (1983). Reminiscence as a modality. Aging and mental Health, 4: 81-85.
- Burside, I. M. (1988). Reminiscence and other therapeutic modalities. In I.M. Burnside (Ed.), Nursing and the Age: A Self-care Approach (3rd ed., pp. 645-686). New York: McGraw-Hill.
- Burnside, I., and Haight, B.K. (1992). Reminiscence and life review: Analyzing each concept. Journal of Advanced Nursing, 17(7): 855-862.
- Burnside, I.M. (1998). Reminiscence and other therapeutic modalities. In. I. M.

- Burnside(ed). Nursing and the age: A self-care approach: 645-686.
- Bulechek, G.M. ,and McCloskey, J.C. (1985). Nursing interventions: Effective nursing treatment. 3<sup>rd</sup> ed. United States of America: W.B. Saunders.
- Carbonneau, H., et al. (2010). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 8: 1-9.
- Chin, A.M.H. (2007). Clinical effective of reminiscence therapy in older adult: A Meta – Analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17(1): 10 – 22.
- Chung, J.C.C. (2009). An intergenerational reminiscence program for older adults with early dementia and youth volunteers: Values and challenges. *Scand J Caring Sci*, 23(8): 259-264
- Cook, E. (1998). Effect to reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19: 109-118.
- Delis, D. C., Lucus, J. A., Kopelman, M. D. (2000). Memory. In B.S. Fogel, R.B. Schiffer & S.M. Rao (Eds.), *Synopsis of Neuropsychiatry* (pp. 169-191). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W.W.Norton.
- Feldman, H. H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, 178(7): 825-836.
- Folstein, M. F., Fosltein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). Mini- mental state: a practical method forgrading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Research*, 12(3): 189- 198.
- Friedman, M. M. (1992). *Family Nursing Theory and Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Appleton &Leange.
- Fung , W. Y., and Chien, W. T. (2002). The effectiveness of a mutual support group of family caregiver of a relative with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3): 134-144.
- Hsieh, C. J., et al (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Exp Clin Med* 2010, 2(2):72–78.

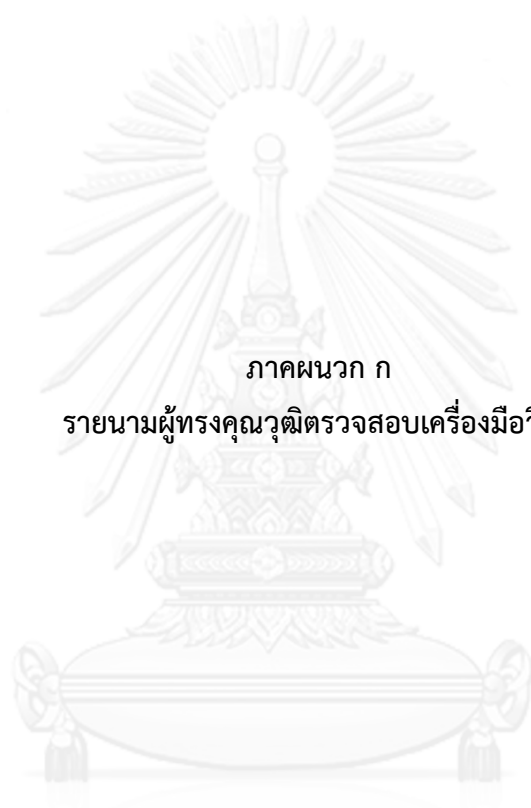
- Hamilton, D. B. (1992). Reminiscence therapy. In G.M.Bolecerk, & J.C. Mecloskey (Eds). *Interventions Essential Nursing Treatment* (2<sup>nd</sup> ed., p.p. 272-278). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Haight, B., and Burnside, I. (2005). Reminiscence Group Work. In Haight, B & Gibson, F. (Ed), *Burnside's Working with Older Adult: Group Process and Technique* (175-190). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Ito, T., et al. (2007). A Randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(3): 48-54
- Molzahn, A.E., Gallagher, E., McNulty, V. (2009). Quality of life associated with adult day centers. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(8): 37-46.
- Miller, C. A. (2004). *Nursing for Wellness in Older Adults*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Nasso, J., & Celia, L. (2007). *Dementia Care: Inservice Training Modules for Long-term Care*. New York: Thomson Delmar learning.
- Nomura, M., et al. (2009). Empowering older people with early dementia and family caregivers: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4): 431-441.
- Okumura, Y., et al. (2008). Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Japanese Psychogeriatric Society*, 8: 124-133
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. California: Appleton & Lange.
- Puentes, W. S. (1998). Incorporation simple reminiscence techniques into acute care nursing practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(2): 14-20.
- Pittiglio, L. (2000). Use of reminiscence therapy in patients with alzheimer's disease. *Nursing Case Management*, 5(6): 216-220.
- Puentes, J. (2000). Using social reminiscence to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing*, 21(6), 315 - 318.
- Sciaccio, C. (1995). *Dementia education notes for community nurse*. Australia: Commonwealth Department of Veterans' Affairs.
- Selwood, A., et al. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3): 75-89.
- Somody, C.F. (2010). *Meaning and Connections in older population: A phenomenological study of reminiscence using a musical chronology and the*

- emerging life song. Doctoral dissertation, Development of Education and Human of College of The University of Texas at San Antonio.
- Synder, M. (1998). Reminiscence. In M. Synder (Ed.). *Complementary alternative therapies in Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer Publishing.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2004). A randomized controlled trial of a group care program for community - dwelling elderly people with dementia. *Japanese Journal Nursing Science*, 1: 19-25.
- Tarlerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 42(2): 169-177.
- Taulbee, L. R., & Folsom, J. C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 17: 133-135.
- Thompson, L., et al. (2009). The coping with caregiving group program for chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, 78(2): 256-260.
- Thorgrimsen, L., et al. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29(7): 93-97
- Wang, J.J., Hsu, Y.C., Cheng, S.F. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1): 31-36.
- Wang, J. J., Hsu, Y. C., & Cheng, S. F. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in taiwan. *International Journal of Geriatric*, 22(12): 1235-1240
- Wang J.J., et al. (2009). Group reminiscence intervention in taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2): 227-232.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Collaboration*, 2: 1-8.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Basic Books.
- Zarit, S.H. (2008). *Handbook of clinical neurology: Diagnosis and management of caregiver burden in dementia*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Elsevier B.V.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

**ชื่อเรื่องงานวิจัย** ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

**เสนอโดย** นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง รหัสประจำตัว 5377596136

**นิสิตหลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

ทำหนังสือถึง	ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เดอะซีเนียร์	พ.อ. นายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซี เนียร์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เดอะซีเนียร์	นางสาวพันธ์ทิพย์ วรรณาท	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์
ผู้อำนวยการวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ	นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ	หัวหน้าภาคการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
หัวหน้าฝ่ายคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน และสังคม คณะแพทย์ ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	นางสาวสุภัทรา จันท์คำ	นักจิตวิทยา คลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ สังคม คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราช พยาบาล



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1799



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กันยายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระศรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึก ความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150  
นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง โทร. 084-550-9653

ที่ ศธ 0512.11/1779



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กันยายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุภัทรา จันทร์คำ นักจิตวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวสุภัทรา จันทร์คำ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง โทร. 084-550-9653



ที่ ศธ 0512.11/ ๗๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กันยายน 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญท่านและขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ (พันเอก นายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์)  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึก ความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน และนางสาวพันธ์ทิพย์ วรรณาท หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านและขออนุมัติให้ นางสาวพันธ์ทิพย์ วรรณาท เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรรณาท  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150  
นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง โทร. 084-550-9653



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศธ 0512.11/1799 วันที่ ๑๙ กันยายน 2555  
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
 นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150  
 นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง โทร. 084-550-9653



ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 015/2556

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 146.1/55 : ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม..... *Prin Chan-achavan* ..... ลงนาม..... *นันทรี รัชชชวาทโกวิท* .....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 18 มกราคม 2556

วันหมดอายุ : 17 มกราคม 2557

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

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



เลขที่โครงการวิจัย 146.1 / 55  
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
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



AF 04-07

AF 04-07

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม  
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเคอะซีเนียร์ แขวงจันทริกเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900  
 (ที่บ้าน) 225 ซอยรัชดาภิเษก 44 แขวงจันทริกเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900  
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02 – 9300300 ต่อ –  
 โทรศัพท์มือถือ 084 – 5509653 E – mail: h.ratchadapom@gmail.com

- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา
- โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงผลของ โปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลัง 2) เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลังกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่พักอาศัยในสถานดูแลและระยะยาว ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นถึงปานกลางจำนวน 40 ราย โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ 2) ไม่เป็นโรคจิตประสาท สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ญาติและแพทย์เจ้าของไข้ เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย
- ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการระลึกความหลัง และผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านมาเพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นปัจจุบัน มาสร้าง โปรแกรมการระลึกความหลัง โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำมาเขียนรายงานการวิจัย
- ผู้วิจัยขอนัดพบผู้บริหารสถานดูแลระยะยาว และขออนุญาตเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตในการจัดสถานที่ ดิศประกาศประชาสัมพันธ์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เลขที่โครงการวิจัย 146.1/55  
 วันที่รับของ 18 ส.ค. 2556  
 วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

AF 04-07

7. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดโปรแกรมการระลึกความหลัง โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเมินระดับการรู้คิด และประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลังซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มกลุ่มละ 4-5 คน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการกระตุ้นให้นึกย้อนอดีตเกี่ยวกับตนเอง เหตุการณ์วันสำคัญที่ผ่านมา ประสบการณ์ในแต่ละช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตามหัวข้อที่กำหนดแต่ละสัปดาห์ และดำเนินการติดตามวันผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 10 และ 12

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัยและไม่ได้รับค่าตอบแทนใจจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

9. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการให้การพยาบาลในสถานดูแลระยะยาว โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบข้อมูลทั้งหมด นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวตนได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และผู้วิจัยจะทำลายเอกสารต่างๆ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

11. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม โครงการวิจัยเพื่อช่วยกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีภาวะสมองเสื่อม นำไปช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว

12. หากโปรแกรมการระลึกความหลังประสบความสำเร็จ กลุ่มควบคุมจะได้รับ โปรแกรมการระลึกความหลังเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

13. ในการวิจัยความเสี่ยงที่อาจพบ เช่น มีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข โดยแสดงความเข้าใจ ให้การปลอบโยน พุดคุยให้กำลังใจ หรือพาผู้สูงอายุไปสงบสติอารมณ์ ในสถานที่เงียบสงบจนกว่าผู้สูงอายุจะมีอาการดีขึ้น หากอาการไม่ดีขึ้นผู้วิจัยจะส่งต่อไปนักรังจิตวิทยาของ โรงพยาบาลและอนุญาตให้ออกจากกลุ่มได้หากไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มต่อไปได้

14. ผู้วิจัยมีของที่ระลึกคือ หนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มอบให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมของโครงการวิจัย และสถานดูแลระยะยาว

15. การติดต่อกับผู้วิจัยกรณีมีปัญหา (ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อผู้วิจัย คือนางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 084 - 5509653

16. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 146-1/55  
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการระดมความคิดหลังการรู้จักของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ติดต่อ 225 ซอยรัชดาภิเษก 44 แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 โทรศัพท์มือถือ 084 - 5509653 E - mail: h.ratchadaporn@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น 3) ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และได้ทราบประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 146.1 / 55  
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

29 พ.อ 55

AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
(.....)

ญาติของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน



เลขที่โครงการวิจัย 146.1 / 55  
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สำหรับกลุ่มทดลอง

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ติดต่อ 225 ซอยรัชดาภิเษก 44 แขวงจันทน์เกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 โทรศัพท์มือถือ 084 - 5509653 E - mail: h.ratchadaporn@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือ ได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินการวิจัยโดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์ และดำเนินการติดตามวันผลอีก ครั้งในสัปดาห์ที่ 10 และ 12 และได้ทราบประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 146.1 / 55  
วันที่รับรอง 18 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 17 ส.ค. 2557

AA  
๒๙ พค ๕๕

AF 05-07

- ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ญาติของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
 (.....)

แพทย์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
 (.....)

พยาน



เลขที่โครงการวิจัย

146.1 / 55

วันที่รับรอง

18 ส.ค. 2556

วันหมดอายุ

17 ส.ค. 2557



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
ข้อมูลแสดงผลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## คู่มือโปรแกรมการระลึกความหลัง

(Reminiscence Program)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
จัดทำโดย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์



### หลักการและเหตุผล

การระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้บุคคลระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตเป็นพฤติกรรมโดยธรรมชาติในผู้สูงอายุ (Burnsild, 1983) การนำความคิดในสิ่งต่าง ๆ ออกมาสื่อความหมายเพื่อกระตุ้นความจำและคงไว้ซึ่งการรู้จักคิด และเป็นการจัดกระทำทางด้านสังคมและจิตใจ (psychosocial intervention) (Wang, Hsu & Cheng, 2005; Ito, et al, 2007) สำหรับผู้สูงอายุ การระลึกความหลังผู้จัดกระทำไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตวิเคราะห์ แต่มีความสามารถในการฟัง ระบุปัญหา ตอบสนองกับการระลึกความหลัง และอาศัยกระบวนการพยาบาลพื้นฐานในการบำบัดได้ (Burnsild, 1983; สมทรง โปปัญญาเมกุล, 2551) ในทางสรีรวิทยาความทรงจำเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการส่งสัญญาณประสาทจากเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่งซึ่งเคยทำมาแล้วและเมื่อถูกกระตุ้นบ่อย ๆ ทำให้เกิดความทรงจำซ้ำได้ (สิกข์วณน์ นักร้อง, 2553) และมีความเชื่อว่าเมื่อสมองได้รับข้อมูลหรือสิ่งเร้าเดิม สมองจะมีกระบวนการในการเรียกความจำหรือข้อมูลที่ได้บันทึกไว้แล้วนำออกมาประมวลซ้ำอีกครั้ง (Delis, Lucus & Kopelman, 2000) ซึ่งถือเป็นกระบวนการทำงานของสมอง ขั้นสูงในการจัดการข้อมูลต่าง ๆ จึงมีความเป็นไปได้ที่การระลึกความหลังจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการรู้คิด

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive) หรือ Intellectual function เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับที่เคยเป็นอยู่ และผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความจำบกพร่องไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ มีปัญหาในการรับรู้ตนเอง สมาธิ การใช้ภาษา อารมณ์พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การตัดสินใจไม่เหมาะสม และผู้สูงอายุไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาหรือพึ่งตนเองได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจนไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่และไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543; ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2551) ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นภาระทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2543; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญคณะ, 2547) ในภาวะที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิดให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ เพื่อลดภาระในการดูแล ลดความเครียดของผู้ดูแล และปัญหาทางสังคมได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553) การกระตุ้นการรู้คิดมีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกความจำ การมีใจจดจ่อ การรับรู้ข้อมูลใหม่ การบำบัดเพื่อรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการระลึกความหลัง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) การกระตุ้นการรู้คิดข้างต้นส่วนใหญ่ผู้จัดกระทำต้องผ่านการฝึกฝนเป็นพิเศษ แต่การระลึกความหลังเป็นการพยาบาลทั่วไปที่สามารถดำเนินการได้โดยใช้ทักษะการให้คำปรึกษา และอาศัยกระบวนการพยาบาลพื้นฐานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านชาวปัญญาและชะลอความเสื่อมถอยให้คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้

การนำการระลึกความหลังไปใช้ในการกระตุ้นผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการใช้ภาพวาด เสียงเพลงเก่า ๆ และการระลึกความหลังเหตุการณ์ในอดีต การกระตุ้นให้คิดย้อนนึกถึงความทรงจำที่ ผ่านมา มีการทบทวนความจำในอดีต เมื่อวัดผลของโปรแกรมการระลึกความหลังพบว่า ผู้สูงอายุที่ ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังมีความสามารถด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น กระตุ้นพฤติกรรม และ อารมณ์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ดีขึ้น (Tadaka & Kanagawa, 2004; Wang, et al, 2007; Ito et al, 2007) ช่วยให้มีสมาธิและการเรียนรู้ดีขึ้น (Somody, 2010; Woods, 2005)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นความจำ การคิด การรับรู้ ของผู้สูงอายุ และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ
2. เพื่อชะลอความเสื่อมถอยของภาวะเข่าปัญญาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นถึง ปานกลาง
3. เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### รายละเอียดของการทำกิจกรรม

โปรแกรมการระลึกความหลังโปรแกรมนี้ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มกลุ่มละ 4 – 5 คน จัด สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** แนะนำตนเองสร้างสัมพันธ์ภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินโปรแกรม และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยทบทวนถึงประวัติของตน นำมาเล่าให้สมาชิกกลุ่ม ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสังเกตถึงบุคลิกภาพและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละบุคคล สังเกตอารมณ์ การแสดงออก การรับรู้ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยมีหน้าที่สร้างความ ไว้วางใจและความปลอดภัยในการเข้าร่วมโปรแกรมให้สมาชิกในกลุ่ม

**สัปดาห์ที่ 2** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์สำคัญในช่วงชีวิตที่เป็นความ ประทับใจในอดีตที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุไม่ลืม ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึก ความหลัง เช่น การใช้ชีวิตหลังเกษียณ การทำบุญกุศล การทำกิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ มีการกระตุ้น ด้วยภาพถ่าย ใช้สิ่งของโบราณในการตกแต่งสถานที่ ดังนั้นผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ยอมรับโดยใช้ เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตาม ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจ สรุปลักษณะและนัดหมายในครั้งที่ 3 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัว ในการระลึกความหลังในประเด็นความประทับใจในประเพณีวันสงกรานต์

**สัปดาห์ที่ 3** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ความประทับใจในประเพณีวันสง กกรานต์ ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น ลักษณะการจัดงาน การรดน้ำดำหัว มีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย ชันน้ำ พวงมาลัย น้ำอบ เพื่อช่วยกระตุ้นการระลึก ความหลัง ผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่า เหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล สรุปลักษณะและนัดหมาย ในครั้งที่ 4 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวในการระลึกความหลังในประเด็นความประทับใจในประเพณีวัน เข้าพรรษา

**สัปดาห์ที่ 4** การกระตุ้นผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ความประทับใจในประเพณี  
เข้าพรรษาผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น การทำบุญ วัดที่  
ชอบ เป็นต้น โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย อุปกรณ์ทำบุญ ดอกไม้ธูปเทียน เพื่อช่วยกระตุ้น  
การระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องแสดงการใส่ใจ ใช้เทคนิคการฟัง ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้ผู้ป่วย  
เล่าเหตุการณ์ และสนทนาอย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล สรุปกิจกรรมและนัด  
หมายในครั้งที่ 5 ให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวในการระลึกความหลังในความประทับใจในวัยเด็ก

**สัปดาห์ที่ 5** การส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน เป็นการสนทนาสื่อสารเพื่อให้เกิดความ  
เข้าใจในตนเอง การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยเด็ก ผู้วิจัยยกตัวอย่างประเด็นสำหรับ  
การนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น บ้านเกิด การเดินทางในอดีต สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็น  
ต้น โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นด้วยภาพถ่าย หนังสือเรียน เพื่อช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง กระตุ้นให้  
เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมใน  
การสนทนา บันทึกการสนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 6 เพื่อเตรียมตัวการระลึก  
ความหลังในความประทับใจในวัยรุ่น

**สัปดาห์ที่ 6** การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยยกตัวอย่าง  
ประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น กิจกรรมที่ทำในวัยรุ่น เพื่อนสนิท แฟนคน  
แรก เป็นต้น กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่  
เกิดขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา  
บันทึกการสนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 7 เพื่อเตรียมตัวการระลึกความหลังใน  
ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่

**สัปดาห์ที่ 7** การระลึกถึงพัฒนาการในช่วงชีวิตที่ผ่านมาในวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยยกตัวอย่าง  
ประเด็นสำหรับการนำเสนอเพื่อการระลึกความหลัง เช่น ชีวิตวัยทำงาน การแต่งงาน ครอบครัว เป็น  
ต้น กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปเหตุการณ์ และตัวตนที่เกิดขึ้นของ  
ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลขณะระลึกความหลัง ผู้วิจัยต้องมีการสังเกต มีส่วนร่วมในการสนทนา บันทึกการ  
สนทนาและสรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งที่ 8 เพื่อเตรียมผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์กิจกรรมใน  
สัปดาห์ที่ 1 – 7 เพื่อเล่าให้ฟังในครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 8** สรุปเหตุการณ์ ประโยชน์ ประเมินความรู้สึกและแผนการดำเนินชีวิต  
เป็นขั้นตอนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม สรุปเหตุการณ์ ผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และกระตุ้นให้  
เกิดการเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สรุปความรู้สึกที่เกิดขึ้น ประโยชน์สิ่งที่ได้รับจากการ  
ร่วมโปรแกรมครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ซักถาม ให้คำแนะนำ  
ในการปฏิบัติหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินการรู้คิดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และกล่าว  
ขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

### แผนการจัดโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการนำแนวคิดการระลึกความหลังมาสร้างโปรแกรมเพื่อกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 - 6 คน ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งนาน 8 สัปดาห์ โดยการระลึกความหลังเป็นเรื่องการนึกย้อนอดีตเกี่ยวกับตนเอง ประสบการณ์ในแต่ละช่วงวัย เหตุการณ์วันสำคัญที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
สถานที่ดำเนินการ	สถานดูแลระยะยาว (สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์)
วิธีการปฏิบัติ	เป็นการระลึกความหลังรายกลุ่ม (Group Reminiscence)
จำนวน	5 - 6 คน
ระยะเวลาปฏิบัติการ	สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 - 60 นาที นาน 8 สัปดาห์
ผู้ดำเนินกิจกรรม	นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง
วัตถุประสงค์	

1. เพื่อกระตุ้นความจำ การคิด การรับรู้ ของผู้สูงอายุ และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ
2. เพื่อชะลอความเสื่อมถอยของภาวะเข่าวิปัญญาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง
3. เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม





## 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบให้ คุณ(ตา,ยาย) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีทีเดียวดิฉันถามซ้ำ

\* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

## 4. Attention/Calculation (5 คะแนน) เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง

ข้อนี้เป็นกรคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย) คิดเลขในใจเป็นใหม่

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา .....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม, ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา, ยาย) ฟังแล้วให้คุณ(ตา, ยาย) สะกดถอยหลัง

จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่้า-สระอะ- นอหนุ-สระอา-วอ  
แหวนไหนคุณ(ตา, ยาย) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ .....

## 5. Recall (3คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

## 6. Naming (2คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" .....

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" .....

## 7. Repetition (1คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้อง 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ(ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" .....

## 8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดีๆ นะเตี้ยผม(ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(ตา,ยาย) รับผิดชอบคว้า พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่..... (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ  
 รับผิดชอบคว้า  พับครึ่ง  วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง) .....

## 9. Written command (1คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย) อ่านแล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"  หลับตาได้ .....

## 10. Writing (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ(ตา, ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

.....  ประโยคมีความหมาย

## 11. Visuoconstruction (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง"จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

คะแนนรวม.....



# หลับตา

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา	≤22	30

ที่มา : คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.  
(2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T). กรุงเทพฯ:  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

### 1.3 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ไม่ได้เป็นการทดสอบว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ( ) ในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความเป็นจริง

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0 ( ) ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1 ( ) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
  - 2 ( ) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
  - 0 ( ) ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1 ( ) ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0 ( ) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
  - 1 ( ) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2 ( ) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยเหลือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
  - 3 ( ) ทำได้เอง
4. Toilet (ใช้ห้องสุขา)
  - 0 ( ) ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1 ( ) ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2 ( ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

## 5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 ( ) เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
- 1 ( ) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมมห้องหรือประตูได้
- 2 ( ) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ( ) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

## 6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 ( ) ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ( ) ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ( ) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

## 7. Stairs(การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 ( ) ไม่สามารถทำได้
- 1 ( ) ต้องการคนช่วย
- 2 ( ) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

## 8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 ( ) ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 ( ) อาบน้ำได้เอง

## 9. Bowels(การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 ( ) กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 ( ) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 ( ) กลั่นได้เป็นปกติ

## 10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 ( ) กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 ( ) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 ( ) กลั่นได้เป็นปกติ

รายละเอียดเกี่ยวกับแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul (1994) ที่ปรับปรุงมาจาก Barthel and Mahoney (1989)

1. เป็นแบบประเมิน ที่ประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลว่ามีความสามารถมากน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ

2. ลักษณะของแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3. เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

1) การให้คะแนนเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด คือ คะแนน 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ คะแนน 1 หมายถึง สามารถทำเองได้

2) กิจกรรมลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้ คะแนน 1 หมายถึง ทำเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก คะแนน 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

3) กิจกรรมอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ทำเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก คะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย คะแนน 2 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

4. การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (Jitapunkul,1994)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง

เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของอายุได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย

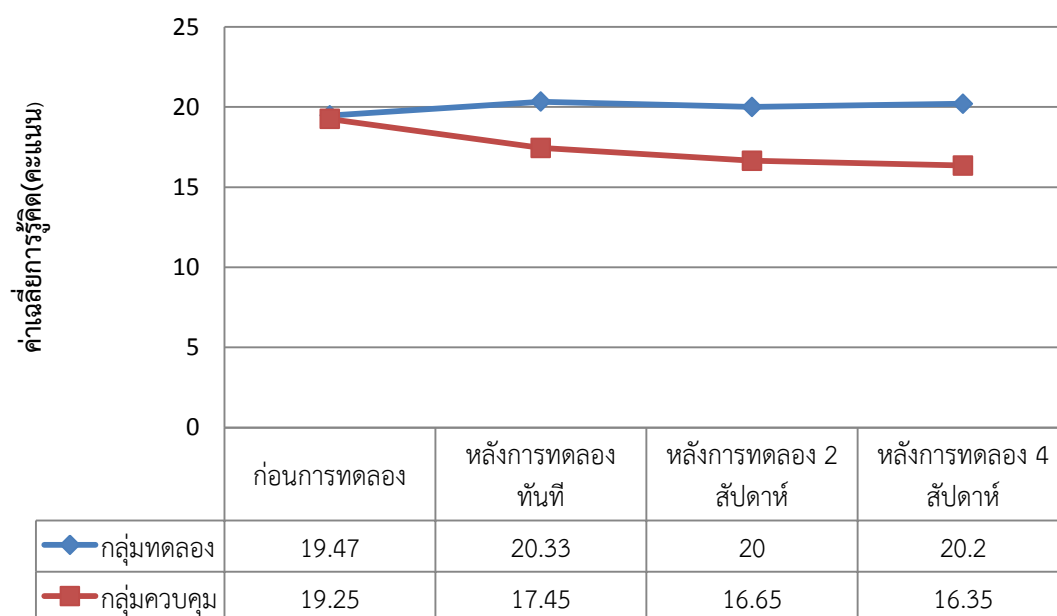
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการระลึกรู้ความหลัง

ลำดับผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	12	12
2	12	12
3	14	14
4	14	14
5	14	14
6	12	12
7	11	11
8	11	11
9	12	12
10	12	12
11	11	11
12	11	11
13	14	14
14	13	13
15	14	14
16	12	12
17	11	11
18	11	11
19	13	13
20	12	12

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และคะแนนแบบทดสอบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการหาค่าความเที่ยง

ลำดับ	แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น		แบบทดสอบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	1	21	22	14
2	22	22	13	13
3	22	22	14	14
4	23	23	16	14
5	20	21	16	16
6	20	21	14	14
7	21	22	12	12
8	19	19	14	14
9	17	16	16	15
10	14	14	14	14
11	23	22	14	14
12	20	21	15	15
13	19	20	12	12
14	17	16	14	14
15	22	22	14	14
16	21	22	16	15
17	22	22	15	15
18	22	22	13	13
19	23	23	15	15
20	20	21	16	16
21	20	21	14	14
22	21	22	13	13
23	19	19	14	14
24	17	16	16	15
26	14	14	16	15
27	23	22	14	14
28	20	21	12	12
29	19	20	14	14
30	17	16	16	16

กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



จากกราฟ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรู้คิดเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และคงสภาพในสัปดาห์หลังการทดลองที่ 2 และ 4

กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการรู้คิดลดลงเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และคงสภาพในสัปดาห์หลังการทดลองที่ 2 และ 4

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง เกิดเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2526 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เมื่อปีการศึกษา พ.ศ. 2548 และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY