การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

เกศณี สีรี

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

.....

นางเกศณี สีรี

ผู้ศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ปร.ด (ประสาทวิทยาศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์สมบัติ ธนะวันต์, Ph.D.,

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร.พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 4 เมษายน 2557

.....
นางเกศณี สีรี
ผู้ศึกษา

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อทิพย์ สันธนะวนิช,
ปร.ด (ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
นายประยุกต์ เสรีเสถียร,
พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์.

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์.

.....
รองศาสตราจารย์สมบัติ ธนะวันต์, Ph.D.,
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ สันธนะวนิช อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเป็นอย่างดียิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ.ที่นี้

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะอย่างดียิ่ง รวมถึงเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาเกิดความมุ่งมั่นในการแก้ไขสารนิพนธ์ ส่งผลให้เกิดความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข. (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณนายแพทย์บุญนำ ชัยวิสุทธิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ศึกษาในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณ คุณรันดร ยุมังกูร สาธารณสุขอำเภอศรีสวัสดิ์ เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนนักศึกษาในหลักสูตรนี้ทุกท่าน ที่ให้โอกาส และกำลังใจมาตลอด รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชน และในชมรมผู้สูงอายุบ้านเอราวัณทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้ศึกษาขอกราบรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ที่ให้การเลี้ยงดูผู้ศึกษาจนกระทั่งเติบโตและได้อบรมสั่งสอนให้มีความพากเพียร และ สนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้พัฒนาตนเองมาตลอด ขอขอบคุณสามีที่ทุ่มเทแรงกาย แรงใจเพื่อส่งเสริมเรื่องการศึกษาและเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา รวมทั้งบุตรสาวที่เป็นแรงใจและกำลังใจสำคัญจนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

Copyright© by Mahidol University

เกศณี สีรี

การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

REMINISCENCE THERAPY FOR MAINTAINING COGNITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA : EVIDENCE BASED NURSING

เกศณี สีรี 5236528 NSMH/M

พย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์),
อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด (การวิจัย และพัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการบำบัดการระลึกถึงความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีขั้นตอนศึกษา ดังนี้ คือ กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 7 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่า เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1: การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2: งานวิจัย randomized controlled trials จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 3: งานวิจัย Quasi-experimental design จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 6: งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการบำบัดโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำ ดังนี้ คือ การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วยสาระดังนี้ คือ 1) การบำบัดการระลึกความหลัง เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระลึกถึงประสบการณ์ต่างๆในช่วงชีวิตในแต่ละวัย เช่น ความจำในวัยเด็ก ชีวิตนักเรียน 2) การบำบัดการระลึกความหลัง สามารถจัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 3) ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รับการบำบัดมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพทางกายหรือทางจิตที่ไม่รุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการรับการบำบัด 4) ผู้ให้การบำบัดเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง 5) การบำบัดการระลึกความหลัง ใช้สื่อที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพื่อกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูป เพลง ฯลฯ 6) การบำบัดการระลึกความหลัง มีระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 30 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้งติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้ง

ข้อเสนอแนะของการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลสามารถให้การบำบัดการระลึกความหลัง โดยไปพัฒนาร่วมกับบุคลากรในองค์กรและทดลองปฏิบัติในรูปแบบการศึกษานำร่อง ประเมินผลลัพธ์ก่อนและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ / การรู้คิด / การบำบัดการระลึกความหลัง

Copyright by Mahidol University

147 หน้า

REMINISCENCE THERAPY FOR MAINTAINING COGNITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA: EVIDENCE BASED NURSING

KESANEE SEEREE 5236528 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTANAVANICH, Ph.D. (NEUROSCIENCES), ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D. (PROGRAMME RESEARCH AND DEVELOPMENT)

ABSTRACT

The present study aimed at investigating and synthesizing research-based evidences on Reminiscence Therapy for Maintaining Cognition of Elderly with Dementia with the following procedures: determining clinical issues, investigating the research-based evidences matched to the issues from electronic information and manual investigation with 7 empirical evidences found. After assessment of the quality and reliability of such evidences according to Melnyk & Fineout-Overholt (2005) criteria, the empirical evidence found 1 at level 1: The systematic review, 3 at level 2: The randomized controlled trials, 2 at level 3: The Quasi-experimental design, and 1 at level 6: Which was a one group pretest-posttest design without a control group. Summary from analysis and synthesis as per the recommendation for Reminiscence Therapy for Maintaining Cognition of Elderly with Dementia are as per the following main ideas: 1) Reminiscence therapy can stimulate the elderly with dementia to recall each of their life experiences such as childhood memories as a student 2) Reminiscence could be performed at both individual and on a group basis 3) Elderly with dementia participants should be 60 years of age and above, with no severe physical or mental health problem that could be obstacles for the treatment 4) The therapist(s) should be the trained healthcare professionals in Reminiscence therapy 5) Reminiscence therapy should use past experience-related media for The elderly with dementia in order to stimulate their memories; such as photography, music, etc. 6) Each reminiscence session should be 30 – 90 minutes, 1 or 2 times a week for at least 5 consequetive sessions.

The recommendation of this study is that nurses can conduct reminiscence therapy and develop this treatment with other personnel in their workplace and try to implement at as a pilot study, pre-evaluation, and applied in nursing practice in the workplace

KEY WORDS: ELDERLY/COGNITION/ REMINISCENCE THERAPY

147 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ฌ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of Clinical Problem)	1
	1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)	8
	1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of Study)	10
	1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)	10
บทที่ 2	**วิธีดำเนินการศึกษา**	**11**
	2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)	11
	2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method And Levels of Evidence)	13
บทที่ 3	**ผลการดำเนินการ**	**17**
	3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	17
	3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
	3.3 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	19
	3.4 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	36

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ**	**51**
	4.1 สรุปผลการศึกษา	51
	4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)	52
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**54**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**67**
รายการอ้างอิง		**80**
ภาคผนวก		**86**
ประวัติผู้ศึกษา		**147**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว	18
3.2	คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์	21
3.3	สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)	29

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of Clinical Problem)

การสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 12 ของประชากรไทย คาดว่าปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีประมาณร้อยละ 20 และพบว่าผู้สูงอายุ มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี มีอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 5-8 ผู้ที่อายุเกิน 80 ปี มีอัตราการเกิดร้อยละ 20 และในผู้ที่อายุเกิน 90 ปีพบอัตราเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 50 (Waldemar, 2009) ส่วนการสำรวจในประเทศไทยโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า อัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2551 คือ 57.66, 76.61, 72.88, 90.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) ซึ่งโรคสมองเสื่อมพบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ประมาณ 6-8% และจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น โดยพบสูงถึงประมาณ 30% ในผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชน ตั้งแต่เริ่มป่วยระยะแรกจึงเป็นเรื่องสำคัญ โรคหรือภาวะสมองเสื่อม เป็นคำที่เรียกกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงหลายๆ ด้าน ความบกพร่องด้านความจำ การรับรู้ตนเอง การใช้ความคิด การวางแผน การบริหารจัดการ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไม่สามารถที่จะคิดแบบนามธรรมและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ ความบกพร่องเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการงาน การเข้าสังคม และชีวิตส่วนตัว (Burns, Dening & Lawlor, 2002; Boyle, Paul, Moser, Zawacki, Gordon, & Cohen, 2003) ความบกพร่องทางการรู้คิดเป็นลักษณะเด่นของโรคสมองเสื่อม มีอาการแสดงคือการสูญเสียความจำ (memory loss) ความบกพร่องในการตัดสินใจ (impaired judgment) การไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) และตามมาด้วยปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน นอกจากจะมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตัวผู้ป่วยเองแล้วยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว และต่อสังคมเป็นอย่างมาก (Kim & Jung, 2005)

Copyright by Mahidol University

ผลกระทบด้านตัวผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะดูแลสุขอนามัยส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม ไม่สนใจในเรื่องการแต่งตัวที่เหมาะสม บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่สามารถที่จะทำงานที่เคยทำได้ ไม่สามารถทำงานที่ยุ่งยาก ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อทำงานที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน ต้องพึ่งพาผู้อื่นชี้แนะในการวางแผนงานหรือตัดสินใจ มีความจำที่ผิดปกติหรือถดถอย ได้แก่ ต้องจดรายการหรือใช้ปฏิทินช่วยเตือนความจำ พูดซ้ำๆ ในการสนทนามากขึ้น ไม่สามารถจดจำรายการสิ่งของที่ต้องซื้อขณะเดินซื้อของ เมื่อดูโทรทัศน์ต้องมีการอธิบายให้ฟังอีกครั้งเพื่อให้ติดตามตัวละครในภาพยนตร์หรือนิยายได้ หรือการไม่สามารถเข้าร่วมในสังคมได้ตามปกติ มีความก้าวร้าวและมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง (American Psychiatric Association, 2000) การแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสามารถในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องพึ่งพาผู้ดูแล (Politis et al., 2004; Feldman et al., 2005) และมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาทั้งโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองเช่นเดียวกัน (Bonelli & Cummings, 2008; Bartholomew JB & Ciccolo JT, 2007)

ผลกระทบด้านครอบครัว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัวและมิตรสหายซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังต้องมีความรับผิดชอบหลักอื่นๆ ทั้งที่บ้าน ในหน้าที่การงาน และความรับผิดชอบต่อชุมชน จากการศึกษาผู้ดูแล (Ory et al., 1999) เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อหนึ่งสัปดาห์ พบว่า การดูแลผู้ที่มีโรคสมองเสื่อมต้องใช้ระยะเวลามากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคสมองเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลด้านสุขภาพของทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความเป็นอยู่ของผู้ดูแล (Martire, & Schulz, 2004; Schulz et al., 1995)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า โรคสมองเสื่อมทำให้ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 11.2 (WHO, 2003) ร่วมกับการที่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งจำนวนและสัดส่วนอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความเสี่ยงสูงในด้านความเจ็บป่วยเมื่ออายุมากขึ้น สุขภาพร่างกายที่อ่อนแอลง พร้อมกับความเสื่อมของร่างกายที่มีมากขึ้น ร่วมกับการดำเนินของโรคที่ถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความจำและพฤติกรรม รวมถึงระยะเวลาการดำเนินโรคทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลและเกิดเป็นภาวะพึ่งพา และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Langa et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจึงควรได้รับการเฝ้าระวัง และประเมินระดับความรุนแรงเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือหรือการบำบัดรักษาทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

Copyright by Mahidol University

โรคสมองเสื่อม เป็นการถดถอยในการทำงานของสมอง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียเซลล์สมอง ทำให้การทำงานของสมองในด้านการรู้คิดลดลง ซึ่ง Ganguli et al., 2011 ได้จำแนกการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (Cognition) ออกเป็น 6 ประเภท คือ

1. ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) ประกอบด้วยความสามารถในการมีความใส่ใจต่อเนื่องได้นาน (sustained attention) ความสามารถที่รับรู้มีสมาธิต่อ 2 สิ่งพร้อมๆ กันได้ (divided attention) การมีสมาธิอย่างต่อเนื่องแม้มีสิ่งเร้าอื่นเกิดแทรกหรือแม้ต้องทำสิ่งอื่นไปด้วย (selective attention) และ มีความสามารถทำกิจกรรมได้ฉับไว (processing speed) ตัวอย่างของการถดถอยของสมาธิเชิงซ้อนเช่น ขาดสมาธิในการทำงานถ้าเปิดโทรทัศน์ วิทยุหรือมีคนพูดเสียงดังอยู่ใกล้ๆ จำเบอร์โทรศัพท์ที่เพื่อนเพิ่งบอกได้ไม่นาน คิดเลขในใจไม่ได้ ใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิมในการทำงานชิ้นหนึ่งๆ หรือต้องทบทวนหลายรอบกว่าจะทำงานชิ้นหนึ่งเสร็จ

2. ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) ได้แก่ การวางแผน การตัดสินใจ การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ/การแก้ไขข้อผิดพลาด ความยืดหยุ่นทางความคิด

3. การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) ได้แก่ ความจำที่ใช้ทันที (immediate memory) ความจำล่าสุด (recent memory) รวมถึงความจำที่จำได้ด้วยตนเอง (free recall) ความจำที่จำได้เมื่อบอกใบ้ (cued recall) และความจำที่จำได้โดยใช้ข้อมูลที่ให้เลือก (recognition memory)

4. การใช้ภาษา (language) รวมถึงความสามารถในการพูด และ รับฟัง ตัวอย่างของการใช้ภาษาเริ่มตั้งแต่ความสามารถเรียกชื่อวัตถุสิ่งของได้ การพูดหรือใช้ภาษาอย่างคล่องแคล่ว การใช้ไวยากรณ์และคำเชื่อมอย่างถูกต้อง ความเข้าใจภาษา ตัวอย่างความผิดปกติหรือถดถอยของการใช้ภาษา ได้แก่ เรียกสิ่งของว่า ไอ้นั่น แทนที่จะใช้ชื่อของวัตถุนั้นออก การเลือกใช้คำแปลก ๆ ไม่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ พูดเองโดยไม่มีใครพูดด้วย (spontaneity of output) ไม่ค่อยพูดตอบการสนทนา (economy of utterances) ลักษณะพูดซ้ำๆ คำเดิม (stereotypy of speech) พูดซ้ำประโยคเดิมที่ตนพูดหรือผู้อื่นพูด (ecolalia) พูดด้วยคำหรือวลีแทรกซ้ำๆ บ่อยๆ โดยผู้พูดไม่รู้ตัว (automatic speech, embolalia) ลักษณะเหล่านี้มักเป็นอาการนำมาก่อนการไม่พูดจาไม่ออกเสียง (mutism)

5. ความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability) พฤติกรรมที่ชี้แนะการถดถอยของความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติสัมพันธ์ ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้พาไปยังสถานที่แห่งใหม่ อาจหลงทาง มักจะสับสนมากขึ้นในเวลาพลบค่ำ เมื่อมีเงามืด หรือเมื่อมีระดับแสงสว่างน้อย

6. ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (recognition of emotion) สามารถระบุอารมณ์จากรูปภาพของใบหน้าซึ่งแสดงอารมณ์หลากหลายทั้งเชิงดีใจเสียใจ การควบคุมพฤติกรรม (behavior regulation) ตัวอย่างความ

Copyright by Mahidol University

ผิดปกติของความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว เช่น การยับยั้งใจลดลง ไม่แสดงอารมณ์ (apathy) มีอาการกระสับกระส่าย (restlessness) เป็นครั้งคราว ไม่มีความอาทรห่วงใยผู้ใด สนใจแต่ตัวเอง เป็นต้น

โรคสมองเสื่อม เกิดจากการสูญเสียเซลล์สมอง โดยเริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วจึงลุกลามไปยังสมองส่วนอื่น ๆ ซึ่งการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยที่ความเสื่อมถอยอาจจะดำเนินอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป บางครั้งอาจใช้เวลานับ 10 ปี กว่าที่ความผิดปกติจะปรากฏชัดเจนจนสังเกตได้ แต่บางกรณีความเสื่อมถอยจะปรากฏชัดเจนเร็วกว่านั้น ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น

1. ระดับน้อยหรือไม่รุนแรง (Mild) เป็นระดับที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ลืมว่าวางของไว้ไหน จำชื่อคนหรือสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ ส่วนความจำในอดีตยังดีอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่การงานและสังคมอย่างเห็นได้ชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานง่ายๆในชีวิตประจำวันได้ ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ การตัดสินใจยังค่อนข้างดี สามารถตัดสินใจเรื่องทั่วๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับกิจกรรมที่ซับซ้อนบางอย่างเช่น การจ่ายเงิน การทำธุรกรรมที่ธนาคาร ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Alescio-Lautier, et al., 2007)

2. ระดับปานกลาง (Moderate) ระดับนี้มีความคล้ายคลึงกับภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยหรือไม่รุนแรง (Mild) แต่ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น มีความบกพร่องในความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ไม่สามารถคำนวณตัวเลขง่าย ๆ ได้ เปิดโทรทัศน์ไม่ได้ ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ ทั้งที่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เคยทำได้มาก่อน ลืมแม้กระทั่งชื่อคนในครอบครัว ในช่วงท้ายของระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจเป็นอันตราย จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลตามสมควร ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของพฤติกรรมและอาการทางจิต จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ (Hamuro et al, 2007; Vellone, Piras, Talucci, & Cohen, 2007)

3. ระดับรุนแรง (Severe) หรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องมีผู้เฝ้าดูแลตลอดเวลา สูญเสียความจำอย่างมาก ไม่สามารถจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ จำญาติพี่น้องไม่ได้ หรือแม้แต่ตนเองก็จำไม่ได้ สับสนไม่รู้เวลา สถานที่ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมี

ความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542)

โรคสมองเสื่อมเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ไม่อาจย้อนคืนให้เหมือนเดิมได้แต่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีสองแนวทางหลักคือ การบำบัดรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological) และการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดของโรคสมองเสื่อมทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จึงเป็นเพียงการชะลอความเสื่อมของสมองและการดำเนินของโรค โดยการรักษาตามอาการ ดังนั้นเพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด จึงนิยมใช้การรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological) ร่วมกันกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) การบำบัดรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิด โดยการใช้หลักการของการบำบัดทางด้านจิตสังคมกับการรู้คิด (Cognitive and Psychosocial intervention) เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้าน อารมณ์ การทำงาน พฤติกรรม และการรู้คิด (Zanetti et al., 2006) มี 3 รูปแบบคือ

1) การบำบัดโดยการฝึกรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy: ROT) เป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน กระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (Onder et al., 2005; Spector et al., 2000; Zanetti et al., 2002)

2) การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy: CST) เป็นกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มโดยการกระตุ้นการรู้คิด ส่งเสริมให้ใช้การประมวลผลข้อมูล (Spector, 2003) และนำบางส่วนของการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ร่วมด้วย (Johannesen, 2008)

3) การบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า การทบทวนชีวิตเป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต การทบทวนเรื่องราวในชีวิต ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อความคิดและอารมณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจ บางครั้งอาจใช้ภาพถ่าย สิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ดนตรีหรือเสียง หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีตมาช่วยในการบำบัด การบำบัดการระลึกความหลังให้ผลดีต่อการรู้คิดและอารมณ์ เน้นการใช้กระบวนการย้อนคิดถึงเรื่องราว

ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ที่ทำให้เกิดการปรับตัวมาจนถึงปัจจุบัน (Butler, 1963)

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายรูปแบบ การเลือกรูปแบบการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากรของสถานพยาบาลที่ให้บริการ เมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดดังกล่าวข้างต้น พบว่าการบำบัดการระลึกความหลังนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 (Cook, 1984) หลายประเทศ เช่น อเมริกา เนเธอร์แลนด์ ฮ่องกง ญี่ปุ่น ไต้หวัน (Webster and Haight, 2002) บนหลักการที่ว่า ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนั้นจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แต่ยังสามารถเรียกคืนความทรงจำที่เป็นเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตมาเล่าแบ่งปันกับผู้อื่นได้ (Brooker & Duce, 2000) สามารถให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ช่วยพัฒนาความสามารถทั้งด้านการรู้คิดและอารมณ์ (Zanetti et al., 2012) สามารถนำไปใช้ได้ในสถานรับดูแลระยะยาว สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุกลางวัน และในชุมชน (Buchanan et al., 2002; Lin, Dai, & Hwang, 2003) เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเหมาะสมในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย และเป็นพฤติกรรมตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ ที่ชอบระลึกถึงความหลังในอดีต การย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจ อิ่มใจตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพกับวัยที่สูงขึ้น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ (integrity) และมีความสุขในยามสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553)

การบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) มีกรอบแนวคิดอยู่บนพื้นฐานของ 2 ทฤษฎีหลัก คือ 1) ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน (Erikson's theory of psychosocial development) และ 2) ทฤษฎีความต่อเนื่องของแอทชเล (Atchley's continuity theory) โดยทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสันกล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในวัยสูงอายุ มักชอบมองย้อนอดีต เพื่อตรวจสอบตัดสินว่า ชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดเขาได้ทำอะไรไปบ้าง ประสบความสุข ความสำเร็จ และได้รับความสมปรารถนาอย่างไรบ้าง ถ้ามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกสิ่งที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และยอมรับชีวิตของตนอย่างที่มีที่เป็น (Bohlmeijer et al., 2005, Wang et al., 2005) ส่วนทฤษฎีความต่อเนื่องของแอทชเล (Atchley, 1989) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ในผู้สูงอายุแต่ละคน การย้อนคิดถึงความรู้ ทักษะ และแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ช่วยให้การระลึกความหลังจากอดีตมีความต่อเนื่องสู่ปัจจุบัน สามารถกระตุ้นการรู้คิดในปัจจุบัน

Copyright by Mahidol University

Cappeliez , O'Rourke ,& Chaudhury, 2005 ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) ประกอบด้วยการค้นหาความหมาย ความต่อเนื่องในชีวิต (integrative) การมองย้อนอดีตเพื่อนำมาใช้ในการรับมือและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดปัจจุบัน (instrumental) การจัดการให้คำแนะนำในเรื่องนั้น (tranmissive) การออกจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันโดยอยู่กับเรื่องดีๆ ในอดีต (escapist) และการพูดถึงเรื่องราวที่ค้างคาใจในอดีตซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไข (obsessive)

กระบวนการบำบัดการระลึกความหลัง 4 ระยะคือ (Chao et al., 2005)

1. ระยะแรกเข้า (Entry) ให้ผู้รับการบำบัดเปิดเผยเรื่องในอดีตที่อยู่ในความทรงจำออกมา
2. ระยะเข้าถึงเรื่องราวที่คงอยู่ในความทรงจำนั้น (immersion)
3. ระยะถอนตัว (withdrawal)
4. ระยะปิดกิจกรรม (closure)

สิ่งที่นำมาใช้ในการกระตุ้นความทรงจำจะต้องมีความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล สิ่งกระตุ้นที่มีการนำมาใช้ เช่น เสียงเพลงที่เคยชื่นชอบ บัตรอวยพรวันคริสต์มาส อาหาร ข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน เทปบันทึกเสียง เครื่องเสียง แผนที่ ของเล่นเก่า สไลด์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น การฟัง การดู การชิมอาหาร การดมกลิ่นอาหาร การสัมผัสวัตถุที่เคยใช้ การประกอบอาหาร เพื่อกระตุ้นความจำในเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ในช่วงวัยต่างๆ ที่ประทับใจและสิ่งที่สามารถพบเห็นได้เสมอในชีวิต (Tadaka et al., 2004; Chao et al., 2005)

จากการศึกษาเรื่องผลของการบำบัดการระลึกความหลังในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดมีการรู้คิด อารมณ์ และ การแสดงออกทางพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสำหรับผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มพบว่า ช่วยลดความตึงเครียด และทำให้ได้ทราบถึงภูมิหลังของสมาชิกในกลุ่มที่ตนเองดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ยังไม่มีอันตรายเกิดขึ้นจากการบำบัด (Woods, et. al., 2009) หลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า การบำบัดการระลึกความหลังสามารถปรับปรุงการทำงานของสมองด้านการรู้คิดให้ดีขึ้น (Tadaka & Kanagawa, 2004) ช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกและความคิดต่อเหตุการณ์ในอดีต มีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น (Huang et al., 2009; Wang et al., 2009) ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้า (Morgan, 2000; Haight et al., 2003) ทำให้การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยลดพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมลงได้ (Yasuda et al., 2009) สามารถช่วยเพิ่มระดับการรู้คิดและอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Tadaka , &

Copyright by Mahidol University

Kanagawa, 2004; Woods et al., 2005) นอกจากนี้พบว่าการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการระลึกถึงความหลังนั้น เป็นกระตุ้นเครือข่ายของเส้นประสาท และ กระตุ้นการสัมพันธ์กันของสมองส่วนหน้า มีผลให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ (Tanaka et al., 2011) การศึกษาวิจัยในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular dementia) โดยใช้การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมทะบอลิซึมของกลูโคสในเยื่อหุ้มสมองบริเวณสมองส่วนหน้าทั้ง 2 ข้าง และในสมองด้านข้างบนซ้าย ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการมีกิจกรรมทางสังคม และการกระตุ้นความทรงจำระยะยาว (Kyoko et al., 2011)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเพื่อนำมาใช้ในการคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดการระลึกความหลังมีแนวคิดในการบำบัดว่า ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนั้นจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แต่ยังสามารถเรียกคืนความทรงจำที่เป็นเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตมาเล่าแบ่งปันกับผู้อื่นได้ และผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีอาการระดับเล็กน้อยมีความสามารถในการเรียนรู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมระดับรุนแรง ดังนั้น การบำบัดการระลึกความหลัง จึงเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลาง รูปแบบของการบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่าย เช่น รูปภาพ หรือความทรงจำเรื่องในอดีต นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งจะเป็นการสะดวกที่จะนำไปใช้ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ มีผลช่วยในเรื่องการคงไว้ซึ่งการรู้คิด นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า และช่วยในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ผลดี และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการระลึกความหลัง ที่สามารถคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ว่าควรมีรูปแบบการบำบัดอย่างไรที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณ จึงได้มีการศึกษาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดสำหรับนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณ มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 10.60 ของประชากร กล่าวคือในปี พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุในชุมชน 178 คนจากประชากรทุกกลุ่มวัย 1,679 คน จากข้อมูลการสำรวจจำนวนประชากร

Copyright© by Mahidol University

พบว่าผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวน 60 คน คิดเป็นอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 33.70 จากการดำเนินงานติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบผู้สูงอายุรายที่ 1 อายุ 67 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำพบว่ามียาเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากการลืมกินยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองมักจะหลงลืมบ่อย ๆ โดยบอกว่า"บางครั้งเดินเข้าไปในห้องเพื่อหยิบสิ่งของแต่ไม่รู้ว่าจะเข้าไปหยิบอะไร" ต้องเดินกลับมานั่งคิดและก็นึกไม่ออก ผู้สูงอายุรายที่ 2 วัย 83 ปี พบว่าอาศัยอยู่กันเพียงลำพังกับภรรยาวัย 75 ปี ผู้สูงอายุรายนี้เดิมเคยร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ แต่เมื่อเริ่มเข้าอายุ 81 ปีมีอาการหลงลืมมากกว่าปกติ หลังจากผ่านไป 1 ปี เริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น จำคนที่เคยรู้จักไม่ได้ จำวัน เวลา สถานที่อยู่ไม่ได้ มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภรรยาต้องเป็นผู้ดูแลเรื่องป้อนอาหารและการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน เมื่อเข้าไปเยี่ยมจะชอบพูดถึงเรื่องราวในอดีต สำหรับผู้สูงอายุรายที่ 3 อายุ 71 ปี มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง บุตรสาวและบุตรเขยเป็นผู้ดูแล สามารถรับประทานอาหารได้เอง แต่ไม่รู้จักว่าอาหารที่รับประทานอยู่เรียกว่าอะไร ลูกสาวบอกว่าหลังรับประทานอาหารแล้วจัดยาให้รับประทาน เมื่อรับประทานยาไปแล้ว เวลาผ่านไปสักระยะหนึ่งผู้สูงอายุก็จะบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน เรียกหาบุตรสาวให้หยิบยามาให้รับประทานอีก

จากปัญหาที่พบ และจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน ทั้งทางด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคม โดยให้มีการจัดตั้งคลินิคดูแลผู้สูงอายุ และ ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองความเสื่อมตามวัยในผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณยังไม่เคยมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการประเมินเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Mental State Examination : (MMSE- Thai 2002) ซึ่งใช้ประเมินความบกพร่องทางด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ที่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน และที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน จำนวน 22 ราย ได้คะแนนต่ำกว่า 22 คะแนน จำนวน 3 ราย ผู้ที่ศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน จำนวน 19 ราย ได้คะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน จำนวน 2 ราย ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนน จำนวน 11 ราย และได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน จำนวน 3 ราย จากผลการประเมินทำให้เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นที่อยู่ในชุมชนมีความบกพร่องทางการรู้คิดถึงร้อยละ 13.33 ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคสมองเสื่อมได้

Copyright by Mahidol University

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตสังคมโดยการระลึกความหลัง สามารถช่วยให้คงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการบำบัดที่พยาบาลสามารถกระทำได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งการรู้คิด สามารถปรับตัว สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และสังคมได้ รวมทั้งช่วยให้หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การบำบัดการระลึกความหลัง และผลของการบำบัดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นแนวทางในการบำบัดผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of Study)

เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดแบบการระลึกความหลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

1. พยาบาลทราบถึงวิธีการและสามารถที่จะนำแนวทางการบำบัดการระลึกความหลังไปใช้ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณและที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หน่วยงานได้แนวทางสำหรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบำบัดการระลึกความหลังอย่างเหมาะสมต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อศึกษารูปแบบโปรแกรมการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และเข้าใจถึงวิธีการบำบัดและเทคนิคการบำบัด รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ผู้ศึกษาจึงทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อแนะนำในการใช้โปรแกรมการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

2.1.1 กรอบการสืบค้น การสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลสารสนเทศ (Craig & Smyth, 2002) ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population	หมายถึง ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
Intervention	หมายถึง การบำบัดการระลึกความหลัง
Comparison intervention	หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัด
Outcome	หมายถึง การรู้คิด

2.1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Elderly,Older adult, Dementia, Cognition, Cognitive function, Reminiscence therapy

2.1.3 ขอบเขตการสืบค้น เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้การบำบัดการระลึกความหลัง และวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

Copyright© by Mahidol University

1. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้รูปแบบการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 ถึง ค.ศ.2012

3. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ชนิด The systematic review งานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยกึ่งทดลอง

4. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ภาษาในการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

2.1.4 ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ (Electronic)

- ฐานข้อมูลโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS)
- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.library
- ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, OVID, Pro Quest , Pub Med, Science Direct

2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search)

- จากวารสารที่มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับการแพทย์และการพยาบาล เช่น วารสารสมาคมจิตแพทย์ วารสารพยาบาลจิตเวช รวมถึงวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด ต่าง ๆ ที่พบ
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความหรืองานวิจัย (Reference list)

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งหมด จำนวน 7 เรื่อง ที่เข้าเกณฑ์การสืบค้น

Copyright by Mahidol University

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method And Levels of Evidence)

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุง ซึ่งจะเป็นงานวิจัยและอาจจะมีบทความที่เกี่ยวข้องด้วย จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพ เป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ผ่านการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่อง และบูรณาการหลักฐานข้อมูลไปสู่ข้อสรุปความรู้ในเรื่องๆ นั้นโดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 3 ประเด็นต่อไปนี้ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) คือการประเมินว่างานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาหรือไม่ มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือไม่ และสามารถช่วยในการตัดสินใจในการแก้ไขกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติหรือไม่ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงและผลการวิจัยของงานวิจัยดังกล่าวพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีเอกสิทธิหรือไม่ รวมทั้งต้องพิจารณาประเด็นต่างๆได้แก่ ความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความรุนแรงของปัญหา ค่าใช้จ่ายและอุปสรรคที่อาจขัดขวางการเปลี่ยนแปลง

2) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) คือการประเมินในด้านการออกแบบงานวิจัยว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งในด้าน ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถามหรือสมมุติฐาน วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ข้อสรุปและการอภิปรายผล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยว่ามีมากน้อยแค่ไหนในด้านคณะผู้วิจัย วารสารที่ตีพิมพ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้และผลการวิจัย

3) แนวโน้มการนำไปใช้ (Implementation potential) จะพิจารณาใน 3 ด้านดังต่อไปนี้

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) คือ การนำผลงานวิจัยหรือโครงการปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงานนั้น เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือ แนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ปรัชญาในการดูแลของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะใช้ระยะเวลาใน

การดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่ ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยหรือโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมาก แต่มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ก็อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการ

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation) คือ ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของบุคลากรภายในหน่วยงาน สิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศและสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ต้องประเมินว่าโครงการนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำโครงการนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ บรรยากาศในองค์กรส่งเสริมต่อการนำโครงการไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำโครงการไปใช้อย่างไร หรือจะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่ ประเด็นสำคัญ คือ ต้องประเมินถึงความเป็นอิสระมีอำนาจของพยาบาลในการควบคุมการดำเนินการนั้นหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ จะต้องประเมินว่าโครงการนั้นจะขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนได้จากหน่วยงานหรือบุคคลใด และต้องรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด นอกจากนี้ถ้าโครงการจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกบุคลากรเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานได้เอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาช่วยฝึกให้ มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost – benefit ratio) คือ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มทุนของโครงการ โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูง ประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมากและโครงการหรือนวัตกรรมนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ การนำโครงการไปใช้จะต้องมีการประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำโครงการนั้นไปใช้ ต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินให้ได้ว่าหากไม่นำโครงการมาใช้ โดยยังคงปฏิบัติแบบเดิมจะเกิดความเสี่ยงอย่างไร

Copyright by Mahidol University

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Levels of evidence)

โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidences) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (The systematic review) หรือการวิจัยอภิมาน (meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCT อย่างเป็นระบบ (The systematic review)

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบการวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพของหลักฐาน ผู้ศึกษาจึงนำผลจากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญและสรุปใจความสำคัญนำเสนอเป็นตาราง (Collective table) แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาเปรียบเทียบเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) รูปแบบโปรแกรมการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผลการวิจัย เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งผลการดำเนินการสืบค้น การสกัดเนื้อหา การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จะนำเสนอในบทต่อไป

Copyright by Mahidol University

สรุปวิธีการดำเนินงานในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษากำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักการของ PICO Framework โดยกำหนดประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การบำบัดคือการระลึกความหลังโดยไม่มีการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของการบำบัดคือเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หลังจากสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยสกัดเนื้อหาลงในตารางที่ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรที่ศึกษา สถานที่เก็บข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของหลักฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย สำหรับการประเมินผลของหลักฐานนั้นใช้เกณฑ์การประเมิน พิจารณา 3 ประเด็นได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ และแนวโน้มการนำไปใช้ โดยพิจารณา 3 ด้านคือ แนวโน้มการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ส่วนการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (strength of evidences) ได้ใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) ตาม Therapy evidence pyramid หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดและประเมินคุณภาพแล้ว มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อแนะนำในการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ Elderly, Dementia, Cognition, Cognitive function, Reminiscence therapy และทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ Cochrane Library, CINAHL, Blackwell Synergy, OVID, Pro Quest, Pub Med, Science-Direct, และจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความ หรืองานวิจัย จากวารสารที่มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับการแพทย์และการพยาบาล เช่น วารสารสมาคมจิตแพทย์ วารสารพยาบาลจิตเวช รวมถึงวิทยานิพนธ์จากห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย ได้ผลการสืบค้นดังนี้

ฐานข้อมูล	คำสืบค้น			ผลการสืบค้น	คัดออก	พบตรงเกณฑ์	เลือก
Cochrane	Elderly, Older adult, Dementia	Reminiscence therapy	Cognition, Cognitive function	1	0	1	1
OVID				0	0	0	0
Pro Quest				3	2	1	1
CINAHL				11	7	3	3
Blackwell Synergy				0	0	0	0
Science Direct				4	3	1	1
Pub Med				0	0	0	0
ThaiLIS				1	0	1	1

Copyright by Mahidol University

สรุปผลการสืบค้นงานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 21 เรื่อง คัดออก 10 เรื่อง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา งานวิจัยที่ลดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม งานวิจัยที่มีต้นฉบับไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เช่นภาษาจีน ภาษาเยอรมัน และบางงานวิจัยที่ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ได้

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ การบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ได้ทั้งหมดมา 11 เรื่อง พบว่าเป็นเรื่องที่ซ้ำกัน 4 เรื่อง ผู้ศึกษาจึงได้คัดเลือกมา 7 เรื่องมาจัดระดับความน่าเชื่อถือตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overhoult (2005) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (levels of evidence) เป็น 7 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว

เรื่องที่	ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/วารสาร	ระเบียบวิธีวิจัย	ระดับงานวิจัย
1	Wood, B., Spector, AE., Jones, CA., Orrell, M., & Davies, SP. (2009). Reminiscence therapy for dementia: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.	Systematic Reviews	Level I
2	Wang, JJ. (2007). Group Reminiscence therapy for cognitive and affective function of dementia elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 22: 1235 -1240	Randomized Controlled trial	Level II
3	Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2004). A Randomized Controlled trial of a group care program for community–dwelling elderly people with dementia. *Japan Journal 0f Nursing Science.*1, 19 – 25	Randomized Controlled trial	Level II

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ และผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว (ต่อ)

เรื่องที่	ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/วารสาร	ระเบียบวิธีวิจัย	ระดับงานวิจัย
4	Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatr Gerontol Int 2007;* **7:** 167–173	Randomized Controlled trial	Level II
5	Tanimuki, S., Okumura, Y., & Asada, T. (2008) Effect of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with every day conversation approaches. *Psychogeriatrics.*8: 124-133.	Quasi-experimental (well-designed controlled trials without randomization)	Level III
6	Okamura, H., Nawate Y., Kaneko, F., & Hanaoka, H. (2008). Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: A Preliminary Report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol.26(3): 57-69	One group pretest-posttest design	Level VI
7	สุดารัตน์ ปุณโณฑก. (2011) ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	Quasi-experimental (well-designed controlled trials without randomization)	Level III

3.3 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษานำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overhoult (2005) ในระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ความน่าเชื่อถือในระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง ความน่าเชื่อถือระดับ 3 จำนวน 2 เรื่องและความน่าเชื่อถือระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง มาสกัด

Copyright© by Mahidol University

เนื้อหาอย่างละเอียด และประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณา 3 ประเด็น ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) แนวโน้มการนำไปใช้ (Implementation potential) จะพิจารณาใน 3 ด้าน คือ การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) และความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ (Cost benefit ratio) หลังจากนั้นผู้ศึกษาจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สกัดและประเมินคุณภาพแล้ว มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อแนะนำในการบำบัดระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังนี้

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
ผู้วิจัย	1 Wood et., al. (2009).	2. Wang, JJ. (2007).	3. Tadaka &. Kanagawa (2004).	4. Tadaka &. Kanagawa (2007).	5. Okumura, (2008).	6. Nawate et., al. (2008).	7.สุดารัตน์ ปุณโณฑก. (2011)
ระเบียบวิธีวิจัย	การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์	RCT design โดยใช้ block-randomized by area โดยการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมขึ้นอยู่กับตารางรายชื่อ ในอัตรากลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 51:51	RCT design โดยมีการสุ่มให้อยู่ในกลุ่มตามรายการสุ่มที่สร้างจากคอมพิวเตอร์ซึ่งออกแบบขึ้นโดยนักสถิติ ในอัตรา 30:30	RCT designสุ่มจากคอมพิว-เตอร์ กลุ่มควบคุม : กลุ่มทด-ลอง 30:30 คือ กลุ่มทดลองAD 12 : VD 18 กลุ่มควบคุม AD 12 : VD 18	Quasi-experimental (well-designed controlled trials without randomization) มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง : กลุ่มควบคุม 8:8	Quasi-experimental (the one group pretest-posttest design) จำนวน 11 คน	Quasi-experimental design (well-designed controlled trials without randomization) ในอัตรากลุ่มทดลอง : กลุ่มควบคุม 12:12

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
สถานที่เก็บข้อมูล เมือง ประเทศ	-	สถานรับดูแลผู้สูงอายุ Taiwan	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันของเมืองโตเกียว (พักอาศัยในชุมชน) Japan	ศูนย์บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเมืองโตเกียว (พักอาศัยในชุมชน) Japan	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน Japan	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุกลางวัน(อาศัยอยู่ที่บ้าน) ดำเนินการด้วยการใช้ห้องครัว Japan	ที่บ้านในจังหวัดลพบุรี ประเทศไทย
รูปแบบการบำบัด	การบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็ก จำนวน 5-11 คน และการบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบรายบุคคล	การบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็กจำนวน 8-10 คน	การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงรูปแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็กจำนวน 6 คน	การบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็กจำนวน 6 คน	การบำบัดการระลึกความหลังในระยะสั้นรูปแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็กจำนวน 8 คน	การบำบัดการระลึกความหลังโดยการทำอาหารรูปแบบกลุ่มขนาดเล็กจำนวน 3-5 คน	การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลรูปแบบรายบุคคล

Copyright© Mahidol University

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
กลุ่มตัวอย่าง/ ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	อายุ ≥ 55 ปี	อายุ ≥ 65 ปีอายุเฉลี่ย 79.76 ปี	ผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 84.2 ปี	ผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 82.5 และ 85.3 ปี	ผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 84 ปี	อายุ ≥ 65 ปี อายุเฉลี่ย 88.5 ปี	อายุ ≥ 60 ปี
ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง	ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	ระดับเล็กน้อย
กลุ่มตัวอย่าง	4งาน/144คน	102 คน	60 คน	60 คน	16 คน	12 คน	24 คน
กลุ่มทดลอง	57	51 คน	30 คน	30 คน	8 คน	12 คน	12 คน
กลุ่มควบคุม	50	51 คน	30 คน	30 คน	8 คน	-	12 คน
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	-	-	-	-	-	-
drop out กลุ่มบำบัด/ กลุ่มควบคุม /กลุ่มเปรียบเทียบ	8 /4 /6 คน	4/8/- คน	2/3/- คน	6/4/- คน	ไม่ระบุ	1 คน	**2/- คน**

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
ระยะเวลาในการบำบัด	สัปดาห์ละ 1-5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที	สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 60 นาที
จำนวนครั้งในการบำบัด/ระยะเวลา	5-8 ครั้ง/5-8 สัปดาห์	8 ครั้ง / 8 สัปดาห์	10 ครั้ง / 10 สัปดาห์	8 ครั้ง / 8 สัปดาห์	5 ครั้ง / 5 สัปดาห์	9 ครั้ง / 9 สัปดาห์	8 ครั้ง / 4 สัปดาห์
ผลการบำบัด	มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติในด้านการรู้คิดและมีความแตกต่าง ด้านความ เครียดของผู้ให้การดูแลลดลงอย่างชัดเจนทันทีและหลังการบำบัด 6 สัปดาห์	พบว่าด้านการรู้คิดในกลุ่มทดลองมีระดับที่เพิ่มขึ้นและอาการซึมเศร้าลดลงต่อเนื่องตามการบำบัด รักษาหลังติดตามผลการบำบัด 1 สัปดาห์	มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านการรู้คิด ทันทีแต่เมื่อติดตามผลต่อเนื่อง 6 เดือน ไม่มีความแตกต่างทางการรู้คิดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ	มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านการคิด ในผู้สูง อายุโรคVD ทันทีและเมื่อติดตามผลต่อเนื่อง 6 เดือน ส่วน AD ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งทันทีและ 6 เดือน	จำนวนคำเพิ่มขึ้นในกลุ่มการระลึกความหลัง เริ่มจากครั้งที่สามเป็นต้นไป ยิ่งไปกว่านั้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนในกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น	มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านการรู้คิด 1 สัปดาห์หลัง จากเสร็จสิ้นการบำบัดและ 4 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด	มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติในด้านการรู้คิดทั้งระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
ระยะเวลาติดตามผลลัพธ์	ทันที และ 6 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการทดลอง	1 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการทดลอง	ทันทีและ6 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง	ทันที และ6 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง	ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 5 (หลังสิ้นสุดกิจกรรมบำบัด)	1 และ 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการทดลอง	ทันที และ 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการบำบัด
ผู้บำบัด	-พยาบาลจบปริญญาโททางจิตเวช,ผู้สูงอายุ -นักจิตวิยาคลินิก (ปริญญาโท/ปริญญาเอก -นักจิตบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง	-พยาบาลจบปริญญาโททางจิตเวช / ผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง และการจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 32ชั่วโมง	-พยาบาลด้านสาธารณสุข -นักจิตวิยาคลินิก (ปริญญาโท/ปริญญาเอก) ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัด ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	-พยาบาลด้านสาธารณสุข -นักจิตวิยาคลินิก (ปริญญาโท/ปริญญาเอก) ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัด ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	-นักจิตวิยาคลินิก (ปริญญาโท)	- นักจิตบำบัด - นักกิจกรรมบำบัด	- พยาบาลจบปริญญาโททางการพยาบาลผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright© by Mahidol University

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ประเมินผลลัพธ์ด้านการรู้คิด 1. The Mini Mental State Examination (Folstein และคณะ, 1975) การวัดระดับมี 11 ลักษณะพิเศษ ใน 5 หมวดหมู่ (i) การรับรู้ (ii) การจดจำและการจำได้ (iii) ความสนใจ (iv) ภาษา และ (v) ทักษะมิติสัมพันธ์ ผลคะแนนรวมของ 11 ลักษณะพิเศษที่ครอบคลุมการกระจายคะแนนของทั้ง 5 หมวดมีระดับจาก 0 – 30 คะแนนที่เพิ่มขึ้นบ่งชี้ว่าการรู้คิดเพิ่มขึ้น	X	X	X	X		X	X
2. Autobiographical Memory Interview Personal Semantic Schedule	X						
3. Hasegawa Dementia Scale-Revised ฮาเซะงาว่าและคณะ (1974) และเนื่องจากมีการปรับปรุงใหม่ในปี 1991 ซึ่งได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศญี่ปุ่นเพื่อวัดการทำงานของการรู้คิดคะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน ระดับคะแนน 20 หรือ น้อยกว่าก็จะได้รับการพิจารณาว่ามีอาการสมองเสื่อม ระดับคะแนน 21 หรือมากกว่าแสดงว่าไม่มีอาการของโรคสมองเสื่อม						X	

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
4. Information/Orientation and Behavior Rating Scale ของClifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE) (Pattie 1979)	X						
5. Gottfries-Brane-Steen ประเมินความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม โดยการสังเกตการณ์ทำงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย ห้าข้อ 26 ห้าข้อซึ่งแบ่งออกเป็นการทำงาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (6 ห้าข้อ) ด้านเชาว์ปัญญา (11ห้าข้อ) ด้านอารมณ์ (3 ห้าข้อ) และตัวชี้วัดอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (6 ห้าข้อ) โดยคะแนน จะถูกแบ่งออกเป็น 7 ระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 (ปกติ) ถึง 6 (รุนแรง) คะแนนที่สูงกว่าชี้ให้เห็นถึงลักษณะที่รุนแรงกว่าของอารมณ์และอาการทางจิต Gottfries และคณะ (1989)						X	

ตารางที่ 3.2 คุณลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
6. The verbal Fluency Task แบบประเมินการจดจำการจำได้ในการใช้คำเรียก					X		
7. Todai-shiki Observational Rating Scale แบบประเมินการสื่อสาร					X		

หมายเหตุ

เรื่องที่ 1. Reminiscence therapy for dementia.

เรื่องที่ 2. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan

เรื่องที่ 3. A Randomized Controlled trial of a group care programe for community – dwelling elderly people with dementia.

เรื่องที่ 4. Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting.

เรื่องที่ 5. Effect of short term reminiscence therapy on elderly with dementia : A comparison with every day conversation approaches.

เรื่องที่ 6. Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home : A Preliminary Report.

เรื่องที่ 7. ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

เรื่องที่ 1 Reminiscence therapy for dementia.

ผู้แต่ง/ปี Wood, B.,Spector, AE., Jones ,CA., Orrell .M., &Davies ,SP. (2009)

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดการระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยจำนวน 4เรื่อง **เกณฑ์คัดเข้า** 1. งานวิจัยที่เป็น. ผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยมากกว่า 55 ปี 2.มีการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ โดยอิงจาก DSM-IVหรือ ICD-10 3.งานวิจัยใช้การบำบัดการระลึกความหลัง	**แบบประเมินทางการรู้คิด** 1. The Mini Mental State Examination 2.. Autobiographical Memory Interview Personal Semantic Schedule 3.Information/Orientation test	**กลุ่มทดลอง** 1.การบำบัดการระลึกความหลังแบบกลุ่ม แบบรายบุคคล หรือการระลึกความหลัง กับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง **ระยะเวลาการบำบัด** 1. สัปดาห์ละ 1-5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 4-12 สัปดาห์	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังมีระดับการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนักแล้วเท่ากับ0.5 ที่ความเชื่อมั่น95% ,P =0.02)	1. การบำบัดการระลึกความหลัง ใช้วิธีการกระตุ้นความทรงจำเกี่ยวกับสิ่งที่ดีๆในอดีต ใช้สิ่งกระตุ้นที่จับต้องได้เช่น รูปภาพ ของใช้ในบ้าน ของใช้ที่คุ้นเคยในอดีต เสียงเพลง และเสียงที่บันทึกไว้มาช่วย 2. ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมกลุ่มแบบผสม เพื่อการเตรียมความพร้อมในการใช้วิธีการระลึกความหลังกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 3. การวัดผลลัพธ์ในระยะสั้นช่วง4-6สัปดาห์หลังการบำบัดอาจยังไม่แน่นอน ควรมีการวัดผลระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของผลลัพธ์ของการบำบัด 4. ผู้บำบัด ควรผ่านการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลังก่อน

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 2 Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan.

ผู้แต่ง/ปี Wang, JJ. (2007)

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบสมมติฐานว่ากลุ่มการบำบัดด้วยการระลึกความหลังสามารถป้องกันความเสื่อมถอยทางด้านการรู้คิด และช่วยเสริมสร้างการทำงานด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรู้คิดได้

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1. ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2. มีอายุ $\geq$ 65ปี 3. ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง	**แบบประเมินทางการรู้คิด** 1. The Mini Mental State Examination	การบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบกลุ่มๆละ 8-10 คน **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เวลา 8 สัปดาห์	กลุ่มบำบัดการระลึกความหลังมีระดับการรู้คิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ MMSE p=0.015 อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ CSDD p= 0.026 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์	1. การบำบัดการระลึกความหลัง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น 2.ผลของการบำบัดการระลึกความหลังมีประสิทธิภาพในการช่วยคงไว้ซึ่งการรู้คิดและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมในระยะสั้น 3. ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลังและกลุ่มพลวัต เป็นเวลา 32 ชั่วโมง

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 3 A Randomized Controlled trial of a group care programe for community – dwelling elderly people with dementia.

ผู้แต่ง/ปี Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2004).

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยวิธีการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence) และการบำบัดโดยการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ในการป้องกันการเสื่อมถอย ด้านการรู้คิดและการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1. ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิด AD,VDในชุมชนที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน 1-2ครั้ง/สัปดาห์ 2. ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม CDR ระดับ 1-2	**แบบประเมินทางการรู้คิด** 1. The Mini Mental State Examination	การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับ การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง(RO) รูปแบบกลุ่ม ๆ ละ 6 คน **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เวลา 10 สัปดาห์	- กลุ่มบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับ การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (RO) มีประสิทธิภาพต่อระดับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ MMSE F = 16.76, P<0.002 เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลอง ทันทีแต่การติดตาม 6 เดือน พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านพฤติกรรมแยกตัวดีขึ้นทันที ไปจนถึง 6 เดือน	1..รูปแบบกลุ่มการบำบัด ต้องมีการกระตุ้นที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะและประวัติชีวิตของสมาชิกกลุ่ม ใช้การพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์เรื่องของคนๆหนึ่งต่อกลุ่มและกระตุ้นให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกับใช้กระดานการรับรู้ 2.การบำบัดในรูปแบบกลุ่ม จำนวน 10 ครั้งประสิทธิภาพต่อระดับการรู้คิดในระยะสั้นเท่านั้น 3 ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 4 Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting.

ผู้แต่ง/ปี Etsuko Tadaka 1 and Katsuko Kanagawa, (2007).

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1. ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (AD) 24 คน ชนิดหลอดเลือดสมอง (VD) 36 คน 2.ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	1. MMSE 3. MOSES	การบำบัดการระลึกความหลัง รูปแบบกลุ่ม รูปแบบกลุ่ม ๆละ 6 คนใช้วิธีการสื่อสารด้วยคำพูดและมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูรูปภาพ หรือข้าวของเครื่องใช้ในอดีตร่วมกัน กินอาหารร่วมกัน **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 – 90 นาที เวลา 8 สัปดาห์	ประสิทธิภาพต่อการรู้คิดมีนัยสำคัญทางสถิติ (MMSE $P < 0.05$) เฉพาะโรคสมองเสื่อมชนิด VD เท่านั้น ทั้งเมื่อประเมินผลในระยะสั้นหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและเมื่อประเมินผลในระยะยาว 6 เดือน ส่วนการมีพฤติ กรรมแยกตัว VD มีผลดีทั้งเมื่อประเมินผลในระยะสั้นหลังและระยะยาว ส่วน AD มีผลดี แค่เพียงระยะสั้น	1. การใช้สื่อหรือวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัด เพื่อได้ใช้ประสาทสัมผัสกระตุ้นความจำในเหตุการณ์สำคัญ หรือเหตุการณ์ในช่วงวัยต่างๆ ที่ประทับใจให้สื่อสารความรู้สึกดีๆ และเพื่อเพิ่มระดับการเข้าใจตนเอง 2. การบำบัดการระลึกความหลังไม่มีผลด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (AD) เมื่อวัดผลระยะยาว (6 เดือน) 3. พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระและควรได้รับการอบรมก่อนนำการบำบัดไปใช้

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 5 Effect of short term reminiscence therapy on elderly with dementia : A comparison with every day conversation approaches..

ผู้แต่ง/ปี Okumura, Y., Tanimuki .,S., & Asada ,T.(2008)

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมด้วยการระลึกความหลังระยะสั้นกับการใช้การสนทนาประจำวัน

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1.ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน หรือผู้ที่มาใช้บริการในศูนย์บริการดูแลสุขภาพกลางวัน 2. คะแนนประเมิน MMSE อยู่ในช่วง 10-22 คะแนน	1. The verbal Fluency Task 2. Todai-shiki Observational Rating Scale 3. Saint Marianna Hospital's Elderly Dementia Patients' Daycare	1การบำบัดการระลึกความหลังรูปแบบที่เป็นแบบระยะสั้น และเป็นแบบกลุ่มกึ่งปิด กลุ่มละ 8 คน โดยมีหัวข้อการระลึกความหลังหลัก 4 หัวข้อคือ 1) การเล่นในวัยเด็ก 2) การช่วยเหลืองานบ้าน 3) ความทรงจำในโรงเรียน 4)เรื่องในความทรงจำที่ยังคงอยู่ในปัจจุบัน กิจกรรมแรกและกิจกรรมสุดท้ายจึงตั้งอยู่บนหัวข้อหลักหรือแนวคิดหลักเดียวกัน **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เวลา 5 สัปดาห์	คำที่จำได้เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่1 เพิ่มขึ้น เริ่มจากครั้งที่3 ไปจนถึงครั้งที่5 ตามลำดับP = 0.003, P = 0.012และP = 0.000 ผู้เข้ารับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารทาง อวัจนภาษา ระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่ดีขึ้น ความสนใจผู้อื่นภายในกลุ่มเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการสื่อสารกับผู้ดูแลและคนในครอบครัวมากขึ้น	1. ทักษะที่ใช้ในกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลัง คือการคิดย้อนถึงประสบ-การณ์ของตนเองในอดีต การนำเสนอประสบการณ์ การฟังเรื่องราวในอดีตของผู้อื่นอย่างตั้งใจ ร่วมกับใช้เทคนิคการทำงานเป็นกลุ่ม (การวางแผน, ข้อมูล, การพัฒนา, การสิ้นสุด) 2. การวัดผลลัพธ์ในเรื่องการจดจำคำ ร่วมกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางการสื่อสาร สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถจดจำความจำอันใกล้ได้ จึงเป็นเรื่องง่ายเมื่อพูดถึงเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมานานแล้ว แต่ควรมีการประเมินผลทางการรู้คิด MMSE หลังจากให้การบำบัดเพิ่มเติม 3. งานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงการเข้ารับการฝึกอบรมของผู้บำบัด แต่เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด ผู้บำบัดควรได้รับการอบรม

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 6 Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home : A Preliminary Report..

ผู้แต่ง/ปี Nawate.Y.,Kaneko,F.,Hanaoka,H.,&Okamura ,H.(2008)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลัง โดยให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทำกิจกรรมประกอบอาหาร

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1. ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพักอาศัยที่บ้าน และเข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่งในประเทศญี่ปุ่น 2. ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมที่วินิจฉัยโดยจิตแพทย์อยู่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	1. MMSE 2. HDS-R 3. Gottfries-Brane-Steen 4. TBS	การบำบัดการระลึกความหลัง รูปแบบ กลุ่ม ๆละ 3-5 คน โดยใช้กิจกรรมการทำอาหาร **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เวลา 9 สัปดาห์	ประสิทธิภาพต่อการรู้คิดมีนัยสำคัญทางสถิติ HDS-R p=0.043 เมื่อติดตามผล 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด ปฏิกิริยาต่อผู้ดูแล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ TBS p=0.004 เมื่อติดตามผล 1 สัปดาห์เท่านั้น	1. การทำอาหารเพื่อกระตุ้นการระลึกความหลัง ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 เพื่อกระตุ้นให้เกิดการย้อนระลึกถึงขั้นตอนที่เคยทำจนเป็นนิสัยในอดีต มีการวางแผนและให้ความสนใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมอื่น เช่น การทำของเล่นในวัยเด็ก เป็นต้น 2. ควรส่งเสริมให้มีการนำการบำบัดไปใช้ที่บ้านของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อกระตุ้นการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง 3. ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการประเมินปฏิกิริยาต่อผู้ดูแลได้

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 7 ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้แต่ง/ปี สุดารัตน์ ปุณโณฑก: (2011)

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ต่อความสามารถในการรู้คิด และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	การบำบัด	ผลลัพธ์	สรุปการนำไปใช้
1.ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2.ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย	1. MMSE-Thai 2002 ฉบับภาษาไทยของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) 2. แบบวัดความผาสุกในชีวิตของเชอร์รี่ ทองเพ็ญ (2537)	1การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล โดยใช้รูปแบบรายบุคคล **ระยะเวลาการบำบัด** สัปดาห์ละ 2ครั้ง ๆ ละ 30-60 นาที เวลา 4 สัปดาห์	ค่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนความผาสุกในชีวิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	1. กระบวนการระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วยการกระตุ้นด้วยคำถาม การรับ ฟังอย่างตั้งใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อเรื่องที่ระลึกถึง และมีการปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อความทรงจำบางส่วน 2. การบำบัดรายบุคคลในชุมชน ควรมีทีมบุคลากรที่ผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อส่งเสริมให้มีการบำบัดในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง 3. การบำบัดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับน้อยช่วยคงไว้ทางการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

3.4.1 ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสกัดเนื้อหาที่สำคัญของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 เรื่องมีความน่าเชื่อถือตามระบบของ Melnyk & Fineout-Overhoult (2005) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (The systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 1 เรื่อง พบงานวิจัยที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (The Randomized Controlled Trial) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง พบงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (The Quasi-experimental design) ซึ่งอยู่ในระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 คืองานวิจัยกลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด (A One group pretest-posttest design) จำนวน 1 เรื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้การบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จากการนำงานวิจัยทั้งหมดมาสกัดเนื้อหาที่สำคัญ และนำมาสังเคราะห์ เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์ดังนี้

1) คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด

1.1 ผู้รับการบำบัดพบว่ามีอายุ มากกว่า 55 ปี ขึ้นไป (Wood et al., 2009: Level I) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011:Level III) หรือมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป(Wang, JJ. 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI)

1.2 ผู้รับการบำบัดต้องได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของจิตแพทย์อเมริกัน (DSM–IV) หรือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยเข้าเกณฑ์ของโรคอัลไซเมอร์หรือหลอดเลือดสมองเสื่อม (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011 Level III; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV) หรือได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิค (Clinical Dementia Rating: CDR) อยู่ในเกณฑ์ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Wang, 2007: Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011 Level III; Nawate et al., 2008: Level IV) การศึกษาทั้ง 7 เรื่องใช้แบบประเมินแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น MMSE ของ Folstein และคณะ (1975) เพื่อคัดกรองการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิด ค่าคะแนน 9 - 24คะแนน โดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้รับการ

บำบัด(Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI)

1.3 เกณฑ์การพิจารณาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมการบำบัด ต้องไม่มีความบกพร่องทางด้านการเห็น การได้ยินและการสื่อสาร (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011 Level III; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV) ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II) ไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) (Wang, 2007: Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011; Level III)

2) คุณสมบัติของผู้บำบัด

ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV) และเป็นผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาจบปริญญาโทหรือปริญญาเอก (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II) ทีมผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรโดยผู้เชี่ยวชาญ (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI) โดยจะต้องเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติจำนวน 32 ชั่วโมง (Wang, JJ. 2007: Level II) สำหรับผู้ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลและมีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อาจเป็นผู้ช่วยในการบำบัด (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level IV) และสามารถมีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มาเป็นผู้ช่วยกลุ่มทำหน้าที่ดูแลช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม (Tadaka et al., 2004: Level II;Tadaka et al., 2007: Level II) หรือเจ้าหน้าที่ 1-2 คนที่เข้าร่วมในฐานะผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Okumura et al.,2008: Level: III) โดยผู้ดูแลต้องผ่านการเข้าร่วมการบำบัดการระลึกความหลังในรูปแบบการสื่อสารต่อเนื่องจำนวน 18 สัปดาห์ (Thorgrimson,2002 อ้างใน Wood et al., 2009: Level I)

3)ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

Copyright© by Mahidol University

3.1 จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดพบว่าแตกต่างกัน ตั้งแต่จำนวน 5 ครั้ง (Okumura et al., 2008: Level III) จำนวน 6-12 ครั้ง (Wood B et al., 2009: Level I) จำนวน 8 ครั้ง

(Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2007**:** Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011**:** Level III) จำนวน 9 ครั้ง (Nawate et al., 2008: Level VI) และจำนวน 10 ครั้ง (Tadaka et al.**,** 2004**:** Level II)

3.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่ 4-12 สัปดาห์ (Wood et al., 2009: Level I) ระยะเวลา 5 สัปดาห์ (Okumura et al., 2008: Level IV) ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Wang, 2007: Level II ; Tadaka et al., 2007: Level II) ระยะเวลา 9 สัปดาห์ (Nawate et al., 2008: Level VI) และระยะเวลา 10 สัปดาห์ (Tadaka et al., 2004**:** Level II;) ระยะเวลาต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 18 สัปดาห์(Wood et al., 2009: Level I)

3.3 ความถี่ของระยะเวลาที่ทำการบำบัดมีตั้งแต่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Wang, 2007: Level II**;** Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al.,2008: Level VI; Tadaka et al., 2004: Level II) สัปดาห์ละ 2ครั้ง (สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) สัปดาห์ละ 5 ครั้ง (Wood et al., 2009: Level I) โดยระยะเวลาที่ทำการบำบัดมีความแตกต่างกันโดยใช้ครั้งละ 30 นาที (Wood et al., 2009: Level I) ครั้งละ 60 นาที (Wang, 2007: Level II**;** Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) และครั้งละ 60 – 90 นาที (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II)

4) องค์ประกอบการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง

4.1 กิจกรรมการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น มีการสนทนาหรือการทำกิจกรรมต่างๆ (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al.,2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III) นอกจากใช้วิธีการสื่อสารด้วยคำพูดแล้ว ยังอาจมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูรูปภาพ หรือข้าวของเครื่องใช้ในอดีตร่วมกัน ร้องเพลง ทำอาหารหรือรับประทานอาหารร่วมกัน และการดูละคร หรือมีการทำการบำบัดการระลึกความหลังถึงพัฒนาการตามวัยร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) และการระลึกถึงความหลังโดยใช้กิจกรรมกลุ่มการประกอบอาหาร (Nawate et al., 2008: Level VI)

4.2 การบำบัดการระลึกความหลังมีทั้งกลุ่มบำบัดขนาดเล็ก มีสมาชิกกลุ่มละประมาณ 3-10 คน (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Tadaka et al., 2007**:** Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI) และการบำบัดรายบุคคล (Wood et al., 2009: Level I; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

4.3 อุปกรณ์ที่ใช้ระลึกความหลังมีทั้ง รูปภาพเก่า หนังสือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II) เสียงดนตรี เครื่องดนตรี บท

Copyright© by Chiang Mai University

เพลงแต่ละยุคสมัย ของเล่นในวัยเด็ก และสิ่งของต่าง ๆที่เกี่ยวข้องในอดีต (Wood et al.,2009: Level I; Wang, 2007: Level II) การแสดงละครหรือภาพสไลด์เรื่องราวที่ผ่านมาในอดีต แผนที่ในอดีต (Wood et al.,2009: Level I) วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหารหรือวิธีการปรุงอาหาร (Nawate et al., 2008: Level VI) และอาหาร ขนมหรือของหวานที่ชื่นชอบในวัยเด็ก (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II)

4.4 สถานที่บำบัด สามารถใช้ได้ทั้งที่บ้านผู้สูงอายุ (Nawate et al., 2008: Level VI; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) สถานดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวันในชุมชน สถานพยาบาล (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI)

5) ลักษณะการบำบัดการระลึกความหลัง

5.1 กระบวนการบำบัด

5.1.1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด ครั้งแรก จะเป็นการปฐมนิเทศ (ประกอบด้วย การต้อนรับผู้มีส่วนร่วมเข้าสู่การประชุม แนะนำตนเอง แจ้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ การเริ่มต้นกิจกรรม กำหนดการ และข้อมูลอื่นๆ) และการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม (Wang, J J. 2007: Level II ;Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III; Nawate et al.,2008: Level VI) สำหรับโปรแกรมที่มีเนื้อหา การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง จะมีการกระตุ้นการรับรู้เรื่อง เนื้อหา การรับรู้วันเวลา สถานที่บุคคล ตั้งแต่ครั้งแรก และทุกครั้งที่เข้ารับการบำบัด (Tadaka et al., 2004: Level II สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III)

5.1.2 ระยะดำเนินการบำบัด ผู้บำบัดใช้รูปแบบและการกระตุ้นที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะและประวัติชีวิตของผู้รับการบำบัด โดยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยจะตั้งคำถามที่กระตุ้นความทรงจำของผู้รับการบำบัด ตามเนื้อหาที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นสมาชิกในกลุ่มจะพูดเกี่ยวกับตัวพวกเขาเองอย่างไตร่ตรอง มีการระลึกถึงประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจในแต่ละช่วงวัย (Wang, JJ. 2007: Level II ; Tadaka et al., 2004: Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; Nawate et al.,2008: Level VI ;สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III) เช่น ความประทับใจในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย วัยสูงอายุตอนต้น วัยสูงอายุตอนปลาย จนถึงปัจจุบัน (สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III) หรือ ระลึกถึงความหลัง เกี่ยวกับความประทับใจหรือความทรงจำดีๆในอดีต เช่น ดนตรีที่ชื่นชอบในอดีต เทศกาลที่สำคัญในอดีต ความประทับใจในเรื่องครอบครัวของตนเอง อาหาร ขนม หรือของหวานที่ชื่นชอบ (Wang, J J. 2007: Level II; Tadaka et

Copyright by Mahidol University

al., 2004**:** Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; Nawate et al.,2008: Level VI) หรือ โดยการดูรูปภาพประกอบ ความประทับใจ ในช่วงวัยรุ่น และความสำเร็จที่ผ่านมาของตนเอง พร้อมทั้งมีการใช้วัสดุ อุปกรณ์ในการกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูปภาพของครอบครัว และวัสดุอื่น ๆ ที่คุ้นเคยในอดีต เครื่องดนตรี เสียงดนตรี บทเพลงแต่ละยุคสมัย และของเล่นในวัยเด็ก (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II)

5.1.3.ระยะสิ้นสุดการบำบัด ในครั้งสุดท้าย จะมีการทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันในเรื่องการระลึกความหลัง และสรุปกิจกรรมในแต่ละครั้งที่ผ่านมา (Tadaka et al., 2004**:** Level II; Nawate et al.,2008: Level VI)

5.2 วิธีการบำบัดเพื่อกระตุ้นการระลึกความหลังของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีวิธีการที่สำคัญใน 2 ลักษณะ คือ การสื่อสารเพื่อการบำบัด และการจัดกิจกรรมบำบัด

5.2.1 การสื่อสารเพื่อการบำบัด ให้เทคนิคการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเล่าเรื่องที่สำคัญ หรือที่ประทับใจในอดีตได้ สามารถ เล่าได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สับสน ผู้นำกลุ่มจะเลือกหัวข้อสนทนาที่เป็นความสนใจของสมาชิก ร่วมกัน ถามคำถามนำต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ หรือหัวข้อนั้นๆ ใช้คำถามที่กระตุ้นความทรงจำของผู้เข้าร่วมการบำบัด หรือพูดนำเอื้อให้เกิดการพูดคุย ประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ เช่น คุณประทับใจในจังหวัดบ้านเกิดของคุณในเรื่องอะไรบ้าง กระตุ้นให้เล่าเหตุการณ์ตามลำดับพัฒนาการของชีวิต หรือตามเหตุการณ์ก่อนหลัง ถ้าผู้สูงอายุหยุด อาจถามหาข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เช่น คุณเคยมีประสบการณ์เช่นนี้มาก่อนหรือไม่ หรือช่วงชีวิตนี้คุณมีเรื่องอะไรที่ประทับใจหรือคุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เพื่อนเล่า (Wang, J J. 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III)

5.2.2 การจัดกิจกรรมบำบัด การทำกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดความสุข ในการบำบัดแต่ละครั้ง นอกจาก การสนทนาเพื่อ ระลึกถึงชีวิตที่ผ่านมาแล้ว การบำบัดแต่ละครั้งยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบหรือที่เคยทำในอดีต เพื่อกระตุ้นการรับรู้และกระตุ้นการรู้คิด ทั้งในเรื่องความจำระยะยาว การส่งเสริมความสนใจ และสมาธิต่อกิจกรรมที่ทำ การวางแผนและการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้นำศักยภาพที่เคยมี เคยทำกลับมาใช้ ซึ่งเป็นการดำรง หรือเพิ่มศักยภาพของสมองวิธีหนึ่ง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น และผู้สูงอายุประเมินว่าทำให้ตนเองมีความสุขมากขึ้น (Wood et al.,2009: Level I; Tadaka et al.,2004**:** Level II**;** Wang, JJ.2007: Level II; Okumura et al.,.2008: Level III) เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง ประกอบอาหารหรือรับประทานอาหาร การทำของเล่น หรืองานอดิเรกที่เคยทำ การดูละคร การแสดงละครหรือภาพสไลด์เรื่องราวที่ผ่านมาในอดีตการใช้กระดานการรับรู้ (Orientation Board)

Copyright by Mahidol University

ที่มีการจัดสรรคำใบ้และสัญลักษณ์ให้ตรวจสอบการรับรู้ในเรื่องของ วันเวลา บุคคลและสถานที่ (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II; Nawate et al.,2008: Level VI)

5.3 เนื้อหาของการบำบัดการระลึกความหลัง

5.3.1 เนื้อหาการทำกิจกรรมกลุ่มมี 3 รูปแบบ

5.3.1.1 กลุ่มบำบัดการระลึกความหลังเพื่อระลึกถึงช่วงต่างๆในชีวิตที่ผ่านมาตามพัฒนาการของชีวิต กลุ่มการระลึกความหลังใช้กิจกรรมกลุ่มสนทนา เพื่อระลึกถึงช่วงต่างๆในชีวิตที่ผ่านมา (อาจเป็นเหตุการณ์ที่ประทับใจ หรือเหตุการณ์สำคัญในแต่ละช่วงชีวิต) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิก หรือสนทนากับผู้บำบัด โดยผู้บำบัดจะใช้คำถามกระตุ้นความทรงจำ หรือการพูดนำเอื้อให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ในอดีต **ระยะเริ่มต้นการบำบัด**จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการพบกันในกลุ่มครั้งแรกและกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตลอดช่วงเวลาของการบำบัด**ระยะดำเนินการบำบัด** ผู้นำกลุ่มจะพยายามทำให้หัวข้อที่สนทนามีชีวิตชีวา โดยการใช้คำถามนำต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ หรือหัวข้อนั้นๆในกลุ่ม เช่นให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจในวัยเด็ก หรือย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจ เรื่องอาหารที่ชื่นชอบในอดีต ดนตรีที่ชื่นชอบในอดีต เทศกาลที่สำคัญในอดีต หรือความประทับใจในเรื่องครอบครัวของตนเอง โดยการดูรูปภาพประกอบ ความประทับใจ ในช่วงวัยรุ่น และความสำเร็จที่ผ่านมาของตนเอง พร้อมทั้งมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูปภาพของครอบครัว และวัสดุอื่น ๆ ที่คุ้นเคยในอดีต เครื่องดนตรี เสียงดนตรี บทเพลงและของเล่นในวัยเด็ก ดนตรีในอดีต อาหาร ขนม หรือ อาหารของหวานที่เคยชอบในอดีต (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II; Tadaka et al., 2007: Level II**;** Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III) **ระยะสิ้นสุดการบำบัด** จะมีการทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันในเรื่องการระลึกความหลัง และสรุปกิจกรรมในแต่ละครั้งที่ผ่านมา (Tadaka et al., 2004**:** Level II; Nawate et al.,2008: Level VI)

5.3.1.2 กลุ่มการระลึกความหลังโดยใช้กิจกรรมการประกอบอาหาร

กลุ่มการระลึกความหลังโดยใช้กิจกรรมการประกอบอาหาร มีการกำหนดหัวข้อและวัตถุดิบในการปรุงอาหารไว้ล่วงหน้า **ระยะเริ่มต้นการบำบัด** เป็นการพบกันในกลุ่มครั้งแรก การต้อนรับผู้เข้าร่วมการประชุม โดยการแนะนำตนเอง และการพูดคุยโดยใช้คำสำนวน สุภาษิต ที่ผ่านมาในอดีต เพื่อสร้างสัมพันธภาพกันในกลุ่ม และทำความเข้าใจในเรื่องขั้นตอนการบำบัด ซึ่งกำหนดไว้ว่าไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอนการประกอบอาหาร

Copyright by Mahidol University

ทั้งหมด แต่การทำกิจกรรมต้องเสร็จสิ้นในเวลาที่กำหนดไว้ โดยผู้รับการบำบัดเป็นกลุ่มๆ ละ 3-5 คน กิจกรรมในการบำบัดจะประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม การใช้ระยะเวลาในการบำบัดคือ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที แต่ละสัปดาห์จะใช้วันและเวลาเดียวกัน การบำบัดจะติดต่อกันต่อเนื่องเป็นเวลา 9 สัปดาห์ **ระยะดำเนินการบำบัด** ในแต่ละกิจกรรมจะดำเนินการในห้องครัว ผู้บำบัดใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อช่วยกระตุ้นความทรงจำในอดีตของผู้รับการบำบัด ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มของผู้รับการบำบัด เริ่มกิจกรรมบำบัดการระลึกความหลังโดยใช้กิจกรรมการประกอบอาหาร คือการทำมันฝรั่งต้ม และเครื่องดื่มชาเขียว เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกความหลังถึงบ้านเก่าและเมืองที่เกิดของผู้รับการบำบัด การทำเกี๊ยวซ่า และเครื่องดื่มชาเขียว เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกความหลังถึงการละเล่นในวัยเด็ก การทำไข่เจียว กับเครื่องดื่มชาเขียว เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับช่วงวัยเรียนในโรงเรียน การทำอาหารบัตเตอร์เบอร์ต้ม พร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเขียว เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับฤดูกาล (ฤดูใบไม้ผลิ) การทำอาหารมันฝรั่งชุบแป้งทอดพร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเชอร์รี่ เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกความหลังถึงครอบครัวของตนเอง การทำไอวี่แซปผสมกับแยม พร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเขียว เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกความหลังถึงความเป็นอยู่ที่บ้านและการทำงาน การทำอาหารข้าวปั้นพร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเย็น เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในการไปท่องเที่ยว **ระยะสิ้นสุดการบำบัด** เป็นการทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยทั้งหมด 8 ครั้งที่ผ่านมา โดยใช้กิจกรรมการแต่งหน้าเค้กพร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเขียวหรือกาแฟ (Nawate et al., 2008: Level VI)

5.3.1.3 กลุ่มการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงโดยใช้กิจกรรมการสนทนา มีการใช้รูปแบบและการกระตุ้นที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะและประวัติชีวิตของผู้รับการบำบัด โดยผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยจะตั้งคำถามที่กระตุ้นความทรงจำของผู้รับการบำบัด ตามเนื้อหาที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นสมาชิกในกลุ่มจะพูดเกี่ยวกับตัวพวกเขาเองอย่างไตร่ตรอง ร่วมกับการใช้กระดานการรับรู้ (Orientation Board) ที่มีการจัดสรรคำใบ้และสัญลักษณ์ให้ตรวจสอบการรับรู้ในเรื่องของ วัน เวลา บุคคลและสถานที่ การดำเนินการจะใช้เวลาสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 60 – 90 นาที เป็นเวลาต่อเนื่อง 10 สัปดาห์ **ระยะเริ่มต้นการบำบัด** มีการสร้างสัมพันธภาพในการพบกันครั้งแรก การต้อนรับผู้รับการบำบัดเข้าสู่การประชุม พร้อมทั้งมีการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพ กิจกรรมสันทนาการ ร่วมกับฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล **ระยะดำเนินการบำบัด** ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความประทับใจในบ้านเกิด โดยใช้แผนที่เมืองเกิดเป็นอุปกรณ์ในการช่วยกระตุ้นให้นึกย้อนระลึกถึงความหลัง มีการย้อนระลึกถึงการละเล่นในวัยเด็ก โดยใช้ของเล่นที่เคยเล่นในวัยเด็ก ให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจอาหารที่ชื่นชอบในวัยเด็ก โดยใช้มันเทศนึ่ง มีการย้อนระลึกถึงช่วงวัยประถมศึกษา โดยใช้รูปภาพเก่า ๆ สมัยวัยเรียนประถมศึกษา มีการย้อนระลึกถึง

ความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในครอบครัวโดยใช้รูปภาพเก่า ๆ ของครอบครัว มีการย้อนระลึกถึงความหลังถึงอาหารในวัยเด็ก โดยใช้ข้าวสาลี มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความรักครั้งแรก โดยใช้รูปภาพเก่า ๆ สมัยเริ่มมีความรัก มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับเทศกาลปีใหม่ โดยใช้อาหารโบราณที่มักจะจัดทำขึ้นในช่วงเทศกาลปีใหม่ **ระยะสิ้นสุดการบำบัด** ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันในเรื่องการระลึกถึงความหลังไปในแปดครั้งที่ผ่านมา และสรุปกิจกรรม (Tadaka et al.,2004**:** Level II; Tadaka et al.,2007**:** Level II)

5.3.2 รูปแบบบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคล

5.3.2.1 การบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคลใช้เหตุการณ์ประวัติชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิตของผู้รับการบำบัดมาพูดคุย ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้อุปกรณ์ร่วมด้วย คือ โดยการดูรูปภาพประกอบ ความประทับใจ ในช่วงวัยรุ่น และความสำเร็จที่ผ่านมาของตนเอง พร้อมทั้งมีการใช้วัสดุ อุปกรณ์ในการกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูปภาพของครอบครัว และวัสดุอื่น ๆ ที่คุ้นเคยในอดีต เครื่องดนตรี เสียงดนตรี บทเพลงและของเล่นในวัยเด็ก ดนตรีในอดีต อาหาร ขนม หรือ อาหารของหวานที่เคยชอบในอดีต (Wood et al., 2009: Level I)

5.3.2.2 การบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคลร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (วัน เวลา บุคคล และสถานที่) แบบนี้ใช้กิจกรรมการสนทนาโดยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเป็นรายบุคคลที่บ้าน สัปดาห์ละ2 ครั้ง ครั้งละ30 - 60 นาที รวม 4 สัปดาห์ **ระยะเริ่มต้นการบำบัด** มีการสร้างสัมพันธภาพ และฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล และใน**ระยะดำเนินการบำบัด** ผู้บำบัดจะพยายามทำให้หัวข้อที่สนทนามีชีวิตชีวา โดยการใช้คำถามนำต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ หรือหัวข้อนั้นๆ เช่นให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจในวัยเด็ก ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความประทับใจในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย วัยสูงอายุตอนต้น วัยสูงอายุตอนปลาย ถึงปัจจุบัน หรือย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจ เรื่องอาหารที่ชื่นชอบในอดีต ดนตรีที่ชื่นชอบในอดีต เทศกาลที่สำคัญในอดีต หรือความประทับใจในเรื่องครอบครัวของตนเอง โดยการดูรูปภาพประกอบ ความประทับใจ ในช่วงวัยรุ่น และความสำเร็จที่ผ่านมาของตนเอง ดำเนินการร่วมกับการฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลโดย ประกอบด้วยการใช้คำถามกระตุ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจมาระลึกถึงด้วยการพูด การบอกเล่าเหตุการณ์ตามลำดับพัฒนาการของชีวิต ผู้บำบัดรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อเรื่องที่ระลึกถึงและการปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อความทรงจำบางส่วน (สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

Copyright by Mahidol University

สรุปเนื้อหาของการบำบัด

เนื้อหาที่นำมาใช้ในการบำบัดเป็นเรื่องดีๆ ที่ผ่านมาในอดีตและยังคงอยู่ในความทรงจำ (Wood et al., 2009: Level I; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) เช่น ความประทับใจในช่วงวัยต่างๆ วัยเด็ก (ช่วงอายุ 6-12 ปี) ความประทับใจในวัยรุ่น (ช่วงอายุ 13- 20 ปี) ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ช่วงอายุ 41-60 ปี) วัยสูงอายุตอนปลาย (ช่วงอายุ 70 ขึ้นไป) (สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) กิจกรรมที่ชอบทำ และความสำเร็จความภาคภูมิใจ เช่น อาหารที่ชื่นชอบ ดนตรีที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่ชอบทำ หรือความสำเร็จของตนเอง ความทรงจำดีๆ ในเรื่องต่างๆ เช่น ความทรงจำเกี่ยวกับบ้านเกิด การละเล่นในวัยเด็ก ขนมหวานของโปรดในวัยเด็ก ความทรงจำเกี่ยวกับรักแรก ความทรงจำเกี่ยวกับปีใหม่เทศกาลสำคัญ (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II) ความทรงจำที่บ้านและในโรงเรียน ความทรงจำเกี่ยวกับการแต่งงาน ความทรงจำเกี่ยวกับฤดูกาลใบไม้ผลิ (Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI) อาหาร ขนม หรือ อาหารของหวาน ที่ชื่นชอบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับหัวข้อการสนทนา เช่น การทำอาหารมันฝรั่งชุบแป้งทอดพร้อมทั้งเครื่องดื่มชาเชอร์รี่ เพื่อเข้าสู่ประเด็นการย้อนระลึกความหลังถึงครอบครัวของตนเอง (Nawate et al., 2008: Level VI)

การประเมินผลลัพธ์การบำบัดการระลึกความหลัง

1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านการรู้คิด การวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน อาจมีความจำเป็น โดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและจุดประสงค์ของรูปแบบการระลึกความหลัง

1.1 The Mini-Mental State Examination (MMSE) (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) Folstien, 1975 เป็นผู้ออกแบบทดสอบ โดยมีการประเมิน ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านสมาธิและการคำนวณ ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ซึ่งมีความน่าเชื่อถือสูง (ความน่าเชื่อถือในการสอบและการสอบใหม่คือ 0.82 หรือมากกว่านั้น) มีการนำมาใช้ ในประเทศไทย ประกอบด้วยคำถาม 11 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมี คะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน สำหรับผู้สูงอายุที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มี ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติ จะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

Copyright by Mahidol University

1.2 Hasegawa Dementia Scale-Revised เพื่อประเมินการทำงานของสมองด้านการรู้คิด แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นโดย Hasegawa และคณะ (1974) และปรับปรุงใหม่ในปี 1991(Kato et al.,1991) สามารถประเมินแยกอาการของสมองเสื่อมได้ชัดเจนขึ้น และใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศญี่ปุ่นเพื่อวัดผลลัพธ์การทำงานของสมองด้านการรู้คิด มีข้อคำถามที่ไม่มากสะดวกในการใช้ และใช้เวลาไม่นานในการตอบคำถาม ระดับคะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน ถ้าระดับคะแนน $\leq$ 20 คะแนนแสดงว่ามีอาการสมองเสื่อม (Nawate et al., 2008: Level IV)

1.3 การใช้แบบประเมินความคล่องในข้อการพูด (Verbal Fluency Task) ประกอบด้วย 4 หัวข้อคือ1) ชื่อสัตว์ 2) คำที่เริ่มต้นด้วยพยัญชนะ 'A' 3) คำที่เริ่มต้นด้วยตัวอักษรอื่นๆ เช่น ('KA','SA','TA' และ'NA') 4) คำที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่องที่ใช้ในกลุ่มการระลึกความหลัง โดยที่หลังจากการเข้ากลุ่มแล้วผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนจะบันทึกคำที่ตนเองสามารถจำได้มากกว่า 1 นาที เมื่อกลับไปยังที่พักอาศัยของตนเอง (Okumura et al., 2008: Level III)

1.4 การใช้แบบประเมิน Todai-shiki Observational Rating Scale (TORS) เพื่อประเมินผลของการบำบัดการระลึกความหลัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 หัวข้อเพื่อประเมินการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา สมาธิความสนใจและอารมณ์ (Okumura et al., 2008: Level III)

1.5 Gottfries-Brane-Steen (GBS) เพื่อประเมินการทำงานของการทำงานสมองด้านจิตพิสัย แบบประเมิน GBS สามารถประเมินความรุนแรงและประเมินระดับความแตกต่างของโรคสมองเสื่อม 4 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว สติปัญญา อารมณ์ และอาการทางจิตโดยการสังเกตจากพฤติกรรมการแสดงออก การประเมินดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและเข้าใจแบบประเมิน GBS ประกอบด้วยหัวข้อ 26 หัวข้อซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (6 หัวข้อ) ด้านสติปัญญา (11ข้อ) ด้านอารมณ์ (3 ข้อ) และอาการอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (6 ข้อ) คะแนนแบ่งออกเป็น 7 ระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 (ปกติ) ถึง 6 (รุนแรง) ระดับคะแนนที่สูงหมายถึง อารมณ์และอาการทางจิตที่รุนแรง Gottfries และคณะ (1989) มีการยืนยันความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ โดยการทดสอบในผู้ป่วยจำนวน 100 คน ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 70 แห่ง ความถูกต้องและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน GBS ได้จากการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 246 คน (Honma et al., 1991) การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินทั้ง 4 ด้าน แต่จะประเมินใน 2 ด้าน คือ การสติปัญญา (intellectual function) และด้านอารมณ์ (emotional function) (Nawate et al., 2008: Level IV)

Copyright by Mahidol University

2 ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล มีความแตกต่างกันตั้งแต่ประเมินผลระยะสั้นหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดทันที (Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level III) หรือ 4-6 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด (Wood et al., 2009: Level I) และมีการประเมินผลระยะยาว 6 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด

การศึกษาทั้งหมดพบว่า ระดับการรู้คิดของกลุ่มทดลองดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดทันที (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level VI; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III; Tadaka et al., 2007) มี 2 การศึกษาที่พบว่าหลังการบำบัดยังสามารถคงผลการบำบัดได้ต่อไปอีก 2-6 สัปดาห์ (Nawate et al., 2008: Level VI; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) แต่การวัดผลระยะยาว วัดผลลัพธ์ 6 เดือน ได้ผลยังไม่แน่นอน การประเมินการรู้คิด ระยะ 6 เดือนหลังการบำบัดเมื่อเทียบกับก่อนการบำบัด และ เทียบกับกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด แต่ในกลุ่มโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007)

3.4.2 ข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ พบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและหลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับการบำบัดและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผู้เข้ารับการบำบัด

1.1 ผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป หรืออาจรับวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ≥ 55 ปี เข้าร่วมด้วย (Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

Copyright by Mahidol University

1.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์จิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยเข้าเกณฑ์ของโรคอัลไซเมอร์หรือหลอดเลือดสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน MMSE ช่วงค่าคะแนน 9 -22 คะแนน โดยพิจารณาคะแนนตามระดับการศึกษาของผู้รับบริการ (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

1.3 ไม่มีความบกพร่องทางด้านการเห็น การได้ยินและการสื่อสาร จนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัด (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**;** Level II; Nawate et al., 2008: Level IV) ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011; Level III) และไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

2) ผู้ให้การบำบัดการระลึกความหลัง

ผู้ให้การบำบัดต้องเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV) และผ่านการอบรมความรู้ และทักษะการบำบัดการระลึกความหลัง (Wood, et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;** Nawate et al., 2008: Level VI) สำหรับผู้ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลและมีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สามารถเป็นผู้ช่วยในการบำบัดได้ (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**)** พยาบาลอบรมและฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ช่วยกลุ่ม ทำหน้าที่ดูแลช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**)** โดยผู้ดูแลต้องผ่านการเข้าร่วมการบำบัดการระลึกความหลังในรูปแบบการสื่อสารต่อเนื่องจำนวน 18 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถนำกลับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้ (Thorgrimson,2002 อ้างใน Wood et al., 2009: Level I)

3) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

ระยะเวลาของการบำบัดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด ใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (Wood, et al., 2009: Level

Copyright by Mahidol University

I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 30-90 นาที(Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

4)ลักษณะการบำบัดของรูปแบบการระลึกความหลัง

4.1 รูปแบบการบำบัดการระลึกความหลังกระทำได้ทั้งรูปแบบกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 3- 10 คน (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II) หรือรูปแบบรายบุคคล (Wood, et al., 2009: Level I; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

4.2 วิธีการบำบัดประกอบด้วย

4.2.1 การสื่อสารเพื่อการบำบัด ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II)

4.2.2 การจัดกิจกรรมบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ พูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีความประทับใจ และความสุข (Wang, JJ. 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Okumura et al., 2008: Level: III; Nawate et al.,2008: Level VI)

4.3 เนื้อหาของการบำบัด

เนื้อหาของการบำบัดเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความทรงจำดีๆ ในอดีตที่ผ่านมา (Wood et al., 2009: Level I; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) เช่น ความประทับใจในช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ การแต่งงาน และการทำงาน กิจกรรมที่ชอบทำ และความสำเร็จความภาคภูมิใจ เช่น อาหารที่ชื่นชอบ ดนตรีที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่ชอบทำในเทศกาลสำคัญ สถานที่สำคัญ เช่น บ้านเกิด ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจที่ผ่านมา (Tadaka et al., 2004: Level II) นอกจากเนื้อหาเกี่ยวกับความทรงจำ เหตุการณ์ดี ๆ ในอดีตแล้วยังสามารถร่วมเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล) ร่วมด้วย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ ความตั้งใจ และสมาธิ และรับรู้สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้ถูกต้อง (Tadaka et al., 2004: Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสาทสัมผัสในการกระตุ้นความจำในเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ในช่วงวัยต่างๆ ที่ประทับใจ (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II)

4.4 กระบวนการบำบัด ประกอบด้วย

4.4.1 ระยะเริ่มต้นบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการบำบัด และอาจรวมถึงการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Wang, J J. 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Tadaka et al., 2007**:** Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III; Nawate et al.,2008: Level VI)

4.4.2 ระยะดำเนินการบำบัด เป็นการสื่อสารเพื่อการบำบัดและจัดกิจกรรมบำบัด เพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสุข (Wang, JJ. 2007: Level II ; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Okumura et al.,2008: Level: III; Nawate et al.,2008: Level VI ;สุดารัตน์ ปุณโณฑก. 2011: Level III)

4.4.3 ระยะสิ้นสุดการบำบัด เป็นการสรุปกิจกรรมและเนื้อหาการบำบัด (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV)

4.5 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับเนื้อหาในการบำบัดครั้งนั้น เช่น รูปภาพเก่า สิ่งของต่าง ๆ ในอดีต เช่น เครื่องดนตรี บทเพลงแต่ละยุคสมัย วัตถุดิบและอุปกรณ์การประกอบอาหาร (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II; Nawate et al., 2008: Level IV)

5). การประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านการรู้คิด

The Mini-Mental State Examination (MMSE) (Wood et al., 2009: Level I**;** Wang, 2007: Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2007**:** Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011**:** Level III) ประเมินด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านสมาธิและการคำนวณ ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ประกอบด้วยคำถาม 11 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน สำหรับผู้สูงอายุที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มี ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาผู้สูงอายุที่ปกติ จะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

Copyright by Mahidol University

6) ระยะติดตามการประเมินผล

ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผล ควรทำหลังจากเสร็จสิ้นสุดการบำบัดทันทีและติดตามประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 4-6 สัปดาห์ หรือติดตามระยะยาว 6 เดือน (Wood et al.,2009: Level I; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level IV)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีกระบวนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้ คือ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่สนใจ 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ 3) การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนใจ 4) วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อแนะนำ จากผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 7 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (The systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 1 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 คืองานวิจัยที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (The Randomized Controlled Trial) จำนวน 3 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 คืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (The Quasi-experimental design) จำนวน 2 เรื่อง และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 คืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีเพียงกลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด (A One group pretest-posttest design) จำนวน 1 เรื่องนำผลงานวิจัยทั้ง 7 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำเรื่องการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีสาระหลัก ดังนี้ คือ 1) ผู้เข้ารับการบำบัด เป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์จิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยเข้าเกณฑ์ของโรคอัลไซเมอร์หรือหลอดเลือดสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน MMSE ช่วงค่าคะแนน 9 -22 คะแนน โดยพิจารณาคะแนนตามระดับการศึกษาของผู้รับบริการ ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัด เช่น มีความบกพร่องทางด้านการสื่อสาร การเห็น การได้ยิน มีปัญหาทางจิตที่รุนแรงหรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 2) ผู้ให้การบำบัดต้องเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และผ่านการอบรมการ

บำบัดการระลึกความหลัง สำหรับผู้ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลและมีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สามารถเป็นผู้ช่วยในการบำบัดได้ พยาบาลอบรมและฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ช่วยกลุ่ม ทำหน้าที่ดูแลช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม โดยผู้ดูแลต้องผ่านการเข้าร่วมการบำบัดการระลึกความหลังในรูปแบบการสื่อสารต่อเนื่องจำนวน 18 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถนำกลับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้ 3) ระยะเวลาของการบำบัดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด ใช้เวลาในการบำบัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 30-90 นาที 4) ลักษณะการบำบัดของรูปแบบการระลึกความหลัง 4.1 รูปแบบการบำบัดการระลึกความหลังกระทำได้ทั้งรูปแบบกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 3- 10 คน หรือรูปแบบรายบุคคล 4.2 วิธีการบำบัดประกอบด้วย 4.2.1 การสื่อสารเพื่อการบำบัด ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต 4.2.2 การจัดกิจกรรมบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ พูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีความประทับใจ และความสุข 4.3 เนื้อหาของการบำบัด เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความทรงจำดีๆ ในอดีตที่ผ่านมา เช่น ความประทับใจในช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ การแต่งงาน และการทำงาน กิจกรรมที่ชอบทำ และความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ เช่น อาหารที่ชื่นชอบ ดนตรีที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่ชอบทำในเทศกาลสำคัญ สถานที่สำคัญ เช่น บ้านเกิด ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจที่ผ่านมา นอกจากเนื้อหาเกี่ยวกับความทรงจำ เหตุการณ์ดี ๆ ในอดีตแล้ว ยังสามารถร่วมเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล) ร่วมด้วย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ ความตั้งใจ และสมาธิ และรับรู้สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันได้ถูกต้อง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสาทสัมผัสในการกระตุ้นความจำในเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ในช่วงวัยต่างๆ ที่ประทับใจ 4.4 กระบวนการบำบัด ประกอบด้วย 4.4.1 ระยะเริ่มต้นบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการบำบัด และอาจรวมถึงการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง 4.4.2 ระยะดำเนินการบำบัด เป็นการสื่อสารเพื่อการบำบัดและจัดกิจกรรมบำบัด เพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และความสุข 4.4.3 ระยะสิ้นสุดการบำบัด เป็นการสรุปกิจกรรมและเนื้อหาการบำบัด 4.5 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับเนื้อหาในการบำบัดครั้งนั้น เช่น รูปภาพเก่า สิ่งของต่าง ๆ ในอดีต เช่น เครื่องดนตรี บทเพลงแต่ละยุคสมัย วัตถุดิบและอุปกรณ์การประกอบอาหาร

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

Copyright by Mahidol University

1. ควรมีการอบรมบุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องการใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) เพื่อที่จะได้ค้นหาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับ

เล็กน้อยและให้การช่วยเหลือได้เร็วขึ้น และกำหนดแนวทางการบำบัดการระลึกความหลังเข้าในระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน

2. ควรมีการจัดทำโปรแกรม และคู่มือการบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อความสะดวกและเป็นมาตรฐานในการบำบัด การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง ให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อที่จะได้มีทีมที่สามารถดำเนินการบำบัดช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา การประเมินผลการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลระยะสั้น คือ หลังการสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังการบำบัด 1-6 สัปดาห์ พบว่า การรู้คิดในกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การวัดผลระยะยาว (6 เดือน) ผลการบำบัดยังไม่แน่นอน ดังนั้น ควรมีการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนแรก เช่น ทุก 1 เดือน เพื่อทราบว่าผลของการบำบัดส่วนใหญ่ยังคงอยู่ได้นานเท่าไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นการรู้คิดเป็นระยะ ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดระยะยาวต่อไป อาจกระทำโดยญาติ หรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง

4. ในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และฝึกทักษะให้ลูกหลาน หรือผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคการบำบัดการระลึกความหลังไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในความดูแลได้ เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งการรู้คิด เครื่องมือที่ใช้ในการกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น อาหาร บทเพลง ดนตรี เครื่องดนตรี หรืองานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชื่นชอบในอดีต หรือพอผู้สูงอายุไปเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่ชื่นชอบในอดีต ควรปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย

5. เนื่องจากการวิจัยการบำบัดการระลึกความหลัง ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมยังมีจำนวนน้อย ควรมีการทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัด เช่น เปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม เปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ และระดับการศึกษาต่างกัน

Copyright by Mahidol University

การบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

REMINISCENCE THERAPY FOR MAINTAINING COGNITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA : EVIDENCE BASED NURSING

เกศณี สีรี 5236528 NSMH/M

พย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ช่อทิพย์ สันธนะวนิช, ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์), อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด (การวิจัย และพัฒนาหลักสูตร

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหรือภาวะสมองเสื่อม เป็นคำที่เรียกกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงหลายๆ ด้าน ความบกพร่องความจำ ปัญหาในการใช้ความคิด การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการงาน การเข้าสังคม และชีวิตส่วนตัว คาดว่าปี 2568 สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเป็นประมาณร้อยละ 20 และโรคหรือภาวะสมองเสื่อมพบได้สูงขึ้นโดยเฉพาะที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปพบได้ประมาณ 6-8% และจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้นโดยพบสูงถึงประมาณ 30% ในผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป โรคสมองเสื่อมเกิดจากเซลล์สมองเสื่อมหรือถูกทำลาย เช่นการเสื่อมของสมองส่วนหน้า ผู้ป่วยจะสูญเสียหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผน การบริหารจัดการ สูญเสียการรับรู้ตนเอง ไม่สามารถที่จะคิดแบบนามธรรมและวางแผนแก้ไขปัญหาได้ (Burns, Dening & Lawlor, 2002; Boyle, Paul, Moser, Zawacki, Gordon, & Cohen, 2003) ความบกพร่องทางการรู้คิดเป็นลักษณะเด่นของโรคสมองเสื่อม มีอาการแสดงคือการสูญเสียความจำ (memory loss) ความบกพร่องในการตัดสินใจ (impaired judgment) การไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation) และตามมาด้วยปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น มี

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน นอกจากจะมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตัวผู้ป่วยเองแล้วยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว และต่อสังคมเป็นอย่างมากด้วย (Kim & Jung, 2005)

ผลกระทบด้านตัวผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางไม่สามารถที่จะดูแลสุขอนามัยส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม ไม่สามารถที่จะทำงานที่เคยทำได้ หรือการเข้าร่วมในสังคมตามปกติ มีความก้าวร้าวและมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง (American Psychiatric Association, 2000) การแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสามารถในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ต้องพึ่งพาผู้ดูแล (Politis et al., 2004; Feldman et al., 2005) และมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาทั้งโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองเช่นเดียวกัน (Bonelli & Cummings, 2008; Bartholomew JB & Ciccolo JT, 2007)

ผลกระทบด้านครอบครัว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือสมาชิกในครอบครัวและมิตรสหายซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังต้องมีความรับผิดชอบหลักอื่นๆ ทั้งที่บ้าน ในหน้าที่การงาน และความรับผิดชอบต่อชุมชน จากการศึกษาผู้ดูแล (Ory et al., 1999) เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อหนึ่งสัปดาห์ พบว่า การดูแลผู้ที่มีโรคสมองเสื่อมต้องใช้ระยะเวลามากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคสมองเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลด้านสุขภาพของทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความเป็นอยู่ในสังคม (Martire, & Schulz, 2004; Schulz et al., 1995)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า โรคสมองเสื่อมทำให้ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 11.2 (WHO, 2003) ร่วมกับการที่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งจำนวนและสัดส่วนอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความเสี่ยงสูงในด้านความเจ็บป่วยเมื่ออายุมากขึ้น สุขภาพร่างกายที่อ่อนแอลง พร้อมกับความเสื่อมของร่างกายที่มีมากขึ้น ร่วมกับการดำเนินของโรคที่ถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความจำและพฤติกรรม รวมถึงระยะเวลาการดำเนินโรคทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลและเกิดเป็นภาวะพึ่งพา และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Langa et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจึงควรได้รับการเฝ้าระวัง และประเมินระดับความรุนแรงเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือหรือการบำบัดรักษาทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีสองแนวทางหลักคือ การบำบัดรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological) และการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดของโรคสมองเสื่อมทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเป็นเพียงการชะลอความเสื่อมของสมองและการดำเนินของโรคโดยรักษาตามอาการ ดังนั้นเพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด จึงนิยมใช้การรักษาโดยการใช้ยา

Copyright by Mahidol University

(pharmacological) ร่วมกันกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) การบำบัดรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิด โดยการใช้หลักการของการบำบัดทางด้านจิตสังคมและการรู้คิด (Cognitive and Psychosocial intervention) เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้าน อารมณ์ การทำงาน พฤติกรรม และการรู้คิด (Zanetti et al., 2006) มี 3 รูปแบบคือ

1) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy: ROT) เป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน กระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา เพื่อส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้ การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (Onder et al., 2005; Spector et al., 2000; Zanetti et al., 2002)

2) การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy: CST) เป็นกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มโดยการกระตุ้นการรู้คิด ส่งเสริมให้ใช้การประมวลผลข้อมูล (Spector, 2003) และนำบางส่วนของการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้ร่วมด้วย (Johannesen, 2008)

3) การบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า การทบทวนชีวิตเป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต การทบทวนเรื่องราวในชีวิต ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีผลต่อความคิดและอารมณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจ บางครั้งอาจใช้ภาพถ่าย สิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ดนตรีหรือเสียง หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีตมาช่วยในการบำบัด การบำบัดการระลึกความหลังให้ผลดีต่อการรู้คิดและอารมณ์ เน้นการใช้กระบวนการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทำให้เกิดการปรับตัวมาจนถึงปัจจุบัน (Butler, 1963)

การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายรูปแบบ การเลือกรูปแบบการบำบัดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากรของสถานพยาบาลที่ให้บริการ เมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดดังกล่าวข้างต้น พบว่า การบำบัดการระลึกความหลังนำมาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 (Cook ,1984) หลายประเทศ เช่น อเมริกา เนเธอร์แลนด์ ฮ่องกง ญี่ปุ่น ไต้หวัน (Webster and Haight,2002) บนหลักการที่ว่า ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนั้นจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แต่ยังสามารถเรียกคืนความ

Copyright© by Chiang Mai University

ทรงจำที่เป็นเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตมาเล่าแบ่งปันกับผู้อื่นได้ (Brooker & Duce, 2000) สามารถให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ช่วยพัฒนาความสามารถทั้งด้านการรู้คิดและอารมณ์ (Zanetti, et al, 2012) สามารถนำไปใช้ได้ในสถานรับดูแลระยะยาว สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุกลางวัน และในชุมชน (Buchananet al., 2002; Lin, Dai, & Hwang, 2003) เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการบำบัดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เหมาะสมในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย และเป็นพฤติกรรมตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ ที่ชอบระลึกถึงความหลังในอดีต การย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพออกพอใจ อิ่มใจตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพกับวัยที่สูงขึ้น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ (integrity) และมีความสุขในยามสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553)

กระบวนการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) ประกอบด้วยการค้นหาความหมาย ความต่อเนื่องในชีวิต (integrative) การมองย้อนอดีตเพื่อนำมาใช้ในการรับมือและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัดปัจจุบัน (instrumental) การจัดการให้คำแนะนำในเรื่องนั้น (tranmissive) การออกจากสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันโดยอยู่กับเรื่องดีๆ ในอดีต (escapist) และการพูดถึงเรื่องราวที่ค้างคาใจในอดีตซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไข (obsessive) (Cappeliez , O'Rourke ,& Chaudhury, 2005) สิ่งที่นำมาใช้ในการกระตุ้นความทรงจำจะต้องมีความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล สิ่งกระตุ้นที่มีการนำมาใช้ เช่น เสียงเพลงที่เคยชื่นชอบ บัตรอวยพรวันคริสต์มาส อาหาร ข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน เทปบันทึกเสียง เครื่องเสียง แผนที่ ของเล่นเก่า สไลด์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น การฟัง การดู การชิมอาหาร การดมกลิ่นอาหาร การสัมผัสวัตถุที่เคยใช้ การประกอบอาหาร เพื่อกระตุ้นความจำในเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์ในช่วงวัยต่างๆ ที่ประทับใจและสิ่งที่สามารถพบเห็นได้เสมอในชีวิต (Tadaka et al., 2004; Chao et al., 2005)

จากการศึกษาเรื่องผลของการบำบัดการระลึกความหลังในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดมีการรู้คิด อารมณ์ และ การแสดงออกทางพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสำหรับผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มพบว่า ช่วยลดความตึงเครียด และทำให้ได้ทราบถึงภูมิหลังของสมาชิกในกลุ่มที่ตนเองดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ยังไม่มีอันตรายเกิดขึ้นจากการบำบัด (Woods, et. al., 2009) หลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า การบำบัดการระลึกความหลังสามารถปรับปรุงการทำงานของสมองด้านการรู้คิดให้ดีขึ้น (Tadaka & Kanagawa, 2004) ช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกและความคิดต่อเหตุการณ์ในอดีต มีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น (Huang et al., 2009; Wang et al., 2009) ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้า (Morgan, 2000; Haight et al., 2003) ทำให้การ

Copyright© by Mahidol University

รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยลดพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมลงได้ (Yasuda et al., 2009) สามารถช่วยเพิ่มระดับการรู้คิดและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Tadaka , & Kanagawa, 2004; Woods et al., 2005) นอกจากนี้พบว่าการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการระลึกถึงความหลังนั้น เป็นกระตุ้นเครือข่ายของเส้นประสาท และ กระตุ้นการสัมพันธ์กันของสมองส่วนหน้า มีผลให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ (Tanaka et al., 2011) การศึกษาวิจัยในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular dementia) โดยใช้การบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเมทะบอลิซึมของกลูโคสในเยื่อหุ้มสมองบริเวณสมองส่วนหน้าทั้ง 2 ข้าง และในสมองด้านข้างบนซ้าย ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการมีกิจกรรมทางสังคม และการกระตุ้นความทรงจำระยะยาว (Kyoko et al., 2011)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเพื่อนำมาใช้ในการคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดการระลึกความหลังมีแนวคิดในการบำบัดว่า ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนั้นจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แต่ยังสามารถเรียกคืนความทรงจำที่เป็นเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตมาเล่าแบ่งปันกับผู้อื่นได้ และผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีอาการระดับน้อยมีความสามารถในการเรียนรู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมระดับรุนแรง ดังนั้น การบำบัดการระลึกความหลัง จึงเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง รูปแบบของการบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่าย เช่น รูปภาพ หรือความทรงจำเรื่องในอดีต นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งจะเป็นการสะดวกที่จะนำไปใช้ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ มีผลช่วยในเรื่องการคงไว้ซึ่งการรู้คิด นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า และช่วยในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ผลดี และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบำบัดการระลึกความหลัง ที่สามารถคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ว่าควรมีรูปแบบการบำบัดอย่างไรที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณ จึงได้มีการศึกษาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดสำหรับนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

1.1 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณ มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 10.60 ของประชากร กล่าวคือในปี พ.ศ. 2555 มี

Copyright by Mahidol University

ผู้สูงอายุในชุมชน 178 คนจากประชากรทุกกลุ่มวัย 1,679 คน จากข้อมูลการสำรวจจำนวนประชากร พบว่าผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวน 60 คน คิดเป็นอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 33.70 ของประชากรสูงอายุ จากการดำเนินงานติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบผู้สูงอายุรายที่ 1 อายุ 67 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำพบว่ามียาเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากการลืมกินยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองมักจะหลงลืมบ่อย ๆ โดยบอกว่า" บางครั้งเดินเข้าไปในห้องเพื่อหยิบสิ่งของแต่ไม่รู้ว่าจะเข้าไปหยิบอะไร" ต้องเดินกลับมานั่งคิดและก็นึกไม่ออก ผู้สูงอายุรายที่ 2 วัย 83 ปี พบว่าอาศัยอยู่กันเพียงลำพังกับภรรยาวัย 75 ปี ผู้สูงอายุรายนี้เดิมเคยร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ แต่เมื่อเริ่มเข้าอายุ 81 ปีมีอาการหลงลืมมากกว่าปกติ หลังจากผ่านไป 1 ปี เริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น จำคนที่เคยรู้จักไม่ได้ จำวัน เวลา สถานที่อยู่ไม่ได้ มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภรรยาต้องเป็นผู้ดูแลเรื่องป้อนอาหารและการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน เมื่อเข้าไปเยี่ยมจะชอบพูดถึงเรื่องราวในอดีต สำหรับผู้สูงอายุรายที่ 3 อายุ 71 ปี มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง บุตรสาวและบุตรเขยเป็นผู้ดูแล สามารถรับประทานอาหารได้เอง แต่ไม่รู้จักว่าอาหารที่รับประทานอยู่เรียกว่าอะไร ลูกสาวบอกว่าหลังรับประทานอาหารแล้วจัดยาให้รับประทาน เมื่อรับประทานยาไปแล้ว เวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง ผู้สูงอายุก็จะบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน เรียกหาบุตรสาวให้หยิบยามาให้รับประทานอีก

จากปัญหาที่พบ และจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน ทั้งทางด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจโดยให้มีการจัดตั้งคลินิคดูแลผู้สูงอายุ และ ดำเนินการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณยังไม่เคยมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการประเมินเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Mental State Examination : (MMSE- Thai 2002) ซึ่งใช้ประเมินความบกพร่องทางด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ที่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน และที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน จำนวน 22 ราย ได้คะแนนต่ำกว่า 22 คะแนน จำนวน 3 ราย ผู้ที่ศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน จำนวน 19 ราย ได้คะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน จำนวน 2 ราย ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาทำแบบประเมินได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนน จำนวน 11 ราย และได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน จำนวน 3 ราย จากผลการประเมินทำให้เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นที่อยู่ในชุมชนมีความบกพร่องทางการรู้คิดถึงร้อยละ 13.33 ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคสมองเสื่อมได้

Copyright© by Mahidol University

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตสังคมโดยการระลึกความหลัง สามารถช่วยให้คงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการบำบัดที่พยาบาลสามารถกระทำได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งการรู้คิด สามารถปรับตัว สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และสังคมได้ รวมทั้งช่วยให้หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of Study)

เพื่อศึกษาแนวทางการบำบัดแบบการระลึกความหลังที่มีประสิทธิภาพ ในการคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

1.3ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

1) พยาบาลทราบถึงวิธีการและสามารถที่จะนำแนวทางการบำบัดแบบการระลึกความหลังไปใช้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอราวัณและที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) หน่วยงานได้แนวทางสำหรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการบำบัดแบบการระลึกความหลังอย่างเหมาะสมต่อไป

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

กรอบการสืบค้น การสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา จึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลสารสนเทศ (Craig & Smyth, 2002) ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population	หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม
Intervention	หมายถึง การบำบัดรูปแบบการระลึกความหลัง
Comparison intervention	หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัด
Outcome	หมายถึง การรู้คิด

Copyright by Mahidol University

ขอบเขตการสืบค้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ให้การบำบัดในรูปแบบการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และวัดผลลัพธ์ด้านการรู้คิด จึงกำหนดขอบเขตในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการบำบัดการระลึกถึงความหลังที่ช่วยคงไว้ซึ่งการการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2012
3. คัดเลือกงานวิจัยชนิด The Systematic review หรืองานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยกึ่งทดลอง
4. คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ภาษาในการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Elderly, Dementia, Cognition, Cognitive function, Reminiscence therapy

ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

1. ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ (Electronic)
   1.1 ฐานข้อมูลโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS)
   1.2 ฐานข้อมูลที่รวบรวม Systematic review ได้แก่ Cochrane Library
   1.3 ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell synergy, CINAHL, OVID, Pro Quest, Pub Med, Science Direct
2. สืบค้นด้วยมือ (Hand search)
   2.1 ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารเกี่ยวการแพทย์และการพยาบาล เช่น วารสารสมาคมจิตแพทย์
   2.2 เอกสารอ้างอิงจากบทความต่างๆ ทั้งวิทยานิพนธ์จากห้องสมุดของสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งหมด จำนวน 7 เรื่อง ที่เข้าเกณฑ์การสืบค้น

Copyright by Mahidol University

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหาวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัย ลงในตารางและใช้เกณฑ์ เพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) 3) แนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ 3.1) การถ่ายทอด /นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และ 3.3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost- benefit ratio) (ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

2.2.2 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานงานวิจัย

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 7 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) เป็น 7 ระดับ พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review)จำนวน 1 เรื่อง พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 คืองานวิจัยที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) จำนวน 3 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 คืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Quasi-experimental design) จำนวน 2 เรื่อง และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 6 คืองานวิจัยกลุ่มเดียวที่วัดก่อนและหลังการบำบัด (One group pretest-posttest design) จำนวน 1 เรื่องที่มีเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

2.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 7 เรื่อง มาสกัดเนื้อหาลงในตารางวิเคราะห์ที่มีประเด็นสำคัญ คือ วัตถุประสงค์การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ชนิดการบำบัด วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย โดยได้สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้ลงในตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.4 สรุปประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เพื่อสรุปเป็นรูปแบบการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของผู้บำบัด รูปแบบการบำบัดการระลึกความหลัง การประเมินผลลัพธ์ และเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

Copyright© by Mahidol University

3. ข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ พบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือ การบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและหลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับการบำบัดและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้เข้ารับการบำบัด

1.1 ผู้เข้ารับการบำบัดมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

1.2 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของจิตแพทย์อเมริกัน (DSM–IV) หรือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยเข้าเกณฑ์ของโรคอัลไซเมอร์หรือหลอดเลือดสมองเสื่อม โดยได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE ช่วงค่าคะแนน 9 -22 คะแนน โดยคำนึงถึงระดับการศึกษา (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) หรือแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิค (Clinical Dementia Rating: CDR) อยู่ในเกณฑ์ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II)

1.3 ไม่มีความบกพร่องทางด้านการมองเห็น การได้ยินและการสื่อสาร (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**;** Level II; Nawate et al., 2008: Level IV) ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011; Level III) และไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

2. ผู้ให้การบำบัดด้วยรูปแบบการระลึกความหลัง

ผู้ให้การบำบัดต้องเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือนักกิจกรรมบำบัด (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV) และผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง (Wood, et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;**

Copyright by Mahidol University

Nawate et al., 2008: Level VI) เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ ผู้บำบัดเป็นผู้มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงระดับการศึกษาของผู้บำบัด กับผลของการบำบัดต่อไป

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด

ระยะเวลาของการบำบัดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด อย่างน้อยต้องใช้เวลาในการบำบัด 4 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป (Wood, et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III) ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 30-90 นาที(Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

4. ลักษณะการบำบัดของรูปแบบการระลึกความหลัง

4.1 การบำบัดการระลึกความหลังกระทำได้ทั้งรูปแบบกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 3- 10 คน (Wood et al., 2009: Level I; Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II) และรูปแบบรายบุคคล

4.2 หลักการบำบัดการระลึกความหลัง ให้การบำบัดโดยการสื่อสารเพื่อการบำบัดในการกระตุ้นความจำในสถานการณ์ที่สำคัญต่าง ๆ ในอดีต และการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น การทดลองชิม สูดกลิ่นหรือสัมผัส โดยใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย นำมาระลึกความหลัง ร่วมกับสมาชิกกลุ่ม เป็นการกระตุ้นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมให้สื่อสารถึงความรู้สึกดีๆ ในอดีตและเพิ่มระดับการเข้าใจตนเอง ซึ่งช่วยในการพัฒนาความสามารถการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Tadaka et al., 2004: Level II; Tadaka et al., 2007: Level II)

4.3 เนื้อหาของการบำบัด เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความทรงดีๆ ในอดีตที่ผ่านมา (Wood et al., 2009: Level I; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

1. ความประทับใจในช่วงวัยต่างๆ วัยเด็ก (ช่วงอายุ 6-12 ปี) ความประทับใจในวัยรุ่น (ช่วงอายุ 13- 20 ปี) ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) ความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ช่วงอายุ 41-60 ปี) วัยสูงอายุตอนปลาย (ช่วงอายุ 70 ขึ้นไป) (สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011: Level III)

2. กิจกรรมที่ชอบทำ และความสำเร็จ ความภาคภูมิใจ เช่น อาหารที่ชื่นชอบ ดนตรีที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่ชอบทำ เทศกาลสำคัญ ความสำเร็จ ความภาคภูมิใจที่ผ่านมา และการทำกิจกรรมที่ชอบ (Tadaka et al., 2004: Level II)

Copyright© by Mahidol University

3. ความทรงจำดีๆ ในเรื่องต่างๆ เช่น ความทรงจำเกี่ยวกับบ้านเกิด การละเล่นในวัยเด็ก ขนมหวานของโปรดในวัยเด็ก ความทรงจำเกี่ยวกับรักครั้งแรก ความทรงจำเกี่ยวกับช่วงปีใหม่ (Tadaka et al., 2004**:** Level II) ความทรงจำที่บ้านและที่โรงเรียน ความทรงจำเกี่ยวกับการแต่งงาน ความทรงจำเกี่ยวกับฤดูกาลใบไม้ผลิ (Okumura et al., 2008: Level III**;** Nawate et al., 2008: Level IV)

5. การประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านการรู้คิด

1) The Mini-Mental State Examination (MMSE)(Wood et al., 2009: Level I**;** Wang, 2007: Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2007**:** Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV; สุดารัตน์ ปุณโณฑก, 2011**:** Level III) ประเมินด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านสมาธิและการคำนวณ ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ประกอบด้วยคำถาม 11 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน สำหรับผู้สูงอายุที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มี ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาผู้สูงอายุที่ปกติ จะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

6. ระยะติดตามการประเมินผล

ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผล ควรทำหลังจากเสร็จสิ้นสุดการบำบัดทันทีและติดตามประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 4-6 สัปดาห์ และควรติดตามในระยะยาว 6 เดือน (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level IV)

4. ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

Copyright by Mahidol University

1. ควรมีการอบรมบุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องการใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) เพื่อที่จะได้ค้นหาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับ

เล็กน้อยและให้การช่วยเหลือได้เร็วขึ้น และกำหนดแนวทางการบำบัดการระลึกความหลังเข้าในระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน

2. ควรมีการจัดทำโปรแกรม และคู่มือการบำบัดการระลึกความหลัง เพื่อความสะดวกและเป็นมาตรฐานในการบำบัด การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง ให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อที่จะได้มีทีมที่สามารถดำเนินการบำบัดช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา การประเมินผลการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลระยะสั้น คือ หลังการสิ้นสุดการบำบัดทันที และหลังการบำบัด 1-6 สัปดาห์ พบว่า การรู้คิดในกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การวัดผลระยะยาว (6 เดือน) ผลการบำบัดยังไม่แน่นอน ดังนั้น ควรมีการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนแรก เช่น ทุก 1 เดือน เพื่อทราบว่าผลของการบำบัดส่วนใหญ่ยังคงอยู่ได้นานเท่าไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นการรู้คิดเป็นระยะ ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดระยะยาวต่อไป อาจกระทำโดยญาติ หรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง

4. ในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และฝึกทักษะให้ลูกหลาน หรือผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคการบำบัดการระลึกความหลังไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในความดูแลได้ เพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่งการรู้คิด เครื่องมือที่ใช้ในการกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น อาหาร บทเพลง ดนตรี เครื่องดนตรี หรืองานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชื่นชอบในอดีต หรือพอผู้สูงอายุไปเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่ชื่นชอบในอดีต ควรปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย

5. เนื่องจากการวิจัยการบำบัดการระลึกความหลัง ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมยังมีจำนวนน้อย ควรมีการทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัด เช่น เปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม เปรียบเทียบผลของการบำบัดโดยบุคลากรที่มีประสบการณ์ และระดับการศึกษาต่างกัน

Copyright by Mahidol University

REMINISCENCE THERAPY FOR MAINTAINING COGNITION OF ELDERLY WITH DEMENTIA: EVIDENCE BASED NURSING

KESANEE SEEREE 5236528 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHORTHIP SANTANAVANICH, Ph.D. (NEUROSCIENCES), ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D. (PROGRAMME RESEARCH AND DEVELOPMENT)

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of the Study

Dementia disease or syndrome is the term called a group of symptoms due to the deterioration of brain function in several aspects such as cognitive impairment, trouble using ideas, learning something new things, emotional, behavioral and personality changes that affect daily living in both social and personal life. It is estimated that in year 2025, around 20% of Thai elderly population aged 60 and above will have dementia. Dementia is commonly found, especially in aged over 65 about 6-8 % and keep increasing at the higher age by up to 30 % in those aged 85 and above. Dementia is caused by Alzheimer's or brain cells destroyed such as deterioration of forebrain. Patients will loss planning functions, management, self-awareness, inability to think abstract, and planning for solutions. (Burns, Dening & Lawlor, 2002; Boyle, Paul, Moser, Zawacki, Gordon, & Cohen, 2003) Cognition impairment is a hallmark of dementia. Symptoms are memory loss, impaired judgment, unable to recognize date, time, and place (disorientation) followed by psychological, emotional, and behavioral issues such as abnormal behaviors, auditory hallucination which not only affect patient’s daily life itself, but also affect his family and society as well. (Kim & Jung, 2005)

Impact on patient with dementia were patients with moderate degree of dementia are unable to maintain personal hygiene, perform tasks they used to do, or participate in society as normal, become aggressive and often isolate themselves (American Psychiatric Association, 2000) from society, lack of ability to care for themselves, and unable to follow the treatment plan, dependence on caregivers, (Politis et al., 2004; Feldman et al., 2005) and is likely to have depressive disorder due to pathophysiology of both dementia and depression caused by the malfunction of the brain. (Bonelli & Cummings, 2008; Bartholomew JB & Ciccolo JT, 2007).

Impact on family was found that majority of family members and friends spent most of their time taking care of the patient without pay besides other major responsibilities at home, at work, and community. From the study of caregivers (Ory et al., 1999) on the amount of time spent on patient care per week, it takes much more time to take care of elderly with dementia than of elderly without dementia which causing stress that affect physical, emotional health, and well-being in the society. (Martire, & Schulz, 2004; Schulz et al., 1995).

Impact on economic and social aspects were dementia caused population aged 60 and above to lost their activity daily-adjusted life year up to 11.2% (WHO, 2003). Together with the fact that elderly population are likely to increase in both number and proportion rapidly, causing higher risk of aging related illnesses, weakening physical, along with more deterioration of the body combining with continued deterioration of the disease in terms of memory, behavior, and duration of the disease which need for caregivers and developing of dependency, and also higher cost of care for elderly (Langa et al., 2001). Thus dementia patients or those with higher risk of dementia should be monitored and assessed level of severity in order to get help or receive effective public health treatment.

Based on the review of literatures, it was found that there are two main approaches for treatment of patients with dementia: treating with medication (pharmacological) and treating without medication (non-pharmacological). Currently exact cause is unknown; making treatment of dementia is only to slow down brain degeneration and disease progression with symptomatic treatment. In order to obtain the best results, treating with medication (pharmacological) together with treating

Copyright by Mahidol University

without medication (non-pharmacological) is commonly used. In treating patients with Alzheimer's disease without medication for maintaining cognition by using the principle of Cognitive and Psychosocial Intervention to plan for patient care with dementia regarding emotional, behavior, and cognition functions (Zanetti et al., 2006). There are three forms for treatments:

1) Reality Orientation Therapy (ROT): An activity to promote self-awareness and present environment, stimulate perception of date, time, place, people, self expression, and surroundings. Focus on elderly to be able to learn things around them once again by providing continuous information and repeatedly in order to promote ability to practice in perception, recognition, interaction, attention, concentration, sensation, and movement can create confidence and be able to perform better daily tasks (Onder et al., 2005; Spector et al., 2000; Zanetti et al., 2002).

2) Cognitive Stimulation Therapy (CST): A group therapy that stimulates cognition, encourages the use of data processing (Spector, 2003), and use some part of the therapy to recognize based on reality. (Johannesen, 2008)

3) Reminiscence therapy: A psychosocial therapy for elderly based on concept of 'Life Review' as a naturally occurring mental process by allowing patients to recall past events, review life stories, recall past events that affect thoughts and emotions and desire to leave a legacy. Sometimes it takes photographs, household appliances, music, or sound, or familiar items the patients used in the past to help in the therapy. Therapy with good memories provides good outcome of cognition and emotion. Focus on progressive return to consciousness of past experiences in life, both positive and negative events caused adaptation until now. (Butler, 1963)

There are various forms of psychosocial therapy in patients with dementia. Choosing a particular form of therapy depends on the problems to be addressed, severity of dementia, and patient's ability to learn, needs and their caregivers, resources availability, and personnel of the hospital providing services. When considering the treatments mentioned above, reminiscent therapy of patients with dementia has been used since AD 1980 (Cook, 1984) in many countries such as USA, Netherlands, Hong Kong, Japan, Taiwan (Webster and Haight, 2002). On principle that elderly with dementia have difficulty in learning new things, but can still recall memories of old stories in the past and share them with others (Brooker & Duce,

2000). This therapy can be provided for both individual and group, help developing capacity of both cognition and emotion (Zanetti, et al, 2012), can be used in the long-term care providing facilities, day care for elderly and community (Buchananet al., 2002; Lin, Dai, & Hwang, 2003), suitable for using in elderly because the treatment is not complicated, appropriate for elderly with physical changed in declining manner. It is the natural behavior of elderly that like to recall their past, thinking back to the past with satisfaction and self-delight could help them properly and efficiently adjust to their age, promoting a sense of integrity and happiness in their elderhood (Srireun Kaewkangwan, B.E. 2553).

Reminiscence therapy consists of searching for meaning, continuity in life (integrative), looking back in the past to use in handling and fixing problems for the person who are currently received the treatment (instrumental), managing to advise on particular matter (tranmissive), getting out of present by being in good stories in the past (escapist), addressing issues regarding unresolved conflicts in the past (obsessive) (Cappeliez, O'Rourke & Chaudhury, 2005). Memory stimulating objects must be important to the past experience of the individual. Objects used such as favorite music, Christmas card, food, household applicants, tape recording, radio, map, old toys, slides giving elderly to use their sensory such as hearing, tasting, smelling, and touching objects used for cooking in order to stimulate memory of important events or incidents during various ages that are impressive, and things that can always be found in life (Tadaka et al., 2004; Chao et al., 2005).

From the study outcome of reminiscence therapy in dementia patients and well designed research on comparison between control and experimental groups reveal that those who treated with cognitive, emotional, and behavioral expressions improved statistically significant. Also for those caregivers who participated in the group, this could help reducing their stress and increase more understanding of their group member’s backgrounds. And there was no harm from the therapy (Woods et. Al., 2009). Several studies support that reminiscence therapy could improve brain function and cognition (Tadaka & Kanagawa, 2004), helped patients remember their feelings and thoughts on events in the past, increased social activities (Huang et al., 2009; Wang et al., 2009), helped relieve depression (Morgan, 2000; Haight et al., 2003), increased self-esteem, reduced behavioral disturbance of elderly with dementia

(Yasuda et al., 2009), could help increase level of cognition and mood of elderly with dementia (Tadaka & Kanagawa, 2004; Woods et al.,. 2005). Also allowing patients to have various activities to recall their past could stimulate nervous network and relationship between anterior cortexes resulting in successful social interaction (Tanaka et al., 2011). Studies in Vascular Dementia patients using Reminiscence Therapy together with date, time, person, and place recognition found change in glucose metabolism in cerebral membrane in both side of anterior cingulated cortex and left temporal lobe, presumably due to the social activities and stimulation of long-term memory (Kyoko et al., 2011).

Currently Baan Erawan Health Care District Hospital has no clear defined intervention used to maintain cognition of elderly with dementia. Based on the review of literatures, it was found that reminiscence therapy has therapeutic concept that elderly with dementia have difficulty in learning new things, but can still recall memories of old stories in the past and share them with others. And elderly with mild symptoms of dementia are more capable of learning than the patients with more severe symptoms of dementia so reminiscence therapy is a suitable form of psychosocial therapy to delay dementia progress in elderly people with mild to moderate degree of dementia. There are types of therapy for both individuals and groups. Objects used in the therapy are easy to find such as photographs or memorable items in the past and also various activities used in the therapy are simple to apply. Relatives or caregivers can also attend in the session which would help maintain cognition, effectively reduce depression, and help improving quality of life for elderly and their caregivers, suitable for the context of elderly and their caregivers in the community. Thus it is interesting to study the intervention using reminiscence therapy for maintaining cognition of elderly with dementia. Also to find out which form of intervention is suitable for the context of elderly in the area of responsibility of Baan Erawan Healthcare District Hospital. Therefore studying and synthesizing of relevant evidence based investigation are considered in order to help further develop quality of nursing care practices in the workplace.

Copyright by Mahidol University

1.1 Clinical Question

Currently Baan Erawan Health Care District Hospital has elderly population about 10.60% of the whole population in its area of responsibility. In 2012, there were 178 elderly in the community out of all age population of 1,679 people. From census data, there are total 60 elderly people aged 65 years and above who live in the community, which is up to 33.70%. From follow-up and home visits, we have found one elderly patient aged 67 with underlying diabetes and high blood pressure forgot to take her medication so there are a lot left over. The patient also usually forgot things by saying that, “Sometimes I walked into the room just to pick up something and I forgot what it was. So I have to walk back, sit-down, and try to think but I still couldn’t remember”. Second case was elderly patient aged 83 living with his wife aged 75. Previously, he used to attend social events as usual. But when he turned 81, the onset of amnesia has started and after 1 year the symptom was getting worse, forgot the people he knew, could not remember date, time, and place where he lived which affected his ability in daily life. His wife has to take care of him with feeding and daily routines. He does not want to sleep at night and likes to talk about the past when we visit him at home. The third case is elderly aged 71 with fatigue and weakness. Her daughter and her son-in-law are her caregivers. The patient was able to eat but did not know what the food is called. The daughter told us that the patient took her medication after meal, then after a while she said she did not take the medication yet. So she called her daughter to give her medication again.

From these findings and from the Ministry of Health Policy which focus on providing standard health care for elderly both physically and psychologically so Elderly Care Clinic was established and screening for depression and dementia. In the past, Baan Erawan Health Care District Hospital has never evaluated for dementia of elderly before so preliminary study was performed by using the Mini-Mental State Examination: (MMSE-Thai 2002) to evaluate cognitive impairment in 60 elderly aged 65 and above who live at home and who participated in elderly clubs. From evaluation result, it was found that elderly with education higher than primary school; 22 have more than 23 scores and 3 have less than 22 scores. For those who have lower education than primary school; 19 have over 17 scores and 2 have less than 17 scores. For those who are uneducated; 11 have more than 14 scores and 3 have lower than 14

Copyright by Mahidol University

scores. This evaluation reveals that elderly aged 65 and over in the community have up to 13.3% cognitive impairment which indicating potential risk of dementia.

Based on the review of literatures and evidence based investigation, it was found that psychosocial treatments using reminiscence therapy can help maintain cognition of elderly with dementia. This therapy could be performed by nurse in order to help elderly maintain their cognition, adaptation, ability to live with family members and society as well as helping organization to form an effective intervention and improve primary care quality of public health services.

1.2 Study Objective

The present study aimed at studying effective approach of reminiscence therapy for maintaining cognition of elderly with dementia by synthesizing empirical evidence**.**

1.3 Expected Benefits / Outcomes

1) Nurses gain knowledge of reminiscence therapy and are able to apply this approach for maintaining cognition of elderly with dementia who obtain services at Baan Erawan Health Care District Hospital and live in the community more effectively.

2) The workplace will have appropriate guidelines on developing standard procedures regarding reminiscence therapy in the future.

2. Methodology

2.1 Search Strategy

Searching Framework In order to search for empirical evidence according to the study area of interest, PICO Framework was employed in screening empirical evidence from information database (Craig & Smyth, 2002) with the following details:

Copyright by Mahidol University

P (Population)	=	elderly with dementia
I (Intervention)	=	reminiscence therapy

C (Comparison intervention) = none

O (Outcome) = cognition, cognitive function

Scope of the search

Criteria used for evidences in order to gain empirical evidences of reminiscence therapy of elderly with dementia and measurement of cognition empirical evidences were determined as follows:

1. Research studies using reminiscence therapy to maintain cognition of elderly with dementia were selected.

2. Complete empirical evidences covered from A.D. 2002 to 2012

3. Systematic review researches, experimental researches with systematic randomization, randomized controlled trials Quasi-Experimental Design were selected.

4. Only research studies published either in Thai or in English were selected.

The keywords used: Elderly, Dementia, Cognition, Cognitive function, Reminiscence Therapy

Database/Data Sources

1. Electronic database

1.1 Digital data base from ThaiLIS

1.2 Systematic review database such as Cochrane Library

1.3 Other database collecting researches and empirical evidences such as Blackwell synergy, CINAHL, OVID, Pro Quest, Pub Med, Science Direct

2. Hand search

2.1 Articles published in medical journal and nursing journals such as Journal of the Psychiatric Association

2.2 Reference document from articles, theses from the library of several institutes in Thailand

A total of 7 research studies from relevant databases searching for empirical evidences matched the inclusion criteria were retrieved.

Copyright by Mahidol University

2.2 Evaluation of quality and levels of evidence

2.2.1 Evaluation of quality

Researcher has extracted and analyzed each research study into table and used Assessing Implementation Potential criteria to assess the quality of evidence in 3 main components: 1) Clinical Relevance 2) Scientific merit 3) Assessing Implementation Potential. There are 3 main dimensions of the assessment: 3.1) Transferability of finding 3.2) Feasibility of Implementation and 3.3) Cost-benefit ratio (Fongkham Tiloksakulchai, 2006)

2.2.2 Evaluation of reliability levels

All 7 evidences were evaluated for reliability levels using Melnyk & Fineout - Overholt (2005) criteria with total of 7 levels, they were found that one was evidence level 1 with systematic review, three of evidence level 2 with Randomized Controlled Trial, two were evidence level 3 with well designed and no randomization or Quasi-experimental design, and one was evidence level 6 with group pretest-posttest design that matched the clinical problem to be addressed.

2.3 Synthesis of evidence

After evaluation of levels of the 7 evidences, research findings were summarized into the Analysis and Synthesis of Evidence Table with following main issues: study objective, sample, study tool, type of therapy, methodology, and research outcome.

2.4 Issues Summarizing from synthesis of evidence

To summarize the characteristic of reminiscence therapy for maintaining cognition of elderly with dementia, sample profile, therapist qualification, methoclology of therapy result evaluation, and assessment tools of the programme

3. Recommendations

Copyright by Mahidol University

Based on the review of the selected 7 studies, it was found that all matched the clinical problem of interest, which were reminiscence therapy for maintaining cognition of elderly with dementia and have sufficient quality of evidence for analysis,

synthesis, and proposing as recommendations for the application appropriated to participant characteristics and feasibility of implementation as following details:

1. Participant

1.1 Participant aged 60 and above (Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level IV; Wood et al., 2009: Level I; Sudarat Punnotok, 2011: Level III)

1.2 Diagnosed with dementia based on American Psychiatric Association Criteria (DSM–IV) or World Health Organization Criteria (ICD-10) of Alzheimer's disease or vascular dementia using MMSE assessment with score range of 9 – 22 by educational level. (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; Sudarat Punnotok, 2011: Level III) or Clinical Dementia Rating: CDR in mild to moderate level (Level 1 and 2) (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II)

1.3 No visual, hearing, and communication impairment (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**;** Level II; Nawate et al., 2008: Level IV), no mental disorders (Wang, 2007: Level II; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Sudarat Punnotok, 2011; Level III), and no uncontrolled chronic diseases (Wood et al., 2009: Level I; Tadaka et al., 2004: Level II; Wang, 2007: Level II; Nawate et al., 2008: Level VI; Okumura et al., 2008: Level III; Sudarat Punnotok, 2011: Level III)

2. Therapist of Reminiscence Therapy

Therapist mush be healthcare professionals such as nurse, psychiatrist, or Occupational therapist (Wood et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV) and was trained in reminiscence therapy (Wood, et al., 2009: Level I**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II**;** Nawate et al., 2008: Level VI). Since therapists in most studies have master degree and above, it is suggested that further study about impact of therapist educational level on therapeutic outcome be performed.

Copyright by Mahidol University

3. Duration

Duration of the therapy that help changing cognition has to be at least 4 weeks of 6 sessions and above (Wood, et al., 2009: Level I**;** Wang, 2007: Level II**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV**;** Sudarat Punnotok, 2011**:** Level III). Each session will be 30-90 นาที (Wang, 2007: Level II**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II**;** Nawate et al., 2008: Level IV; Sudarat Punnotok, 2011**:** Level III)

4. Characteristics of Reminiscence Therapy

4.1 Reminiscence therapy can be small group of 3- 10 people (Wood et al., 2009: Level I**;** Wang, 2007: Level II**;** Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II) and individual.

4.2 Reminiscence therapy principle should be through communication for recovered-memory therapy of significant past experiences and therapeutic activities in order to stimulate sensory such as tasting, smelling, or touching by using available objects to recall past memories with group members. This will stimulate elderly with dementia to communicate good feelings in the past and increase self-understanding which helps developing ability to perform daily tasks. (Tadaka et al., 2004**:** Level II**;** Tadaka et al., 2007**:** Level II)

4.3 Content of the therapy is about good memories in the past (Wood et al., 2009: Level I**;** Sudarat Punnotok, 2011**:** Level III).

1. Impression in various stages such as childhood impression (during 6-12), adolescence impression (during 13- 20), early adult impression (during 21-40), late adult impression (during 41-60), and elderly impression (during 70 and above) (Sudarat Punnotok, 2011**:** Level III).

2. Favorite activities, success, and pride such as favorite food, favorite music, favorite activities, festival, success, and pride in the past (Tadaka et al., 2004**:** Level II).

3. Good memories such as memory of hometown, childhood games, childhood sweets, first love, New Year's Eve (Tadaka et al., 2004**:** Level II), good memories at home and school, marriage, and spring (Okumura et al., 2008: Level III**;** Nawate et al., 2008: Level IV).

Copyright by Mahidol University

5. Evaluation

Cognitive evaluation tools:

1. The Mini-Mental State Examination (MMSE) (Wood et al., 2009: Level I**;** Wang, 2007: Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2007**:** Level II; Okumura et al., 2008: Level III; Nawate et al., 2008: Level IV; Sudarat Punnotok, 2011**:** Level III) was used to evaluate orientation to place and time, recall, attention and calculation, linguistic, and language expression including memorizing structure by looking. This examination consists of 11 questions, scoring from 0-30. The raw score may also need to be corrected for educational attainment. In normal uneducated elderly, overall score should be over 14 out of 23. For elderly with education higher than primary school, overall score should be over 17 from 30, and for elderly with education higher than primary school, overall score should be over 22 out of 30 (Institute of Geriatric Medicine, 2005).

6. Follow-up Time

Start follow-up time immediately after treatment and 4-6 weeks after treatment end then 6 months for long-term follow-up evaluation. (Wood et al.,2009: Level I; Tadaka et al., 2004**:** Level II; Tadaka et al**.**, 2004**:** Level II**;** Wang, 2007: Level II; Okumura et al., 2008: Level IV)

4. Suggestion

1. Personnel responsible for elderly healthcare should be trained in Mini-mental state examination (MMSE) for early detection of elderly with mild level of dementia and faster intervention as well as establishment of reminiscence therapy guidelines into community healthcare service system.

2. Development of reminiscence program and manual in order to facilitate and set standard for the treatment, reminiscence training courses for healthcare personnel who are responsible for elderly in the community so we can have a team to perform effective treatment for elderly with dementia are suggested.

3. Since most treatment evaluation of the studies in the past were short-term assessment, immediately after the treatment and 1-6 weeks after the treatment,

Copyright by Mahidol University

resulting in cognitive level in experimental group was statistic significantly better than control group. However, in long-term assessment (6 months), the treatment result was still uncertain. Thus, cognition continuous follow up in the first 6 months such as every 1 month is suggested. Relatives or volunteers for elderly care at home who are trained in reminiscence therapy can perform this follow up assessment in order to learn how long the treatment outcome will remain, to gain basic information for therapeutic activity performance, to stimulate cognition periodically, and to maintain long-term cognition.

4. Most elderly in Thai society live with their family so educating and training skill reminiscence therapy for their children and grandchildren or caregivers are suggested in order to apply this treatment for them in order to maintain cognition by adjusting tools using in stimulating sensory such as favorite food, song, music, instrument, or hobbies of the elderly in the past, taking them to their favorite places or attaining favorite activities in the past in accordance with Thai culture context.

5. Since there are only few studies in reminiscence therapy for elderly with dementia, Efficacy Study of the treatment such as comparison of individual and group therapeutic outcomes and Comparison Study in different experiences and educational level of the therapists are suggested.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). *รายงานผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547-2552*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด*.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี-วัน.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. เล่ม 2, วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.

สุดารัตน์ ปุณโณฑก. (2554). *ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542) *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alescio-Lautier, B., Michel, B.F., Herrera, C., Elahmadi, A., Chambon, C., Touzet., et al. (2007). *Visual and visuospatial short-term memory in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: Role of attention*. Neuropsychologia, 45, 1948-1960.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349

Atchley RC (1989). *A continuity theory of normal aging*. The Gerontologist 29, 183–190.

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 –31

Bartholomew JB & Ciccolo JT (2007). *Exercise depression and cognition*. In Exercise and its Mediating Effect on Cognition (Spirduso WW, Poon LW & Chodzko-Zajko Weds). Human Kinetics, Champaign, IL, pp. 33–46

Copyright by Mahidol University

Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G, Smit F, Cuijpers P. (2005*) Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project*. Aging Ment Health 9:302–4.

Boyle, P.A., Paul, R., Moser, D., Zawacki, T., Gordon, N., Cohen, R., (2003). *Cognitive and neurological predictors of functional impairment in vascular dementia*. American Journal of Geriatric Psychiatry 11,103–106.

Bradley, D. 8. (2007). *Working with older adults in the community*. Bowling Green, KY : Western Kentucky University.

Brooker D ,Duce L.(2000). *Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time*. Aging Mental Health; 4:354.

Bruce, E., Hodgson, S., & Schweitzer, P. (1999). *Reminiscing with people with dementia : A handbook for careers*. London : Age Exchange.

Buchanan, D., Moorhouse, A., Cabico, L., Krock, M., Campbell, H.,& Spevakow, D. (2002). *A critical review and synthesis of literature on reminiscing with older adults*. Canadian Journal of Nursing Research, 34(3), 123-139.

Burns, A., Dening, T., & Lawlor, B. (2002). *Clinical guidelines in old age psychiatry*. London : Martin Dunitz.

Butler, R.N. (1963). *The life review: an interpretation of reminiscence in the aged.* Psychiatry 26, 65–76

Butler RN. *Successful aging and the role of the life review*. J Am Geriatr Soc 1974; 22: 529–535.

Cappeliez, P.O., Rourke N, Chaudhury, H. (2005*) Functions of reminiscence and mental health in later life*. Aging Ment Health 9: 295–301.

Chao S-Y, Liu H-S, & Chen C-R. (2005). *The development of a reminiscence group therapy and its therapeutic factors for the elder residents in a nursing home.* Journal of Health Education and Health Promotion 25, 1–20.

Cook, J.B. (1984). *Reminiscing : How it can help confused nursing home residents.* Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 65, 90**–93.**

Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2002). *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburg London : Churchill Livingstone.

Copyright by Mahidol University

Feldman, H.H., Van Baelen, B., Kavanagh, S.M., Torfs, K.E., Feldman, H.H., Van Baelen, B., et al. (2005). *Cognition function, and care giving time patterns in patient with mild to moderate Alzheimer disease : a 12-month analysis*. Alzheimer disease & Associated Disorder, 19(1),29-36.

Ganguli, Mary; Blacker, Deborah; Blazer, Dan G,; Grant, Igor; Jeste, Dilip V.: Paulsen, Jane S,; Pertersen, Ronald C.; Sachdev, Perminder S. (2011) *Classification of Neurocognitive Disorders in DSM-5: A Work in Progress*. Am J Geriatr Psychiatry; 19:205-201.

Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. (1987). *Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented elderly.* International Journal of Aging and Human Development ; 25(3) : 209–22.

Haight, B.K., Bachman, D.L., Hendrix, S.T., Meels, A., Johnson, J. (2003). *Life review:treating the dyadic family unit with dementia.* Clin. Psychol. Psychother. 10, 165–17.

Hamuro, A., Isono, H., Sugai, Y., Torh, S., Furuta, N., Mimura, M., et al. (2007). *Behavioral and psychological symptoms of dementia in untreated Alzheimer's disease patients*. Psychogeriatrics, 7, 4-7.

Huang, S.L., Li, C.M., Yang, C.Y., Chen, J.J. (2009). *Application of reminiscence treatment on older people with dementia: a case study in Pingtung, Taiwan*. The Journal of Nursing Research 17 (2), 112–119.

Johannesen, A. *Effective Methods to Relive Symptoms of Dementia*. [Online] Available : http://www.sfi.dk/sw40312.asp (19 September 2008)

Kim, J.S., & Jung, J.S. (2005). *The effects of a folk play program on cognition, ADL, and problematic behavior in the elderly with dementia*. Journal of Korean Academy of Nursing, 35, 1153-1162.

Kyoko Akanuma , Kenichi Megurob, Mitsue Meguro, Eriko Sasaki, Kentaro Chiba, Hiroshi Ishii, Naofumi Tanaka. (2011). *Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia Psychiatry Research* : Neuroimaging 192 183–187

Langa, K.M., Chernew, M.E., Kabeto, M.U. Herzog, A.R., Ofstedal, M.B.,Willis, R.J., et al. (2001). *National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia*. Journal of Internal Medicine, 16(11),770 -778.

Copyright by Mahidol University

Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). *The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review*. *Public Health Nursing, 29*(4), 297-306.

Lai, C.K.Y, Chi, I, Kayser-Jones, J. (2004*) A randomised controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia.* International Psychogeriatrics; 16:33–49.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence base practice in nursing and health care: A guide to base practice.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Morgan, S., (2000). *The impact of a structured life review process on people with Memory problems living in care homes*. Degree Clinical Psychology Thesis. University of Wales, Bangor.

Okamura, H., Nawate, Y., Kaneko, F., & Hanaoka, H. (2008). *Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: A Preliminary Report*. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics. Vol.26(3): 57-69.

Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., Frisoni, G.B., Bartorelli, L., Carbone, G., et al. (2005). *Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's dis-ease: Randomized controlled trial*. British Journal of Psychiatry, 187,450-455.

Politis, A.M., Vozzella, S., Mayer, L.S., Onyike, C.U., Baker, A.S., Lyketsos, C.G., (2004). *A randomized, controlled, clinical trail of activity therapy for apathy in patient with dementia residing in long-term care*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 19, 1087–1094.

Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. (1995) *Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes*. Gerontologist;35:771–91.

Spector, A., Davies, S., Woods, S., & Orrel, M. (2000). *Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effec-tiveness from randomized controlled trials*. The Gerontologist, 40,206-212.

Tadaka, E., Kanagawa, K., (2004). *A randomized controlled trial of a group care programfor community-dwelling elderly people with dementia.* Japanese Journal of Nursing Science 1, 19–25.

Tadaka, E., Kanagawa, K., (2007). *Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting*. Geriatr Gerontol Int. 2007; **7:** 167–173.

Copyright by Mahidol University

Tanaka, N., Sasaki E., Meguro K., Meguro M., Ishii H., Chiba K., Akanuma K. (2011) *Department of Geriatric Behavioral Neurology*. Psychiatry Research: Neuroimaging 192 183–187.

Tanimuki S., Okumura Y., & Asada T. (2008) *Effect of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with every day conversation approaches. Psychogeriatrics.*8: 124-133.

Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., Orrell M. (2002) *Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study.*The Arts in Psychotherapy 29, 93–7.

Waldermar, G. (2009). *Danish Alzhimer Intervention Study Copenhagen, Denmark* : Department of Neurolo: 91.

Webster, J.D. and Haight, B.K. (Eds). (2002). *Critical Advance in Reminiscence Work : Form Theory to Application*. New York, USA : Springer.

Wang, J.J., (2007). *Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan.* International Journal of Geriatric Psychiatry 22, 1235–1240.

Wang, J.J., Yen, M., OuYang, W.C., (2009). *Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia.* Archives of Gerontology and Geriatrics 49 (2), 227–232.

Watkins RW.(2002) *Herbal therapeutics: the top 12 selling remedies.*Emerg Med 34:12–9.

WHO (World Health Organization), (2003). *World Health Report—Shaping the Future. WHO, Geneva, Switzerland.*

Woods, B., Spector, A., Jones, C., et al. (2009). *Reminiscence therapy for dementia*. A systematic review.

Woods, RT., McKiernan, F. (1995) *Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia*. In: B. Haight, J. Webster editor(s).The art and science of reminiscing: theory, research, methods andapplications. Washington DC: Taylor & Francis,:233–242.

Woods, RT., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davis, S. (2005) *Reminiscence therapy for dementia (Cochrane Review)*. Cochrane Library Issue 2., John Wiley & Sons Ltd, Chichester.

Copyright by Mahidol University

Yasuda, K., Kuwabara, K., Kuwahara, N., Abe, S., Tetsutani, N., 2009. *Effectiveness of personalized reminiscence photo videos for individuals with dementia*. Neuropsychological Rehabilitation 19 (4), 603–619.

Zanetti, O. et al. (2002) *"Predictors of Cognitive Improvement after Reality Orientation in Alzheimer's Disease" Age and Aging*. 31 page 193- 196.

Zanetti, O., Cotelli, M., Calabria, M.(2006); *Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease.* Aging Clinical and Experimental Research 18(2) :141–3.

Zanetti, O., Manenti, R., Cotelli, M. (2012) *Reminiscence therapy in dementia : A review.* Maturitas 72 203– 205.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง ดังนี้

เรื่องที่ 1 Reminiscence therapy for dementia.

ผู้วิจัย Wood , B.,Spector, AE., Jones ,CA., Orrell .M., &Davies ,SP. (2009)

แหล่งที่พิมพ์ Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดการระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยที่ลงทะเบียนพิเศษกับ Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group เมื่อ 4 พฤษภาคม 2004 โดยใช้คำสืบค้น “การระลึกความหลัง”และผู้ที่ลงทะเบียนพิเศษได้สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลCENTRALเมื่อเดือน มกราคม ค.ศ.2004ฐานข้อมูลMEDLINE ตั้งแต่ปีค.ศ.1966 -2004/2 ฐานข้อมูลEMBASEตั้งแต่ปีค.ศ.1980 – 2004/2 ฐานข้อมูลPsycINFOตั้งแต่ปีค.ศ.1887 -2004/1 ฐานข้อมูล CINAHL ตั้งแต่ปีค.ศ. 1982 – 2004/1 และสืบค้นจากวรรณกรรม Aging and Mental Health, the Gerontologist, Journal of Gerontology, Current Opinion in Psychiatry, Current Research in Britain: Social Sciences, British Psychological Society เป็นต้น และผู้วิจัยสืบค้นด้วยมือจาก 1) British Psychological Society conference proceedings (กุมภาพันธ์และสิงหาคม 1997) 2) Reminiscence database และสืบค้นจากแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้ 2.1ห้องสมุด Alzheimer’s Society 2.2 จดหมายที่ตีพิมพ์ลงใน PSIGE (Psychologists Special Interest Group for the Elderly) และ วารสารBPS (British Psychological Society) ซึ่งการขอข้อมูลเกี่ยวกับการทดลองแบบควบคุมอาจไม่สามารถทำได้โดยง่าย (เช่นรายงานที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์) 2.3 การติดต่อโดยตรงกับผู้เชี่ยวชาญในแขนงนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนการอ้างอิง สืบค้นหาตามที่ใช้ในบทความนั้น

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย(ต่อ)	โดยผู้วิจัยได้จดหมายขอบทความอ้างอิงต่อจากเจ้าของบทความและผู้วิจัยของแต่ละบทความเพื่อส่งจดหมายหรือการติดต่ออื่นไปยังเจ้าของรายงานการศึกษาเพื่อสอบถามข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้รับการตีพิมพ์ (เช่น ข้อมูลทางสถิติ และ/หรือข้อมูลของการสุ่มเลือก) **เกณฑ์การ**พิจารณาจากงานวิจัยเพื่อนำมาใช้การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ Criteria for considering studies for this review**)** 1)ประเภทของงานวิจัย Randomized controlled trails ที่ใช้การบำบัดการระลึกความหลังซึ่งงาน RCTs นี้ไม่สามารถปกปิดผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดได้ว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ดีผู้วิจัยได้เลือกงานที่มีคุณภาพ ที่ผู้ประเมินไม่รู้สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม 2)ประเภทของผู้เข้าร่วมงานวิจัย งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 55 ปี) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น Dementia, Cognitive impairment, Alzheimer's disease, organic brain syndrome โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของDSM-IV, ICD-10 หากงานวิจัยที่สืบค้นมาใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคที่แตกต่างจากงานวิจัยนั้น จะตัดวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่เปรียบเทียบแยกโรค 3)ประเภทของการบำบัด ผู้วิจัยคัดเลือกการบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคล หรือการบำบัดรายกลุ่มที่ให้การบำบัดอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้เครื่องมือช่วยในการระลึกความหลัง:รูปภาพ ดนตรี วีดีโอในอดีต และเป็นงานวิจัยที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องเข้ารับการบำบัดในระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ (รับการบำบัดอย่างน้อย 6ครั้ง) และมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้บำบัด (นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด พยาบาล เป็นต้น) หรือผู้ให้การดูแลที่ได้รับการฝึกฝนจากบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนการบำบัดที่ใช้ในกลุ่มควบคุม ได้แก่ การไม่มีการบำบัด (no treatment) ส่วนการเปรียบเทียบกับการบำบัดอื่น เช่น การใส่ใจกับปัจจุบัน หรือดนตรีบำบัด (reality orientation หรือmusic therapy) ไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 4)ประเภทของการวัดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่สำคัญของการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้คือ 4.1 ความผาสุก สภาวะอารมณ์ และคุณภาพชีวิต

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย(ต่อ)	4.2 การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ 4.3 การรู้คิด โดยเฉพาะความจำชนิด autobiographical 4.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่น ความตึงเครียดของผู้ดูแล หรือความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Dementia) ผลลัพธ์ที่สำคัญในการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้คือ การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดการบำบัดทันที รวมทั้งการคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลง/ความน่าจะเป็นของผลลัพธ์ <u>การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์</u> <u>การคัดเลือกงานวิจัย</u> การทบทวนครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ 1998 ประกอบด้วยงานวิจัย 15 ชิ้น ผู้ทบทวนงานวิจัย และผู้ทบทวนงานวิจัยร่วม ได้อ่านบทคัดย่อของงานทั้ง 15ชิ้น เพื่อคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์เข้ามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยอิสระ การทบทวนงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาตรวจสอบคุณสมบัติงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สืบค้นได้จำนวน 16 ชิ้น <u>การสกัดข้อมูล</u> ผู้ศึกษา สกัดข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลง การรู้คิด พฤติกรรม และการสื่อสาร อารมณ์/ความผาสุก และผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยใช้การทดสอบทางจิตวิทยา และจากการประมาณค่า รวมทั้ง ลักษณะของงานวิจัย (เช่น คุณภาพการสุ่มและการปกปิด สถานภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และ ผลการศึกษา นอกจากนี้ผู้ศึกษายังส่งจดหมาย/จดหมายอิเลคโทรนิคส์ถึงผู้วิจัยของงาน RCTs ทุกชิ้นเพื่อขอข้อมูลที่จำเป็นที่ไม่มีในบทความ (เช่นสถิติ รายละเอียดการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง) ผู้ศึกษาได้สกัดข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย จากคะแนนการวัดก่อนการบำบัด (base line) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มบำบัด ถ้างานวิจัยใดไม่ได้รายงานการเปลี่ยนแปลง และหากงานวิจัยชิ้นใดไม่ได้รายงานไว้ผู้ศึกษาจะสกัดข้อมูลเองถ้าเป็นไปได้ การวัดก่อนการบำบัด (baseline assessment) คือการวัดก่อนการสุ่มภายใน 2 เดือนก่อนการสุ่ม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย(ต่อ)	<u>การวิเคราะห์ข้อมูล</u> ผู้ศึกษาใช้สถิติในการสรุป (จำนวน ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการเปรียบเทียบงานวิจัยเฉพาะช่วงเวลา ของการวิจัยระยะแรกเท่านั้น (first treatment period) ถ้างานวิจัยใดไม่ได้รายงาน การเปลี่ยนแปลงจากก่อนการบำบัด ผู้ศึกษาจะคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะเวลาการให้การบำบัด ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) โดยการ weight mean difference เมื่อรวมคะแนนของทุกงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินเดียวกันเข้าด้วยกันเพื่อเป็นabsolute mean difference ผู้ศึกษาได้นำเสนอความแตกต่างของการบำบัดโดยภาพรวม
Setting ของงานวิจัย	ฐานข้อมูลเฉพาะทางของ Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group ณ วันที่ 4พฤษภาคม 2004
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guildline) Level I
สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของแต่ละงานวิจัย	<u>เรื่องที่ 1</u> Reality Orientation and Reminiscence Therapy: a controlled cross-over study of Elderly Confused People. Baines (1987)การวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย 1) การทดสอบระดับ Information/Orientation and Behavior Rating Scale ของ Clifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE) (Pattie 1979) 2) Holden Communication Scale 3) Life Satisfaction Index (LSI) 4) Problem Behavior Rating Scale <u>ระยะเวลาติดตามประเมินผล</u> ทั้งก่อนการบำบัด และภายหลังการบำบัดสี่สัปดาห์ <u>เรื่องที่ 2</u> Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented elderly. Goldwasser (1987) การวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของแต่ละงานวิจัย (ต่อ)	1) ด้านการรู้คิด (Cognition) 2) การดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Severity of depression) ระยะเวลาติดตามประเมินผล ก่อนการบำบัด ภายหลังการบำบัดหนึ่งสัปดาห์และภายหลังการบำบัดหกสัปดาห์ เรื่องที่ 3 Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. Thorgrimson (2002) การวัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1) MMSE (the Mini Mental State Examination (Folstein 1975) การทดสอบความสามารถด้านการรู้คิด 2) QOL-AD (ค่ามาตรฐาน 13รายการที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้มีอาการสมองเสื่อมโดยเฉพาะ Logsdom 1999) 3) ค่าวัดผลพฤติกรรมจาก CAPE 4) Holden Communication Scale ประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย 1) GHQ-12 (Goldberg 1978) 2) Relatives Stress Scale ระยะเวลาติดตามประเมินผล ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการประเมินโดยอิสระ โดยการประเมินก่อนการบำบัด และเมื่อสิ้นสุด 18 สัปดาห์ของการบำบัดทันที เรื่องที่ 4 A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. Lai (2004) การวัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในสังคม Social Engagement Scale โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้คะแนนความสุขสบายของผู้ป่วยในสถานการณ์ทางสังคม 2) ความผาสุกหรือความเจ็บป่วย Well-being/Ill-being Scale (WIB) ซึ่งเป็นการให้คะแนนตามเกณฑ์ Dementia Care Mapping จากการสังเกตผู้ป่วยทุกๆ ห้านาทีเป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่าน้อยหกชั่วโมงในที่พักอาศัย โดยประเมินก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และ ระยะติดตามผลหลังการบำบัดหกสัปดาห์ ผู้ศึกษาได้ขอข้อมูลMMSEและคะแนนความสามารถในการประกอบ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของแต่ละงานวิจัย (ต่อ)	กิจวัตรประจำวัน (MDS-ADL) เพิ่มเติมจากผู้วิจัยนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับการตีพิมพ์ <u>เรื่องที่ 5</u> The impact of a structured life review process on people with memory problems living in care homes. Morgan (2000) การวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย 1) Geraitric Depression Scale 15 ข้อ (Yesavage 1983) 2) Life Satisfaction Index 3)Autobiographical Memory Interview Personal Semantic Schedule (PSS) (Kopelman 1990) <u>ระยะเวลาติดตามประเมินผล</u> ทั้งก่อนและหลังจากการบำบัดทันทีและช่วงติดตามผลหลังจากผ่านไปหกสัปดาห์
สรุปการบำบัดของแต่ละงานวิจัย	**เรื่องที่ 1** Reality Orientation and Reminiscence Therapy: a controlled cross-over study of Elderly Confused People. Baines (1987) ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติของการรู้คิดระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 15 ราย โดยสุ่มแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม กลุ่มละ5 คน ในงานวิจัยไม่มีการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผ่านมา กลุ่มที่ 1) ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง(Reminiscence Therapy, RT) ใช้วิธีการตามแบบของ Norris (1986) โดยใช้ภาพและเสียงประกอบ เช่น รูปภาพเก่า หนังสือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ และสิ่งของ เพื่อช่วยในการกระตุ้นการระลึกความหลัง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที กลุ่มที่ 2) ได้รับการบำบัดโดยการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ระยะเวลาสี่สัปดาห์ สัปดาห์ละห้าครั้ง ครั้งละสามสิบนาที หลังจากผ่านไปสี่สัปดาห์ กลุ่ม RT และ RO จะสลับวิธีการบำบัดกัน กลุ่มที่ 3) ไม่ได้รับการบำบัด ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ **การประเมินผลลัพธ์** ทั้งก่อนการบำบัด และภายหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ **เรื่องที่ 2** Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented elderly. Goldwasser (1987) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 30 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนในงานวิจัยไม่มีการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการและการ รักษาที่ผ่านมา

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปการบำบัดของแต่ละงานวิจัย (ต่อ)	กลุ่มที่ 1) ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับอาหาร ครอบครัว ความทรงจำวัยเยาว์ การปรับตัว ความสูญเสีย งาน และดนตรี ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2) ได้รับการบำบัดทางสังคม การบำบัดทางสังคมเน้นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และอนาคต ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ เวลาบำบัดครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3) ไม่ได้รับการบำบัด **การประเมินผลลัพธ์** ก่อนการบำบัด หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 1 สัปดาห์ และหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 6 สัปดาห์ **เรื่องที่ 3** Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. Thorgrimson (2002) รูปแบบของการศึกษาเป็นกลุ่มผสม ประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่มีรายละเอียดที่จะระบุถึงระดับอาการผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และการรักษา แต่ค่าMMSEเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ13 แสดงให้เห็นว่าการความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 11 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 11 คนโดยแต่ละคนได้รับการสุ่มให้เข้าร่วมในกลุ่ม ที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด กลุ่มที่1ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง ใช้การสนทนาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆเช่น เรื่องราวในวัยเรียน วัยทำงาน การแต่งตัวและการพัฒนาตนเอง โดยใช้สไลด์ รูปภาพ เสียงดนตรี และละครในการช่วยให้ผู้ป่วยระลึกความหลัง สำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการทำกลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ1ครั้ง ต่อเนื่องเพียง 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทำกลุ่มต่อเนื่องไปอีก เป็นเวลา 18 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยเน้นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในการใช้วิธีการระลึกความหลังกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม กลุ่มที่ 2 ไม่ได้รับการบำบัด <u>การประเมินผลลัพธ์</u> กระทำก่อนการบำบัด และหลังจากช่วงสิบแปดสัปดาห์ของการบำบัดทันที **เรื่องที่ 4** A randomised controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia.

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปการบำบัดของแต่ละงานวิจัย (ต่อ)	Lai (2004) เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM IV และสามารถสื่อสารได้ที่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ จำนวน101คนซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มบำบัดการระลึกความหลังจำนวน 36 คน โดยใช้สิ่งกระตุ้นรายบุคคลให้ระลึกถึงประวัติของตนเอง สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบำบัดการติดต่อทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสื่อมของการรู้คิดขั้นปานกลางถึงรุนแรง โดยมีค่าเฉลี่ย MMSE เท่ากับ 9คะแนน และพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการรักษาไม่แตกต่างกัน การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาที สัปดาห์ละ1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ให้การบำบัดโดยผู้ดูแลส่วนบุคคลและผู้ช่วยงานวิจัย การประเมินผลลัพธ์ กระทำก่อนการบำบัด และหลังช่วง 6 สัปดาห์ของการบำบัดทันที และช่วงติดตามผลหลังการบำบัด 6 สัปดาห์ **เรื่องที่ 5** The impact of a structured life review process on people with memory problems living in care homes. Morgan (2000) เป็นการศึกษาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จำนวน 17 คนที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีอาการโรคสมองเสื่อมน้อยถึงปานกลางจากแบบประเมิน Clinical Dementia Rating (CDR) ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาและความเจ็บป่วยอื่นๆไม่ได้ถูกนำมากล่าวไว้ในรายงานการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีความผิดปกติทางจิต และ มีความบกพร่องของการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้ป่วยทุกคนมีผู้ดูแลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด การบำบัดผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคล สัปดาห์ละ1 ครั้ง จำนวน12 ครั้ง โดยดำเนินการตามรูปแบบการทบทวนประสบการณ์ (Life Review Experiencing Form) ของ Haight (Haight 1992) การบำบัดประกอบด้วยการจัดทำหนังสือรวมเรื่องราวชีวิตของแต่ละบุคคล โดยใช้คำพูดและรูปภาพของผู้ป่วยเอง ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่นำมาเปรียบเทียบไม่ได้รับการบำบัด ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การบำบัดการระลึกความหลังก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และในระยะติดตามผลหลังการบำบัด 6 สัปดาห์

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	<u>การอธิบายการศึกษา</u> 1) Baines ,1987 เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน15คนที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe impairment of cognitive functioning)โดยงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้ให้รายละเอียด ของการเจ็บป่วยหรือยาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง การบำบัดการให้ความจริง (Reality Orientation) หรือไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ การบำบัดการระลึกความหลัง และการบำบัดโดยการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง ทำการบำบัดสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ การบำบัดด้วยการระลึกความหลังใช้รูปแบบของ Norris, 1986 โดยใช้โปรแกรมที่มีเทปบันทึกภาพหรือสไลด์ภาพช่วยเอื้ออำนวยให้ระลึกถึงความหลังรูปภาพเก่า ๆ (ที่มาจากเฉพาะบุคคล) หนังสือ วารสาร หนังสือพิมพ์ และบทความภายในครอบครัว หลังจาก 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง และการบำบัดโดยการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงสลับกันกับรับการบำบัดขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดยังคงไม่ได้รับการบำบัดต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ข้อมูลการเปรียบเทียบระหว่างการให้การบำบัดการระลึกความหลังกับใน4สัปดาห์แลกกลุ่มเปรียบเทียบ การวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย 1) Information/Orientation test 2) Behavior Rating Scale จากClifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE) (Pattie 1979) 3) Holden Communication Scale, Life Satisfaction Index (LSI) และ Problem Behavior Rating Scale <u>การประเมินผลลัพธ์</u> กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบวัดก่อนรับการบำบัดและหลังการบำบัด 4 สัปดาห์ทันที นักจิตวิทยาอิสระเป็นผู้ประเมินการรู้คิดและความพึงพอใจในชีวิตและบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัด เป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและการสื่อสาร ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับประวัติของผู้สูงอายุประเมินโดยแบบสอบถาม 2) Goldwasser, 1987 เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่ได้รับ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) โดยงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้ให้รายละเอียด ของการเจ็บป่วย หรือยาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน แต่ละกลุ่มได้รับ การบำบัดการระลึกความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และไม่ได้รับการบำบัด การบำบัดแต่ละครั้งเป็นระยะเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หัวข้อการระลึกความหลังประกอบด้วย อาหาร ครอบครัว ความทรงจำในวัยเด็ก การปรับตัว การสูญเสีย หน้าที่การงาน และดนตรี กลุ่มสนับสนุนทางสังคมให้ความสำคัญกับเหตุการณ์และปัญหาในปัจจุบัน และอนาคต ประเมินผลลัพธ์ด้วยการรู้คิด พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การประเมินผลลัพธ์ วัดก่อนการบำบัด 1 สัปดาห์หลังการบำบัด 1สัปดาห์ และในระยะติดตามผล 6 สัปดาห์ 3) Thorgrimson, 2002 เป็นงานทดลองวิจัยแนวใหม่ที่รายงานการประเมินผลโปรแกรมการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม(Dementia) ประกอบด้วยการบำบัดแก่ผู้ดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 18 สัปดาห์ โดยให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมการบำบัดด้วย 7 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างละ 11 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง และกลุ่มไม่ได้รับการบำบัด โดยไม่ได้ให้รายละเอียดว่าวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม การได้รับยา หรือมีโรคร่วมอะไร มีค่าเฉลี่ยตามแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น(MMSE)เฉลี่ยซึ่งมีค่าเท่ากับ13 แสดงว่ามีความเสื่อมและการรู้คิดในระดับปานกลาง การบำบัดแก่ผู้ดูแล เป็นการฝึกให้ผู้ดูแลนำวิธีการระลึกความหลังไปใช้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การบำบัดร่วมระหว่างผู้ดูและผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วยหัวข้อ ชีวิตในวัยเรียน ช่วงชีวิตในการทำงาน การแต่งกายและความภูมิฐาน โดยใช้ สไลด์ รูปภาพ ดนตรี และการแสดงในการช่วยดึงความจำ ในชีวิตของผู้ป่วย การวัดผลลัพธ์ การบำบัดด้วย 1) แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น [MMSE (Folstein 1975)] เป็นการคัดกรองการทำหน้าที่ทางการรู้คิด รวมทั้งจำนวนการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2) คุณภาพชีวิต [QOL-AD (Logsdom1999)] ซึ่งประกอบ ด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ ให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมประเมินด้วยตนเองและให้ผู้ดูแลประเมิน 3) การประเมินด้านพฤติกรรม [Behavior Rating Scale จากClifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE)] (Pattie 1979)4.Holden Communication Scale และมาตรวัด 2 ชุดในการประเมินความเครียดของผู้ดูแล [GHQ-12 (Goldberg 1978)] และการประเมินความเครียดของญาติ(Relatives Stress Scale) <u>การประเมินผลลัพธ์</u> ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการประเมิน แยกกัน ก่อนรับการบำบัด หลังการบำบัดทันที และหลังการบำบัด 18 สัปดาห์ โดยผู้ประเมินไม่รู้สถานภาพของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม 4) Lai ,2004 เป็นงานวิจัยแนวใหม่อันดับ 2 ที่ผู้ศึกษานำมาศึกษาเพิ่มเติม งานวิจัยเป็นการศึกษาที่มีดำเนินการบำบัดโดยผู้ดูแลส่วนบุคคลและผู้ช่วยงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ DSM-IV พบว่ามีระดับความเสื่อมของการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง(moderate to severe degree of cognitive impairment) มีค่าเฉลี่ยตามแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) เท่ากับ 9 การได้รับยาทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน การบำบัดการระลึกความหลังแต่ละครั้งเป็นระยะเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ1ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ จำนวน101คนซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มบำบัดการระลึกความหลัง จำนวน 36 คน โดยใช้สิ่งกระตุ้นรายบุคคลให้ระลึกถึงประวัติของตนเอง สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบำบัดการติดต่อทางสังคม ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัดรายบุคคลเหมือน กัน การวัดผลลัพธ์ การบำบัดด้วย 1) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Engagement Scale) โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้คะแนนความสุขสบายของผู้ป่วยในสถานการณ์ทางสังคม 2) ความผาสุกหรือความเจ็บป่วย [Well-being/Ill-being Scale

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	(WIB)] ซึ่งเป็นการให้คะแนนตามเกณฑ์ Dementia Care Mapping จากการสังเกตผู้ป่วยทุก ๆ 5 นาทีเป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงในที่พักอาศัย ผลลัพธ์ที่ได้จากการขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัย นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับการตีพิมพ์ คือ 1) แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) 2) คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (MDS-ADL) <u>การประเมินผลลัพธ์</u> กระทำก่อนการบำบัด และหลังช่วง 6 สัปดาห์ของการบำบัดทันที และช่วงติดตามผลหลังการบำบัด 6 สัปดาห์ 5) Morgan, 2000 เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 17 คนที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีอาการโรคสมองเสื่อมน้อยถึงปานกลางจากแบบประเมิน Clinical Dementia Rating (CDR) ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาและความเจ็บป่วยอื่นๆไม่ได้ถูกนำมากล่าวไว้ในรายงานการศึกษา การบำบัดผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคล สัปดาห์ละ1 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง โดยดำเนินการตามรูปแบบการทบทวนประสบการณ์ (Life Review Experiencing Form)ของ Haight (Haight 1992) การบำบัดประกอบด้วยการจัดทำหนังสือรวมเรื่องราวชีวิตของแต่ละบุคคล โดยใช้คำพูดและรูปภาพของผู้ป่วยเอง ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ การวัดผลลัพธ์ การบำบัดด้วย 1) Geraitric Depression Scale 15ข้อ (Yesavage 1983)2. Life Satisfaction Index 3. Autobiographical Memory Interview Personal Semantic Schedule (PSS) (Kopelman 1990) <u>การประเมินผลลัพธ์</u> กระทำก่อนการบำบัด และหลังช่วง 12 สัปดาห์ของการบำบัดทันที และช่วงติดตามผลหลังการบำบัด 6 สัปดาห์ **<u>ผลของการบำบัดการระลึกความหลัง</u>** ผู้ศึกษาได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยทั้งหมด 4 ชิ้น มาใช้ในการวิเคราะห์อภิมาน (Baines ,1987; Thorgrimson, 2002; Lai ,2004 ;Morgan, 2000) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 คน โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการบำบัด

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การระลึกความหลังกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับการบำบัด การประเมินผลหลังการบำบัดทันทีพบว่า การบำบัดการระลึกความหลังสามารถลดความตึงเครียดทั้ง 2 แบบวัดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนักแล้วเท่ากับ 2.9 ที่ความเชื่อมั่น 95% ,P = 0.03; 18.8 ที่ความเชื่อมั่น 95% P = 0.003 พบว่าการบำบัดการระลึกความหลังสามารถยกระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก แล้วเท่ากับ19.8 ที่ความเชื่อมั่น95% ,P <0.004) การติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการบำบัด 4 ถึง 6 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังมีระดับการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก แล้วเท่ากับ0.5 ที่ความเชื่อมั่น95% ,P =0.02) นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดการระลึกความหลัง สามารถ เพิ่มพฤติกรรมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก แล้วเท่ากับ7.61 ที่ความเชื่อมั่น 95% ,P <0.00001) และพบว่าอาการซึมเศร้าลดลง(เฉพาะในการศึกษาของ Morgan, 2000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก แล้วเท่ากับ 3.69 ที่ความเชื่อมั่น95% ,P <0.0004) และพบว่า ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังมีการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
การประเมินความเป็นไปได้	**1) Clinical Relevance** กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่ใช้การบำบัดการระลึกความหลัง ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา **2) Scientific merit** เป็นงานศึกษางานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการ**ได้รับการตีพิมพ์ใน** Cochrane Database of Systematic Reviews ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีชื่อเสียง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	เฉพาะทางเกี่ยวกับปฏิบัติการทางคลินิกที่มาตรฐาน การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย การออกแบบงานวิจัยมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (The systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยงานศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดการระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีการระบุวิธีการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาทบทวน ระบุเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง และระบุเกณฑ์การคัดออกชัดเจน 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งใช้กันแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพราะว่าค่าทางสถิติเหล่านี้จะถูกคำนวณขึ้นมาจากค่ามาตรฐานและค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประเมิน วิธีนี้ถึงแม้จะเป็นการประเมินค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่อาจสูงจนเกินไป แต่เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมกับการวิเคราะห์โดยวิธี meta-analysis 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าการบำบัดสามารถทำให้มีการพัฒนาทางด้านการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะเมื่อดูจากผลของระดับความทรงจำเรื่องราวในชีวิต **3) Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)การบำบัดการระลึกความหลัง มีรูปแบบการบำบัดที่ไม่ยุ่งยาก สามารถใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย มาช่วยกระตุ้น หรืออาจใช้การสนทนา ถึงเรื่องราวในอดีตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยสามารถใช้กระบวนการกลุ่ม หรือรายบุคคล ซึ่งมีประสิทธิภาพต่อการคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อนำมาคงไว้ซึ่งการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานปฐมภูมิ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปใช้ตามมาตรฐานวิชาชีพได้ และระยะเวลาในการบำบัด 5-12 สัปดาห์ สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงานได้ นอกจากนี้การบำบัดการระลึกความหลังยังสามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้ และฝึกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลา 18 สัปดาห์ เพื่อนำไปใช้ในการช่วยกระตุ้นการระลึกความหลังที่บ้านได้ สถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มมีความเหมาะสม และมีทีมสหวิชาชีพ ที่จะร่วมทำงานแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลในชุมชน 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit) การบำบัดการระลึกความหลัง ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ไม่มีผลเสียเกิดขึ้น ถึงแม้ว่า จะต้องอบรมบุคลากรเพิ่มเติมในการทำการบำบัด แต่ผลลัพธ์ที่ได้ มีความคุ้มค่า เนื่องจากการศึกษาวิจัยพบว่าการบำบัดการระลึกความหลังช่วยให้เกิดผลดีต่อการรู้คิด อารมณ์ และ พฤติกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่มีความเสี่ยงจากการบำบัดด้วย แต่เนื่องจากมีผู้ที่ศึกษาวิจัยทางด้านการรู้คิดนี้มีไม่มากนัก ซึ่งหากจะนำไปใช้จะต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การบำบัดการระลึกความหลัง ทำได้ทั้งแบบกลุ่มโดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่มๆละ 5-11 คน และแบบรายบุคคล โดยการให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้เล่าเหตุการณ์ในชีวิต ทั้งเรื่องที่ประทับใจในแต่ละช่วงวัยของแต่ละบุคคล เรื่องราวเกี่ยวกับการทำงาน การมีครอบครัว การพัฒนาตนเอง โดย ใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูปภาพ ของใช้ในบ้าน ของใช้ที่คุ้นเคยในอดีต เสียงเพลง และเสียงที่บันทึกไว้มาช่วย กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการระลึกถึงและสนทนากันในกลุ่ม ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) ผู้เข้ารับการบำบัด มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตาม เกณฑ์ของ DSM-IV หรือ ICD 10 ที่มีระดับอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรง จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน CDR ที่สำคัญคือ ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร ไม่มีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง และไม่มี

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	อาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่มีความแน่นอน 3) ผู้บำบัดซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถให้การบำบัดการระลึกความหลัง โดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดการระลึกความหลัง โดยผู้เชี่ยวชาญ และ ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้ามาร่วมกิจกรรมการบำบัด ระยะเวลา 18 สัปดาห์ เพื่อที่จะนำการบำบัดไปใช้สนทนาและทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่บ้านได้ 4) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป ทำได้สัปดาห์ละ 1-5 ครั้ง ระยะเวลา 4-12 สัปดาห์ มีความเหมาะสมที่จะนำไปดำเนินการในชุมชนได้ 5) ผลลัพธ์ในการคงไว้ซึ่งการรู้คิด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) อยู่ได้ในระยะสั้นช่วง 4-6 สัปดาห์หลังการบำบัด มีการวัดผลหลังการบำบัด 4-6 สัปดาห์ ผลต่างการคงอยู่ ทางด้านการรู้คิดของกลุ่มทดลองยังคงมากกว่ากลุ่มควบคุม จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้มีการนำการบำบัดไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านสัปดาห์ ละ 1-5 ครั้ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้มีสมาธิ มีความสนใจที่นานขึ้น

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 2 Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan.

ผู้วิจัย Wang, JJ. (2007)

แหล่งที่พิมพ์ International Journal Of Geriatric Psychiatry.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มสามารถป้องกันความเสื่อมถอยทางด้านการรู้คิด และสามารถยกระดับการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรู้คิดได้
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคของสมองเสื่อม ซึ่งอยู่ในสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุจำนวน 5 แห่ง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอาจได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการประกาศรับสมัคร และ**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)** 1) อายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี 2) มีอาการสมองเสื่อมเล็กน้อย ถึงรุนแรงตามเกณฑ์การจัดลำดับความรุนแรงโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนทางคลินิกของโรคสมองเสื่อม (Clinical Dementia Rating (CDR)1-3) 3) ไม่ได้รับการการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น 4) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินและการเห็น เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1.ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [Geriatric Depression Scale (GDS)] ได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 102 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่ม จำนวน 51 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดจำนวน 51 คน ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน(53%) มีอาการสมองเสื่อมในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน (31.4%) มีอาการสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และที่เหลือ 15.6% มีอาการสมองเสื่อมในระดับรุนแรง ในจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 102 คน ทำแบบประเมินครบ จำนวน 92 คน อยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 48 คน(52.1%) และอยู่ในกลุ่มควบคุม จำนวน 44 คน คิดเป็น 47.9%

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
	และมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากงานวิจัย 9.8%
Setting ของงานวิจัย	สถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไต้หวันตอนใต้จำนวน 5 แห่ง
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบกลุ่มโดยการระลึกความหลังรายกลุ่ม และมีกลุ่มควบคุม(Randomized Controlled Trial)ซึ่งจัดอยู่ใน ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005)ระดับที่ 2 / **Level II**
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	การวิจัยครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์การบำบัดก่อนการบำบัด 1 สัปดาห์ และหลังการบำบัดทันทีโดยทีมวิจัย ผู้วิจัยใช้เกณ์การจัดลำดับ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical Dementia Rating Scale) เพื่อประเมินและจัดระดับ ความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม 1) แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นหรือ MMSE (The Mini Mental State Examination) ของFolstein และคณะ (1975) ซึ่งเป็นแบบทดสอบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ใช้เพื่อประเมินผลความบกพร่องของการรู้คิด MMSEฉบับภาษาจีนได้รับการปรับปรุงให้เข้ากับสังคม วัฒนธรรมและภาษาของประชากรชาวจีนโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนในผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย คือคะแนน MMSE มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 17 คะแนนลงไปแสดงว่าเป็นผู้มีความบกพร่องของการรู้คิด และในผู้ที่มีการศึกษาดีคะแนน MMSE ตั้งแต่ 23 คะแนนลงไป แสดงว่าเป็นผู้มีความบกพร่องของการรู้คิด [คุณสมบัติของการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric properties)] แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นหรือ MMSE ได้ทำการทดสอบพิสูจน์ว่าดีมาแล้วทั่วโลก 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับสั้น (The Geriatric Depression Scale short form) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าและ ตัวชี้วัด จิต สรีระของอาการซึมเศร้า (Sheikh and Yesavage, 1986) โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถาม “ใช่” (1) หรือ “ไม่ใช่” (0) เพื่อแสดงถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตลอดหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนน GDS-SF มีค่าตั้งแต่ 0-15 คะแนน คะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับสั้นภาษาจีนที่ใช้ในการศึกษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ครั้งนี้มีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency reliability) = 0.89 ความเชื่อมั่นของการวัดซ้ำ = 0.85 มีค่าความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ (criterion-related validity) = 0.96 มีค่าความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity) =0.95 (Chan, 1996) และมีค่าความสอดคล้องภายใน(KR-20) ในการศึกษาครั้งนี้ = 0.80 ถึงแม้ว่าแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับสั้นภาษาจีนจะเป็นแบบสอบถามที่เป็นการตอบคำถามด้วยตนเอง แต่การตอบแบบสอบถามมีสัญลักษณ์ใช่หรือไม่ใช่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าใจและตอบคำถามได้ง่าย 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) โดย Alexopoulos และคณะ (1988) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ในการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้คะแนนเป็นมาตรจัดอันดับ 3 ระดับในการประเมินอาการซึมเศร้า ได้แก่ (0) คือ ไม่มีอาการ (1) คือ มีอาการไม่รุนแรง (2) คือ มีอาการรุนแรง คะแนนรวมได้จากผลรวมของคะแนนทุกข้อ คะแนนสูงแสดงว่ามีอาการซึมเศร้าจำนวนมาก แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อม (CSDD) โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลมีความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมิน (inter rater reliability) ในระดับสูง (Kappa=0.67) และมีความเที่ยงตรงของความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) (Cronbach's alpha = 0.84) และมีค่าความเที่ยงตรง ตามสภาพ (concurrent validity) กับ การจำแนกความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (Research Diagnostic Criteria) (p<0.001) (Alexopoulos และคณะ, 1988) CSDD ฉบับภาษาจีนได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัยและได้รับการตรวจสอบว่าฉบับภาษาจีนมีตรงในการแปลและมีค่าความพ้องกันระหว่างผู้ประเมินเป็นที่น่าพอใจ (Kappa=0.44–0.76, =0.015–0.000) ซึ่งค่าความสอดคล้องภายในของ CSDD ฉบับภาษาจีนในการศึกษาครั้งนี้ = 0.84
การบำบัด	การบำบัดระลึกความหลังเป็นการบำบัดรายกลุ่มประกอบด้วยสมาชิก 8-10 คน ผู้ให้การบำบัดจำนวน 1 คน และผู้ให้การบำบัดร่วมจำนวน 1 คน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การบำบัดระลึกความหลังรายกลุ่มประกอบด้วยรูปแบบการสนทนา 1) การพบกันในกลุ่มครั้งแรก 2) ประสบการณ์ในวัยเด็ก 3) อาหารที่ชื่นชอบในอดีต 4) ดนตรีที่ชื่นชอบในอดีต 5) เทศกาลสำคัญในอดีต 6) ครอบครัวในอดีต 7) ชีวิตในวัยหนุ่มสาว 8) ความสำเร็จในอดีต โดยใช้อุปกรณ์ในการกระตุ้นให้ระลึกถึงเรื่องราวในอดีต ได้แก่ รูปภาพเครื่องใช้ภายในบ้าน และวัตถุอื่น ๆ ที่คุ้นเคยจากอดีต ดนตรี และอาหารที่ผู้ป่วยเคยชื่นชอบในอดีต **ผู้บำบัด** ผู้ให้การบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาลจิตเวช หรือการพยาบาลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการฝึกอบรมกระบวนการกลุ่มและการบำบัดการระลึกความหลัง จำนวน 32 ชั่วโมง **ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล** ก่อนให้การบำบัดในการทดลองครั้งนี้เป็นพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทได้รับการฝึกฝนก่อนเก็บข้อมูลจำนวน 2 คนที่ไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม
ผลการวิจัย	ก่อนการวิจัยผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรและระดับอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองจำนวน 48 คนจากทั้งหมด 51 คนอยู่จนสิ้นสุดการทดลองและผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอยู่จนสิ้นสุดการทดลองจำนวน 44 คนจากทั้งหมด 51 คน และพบว่าผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดระลึกความหลังรายกลุ่มมีผลต่อการทำหน้าที่การรู้คิด (MMSE) และระดับอาการซึมเศร้าจากการสังเกต (CSDD) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$ และ 0.026) และมีผลต่อคะแนนอาการซึมเศร้าที่ใช้แบบประเมิน GDS-SF ที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองเพียงเล็กน้อยในคะแนน ($F=0.242$, $p=0.12$) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดการระลึกความหลังสามารถยกระดับการทำหน้าที่ของการรู้คิดและลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การประเมินความเป็นไปได้	**1) Clinical Relevance** งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือการบำบัดการระลึกความหลัง สามารถยกระดับการทำหน้าที่ของการรู้คิดและลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาลจิตเวช หรือการพยาบาลผู้สูงอายุ สามารถนำมาปฏิบัติได้เพื่อคงสภาพทางด้านการรู้คิดและลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ แต่ต้องผ่านการฝึกอบรม การบำบัดการระลึกความหลัง และเข้ารับการฝึกอบรมการจัดกิจกรรมกลุ่มก่อนจัดกลุ่มบำบัด จำนวน 32 ชั่วโมง ก่อน และต้องเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อม **2) Scientific merit** เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร International Journal of Geriatr Psychiatry ปี 2007 และงาน วิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก สภาวิทยาศาสตร์แห่งชาติไต้หวัน การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันคือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย ที่วัดผลของการบำบัดการระลึกความหลังในรูปแบบกลุ่ม ต่ออารมณ์ และการรู้คิด ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของประทศไต้หวัน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน มีการออกแบบการวิจัยเป็น Randomize controlled Trial : R**CT** มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่ม สามารถป้องกันความเสื่อมถอยทางด้านการรู้คิด และสามารถยกระดับการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรู้คิดได้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบสุ่ม แบ่งให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขึ้นอยู่กับตารางรายชื่อ (เช่น ผู้เข้าร่วมที่มีลำดับรายชื่อเป็นเลขคี่จะถูกนำไปอยู่กับกลุ่มการทดลองเป็นต้น) มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดระหว่างกลุ่มจากคะแนนก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด มีการระบุเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกไว้ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม มีการระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการบำบัดชัดเจน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพราะว่าเป็นแบบทดสอบที่ตอบสมบูรณ์จากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมครบโปรแกรมการบำบัด 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าในกลุ่มทดลอง มีระดับการรู้คิดเพิ่มที่ขึ้นและอาการซึมเศร้าลดลงต่อเนื่อง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ **3) Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งประเมินโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนทางคลินิกของโรคสมองเสื่อม(CDR) และสามารถนำแบบประเมินMMSE มาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อค้นหาผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชนได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำแบบประเมินกิจกรรมการบำบัดการระลึกความหลังมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำรูปแบบการบำบัดที่มีความเหมาะสมมาใช้เพื่อให้การดูแลตามกลุ่มเป้าหมายชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพได้ และระยะเวลาในการบำบัด มีความเหมาะสมสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การนำการบำบัดการระลึกความหลัง มาใช้กับผู้ป่วย ถึงแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการอบรมบุคลากรและต้องใช้เวลาในการดำเนินการบำบัด แต่ผลลัพธ์ที่ได้กับผู้ป่วย มีความคุ้มค่าเนื่องจากช่วยลดภาระในการดูแลที่จะต้อง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	เพิ่มขึ้นจากการเสื่อมถอยด้านการรู้คิด และยังช่วยทำให้ระดับอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การบำบัดการระลึกความหลังแบบกลุ่มสนทนาโดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่มๆละ 8 -10 คน หัวข้อการบำบัดประกอบด้วยเรื่องราวความประทับใจในแต่ละช่วงวัย สิ่งที่ชื่นชอบ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เช่น วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว การมีครอบครัว การประสบความสำเร็จ ดนตรี และอาหาร อุปกรณ์ที่ใช้ในการกระตุ้นการระลึกความหลัง โดยใช้ ประสาทสัมผัส การดู การฟัง การสัมผัส เช่น รูปภาพครอบครัว เครื่องใช้ในบ้าน ภาพเทศกาลที่สำคัญในอดีต และวัตถุที่คุ้นเคยอื่น ๆ เสียงดนตรี เครื่องดนตรี และอาหารที่เคยชอบในอดีต เพื่อให้เกิดการสื่อสารและแบ่งปันเรื่องราวประสบการณ์ในอดีต 2) ผู้เข้ารับการบำบัด มีอายุ ≥ 65 ปี มีระดับอาการสมองเสื่อมเล็กน้อยจนถึงรุนแรง จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน CDR และต้อง ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และการเห็น ไม่มีความผิดปกติทางจิตอื่นร่วมด้วย 3) พยาบาลหรือผู้บำบัดที่จะนำรูปแบบการบำบัดไปใช้ในหน่วยงาน จบการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือการพยาบาลผู้สูงอายุ จะต้องผ่านการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง จำนวน 32 ชั่วโมงและฝึกอบรมกลุ่มพลวัตก่อนการบำบัด เพื่อที่จะได้ทำการบำบัดผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60นาที ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีความเหมาะสมที่จะนำไปดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุได้ 5) ที่ผ่านมาแนะนำควรมีการวัดผลลัพธ์เป็นระยะ ๆ เช่น ทุก 1-3 เดือน และวัดผลระยะยาวทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลของการบำบัด

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 3 A Randomized Controlled trial of a group care programe for community – dwelling elderly people with dementia.

ผู้วิจัย Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2004)

แหล่งที่พิมพ์ Japan Journal of Nursing Science.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยวิธีการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence) และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ในการป้องกันการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ใช้บริการจากศูนย์ดูแลกลางวันแก่ผู้สูงอายุในโตเกียวประเทศญี่ปุ่น ที่มีคุณลักษณะตาม เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์(Alzheimer's disease) หรือ โรคสมองเสื่อมที่มาจากหลอดเลือด(vascular dementia)โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV) 2) มีคะแนนจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (Clinical Dementia rating)เท่ากับ 1หรือ 2 3) ไม่มีความผิดปกติทางการพูดหรือการเห็น ผู้สูงอายุโรคสองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 78 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 60 คน นักสังคมสงเคราะห์จากศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน จำนวน 2 คนที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (n=30) หรือกลุ่มควบคุม (n=30) ตามรายการสุ่มที่สร้างจากคอมพิวเตอร์การวิจัยครั้งนี้การดำเนินการศึกษาสอดคล้องกับหลักการของเฮลซิงกิสองประการ คือ (1) ได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและครอบครัวหลังจากได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้โดยอิสระ (2) ผู้สูงอายุในกลุ่มในกลุ่มควบคุมมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากศูนย์ผู้ดูแลกลางวันตามมาตรฐานการดูแลที่คาดหวังเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting ของงานวิจัย	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน เมืองโตเกียวประเทศญี่ปุ่น
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัด การระลึกความหลังรายกลุ่มโดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มร่วมกับการบริการตามปกติของการดูแลกลางวัน โดยมีการติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน (Randomized Controlled Trial) เมื่อจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) อยู่ระดับที่ 2 / **Level II**
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	**เครื่องมือประเมินผลลัพธ์หลัก** ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE); Folstein & Folstein, (1975) เป็นแบบวัดการทำงานด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการวัดความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อม และแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อเป็นแบบทดสอบที่ใช้กันมากที่สุดในโลกเพื่อประเมินผลของหน้าที่ด้านการรู้คิด มีรายงานว่าแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อมีความเชื่อมั่นสูง (ความเชื่อมั่นในการสอบซ้ำ ≥ 0.82) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบทดสอบ เป็นภาษาญี่ปุ่น (Mori, Mitani & Yamadori, 1985) โดยคะแนนการประเมินมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนสูง แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูง ผู้ประเมินเป็นจิตแพทย์ที่ไม่รู้สถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การประเมินผลลัพธ์หลัก ประเมิน 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง สิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะเวลาติดตามผล 6 เดือนเพื่อประเมินผลการบำบัดการระลึกความหลังในระยะยาว **เครื่องมือ การประเมินผลลัพธ์รอง** ผลลัพธ์รองในการวิจัยครั้งนี้คือการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ แบบทดสอบสังเกตการณ์หลายมิติสำหรับผู้สูงอายุ (The Multi-dimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES; Helmes, Csapo & Short, 1987)) เนื่องจาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสาระสำคัญของการประเมินการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและ MOSES จัดเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่มีการ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ให้คะแนนอย่างสมดุลที่สุดในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและมีรายงานว่าแบบสังเกต MOSES มีความน่าเชื่อถือสูง (ความสอดคล้องภายใน = 0.78 – 0.87; Pruchno, Kleban & Resch, 1988) แบบสังเกตนี้เป็นมาตรให้คะแนน 4 ช่วงคะแนนสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 ด้านคือ (1) การดูแลตนเอง (2) ความผิดปกติของการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (3) อาการซึมเศร้า (4) อารมณ์หงุดหงิดง่าย (5) อาการแยกตัว ผู้วิจัยได้แปลแบบสังเกต MOSES เป็นฉบับภาษาญี่ปุ่น (Nakasato, Shimonaka & Narita, 1991) และมี ค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละด้านดังนี้ การดูแลตัวเอง = 0.94 – 0.99 การรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลผิดปกติ = 0.79 – 0.91 อารมณ์ซึมเศร้า = 0.55 – 0.62 อารมณ์หงุดหงิด = 0.66 – 0.91 อาการแยกตัว = 0.59 – 0.78 (Nakasato และคณะ) คะแนนพฤติกรรมในแต่ละด้านมีการกระจายตั้งแต่ 8 ถึง 32 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่ามีความผิดปกติรุนแรง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ให้คะแนนการสังเกตก่อนการทดลองสิ้นสุดการทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคสองเสื่อมรายบุคคลก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันทีเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคนก่อนการบำบัดและเพื่อให้ได้รับข้อมูลความประทับใจของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีต่อการบำบัดภายหลังการทดลอง
การบำบัด	การบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มเพื่อหาคุณลักษณะและประวัติชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการบำบัด การบำบัดการระลึกความหลัง (RT) และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation) รายกลุ่ม จัดขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ในห้องที่เป็นสัดส่วนแยกจากการดูแลตามปกติของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 6 คน จัดและดำเนินการกลุ่มโดย ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลสาธารณสุขหรือนักจิตวิยาคลินิก จำนวน 2 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโท

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	หรือปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำนวน 1 คนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม จำนวน 1 คน การบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง รายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัด ดังนี้ 1) การต้อนรับ เป็นการกล่าวต้อนรับสมาชิก 2) การตรวจสอบภาวะสุขภาพของสมาชิก เป็นการสัมภาษณ์และตรวจสอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิก 3) การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคล แก่สมาชิกกลุ่ม 4) การผ่อนคลาย เป็นการฝึกการผ่อนคลายเล็กน้อยแก่สมาชิกกลุ่ม 5) การระลึกความหลัง เป็นการเตือนความจำ เกี่ยวกับ - การระลึกถึงเมืองที่เกิดของผู้สูงอายุ โดยการใช้แผนที่ - การระลึกถึงการละเล่นในวัยเด็ก โดยใช้ของเล่นในอดีต - การระลึกถึงขนมที่ชอบรับประทานในวัยเด็ก โดยใช้มันเทศนึ่ง - การระลึกถึงช่วงวัยประถมศึกษา โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงครอบครัว โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงอาหารที่เคยรับประทานในวัยเด็ก โดยใช้ข้าวสาลี - การระลึกถึงความรักครั้งแรก โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงเทศกาลปีใหม่ในอดีต โดยใช้อาหารโบราณ 6) การสรุป ผู้นำกลุ่มและผู้นำร่วม ถามคำถามเพื่อกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและตั้งใจรับฟัง การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation)ใช้กระดานแสดง วัน เวลา สถาน ที่ แล บุคคล (Orientation Board) ที่มีสัญลักษณ์ และเครื่องชี้บอก วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเป็นจริงแก่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
ผลการวิจัย	ก่อนการทดลอง พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและคะแนนผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) กลุ่มควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	(n=30) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่าการบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงรายกลุ่ม มีผลต่อการทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=16.76,*P*<0.002) และพบว่าผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง มีการทำหน้าที่ทางการรู้คิดแตกต่างกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าเมื่อติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการทำหน้าที่ทางการรู้คิด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลัง และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง มีคะแนนความผิดปกติของการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลF=12.27,*P*<0.010 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านอาการแยกตัว F=11.25,*P*<0.020 ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการให้สัมภาษณ์ ของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทุกคนในกลุ่มหลังการทดลอง พบว่าเกิดความรู้สึกประทับใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้ง โดยบอกว่าให้ความสบายใจแก่พวกเรา' จากผู้เข้าร่วมการทดลอง 14 คน (46.7%), รู้สึกดีที่ได้ระลึกความหลังและยังจำมันได้' จากผู้เข้าร่วมการทดลอง 12 คน (40.0%), และ 'กลุ่มนี้คือที่ๆปลอดภัยจากความกังวลเหน็ดเหนื่อย' จากผู้เข้าร่วมการทดลอง 4 คน (13.3%)
การประเมินความเป็นไปได้	**1.Clinical Relevance** งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ ผู้วิจัยได้นำการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence) มาใช้ร่วมกับการบำบัดโดยการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง ช่วยป้องกันการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบการรับรู้อีกครั้งในเรื่องของเวลา บุคคลและสถานที่โดยการใช้กระดานการรับรู้ (Orientation Board) พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติ โดยมีรูปแบบที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชนได้ โดยดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในชุมชน ซึ่งต้องได้รับการฝึกอบรมการ

Copyright© by Chiang Mai University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	บำบัดการระลึกความหลัง และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงก่อนนำไปใช้ **2.Scientific merit** เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Japan Journal of Nursing Science ปี 2004 ซึ่งเป็นวารสารทางการพยาบาลที่มีมาตรฐาน 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย คือการบำบัดรูปแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน การออกแบบการวิจัยมีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยการบำบัดการระลึกความหลัง และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริงกับกลุ่มควบคุม โดยวัดจากคะแนนก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด ที่มีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน (Randomized Controlled Trial) 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน คือเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยการบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence) และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ในการป้องกันการเสื่อมถอย ด้านการรู้คิดและการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งใช้กันแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเพราะว่าเป็นแบบทดสอบที่ประเมินจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมครบโปรแกรมการบำบัด โดยกำหนดระยะเวลาการประเมินไว้อย่างชัดเจน 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการทำงานด้านการรู้คิดแตกต่างกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที ซึ่งเป็นค่าการเปลี่ยนแปลงที่ดี แต่หลังจากช่วงเวลาหลังจากระยะเวลาการติดตามหกเดือน ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในหมวดการรับรู้ผิดปกติ และ หมวดอาการแยกตัว กลุ่ม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	ทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทันทีหลังจากการทดลองและหลังจากติดตามผล 6 เดือน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมทุกคนในกลุ่มทดลอง ให้สัมภาษณ์ว่าเกิดความรู้สึกประทับใจมากกว่า 1 ครั้ง ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด **3.Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำการบำบัดการระลึกความหลัง ร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ตามความรู้ที่ได้จาการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุที่มีอาการโรคสมองเสื่อมในชุมชน และสามารถนำรูปแบบการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำการบำบัดการระลึกความหลังร่วมกับการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) เพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การนำการบำบัดการระลึกความหลังมาใช้กับผู้ป่วย ถึงแม้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการอบรมบุคลากรและต้องใช้เวลาในการดำเนินการบำบัด แต่ผลลัพธ์ที่ได้กับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพทั้งด้านการรู้คิด และยังช่วยลดอาการแยกตัว มีความคุ้มค่ามากกว่า นอกจากนี้ในการทำกลุ่มบำบัดยังทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเกิดความประทับใจต่อรูปแบบการบำบัดด้วย
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การบำบัดการระลึกความหลังแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยวิธีการบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) โดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่ม ๆ ละ 6 คน หัวข้อการบำบัดประกอบด้วยเรื่องราวประวัติชีวิต ความประทับใจในแต่ละช่วงวัย สิ่งที่ชื่นชอบ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เช่น เมืองที่เกิด การละเล่นในวัยเด็ก และขนมที่ชื่น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	ชอบในวัยเด็ก ช่วงชีวิตวัยเรียน เรื่องราวในครอบครัว ความรักครั้งแรก เทศกาลปีใหม่ มีการใช้อุปกรณ์ในการกระตุ้นการระลึกความหลัง ซึ่งต้องใช้ประสาทสัมผัส เช่น การดู การฟัง การสัมผัส การชิมรสชาติของอาหาร เพื่อให้เกิดการสื่อสารและแบ่งปันเรื่องราว ประสบการณ์ในอดีต อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น รูปภาพเก่า ๆ แผนที่เมืองเก่า ๆ อาหารโบราณ ของเล่นในวัยเด็ก ร่วมกับใช้กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation Board) ที่มีการจัดสรรคำใบ้และสัญลักษณ์ให้ตรวจสอบการรับรู้อีกครั้ง 2) ผู้เข้ารับการบำบัด คือผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) หรือ โรคสมองเสื่อมที่มาจากหลอดเลือด (vascular dementia) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV) มีระดับอาการสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน CDR และต้อง ไม่มีความบกพร่องทางการพูด การเห็น และไม่มีความผิดปกติทางจิตอื่นร่วมด้วย 3) ผู้บำบัด คือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขหรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (RO) เพื่อจัดบริการบำบัดแก่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำนวน 1 คน เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม 4) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ในห้องที่เป็นสัดส่วนมีความเหมาะสมที่จะนำไปดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 5) ผลลัพธ์จากการบำบัด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) พบว่าช่วยเพิ่มระดับการทำงานด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัด แต่ในระยะเวลาการติดตามผลต่อเนื่อง 6 เดือน ไม่มีผลลัพธ์ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้านการรู้คิด แต่ในด้านการรับรู้ผิดปกติและอาการแยกตัว มีผลดีต่อเนื่อง 6 เดือน จึงควรมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การบำบัดทุก 2-4 สัปดาห์ จนกระทั่งถึง 6 เดือน โดยทีมสุขภาพในชุมชน และควรมีแนวทางในการบำบัดต่อเนื่องที่บ้านอย่าง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
	ชัดเจนเพื่อให้การทำงานด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมยังคงอยู่ต่อไป 6) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดการระลึกความหลัง ช่วยให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ความสัมพันธ์ใหม่จะได้ก่อตัวขึ้น เพื่อการสื่อสารความรู้สึกดี ๆ และเพื่อยกระดับการเข้าใจตนเอง ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มริเริ่มสร้างความสัมพันธ์กัน ซึ่งมีความหมายมากในการพัฒนาความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 4 Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting.

ผู้วิจัย Etsuko Tadaka1 and Katsuko Kanagawa, (2007).

แหล่งที่พิมพ์ Geriatr Gerontol Int. ปี 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ใช้บริการจากศูนย์ดูแลกลางวันแก่ผู้สูงอายุในโตเกียวประเทศญี่ปุ่น ที่มีคุณลักษณะตาม เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion Criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) หรือ โรคสมองเสื่อมที่มาจากหลอดเลือด (vascular dementia) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV) 2) มีคะแนนจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (Clinical Dementia rating)เท่ากับ 1หรือ 2 3) ไม่มีความผิดปกติทางการพูดหรือการเห็น ผู้สูงอายุโรคสองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 78 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 60 คนนักสังคมสงเคราะห์จากศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันจำนวน 2 คนที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (n=30) หรือกลุ่มควบคุม (n=30) ตามรายการสุ่มที่สร้างจากคอมพิวเตอร์การวิจัยครั้งนี้การดำเนินการศึกษาสอดคล้องกับหลักการของเฮลซิงกิสองประการ คือ (1) ได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและครอบครัว หลังจากได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้โดยอิสระ (2) ผู้สูงอายุในกลุ่มในกลุ่มควบคุมมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากศูนย์ผู้ดูแลกลางวันตามมาตรฐานการดูแลที่คาดหวังเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting ของงานวิจัย	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน เมืองโตเกียวประเทศญี่ปุ่น
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัด การระลึกความหลังรายกลุ่มโดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มร่วมกับการบริการตามปกติของการดูแลกลางวัน โดยมีการติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน (Randomized Controlled Trial) เมื่อจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) อยู่ระดับที่ 2 / **Level II**
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	**เครื่องมือประเมินผลลัพธ์หลัก** ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE); Folstein & Folstein, (1975) เป็นแบบวัดการทำงานด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการวัดความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อม และแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อเป็นแบบทดสอบที่ใช้กันมากที่สุดในโลกเพื่อประเมินผลของหน้าที่ด้านการรู้คิด มีรายงานว่าแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อมีความเชื่อมั่นสูง (ความเชื่อมั่นในการสอบซ้ำ ≥ 0.82) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบทดสอบ เป็นภาษาญี่ปุ่น (Mori, Mitani & Yamadori, 1985) โดยคะแนนการประเมินมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนสูง แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดสูง ผู้ประเมินเป็นจิตแพทย์ที่ไม่รู้สถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม การประเมินผลลัพธ์หลัก ประเมิน 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง สิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะเวลาติดตามผล 6 เดือนเพื่อประเมินผลการบำบัดการระลึกความหลังในระยะยาว **เครื่องมือ การประเมินผลลัพธ์รอง** ผลลัพธ์รองในการวิจัยครั้งนี้คือการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ แบบทดสอบสังเกตการณ์หลายมิติสำหรับผู้สูงอายุ (The Multi-dimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES; Helmes, Csapo & Short, 1987)) เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสาระสำคัญของการประเมินการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและMOSES จัดเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่มีการให้คะแนนอย่าง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	สมดุลที่สุดในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและมีรายงานว่าแบบสังเกต MOSESมีความน่าเชื่อถือสูง (ความสอดคล้องภายใน = 0.78 – 0.87; Pruchno, Kleban & Resch, 1988) แบบสังเกตนี้เป็นมาตรให้คะแนน 4 ช่วงคะแนนสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 ด้านคือ (1) การดูแลตนเอง (2) ความผิดปกติของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (3) อาการซึมเศร้า (4) อารมณ์หงุดหงิดง่าย (5) อาการแยกตัว ผู้วิจัยได้แปลแบบสังเกต MOSES เป็นฉบับภาษาญี่ปุ่น (Nakasato, Shimonaka & Narita, 1991) และมี ค่าความมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละด้านดังนี้ การดูแลตัวเอง = 0.94 – 0.99 การรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลผิดปกติ = 0.79 – 0.91 อารมณ์ซึมเศร้า = 0.55 – 0.62 อารมณ์หงุดหงิด = 0.66 – 0.91 อาการแยกตัว = 0.59 – 0.78 (Nakasato และคณะ) คะแนนพฤติกรรมในแต่ละด้านมีการกระจายตั้งแต่ 8 ถึง 32 คะแนน คะแนนแสดงว่ามีความผิดปกติรุนแรง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ให้คะแนนการสังเกตก่อนการทดลองสิ้นสุดการทดลองทันทีและในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคสองเสื่อมรายบุคคลก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันทีเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละคนก่อนการบำบัดและเพื่อให้ได้รับข้อมูลความประทับใจของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีต่อการบำบัดภายหลังการทดลอง
การบำบัด	การบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มเพื่อหาคุณลักษณะและประวัติชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการบำบัด การบำบัดการระลึกความหลัง (RT) และการฝึกให้การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orieantation) รายกลุ่ม จัดขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ในห้องที่เป็นสัดส่วนแยกจากการดูแลตามปกติของศูนย์ดูแลกลางวันแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 6 คน มีการจัดและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดย ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลสาธารณสุขหรือนักจิตวิยาคลินิก จำนวน 2 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมอง และได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำนวน 1 คนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม จำนวน 1 คน การบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง รายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การต้อนรับ เป็นการต้อนรับสมาชิก 2) การตรวจสอบสภาวะสุขภาพของสมาชิก เป็นการสัมภาษณ์และตรวจสอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิก 3) การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคล แก่สมาชิกกลุ่ม 4) การผ่อนคลาย เป็นการฝึกการผ่อนคลายเล็กน้อยแก่สมาชิกกลุ่ม 5) การระลึกความหลัง เป็นการเตือนความจำ เกี่ยวกับ - การระลึกถึงเมืองที่เกิดของผู้สูงอายุ โดยการใช้แผนที่ - การระลึกถึงการละเล่นในวัยเด็ก โดยใช้ของเล่นในอดีต - การระลึกถึงขนมที่ชอบรับประทานในวัยเด็ก โดยใช้มันเทศนึ่ง - การระลึกถึงช่วงวัยประถมศึกษา โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงครอบครัว โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงอาหารที่เคยรับประทานในวัยเด็ก โดยใช้ข้าวสาลี - การระลึกถึงความรักครั้งแรก โดยใช้รูปภาพ - การระลึกถึงเทศกาลปีใหม่ในอดีต โดยใช้อาหารโบราณ 5) การสรุป ผู้นำกลุ่มและผู้นำร่วม ถามคำถามเพื่อกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและตั้งใจรับฟัง การฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orieantation) ใช้กระดานแสดง วัน เวลา สถาน ที่ แล บุคคล (Orientation Board) ที่มีสัญญลักษณ์ และเครื่องชี้บอก วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเป็นจริงแก่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
ผลการวิจัย	เมื่อผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์หลัก การทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง 2) ความผิดปกติทางการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล 3) อาการซึมเศร้า 4) อารมณ์หงุดหงิดง่าย 5) อาการ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย(ต่อ)	แยกตัวและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (MMSE) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองพบว่าผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังมีคะแนนการทำหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้าน อาการแยกตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.05$ และมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดโรคหลอดเลือดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดระลึกความหลังมีคะแนนการทำหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้าน ความผิดปกติของการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล อาการแยกตัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการทดลองแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิด VD ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.05$
การประเมินความเป็นไปได้	**1.Clinical Relevance** งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นในการนำกลุ่มบำบัดการระลึกความหลังไปใช้กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมในชุมชน พยาบาลต้องผ่านการฝึกอบรมเพิ่มเติมเทคนิควิธีการบำบัดการระลึกความหลัง จึงจะสามารถนำรูปแบบกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังมาใช้เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมในชุมชนได้ โดยปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	**2.Scientific merit** เป็นรายงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Geriatr Gerontol Int. ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงเฉพาะทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และทางสังคมวิทยาของผู้สูงอายุ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัย เป็น Randomized Controlled Trial:RCT จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการบำบัด สถานที่ในการศึกษาบอกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน ระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันที่ชัดเจนและมีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งใช้กันแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเพราะว่าเป็นแบบทดสอบที่ตอบสมบูรณ์จากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมจนครบกระบวนการกลุ่มการบำบัด 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าการบำบัดสามารถทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านอาการแยกตัวและด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมทันทีหลังการทดลองและหลังจากการติดตามผล 6 เดือน แต่ไม่มีประสิทธิผลในด้านทำงานด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 2.5 การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงการศึกษา การกีฬาและวัฒนธรรมประเทศญี่ปุ่น(การช่วยเหลือสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ปี 2003 - 2004) **3.Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	ความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ากลุ่มบำบัดโดยการระลึกความหลัง มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากกระบวนการทำงานของหน่วยงานเน้นกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ซึ่งหลังจากที่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์เฉพาะทางแล้ว จะถูกส่งต่อกลับมาที่สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปใช้ตามมาตรฐานวิชาชีพได้ ระยะ เวลาในการบำบัด 8 ครั้งสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงานได้ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) กลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ถึงแม้ต้องเสียงบประมาณในการฝึกอบรมบุคลากรเพิ่มเติมแต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็มีความคุ้มค่ามากกว่า สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดไม่มีรายงานความเสี่ยงจากการบำบัดกลุ่มการระลึกความหลัง นอกจากนี้ ผลการบำบัดยังมีประสิทธิภาพด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือดสมองเสื่อมได้นานถึง 6 เดือน
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การบำบัดการระลึกความหลังแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยวิธีการบำบัดการระลึกความหลังและการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation, RO) ในงานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงกิจกรรมการปฐมนิเทศ และกิจกรรมการสรุปในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 10 ไว้ กลุ่มบำบัดมีสมาชิกจำนวน 6 คน หัวข้อการบำบัดการระลึกความหลัง จำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วยเรื่องราวประวัติชีวิต ความประทับใจในแต่ละช่วงวัย สิ่งที่ชื่นชอบ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น รูปภาพเก่าๆ แผนที่เมืองเก่าๆ อาหารโบราณ ของเล่นในวัยเด็ก เพื่อให้เกิดการสื่อสารและแบ่งปันเรื่องราว ประสบการณ์ในอดีต ร่วมกับใช้กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation Board) ที่มีการจัดสรรคำใบ้และสัญลักษณ์ให้ตรวจสอบการรับรู้อีกครั้ง 3) ผู้เข้ารับการบำบัด คือผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	(Alzheimer's disease) หรือ โรคสมองเสื่อมที่มาจากหลอดเลือด (vascular dementia) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV) มีระดับอาการสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน CDR และต้อง ไม่มีความบกพร่องทางการพูด และการเห็น ไม่มีความผิดปกติทางจิตอื่นร่วมด้วย 3) ผู้บำบัด คือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขหรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการระลึกความหลัง และการฝึกให้รับรู้ความเป็นจริง (RO) เพื่อจัดบริการบำบัดแก่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจำนวน 1 คนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกลุ่ม 4) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ในห้องที่เป็นสัดส่วนมีความเหมาะสมที่จะนำไปดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 5) ผลลัพธ์จากการบำบัด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE) พบว่าช่วยเพิ่มระดับการทำงานด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด ถึงในระยะเวลาการติดตามผลต่อเนื่อง 6 เดือน แต่ไม่มีผลลัพธ์ที่แตกต่างด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความแตกต่างในแต่ละชนิดของโรคสมองเสื่อมอาจทำให้ผลลัพธ์จากการบำบัดแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามประเมินการรู้คิดต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด เดือนละ 1-2 ครั้ง จนกระทั่งถึง 6 เดือน 6) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม จากหลอดเลือดเนื่องจากกระบวนการกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลัง ช่วยให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ความสัมพันธ์ใหม่จะได้ก่อตัวขึ้น เพื่อการสื่อสารความรู้สึกดีๆ และเพื่อยกระดับการเข้าใจตนเองด้วย ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มริเริ่มสร้างความสัมพันธ์กันซึ่งมีความหมายมากในการพัฒนาความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 5 Effect of short term reminiscence therapy on elderly with dementia : A comparison with every day conversation approaches.

ผู้วิจัย Okumura, Y., Tanimuki., S., & Asada ,T.(2008)

แหล่งที่พิมพ์ *Psychogeriatrics.*8:124-133.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมด้วยการระลึกความหลังระยะสั้นกับการใช้การสนทนาประจำวัน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 16 คน ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล บ้านผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการดูแลสุขภาพ การยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 16 คน กลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังประกอบด้วยผู้สูงอายุหญิงด้วยการลงลายมือชื่อยินยอม หรือการตอบรับด้วยวาจาจำนวน 8 คนที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อายุเฉลี่ยระหว่าง 74-89 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของ MMSE อยู่ในช่วง 10-22 คะแนนกลุ่มการใช้บทสนทนาประจำวัน ประกอบด้วยผู้สูงอายุหญิงจำนวน 8 คนที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ชนิดอัลไซเมอร์ อายุ เฉลี่ยระหว่าง 68-93 ปี คะแนนเฉลี่ย ของ MMSE อยู่ในช่วงช่วง 12-19 คะแนน
Setting ของงานวิจัย	ศูนย์บริการดูแลสุขภาพกลางวัน ประเทศญี่ปุ่น
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองโดยไม่มีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัด การระลึกความหลังรายกลุ่มโดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่มเปรียบเทียบกับการใช้การสนทนาประจำวัน(Every day conversation) (Quasi - Experimental) เมื่อจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005)อยู่ระดับที่ 2 / Level III การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์หลัก 1) การใช้แบบประเมิน MMSE ประเมินทั้งสองกลุ่มก่อนการเริ่มกิจกรรม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์(ต่อ)	2) การใช้แบบประเมินความคล่องในข้อการพูด (Verbal Fluency Task) ประกอบด้วย 4 หัวข้อคือ 1. ชื่อสัตว์ 2. คำที่เริ่มต้นด้วยพยัญชนะ 'A' 3. คำที่เริ่มต้นด้วยตัวอักษรอื่นๆ เช่น ('KA','SA','TA'และ'NA') เป็นต้น 4. คำที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่องที่ใช้ในกลุ่มการระลึกความหลัง โดยที่หลังจากการเข้ากลุ่มแล้วผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนจะบันทึกคำที่ตนเองสามารถจำได้มากกว่า 1 นาที เมื่อกลับไปยังที่พักอาศัยของตนเอง 3) การใช้แบบประเมิน Todai - shiki Observational Rating Scale (TORS)เพื่อประเมินผลของการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 หัวข้อเพื่อประเมินการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา สมาธิความสนใจและอารมณ์ 4) การประเมินอาการการแสดงออกของผู้ป่วยในทุกวันก่อนและหลังการบำบัดครั้งสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน Saint Marianna Hospital's Elderly Dementia Patients' Daycare ประเมินการแสดงออกทางใบหน้า การประเมินอารมณ์ และจากความรู้สึกมีความสุข การบอกเล่าความรู้สึกของผู้รับการบำบัด การประเมินมีวัตถุประสงค์เพื่อถามถึงระดับของความรู้สึกมีความสุขของแต่ละคนหลังจากจบการบำบัดแต่ละครั้ง การประเมินมีความเป็นมาตรฐานและง่ายต่อการประเมินผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
การบำบัด	กลุ่มบำบัดโดยการระลึกความหลังระยะสั้น ประกอบกิจกรรมบำบัด 5 กิจกรรม ระยะเวลาบำบัดคือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง การบำบัดเริ่มต้นด้วยการทักทายอย่างใกล้ชิด โดยการแจ้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงการเริ่มต้นกิจกรรม กำหนดการ วันที่ และข้อมูลอื่น ๆ จากนั้นให้ผู้สูงอายุพูดถึงความหลังตามหัวข้อในประเด็นหลักคือ 1. การระลึกความหลังถึงการเล่นในช่วงวัยเด็ก 2. การระลึกความหลังถึงการช่วยเหลืองานบ้าน 3. การระลึกความหลังถึงช่วงวัยเรียน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	4. การระลึกความหลังถึงฤดูกาลที่คงอยู่ในปัจจุบัน ผู้นำของกลุ่มเป็นหนึ่งในผู้วิจัย (YO) กับเจ้าหน้าที่ 1-2 คนที่เข้าร่วมในฐานะผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมจะมีการบำบัดโดยการใช้การสนทนาประจำวันในเรื่องที่เกิดขึ้นในทุกวันโดยไม่มีการกำหนดรูปแบบหรือเนื้อหาแต่เป็นปัญหาของแต่ละวันนั้นๆ ผู้บำบัดกลุ่มจะเป็นผู้วิจัยกับเจ้าหน้าที่ 1-2 คน
ผลการวิจัย	กลุ่มการบำบัดการระลึกความหลัง สามารถจำคำเพิ่มขึ้นอย่างมากในตอนท้ายของกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับคำที่จำได้ในตอนท้ายของกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนคำเพิ่มขึ้นในกลุ่มการระลึกความหลัง เริ่มจากครั้งที่ 3 เป็นต้นไป (หลังจากครั้งที่ 3 $P = 0.003$; หลังจากครั้งที่4 $P = 0.012$; หลังจากครั้งที่ 5 $P = 0.000$) ยิ่งไปกว่านั้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและเป็นไปในทางบวก ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดนี้สะทอนว่า พวกเขาชอบกิจกรรมนี้ และมีความสุขในการอภิปรายเข้าร่วมกลุ่ม นอกจากนี้ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีการสื่อสารกับผู้สูงอายุมากขึ้น
การประเมินความเป็นไปได้	**1.Clinical Relevance** งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ ใช้การบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) ในระยะสั้นกับวิธีการสนทนาในชีวิตประจำวัน ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ในการเรียกคืนความจำและความคล่องแคล่วทางการสื่อสารโดยใช้ วัจนภาษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติ โดยใช้วิธีการบำบัดการระลึกความ หลังระยะสั้นมาใช้ในการคงสภาพการรู้คิด ในแง่ของการการจดจำและจำได้ ในการใช้คำเรียก ของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้าน หรือที่ศูนย์ดูแล โดยมีผู้นำกลุ่ม1 คน และมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1-2 คน **2.Scientific merit**

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้	เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Psycho geriatrics ซึ่งเป็นวารสารที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การออกแบบงานวิจัยถูกสร้างและออกแบบขึ้นมาด้วยคำแนะนำของคณะกรรมการด้านจริยธรรมของหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุและได้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยผลการศึกษาการบำบัดการระลึกความหลัง ในระยะสั้นเปรียบเทียบกับวิธีการใช้บทสนทนาในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองและมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มQuasi- Randomized controlled trails 2.2 วัตถุประสงค์ยังและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพศหญิงจำนวน 16 คน 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน มีการเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิจารณาว่าง่ายในการประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้ออได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าผู้ได้รับการบำบัดการระลึกความหลังสามารถจำคำเพิ่มขึ้นอย่างมากในตอนท้ายของกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับคำเรียกที่จำได้ในตอนท้ายของกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวนคำที่จำได้เพิ่มขึ้น เริ่มจากครั้งที่สามเป็นต้นไป **3.Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จาการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำวิธีการบำบัดการระลึกความหลังระยะสั้น ไปคงไว้ซึ่งการรู้คิดด้านการจดจำคำของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ด้วย โดยต้องเป็นลักษณะกลุ่มปิด ในงานวิจัยมีการระบุว่าในการเรียกความทรงจำของผู้ป่วยที่มีโรค

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	สมองเสื่อมให้ปลดปล่อยออกมานั้นสัมพันธ์กับการเริ่มต้นด้วยหัวข้อที่เหมาะสมในการแบ่งปันประสบการณ์ด้วย 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) การบำบัดการระลึกความหลังในระยะสั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในชุมชนได้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความไว้วางใจ โดยทีมพยาบาลชุมชน และญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การบำบัดการระลึกความหลังระยะสั้น ใช้วิธีการสนทนา ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ในงานวิจัยไม่พบความเสี่ยงจากการบำบัดการระลึกความหลัง และสามารถทำซ้ำได้ง่าย
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การทำกลุ่มแต่ละครั้ง ต้องประเมินความคล่องแคล่วทางการสื่อสารโดยใช้ วัจนภาษา ทุกครั้ง พร้อมทั้งมีการนำผลการจำคำในแต่ละครั้งมาเปรียบเทียบเพื่อประเมินโดยต้องปรับให้เป็นรูปแบบไทยดังนั้นจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดในชุมชน 2) การบำบัดการระลึกความหลัง ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีประสิทธิภาพต่อการจดจำและจำได้ ในการใช้คำเรียกได้เพิ่มมากขึ้นหลังการบำบัดครั้งที่สาม ดังนั้นควรจัดการบำบัดต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งทุกสัปดาห์ เพื่อให้การจดจำคำของผู้ป่วยได้คงอยู่ต่อไป 3) การบำบัด มีความเหมาะสมจะนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระดับ เล็กน้อย ถึงปานกลางในชุมชน โดยญาติในครอบครัวสามารถนำกิจกรรมบำบัดไปกระตุ้นการจำคำของผู้ป่วยที่บ้านได้

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 6 Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home : A Preliminary Report.

ผู้วิจัย Nawate. Y., Kaneko, F.,Hanaoka,H.,&Okamura ,H.(2008)

แหล่งที่พิมพ์ Physical & Occupational Therapy in Geriatrics.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยใช้กิจกรรมประกอบอาหาร
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าการบำบัดการระลึกความหลัง คือ ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อยู่บ้านและมารับบริการฟื้นฟูสุขภาพที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่ง จำนวน 11 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ $\geq$ 65 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่ามีอาการของโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือ ปานกลาง 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมแบบกลุ่มและไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน การเห็น หรือการสื่อสาร 4) ได้รับการยินยอมให้เข้ารับการบำบัดจากครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง **เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria)** ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป
Setting ของงานวิจัย	ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ 2 แห่ง ในประเทศญี่ปุ่น
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองโดยไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิภาพของกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังรายกลุ่ม (One group pre – post test) เมื่อจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) อยู่ระดับที่ 6 / Level VI
เครื่องมือที่ใช้ในการประ เมินผลลัพธ์	การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มการบำบัด 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 4 สัปดาห์

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประ เมินผลลัพธ์(ต่อ)	**เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย** 1) Hasegawa Dementia Scale-Revised เพื่อประเมินการทำงานของสมองด้านการรู้คิด แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นโดย Hasegawa และคณะ (1974) และปรับปรุงใหม่ในปี 1991(Kato et al.,1991) สามารถประเมินแยกอาการของสมองเสื่อมได้ชัดเจนขึ้น และใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศญี่ปุ่นเพื่อวัดผลลัพธ์การทำงานของสมองด้านการรู้คิด มีข้อคำถามที่ไม่มากสะดวกในการใช้ และใช้เวลาไม่นานในการตอบคำถาม ระดับคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน ถ้าระดับคะแนน $\leq$20 คะแนนแสดงว่ามีอาการสมองเสื่อม 2) Mini-Mental State Examination (MMSE) เพื่อประเมินการทำงานของสมองด้านการรู้คิด หรือเรียกว่าแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Folstein และคณะ(1975) และถูกมาใช้เป็นแบบทดสอบเพื่อวัดการทำงานของการรู้คิดอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก ได้รับการรับรองความน่าเชื่อถือและความถูกต้องเที่ยงตรง แบบทดสอบ MMSE ประกอบด้วยคำถาม 11 คำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนสูงกว่าแสดงว่าการทำงานของการรู้คิดดีขึ้น ระดับคะแนน $\leq$20 คะแนนแสดงว่าหมายถึง มีแนวโน้มสูงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อม จุดตัดของคะแนนที่แยกว่าเป็นหรือไม่เป็นโรคสมองเสื่อม ที่ใช้วัดระดับของภาวะสมองเสื่อมมักจะถูกตั้งค่าอยู่ที่ 23 หรือ24 คะแนน (Mori et al.,1985) 3) Gottfries-Brane-Steen (GBS) เพื่อประเมินการทำงานของการทำงานสมองด้านจิตพิสัย แบบประเมิน GBS สามารถประเมินความรุนแรงและประเมินระดับความแตกต่างของโรคสมองเสื่อม 4 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว สติปัญญา อารมณ์ และอาการทางจิตโดยการสังเกตจากพฤติกรรมการแสดงออก การประเมินดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและมีความเข้าใจ แบบประเมิน GBS ประกอบด้วยหัวข้อ 26 หัวข้อซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (6 หัวข้อ) ด้านสติปัญญา (11ข้อ) ด้านอารมณ์ (3 ข้อ) และอาการอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (6 ข้อ) คะแนนแบ่งออกเป็น 7 ระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 (ปกติ) ถึง 6 (รุนแรง) ระดับคะแนนที่สูง หมายถึง อารมณ์และอาการทางจิตที่รุนแรง Gottfries และคณะ (1989) มีการยืนยันความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ โดย

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประ เมินผลลัพธ์(ต่อ)	การทดสอบในผู้ป่วยจำนวน 100 คน ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 70 แห่ง ความถูกต้องและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน GBS ได้จากการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 246 คน (Honma et al., 1991) การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินทั้ง 4 ด้าน แต่จะประเมินใน 2 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา (intellectual function) และด้านอารมณ์ (emotional function) 4) Troublesome Behavior Scale (TBS) เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบประเมินTBS พัฒนาขึ้นในประเทศญี่ปุ่นเพื่อประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและความถี่ของการเกิดปัญหา Asada และคณะ (1994) ใช้แบบประเมิน TBS ทดสอบผู้ป่วยจำนวน 313 คน โดย 146 คน เป็นผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน และ ผู้ป่วยจำนวน 167 คน รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลหรือสถานดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินได้รับการรับรองว่ามีความถูกต้องและเที่ยงตรง แบบแบบประเมิน TBS ประกอบด้วย 14 หัวข้อ ผู้ประเมินคือผู้ดูแลหรือพยาบาล ประเมินผลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามระดับความรุนแรงจาก 0 (ไม่มีเลย) จนถึง 4 (หนึ่งครั้งหรือมากกว่าต่อวัน)
การบำบัด	ผู้นำกลุ่มการบำบัดคือนักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) การบำบัดใช้กิจกรรมการทำอาหารเป็นการกระตุ้นเพียงอย่างเดียว แต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยผู้เข้ารับการบำบัดกลุ่มละ 3-5 คน กิจกรรมการบำบัดประกอบไปด้วย 9 กิจกรรม ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ในวันและเวลาเดียวกัน บำบัดติดต่อกันจำนวน 9 สัปดาห์ การบำบัดการระลึกความหลัง ประกอบด้วยอาหารที่สอดคล้องกับหัวข้อที่ตั้งไว้ เพื่อเป็นการกระตุ้นความทรงจำในแต่ละครั้งของการบำบัดดังนี้ ครั้งที่1) การแนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ครั้งที่2) ความทรงจำถึงบ้านเกิด ชนิดอาหารที่ใช้คือ มันฝรั่งนึ่ง/อบ และชาเขียว ครั้งที่3) ความทรงจำถึงการเล่นในวัยเด็ก ชนิดอาหารที่ใช้คือ เกี๊ยวซ่า และชาเขียว ครั้งที่4) ความทรงจำในวัยเรียน ชนิดอาหารที่ใช้คือ ไข่เจียว และชาเขียว

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่5) ความทรงจำในฤดูกาล (ใบไม้ผลิ) ชนิดอาหารที่ใช้คือ Butterbur ต้ม และชาเขียว ครั้งที่6) ความทรงจำในชีวิตการแต่งงาน ชนิดอาหารที่ใช้คือ ใช้มันฝรั่งชุบแป้งทอด และชาเชอร์รี่ ครั้งที่7) ความทรงจำที่บ้านและการทำงาน ชนิดอาหารที่ใช้คือ ไอวี่แซปผสมกับแยม และชาเขียว ครั้งที่8) ความทรงจำเกี่ยวกับการท่องเที่ยว ชนิดอาหารที่ใช้คือ ข้าวปั้นและชาที่เย็น ครั้งที่9) การทบทวนการระลึกความหลัง ทุกหัวข้อที่กล่าวมา โดยการใช้ ชนิดอาหารคือ ใช้การแต่งหน้าเค้กชาเขียว หรือกาแฟ การบำบัดการระลึกความหลัง จะใช้เนื้อหาของการระลึกความทรงจำเป็นการกระตุ้นสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการที่ผู้บำบัดใช้คำถามที่เหมาะสมในการบำบัด จะเป็นการกระตุ้นความทรงจำในอดีต และสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดจะเป็นการประคับประคอง สนับสนุนและการฟังอย่างใคร่ครวญ การบำบัดการระลึกความหลัง โดยใช้กิจกรรมอาหารเป็นสิ่งกระตุ้นความทรงจำนี้ จึงไม่ต้องทำตามขั้นตอนการประกอบอาหารทั้งหมด ขอให้มีส่วนร่วมในการปรุงอาหารและเข้าร่วมกิจกรรมในเวลาที่กำหนดไว้ สถานที่ในการทำกิจกรรมบำบัดนี้คือห้องครัว เพื่อให้เป็นการกระตุ้นความทรงจำเกี่ยวกับชนิดอาหาร การประกอบอาหารอย่างแท้จริง
ผลการวิจัย	จากการทดลองพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการด้านการรู้คิด ด้านจิตพิสัย และด้านพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่าง 1 สัปดาห์ก่อนเริ่มการบำบัดรักษา 1 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดและ 4 สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ของการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับคะแนนของปฏิกิริยาโดยตรงต่อผู้ดูแล ในแบบประเมิน Hasegawa Dementia Scale-Revised (HDS-R) และ Troublesome Behavior Scale (TBS) การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้คิด พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งใน 1

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	สัปดาห์หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด p=0.043 และหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด 4 สัปดาห์ (p=0.043) ส่วนในการประเมินปฏิกิริยาโดยตรงต่อผู้ดูแล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 1 สัปดาห์หลังจากการเสร็จสิ้นการบำบัด คือ (p=0.004)
การประเมินความเป็นไปได้	**1.Clinical Relevance** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และใช้รูปแบบการบำบัดการระลึกความหลัง มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก เนื่องจากผู้รับบริการคือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชน และต้องการใช้รูปแบบการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดเช่นเดียวกัน ผลการวิจัยของงานวิจัยพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีเอกสิทธิ เนื่องจากการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมในชุมชน พยาบาลสามารถพัฒนาการจัดบริการดูแลตามกลุ่มวัย ตามกลุ่มโรค โดยมีแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ และในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย **2.Scientific merit** เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ พิจารณาจากการได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Physical & Occupational Therapy in Geriatrics การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย การออกแบบงานวิจัยเป็นแบบกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว การประเมินผลลัพธ์ใช้วิธีการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการบำบัด สถานที่ในการศึกษาบอกไว้อย่างชัดเจน 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน ระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างและมีการระบุเกณฑ์คัดออกที่ชัดเจน 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งใช้กันแพร่หลาย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	และมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพราะว่าเป็นแบบทดสอบที่ตอบสมบูรณ์จากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมครบโปรแกรมการบำบัด มีการประเมินผลอย่างครบถ้วนหลังการบำบัดตามที่ได้มีการกำหนดไว้ 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าการบำบัดสามารถทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งใน 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ หลังจากเสร็จกิจกรรมบำบัด คือ p=0.043 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนี้ได้ถูกสังเกตและบันทึกโดย Troublesome Behavior Scale (TBS) ปฏิกิริยาโดยตรงต่อผู้ดูแล ในช่วง 1 สัปดาห์หลังจากการเสร็จกิจกรรมบำบัดรักษา คือ p=0.004 **3.Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) แนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะนำไปใช้ ลักษณะผู้ป่วยในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดการระลึกความหลัง เป็นที่สนใจของกลุ่มสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยนักกิจกรรมบำบัด และมีการการวัดผลทางด้านการคงสภาพด้านการรู้คิด ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในหน่วยงาน บูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องได้ เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำกลุ่มการบำบัดการระลึกความหลังมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่ต้องให้การดูแลได้ ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งการบำบัดกลุ่มการระลึกความหลัง มีหลายรูปแบบ พยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	สามารถที่จะเลือกรูปแบบการบำบัดมาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีบุคลากรภายในหน่วยงานดำเนินการโดยประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภายนอกอื่น ๆในชุมชน ในการดำเนินการจัดหาสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก จัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อม หาแหล่งทรัพยากรเกื้อหนุน และสร้างรูปแบบที่ต่อเนื่องในการจัดกิจกรรม 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) การบำบัดกลุ่มการระลึกความหลัง โดยใช้โดยใช้กิจกรรมการประกอบอาหารซึ่งมีวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหารเป็นตัวกระตุ้น ใช้เวลาเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที อุปกรณ์หาได้ในชุมชน การบำบัดกลุ่มการระลึกความหลังโดยวิธีนี้ไม่ทำให้เกิดอันตราย เนื่องจาก คนที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำอาหารมาก่อนจะสามารถทำอาหารได้อย่างคล่องแคล่ว แต่คนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำอาหาร จะทำหน้าที่เป็นคนรับประทาน (people who will eat for us) กิจกรรมบำบัดก็จะดำเนินไปอย่างเรียบร้อย ไม่มีความผิดปกติในผลลัพธ์ที่สังเกตได้ตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา ซึ่งวัตถุดิบที่นำมาใช้หาได้ง่ายในชุมชน สถานที่ประกอบอาหารสามารถจัดทำได้ในอาคารเอนกประสงค์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1) การทำอาหารนั้นกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งช่วยส่งเสริมการระลึกความหลัง และเนื่องจากกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการเตรียมอาหารนั้นเป็นกิจกรรมที่ใช้ความทรงจำที่เป็นขั้นตอนที่กระทำประจำจนเป็นนิสัยในอดีต จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการระลึกความหลัง กระบวนการทำอาหารทำให้เกิดการทำงานเป็นกลุ่มสังคมและส่งผลทางด้านจิตใจ ได้แก่ มีความพึงพอใจกับความต้องการทางกายภาพ รับรู้ถึงเป้าหมายของตนเอง เข้าใจการเติบโต เพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พัฒนาความมั่นคงทางอารมณ์ และ เพิ่มการควบคุมตนเอง ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี 2) การบำบัดการระลึกความหลังเหมาะสมจะนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การบำบัดรักษาจะประกอบไปด้วย 9 กิจกรรมรวมทั้งการปฐมนิเทศด้วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ในวันเดียวกันและเวลาเดียวกันของแต่ละสัปดาห์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	3) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ในช่วงกิจกรรมการระลึกความหลังโดยใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหารเป็นตัวกระตุ้นความทรงจำในอดีต ทำให้เกิดการสื่อสารและแบ่งปัน ทุกอย่างเป็นไปอย่างราบรื่นและมีการพูดคุย ตามแต่ละ กิจกรรมที่มีการกำหนดไว้ 4) ควรมีการดำเนินการกระตุ้นการบำบัดโดยส่งเสริมให้มีการดำเนินกิจกรรม ที่บ้านของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน

Copyright by Mahidol University

เรื่องที่ 7 ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัย สุดารัตน์ ปุณโณฑก: (2011)

แหล่งที่พิมพ์ -

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ต่อความสามารถในการรู้คิด และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย อาศัยอยู่ในอำเภอพัฒนานิคม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 24 คน โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย โดยมีขั้นตอนการวินิจฉัย ดังต่อไปนี้ 2.1 ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มีค่าคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนต่ำกว่า 18 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และมีค่าคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนนในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และเพื่อให้ได้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแท้จริงที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนั้นจึงได้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าออก โดยผู้สูงอายุต้องมีระดับคะแนนความซึมเศร้าอยู่ในช่วงคะแนน 0 - 12 คะแนนซึ่งหมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	2.2 เมื่อได้ผลการคัดกรองดังกล่าวผู้วิจัยนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัย ตามหลักการวินิจฉัยใน DSM IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed) พิจารณาความรุนแรงของโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์อยู่ในระดับเล็กน้อย 3. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายได้ 4. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย **เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)** การวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนเสร็จสิ้นการดำเนินงานวิจัย ซึ่งในขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมจนเสร็จสิ้นโปรแกรมได้
Setting ของงานวิจัย	ที่บ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดลพบุรี
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของหลักฐาน	งานวิจัยนี้เป็นแบบ Quasi-Experimental Research แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Group) 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง สิ้นสุดการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์เมื่อจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานตามเกณฑ์ของ Melynk และ Fineout – Overholt (2005) อยู่ระดับที่ 3 คือ งานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. MMSE-Thai 2002 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทยของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Test-Retest Method ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 2. แบบวัดความผาสุกในชีวิตของเชอร์รี่ ทองเพ็ญ (2537) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	**วิธีปฏิบัติ** โปรแกรมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่ม ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล โดยโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ใช้กระบวนการระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วยการกระตุ้นด้วยคำถามเพื่อให้ ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ ประทับใจมาระลึกถึงและเกิดพฤติกรรมขณะระลึกถึงความหลังด้วยการพูดบอกเล่าเหตุการณ์ตามลำดับพัฒนาการของชีวิต ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจช่วย ให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อเรื่องที่ระลึกถึง และมีการปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อความทรงจำบางส่วน โดยให้ ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเป็นรายบุคคลที่บ้านสัปดาห์ละ2 ครั้ง ครั้งละ 30 - 60 นาที รวม 4 สัปดาห์ **ครั้งที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ และฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล และให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความประทับใจในวัยเด็ก (ช่วงอายุ 6-12 ปี) **ครั้งที่ 2** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในครั้งที่หนึ่ง และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความประทับใจในวัยเด็ก (ช่วงอายุ 6-12 ปี) **ครั้งที่ 3** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในครั้งที่หนึ่ง และสอง ให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยรุ่น (ช่วงอายุ 13- 20 ปี) **ครั้งที่ 4** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในสามครั้งก่อน และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) **ครั้งที่ 5** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในสี่ครั้งก่อน และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) **ครั้งที่ 6** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในห้าครั้งก่อน และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (ช่วงอายุ 41-60 ปี)

Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	**ครั้งที่ 7** ฝึกการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในหกครั้งก่อน และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยสูงอายุตอนต้น (ช่วงอายุ 60- 69 ปี) **ครั้งที่ 8** ฝึกการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลทบทวนเนื้อหาที่พูดคุยกันไปในเจ็ดครั้งก่อน และให้ผู้สูงอายุได้มีการย้อนระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับความประทับใจในวัยสูงอายุตอนปลาย (ช่วงอายุ 70 ขึ้นไป) ถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยสรุปและประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ความผาสุกในชีวิต และนัดหมายอีก 2สัปดาห์ เพื่อติดตามผล
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบำบัดการระลึกถึงความหลัง ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล มีค่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดการระลึกถึงความหลัง มีค่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบำบัดการระลึกถึงความหลัง ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล มีค่าคะแนนความผาสุกในชีวิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความความผาสุกในชีวิตในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง มีค่าคะแนนความผาสุกในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้	**1.Clinical Relevance** งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ การบำบัดการระลึกความหลัง (Reminiscence) และการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลช่วยป้องกันการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยในประเทศไทย **2.Scientific merit** เป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาประจำปี 2553 จากสภาการพยาบาล การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน คือ 2.1 ชื่อเรื่องแสดงถึงการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย คือการบำบัดรูปแบบกลุ่มในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน การออกแบบการวิจัยมีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยการบำบัดการระลึกความหลังและการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล กับกลุ่มควบคุม โดยวัดจากคะแนนก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที นัดติดตามซ้ำอีก 2 สัปดาห์ 2.2 วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระบุไว้อย่างชัดเจน ระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ระบุเกณฑ์คัดออกที่ชัดเจน 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเหมาะสมซึ่งใช้กันแพร่หลายและมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงภายในสูง การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสม การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเพราะว่าเป็นแบบทดสอบที่ตอบสมบูรณ์จากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมครบโปรแกรมการบำบัด 2.4 ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ และได้อภิปรายผลไว้อย่างชัดเจนของตัวแปรในการวิจัย พบว่าการบำบัดสามารถทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทางด้าน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ (ต่อ)	การรู้คิด และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม **3.Implement Potential** 3.1 การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) สามารถนำความรู้ที่ได้จาการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปคงไว้ซึ่งการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ด้วยวิธีการบำบัดการระลึกความหลัง ร่วมกับการรับรู้ตามความเป็นจริง แบบกลุ่มในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถนำกิจกรรมการบำบัดการระลึกความหลังเพื่อคงไว้ซึ่งการรู้คิดมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในชุมชนได้ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทอิสระในการนำรูปแบบการบำบัดดังกล่าวไปใช้ตามมาตรฐานวิชาชีพได้ และระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อนื่อง 4 สัปดาห์ สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 3.3 ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio) เมื่อนำการบำบัดการระลึกความหลังมาใช้กับผู้ป่วย บุคลากรจะต้องมุ่งมั่นทุ่มเท สละเวลา เพื่อไปดำเนินการบำบัดผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องถึง 8 ครั้ง แต่ผลลัพธ์ที่ได้มีความคุ้มค่ากับสิ่งที่ใช้ไป นอกจากนี้การบำบัดการระลึกความหลังยังไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำการบำบัดการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยรายบุคคลที่บ้าน เพื่อเพิ่มความสามารถในการรู้คิด และเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 2.การบำบัดระลึกความเหมาะสมจะนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่มีระดับเล็กน้อย และยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้ ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมระดับรุนแรง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright© by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. พยาบาลในชุมชน ควรผ่านการฝึกอบรมการบำบัดระลึกความหลัง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ยังคงพักอาศัยอยู่ที่บ้าน ดังนั้น หากได้รับการบำบัดในชุมชนอย่างต่อเนื่องจะทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย คงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางเกศณี สีรี
วัน/เดือน/ปีเกิด	9 กุมภาพันธ์ 2510 อายุ 47 ปี
สถานที่เกิด	สระบุรี, ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี, 2543 (หลักสูตรต่อเนื่อง) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 163/19 หมู่ 11 ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000 โทรศัพท์ (บ้าน) 034-517177 โทรศัพท์ (มือถือ) 087-1644431
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต 237 หมู่ 7 ถนนกาญจนบุรี – ทองผาภูมิ ตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี 71000 โทรศัพท์ 034-686027 ต่อ 15 E-Mail address: KASANEE99@hotmail.com

Copyright by Mahidol University