

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา

วันรับ : 27 สิงหาคม 2562

วันแก้ไข : 2 มีนาคม 2563

วันตอบรับ : 28 เมษายน 2563

อรชา ฉวาง, กศ.ม., ฉันทพร สุขประเสริฐ, พย.ม.,

มาลี หนานเจียง, วท.ม.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการ: วิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท จับสลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination Thai 2002; MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผล: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญา สามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ เมื่อได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นความจำ โดยประเมินได้จากคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองที่เพิ่มขึ้น จึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มความสามารถด้านความจำ

คำสำคัญ: ความบกพร่องพุทธิปัญญา จิตเภทสูงอายุ โปรแกรมส่งเสริมความจำ

ติดต่อผู้พิมพ์: อรชา ฉวาง; e-mail: orasacw@gmail.com

Original article

The effectiveness of memory training program on cognitive function of geriatric patients with schizophrenia

Received : 27 August 2019

Revised : 2 March 2020

Accepted : 28 April 2020

Orasa Chawang, M.Ed., Thanyaporn sukprasert, M.N.S.,

Malee Nanchaing, M.S.

Somdet Chaopraya institute of psychiatry

Abstract

Objective: To compare the mean MMSE score of geriatric patients with schizophrenia and cognitive impairment before and after receiving memory training program, and the mean MMSE score of the patients who received the training and those who received only conventional nursing care.

Methods: This was a quasi-experimental study conducted in inpatients aged over 60 who were diagnosed with schizophrenia at Somdet Chaopraya institute of psychiatry. Twenty four people were allotted using purposive sampling into experimental and control groups, with twelve people in each group. The experimental group received conventional nursing care with the addition of memory training program while the control group received only conventional nursing care. Cognitive level were measured using the Mini Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002). The data were analysed using percentage, mean, standard deviation and t-test.

Results: The mean MMSE score of the experimental group after receiving the memory training program was significantly higher than before the program and that of the control group ($p = .05$).

Conclusion: The geriatric schizophrenic patients with cognitive impairment could benefit from the memory training program. The result showed that the mean MMSE score after receiving the program was significantly higher than before the program. Hence the memory training program should be used in conventional nursing care.

Keywords: cognitive impairment, geriatric schizophrenic patients, memory training program

Corresponding author: Orasa Chawang; e-mail: orasacw@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย จากข้อมูล หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาเข้ารับบริการทั้งสิ้น 431,901 คน 388,779 คน และ 354,695 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 644.90, 604.95 และ 547.49 ต่อแสนประชากร และในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท 1 คนต่อประชากร 1 หมื่นคนหรือปีละประมาณ 6,000 คน¹ อาการของโรคจิตเภท แสดงออกถึงความผิดปกติของกระบวนการคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก² คืออาการด้านบวก เป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิด และประสาทสัมผัส ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของพฤติกรรม อาการด้านลบ ได้แก่ เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ภาวะไม่ยินดียินร้าย ไม่เข้าสังคม อาจจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค³ ซึ่งจะทำให้เป็นปัญหาต่อตนเอง เช่น การใช้ชีวิต การเรียนรู้ สภาวะสมองที่เสื่อมลง และเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment) การเข้าสังคม รวมถึงการดูแลตัวเองของผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นแย่งลง และเกิดภาวะแก่ผู้ดูแล⁴ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องพุทธิปัญญาในด้านต่างๆ ได้แก่ ความจำ ความสนใจ การบริหารจัดการ (executive functions) และ working memory⁵ และผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความผิดปกติของพุทธิปัญญามากถึงร้อยละ 73.0 ถึง 100.0⁶ และจากการที่โรคจิตเภท มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว จึงส่งผลต่อความบกพร่องพุทธิปัญญาที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวและสังคม แม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตเวชดีขึ้นแล้วก็ตาม

ผู้ป่วยจิตเภทนอกจากมีความบกพร่องพุทธิปัญญาจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความบกพร่องพุทธิปัญญาจะเพิ่มมากขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของ

สมองโดยรวมตามวัย รวมทั้งอาจมีสาเหตุจากโรคหรือภาวะต่างๆ ที่เกิดร่วมด้วย⁷ ผลการสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาระดับชาติ ปี 2551⁸ พบว่าความบกพร่องทางพุทธิปัญญามีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ซึ่งภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาหรือภาวะสมองเสื่อม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ความบกพร่องสำคัญที่พบได้แก่ ความบกพร่อง ด้านความจำ ความสนใจ และการบริหารจัดการ ผลกระทบจากภาวะบกพร่องพุทธิปัญญา จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม ความจำบกพร่องและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bozikas⁹ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่องจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ การพักผ่อน ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ ข้อมูลจากงานสถิติเวชระเบียนที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 คือ 6372, 6591, 7039 ราย ในผู้ป่วยนอก และ 141, 158, 170 ราย ในผู้ป่วยใน ตามลำดับ และเมื่อสำรวจปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์พยาบาลด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องพุทธิปัญญา ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะทางสังคม ความจำสัมพันธภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการรับรู้เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ไม่ถูกต้องตามจริง รองลงมาคือ มีอาการหลงลืมสิ่งของและบุคคลที่ให้การพยาบาลในช่วงระหว่างวัน และความสามารถในการดูแลตัวเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การใช้ห้องน้ำไม่ถูกต้อง การเคลื่อนไหวช้าลง ต้องมีคนคอยให้การช่วยเหลือ รวมทั้งปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น การแยกตัวเอง ไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น สีหน้าเรียบเฉย ดังนั้นภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาจึงควรได้รับการป้องกันตั้งแต่ก่อนเริ่มมีอาการ หรือถ้าพบว่ามีอาการตั้งแต่เล็กน้อยหรือปานกลางควรได้รับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อชะลอความรุนแรงของภาวะบกพร่องพุทธิปัญญาหรือการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การใช้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางจิตสังคมบำบัดเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพในด้านการใช้ยารักษาภาวะบกพร่องพุทธิปัญญา มีรายงานว่าปัจจุบันยังไม่พบตัวยาใดที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงในการซ่อมแซมปรับปรุงปัญหาด้านความคิดหรือพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่น รายงานผลการรักษาของ Harvey และ Keefe¹⁰ ที่พบว่ายาต้านโรคจิตไม่ได้ช่วยแก้ไขด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญสำหรับวิธีการทางจิตสังคมบำบัด มีผลการศึกษาพบว่าการศึกษาฝึกด้านพุทธิปัญญามีผลต่อการพัฒนาหน้าที่ของสมองที่สัมพันธ์กับจิตวิทยาในระดับบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทได้โดยเฉพาะเรื่องของสมาธิ ความจำ การเรียนรู้ และการปฏิบัติหน้าที่ขั้นสูง¹¹ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Tomás และคณะ¹² ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกด้านพุทธิปัญญาสามารถแก้ปัญหาความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และผลการศึกษาของ Kurtz¹³ ที่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพุทธิปัญญาผู้ป่วยจิตเภทในด้าน working memory, verbal memory และการบริหารจัดการ การศึกษาของเยาวลักษ์ณ์ โอรสานนท์ และจุฬารัตน์ วิระษรัตน์¹⁴ ได้พัฒนาและประเมินผลโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพศหญิงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไปพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกความจำ มีคะแนนความจำเฉลี่ยภายหลังการฝึกความจำสูงกว่าก่อนการฝึกความจำอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษาก็เกี่ยวกับการฝึกด้านพุทธิปัญญานั้นพบว่าช่วยกระตุ้นความสามารถของสมองแต่ละด้านแยกกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละ การศึกษาและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลายงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญาในด้านความจำสอดคล้องกับปัญหาที่พบจากการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาฝึกด้านพุทธิปัญญา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตรงตามปัญหาและความต้องการการพยาบาล

จากความสำคัญของการฝึกด้านพุทธิปัญญาใน

ผู้ป่วยที่มีปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการนำโปรแกรมส่งเสริมความจำมาบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญา ซึ่งเป็นการดูแลทางจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา โดยศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความจำจากโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (memory training program for dementia with behavioral and psychological symptoms of dementia) ของอรษา ฉวาง¹⁵ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและฟื้นฟูพุทธิปัญญาให้ดีขึ้นหรือช่วยชะลอความเสื่อมของพุทธิปัญญา ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งทำให้มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 24 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือเป็นผู้ป่วยในระยะเรื้อรังบำบัด หรือบำบัดระยะยาว มีแนวโน้มของความบกพร่องพุทธิปัญญาก่อนเข้าร่วมการศึกษาทดลองโดยมีคะแนนผลการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาลที่ให้การดูแล ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pair) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความจำซึ่งผู้วิจัยศึกษาและพัฒนาจากโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อม ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (memory training program for dementia with BPSD) ของอรษา ฉวาง¹⁵ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการฝึกด้านพุทธิปัญญาของสถาบันประสาทวิทยา¹⁶ และจัดทำตามกระบวนการจัดการความรู้ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและกระตุ้นการรับรู้ตามจริง

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้และความจำด้วยการระลึกความหลังระดับง่าย

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก ด้วยเสียงเพลง กลิ่นน้ำมันหอมระเหย และการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้และความจำด้วยเรื่องราวในอดีต ระลึกถึงชีวประวัติ หรือประวัติในอดีต

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้และความจำเกี่ยวกับประสาทสัมผัส การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น ใช้หลักของประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย (สัมผัส)

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมส่งเสริมการฝึกเรียงลำดับเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ การจำได้ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียงลำดับเหตุการณ์

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการฝึกด้านพุทธิปัญญา โดยการ ฝึกทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในด้านต่างๆ ด้วยกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับส่งเสริมทักษะด้านพุทธิปัญญาโดยตรงสามารถช่วยส่งเสริมด้านพุทธิปัญญาในผู้ป่วยสูงอายุได้¹⁶ โดยเฉพาะการใช้กิจกรรมส่งเสริมความจำ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษากิจกรรมส่งเสริมความจำที่มีประสิทธิผลต่อพุทธิปัญญาในด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว การจำข้อมูลใหม่ สมาธิ และการคำนวณ การระลึกข้อมูล ภาษา การลอกเลียน และการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุง

แก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 6 คน เพื่อหาข้อบกพร่อง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท สถานภาพสมรส โรคร่วมทางกาย และผู้ดูแลหลัก 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version 2002: MMSE-Thai 2002) พัฒนาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Folstein MF และคณะ¹⁷ โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย¹⁶ ทดสอบแล้วมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6 โดยแบบสอบถามมี 11 หัวข้อ มีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือระดับประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ ที่เรียนหนังสือสูงกว่าระดับประถมศึกษา ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน สำหรับข้อคำถามในการทดสอบประกอบด้วย 1) orientation for time (5 คะแนน) 2) orientation for place (5 คะแนน) 3) registration (3 คะแนน) 4) attention/calculation (5 คะแนน) 5) recall (3 คะแนน) 6) naming (2 คะแนน) 7) repetition (1 คะแนน) 8) verbal command (3 คะแนน) 9) written command (1 คะแนน) 10) writing (1 คะแนน) และ 11) visuoconstruction (1 คะแนน)

การทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือ ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และทดสอบสภาพสมองก่อนการทดลอง เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 5 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (หลักสูตร 3 วัน) ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ประเมินความบกพร่องพุทธิปัญญาของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ประเมินความบกพร่องพุทธิปัญญาของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการทดลอง ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะดำเนินการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำ จัดกิจกรรมที่ให้ผู้ช่วยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 6 คน ทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 12 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำทุกครั้ง โดยมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนำกลุ่ม

ระยะประเมินผลการทดลอง หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบสภาพสมองหลังการทดลอง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบคะแนน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองเป็นผู้หญิงร้อยละ 75.0 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 58.3 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.4 สถานภาพแต่งงานร้อยละ 50.0 ไม่มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 58.3 และมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 58.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 83.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 58.3 มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 58.3 และมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 58.4 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ผลการทดสอบสภาพสมองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความบกพร่องพุทธิปัญญาเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความจำมีคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมรวมทั้งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ประเมินจากการสังเกตระหว่างร่วมกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมรวมทั้งจากบันทึกทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีสมาธิมากขึ้นตามลำดับ สนใจกลุ่มมากขึ้น ให้ความร่วมมือในกลุ่มมากขึ้น ตอบคำถามได้ตรงประเด็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและบุคลากรดีขึ้น บ่งบอกถึงผู้ป่วยมีการรับรู้ เรียนรู้และเกิดการพัฒนาทางความคิดและพฤติกรรม แสดงว่าความบกพร่องพุทธิปัญญาในผู้ป่วย จิตเภทสามารถให้การฟื้นฟูได้เมื่อผู้ป่วยมี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE		t	df	P - value
	ก่อนการทดลอง (SD)	หลังการทดลอง (SD)			
ประถมศึกษา	15.29 ± 2.63	23.14 ± 3.24	17.110	6	< .001*
สูงกว่าประถมศึกษา	21.40 ± 0.89	26.40 ± 1.52	11.180	4	< .001*

* SD แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* P-value < .05

* df แทน ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ยคะแนน MMSE	t	df	P - value
ประถมศึกษา				
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	15.86 ± 1.35	0.588	6	.578
กลุ่มทดลอง	15.29 ± 2.63			
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	16.57 ± 1.72	4.831	6	.003*
กลุ่มทดลอง	23.14 ± 3.24			
สูงกว่าประถมศึกษา				
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	21.60 ± 0.55	0.535	4	.621
กลุ่มทดลอง	21.40 ± 0.89			
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	21.80 ± 0.45	6.782	4	.002*
กลุ่มทดลอง	26.40 ± 1.52			

* SD แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* P-value < .05

* df แทน ค่าชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

อาการทางจิตสงบ มีความพร้อมในการเข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งการพยาบาลด้วยกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความจำทั้ง 6 กิจกรรม เป็นการบำบัดทางจิตสังกรมรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมการรับรู้และกระตุ้นความจำ ตามแนวคิดการฝึกด้านพุทธิปัญญา¹⁸ โดยกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ตามจริงที่ดำเนินการทุกครั้งก่อนเข้าสู่กิจกรรมหลัก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อย่างต่อเนื่อง และจำได้สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ถูกต้องมากขึ้นตามลำดับ สำหรับการพัฒนามาความสามารถในการจำจากกิจกรรมการระลึกความหลังระดับง่าย เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก พบว่าการใช้กลิ่นจากดอกไม้ไทยเสริมกลิ่นที่เตรียมไว้ตามโปรแกรม เพลงเก่าๆ เช่น สุนทรภรณ์ และการออกกำลังกายพร้อมเสียงเพลงดังดอกไม้บาน เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและคิดย้อนถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องได้มากและช่วยกันให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความพึงพอใจกับการได้เคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะ ส่วนกิจกรรมการเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการจำผ่านเรื่องราวในอดีตตามแนวคิด reminiscence พบว่าการใช้ภาพสถานที่ท่องเที่ยวในประเทศไทย และภาพประเพณีวัฒนธรรมไทย ช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงเรื่องราวที่ตนเองและครอบครัวเคยเกี่ยวข้องสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้มากขึ้น ในด้านการเพิ่มการรับรู้และความจำจากกิจกรรมเกี่ยวกับประสาทสัมผัส ประกอบด้วย การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะการเรียงลำดับเหตุการณ์ พบว่าการเรียนรู้และฝึกฝนดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ คิดทบทวนเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมเกิดการรับรู้และจำได้ การเป็นสมาชิกในกระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทัศนคติร่วมกัน เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ได้ฝึกทักษะทางสังคม นำไปสู่การพัฒนาทางความคิด การรับรู้ และความจำ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและผลการศึกษาในหลายงานวิจัย ได้แก่ Green¹⁸ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกด้านพุทธิปัญญา

สามารถแก้ปัญหาความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทได้และ Baines⁵ ได้พบว่าการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมีการรู้คิดดีขึ้นและพฤติกรรมที่ผิดปกติลดลง และตั้งรายงานของ Fukui & Toyoshima¹⁹ ว่าการฟังเพลงสามารถเพิ่มความจำได้โดยเสียงเพลงช่วยให้มีการเจริญของเซลล์ประสาท มีการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ขึ้นมาแทนส่วนที่ถูกทำลาย เกิดการปรับการหลั่งฮอร์โมนสเตอรอยด์ ได้แก่ คอร์ติซอล เทสโตสเตอโรน และเอสโตรเจน ให้เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปรับตัวของโครงสร้างสมอง และรูปร่างของ หงส์ตวรรกิจ²⁰ พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสามารถช่วยกระตุ้นระบบประสาท และเพิ่มความจำ เช่น น้ำมันโรสแมรี่ น้ำมันเปปเปอร์มินท์ และพบว่าการออกกำลังกายเป็นกลไกการเพิ่มสมรรถนะของสมอง ที่เป็นผลจากการที่มีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมากขึ้น²⁰ รวมทั้ง Lawrence²¹ ที่พบว่าการฝึกสมองตามแนวคิดนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ประกอบด้วย การมองเห็น การสัมผัส การรับรส และการดมกลิ่น สามารถเพิ่มความจำได้มากขึ้น

สรุป

การใช้โปรแกรมส่งเสริมความจำ สามารถเพิ่มคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาความบกพร่องพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ สำหรับข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่รับการรักษาในสถาบันให้เข้าถึงการบำบัดทางพุทธิปัญญา ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีนโยบายนำโปรแกรมมาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาลร่วมกับการให้การดูแลตามปกติ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมั่นใจ สำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปควรมีการติดตามความบกพร่องพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระยะยาวทุก 1 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของพุทธิปัญญาตลอดจนเป็นการประเมินการใช้โปรแกรมด้วย

ความรู้เดิม: ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุพบว่ามีความบกพร่องของพุทธิปัญญาซึ่งสามารถให้การบำบัดฟื้นฟู เพื่อชะลอความรุนแรงได้

ความรู้ใหม่: โปรแกรมส่งเสริมความจำสามารถช่วยกระตุ้นความจำเพิ่มคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่บกพร่องพุทธิปัญญาได้

ประโยชน์ที่นำไปใช้: นำโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมความจำมาจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ร่วมกับการพยาบาลปกติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปี 2557 [Annual report 2014, Department of Mental Health]. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต; 2558.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี [Ramathibodi essential psychiatry]. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- Benjamin JS, Virginia AS, Pedro R. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol X: Lippincott Williams & Wilkins. USA: Philadelphia; 2000.
- Mosiłek A, Gierus J, Koweszek T, Szulc A. Cognitive impairment in schizophrenia across age groups: a case-control study. BMC Psychiatry. 2016;16:37. doi:10.1186/s12888-016-0749-1.5.
- Baines ES, Oglesby FM. The elderly as caregivers of the elderly. Holistic Nursing Practice. 1992;7:61-9.
- Velligan DI, Bow-Thomas CC. Executive function in schizophrenia. Semin Clin Neuropsychiatry. 1999;4:24-33.
- พัชญ์พิไล ไชยวงศ์, เพื่อนใจ รัตตากร, พิรยา มั่นเขตวิทย์. ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม [Effects of cognitive training program on cognitive abilities and quality of life in elderly with suspected dementia]. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2558;48:182-91.
- บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2551 [The survey of cognitive impairment in elderly Thai people: national survey 2008]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2553;18:1-13.
- Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. Compr Psychiatry. 2006;47:136-43. doi:10.1016/j.comppsy.2005.05.002.
- Harvey PD, Keefe RS. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. Am J Psychiatry. 2001;158: 176-84. doi:10.1176/appi.ajp.158.2.176.
- วรพงษ์ เขียวอุกฤษฏ์, พรรณี อินทสะอาด, สุนารี ทิพดำรงกุล, นารีรัตน์ ทองอินดี. Healing environment for BPSD. บทคัดย่อผลงานพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2554.
- Tomás P, Fuentes I, Roder V, Ruiz JC. Cognitive rehabilitation program in schizophrenia: current status and perspectives. International journal of psychology and psychological therapy. 2010;10: 191-204.
- Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient. Schizophr Res. 2007;89:251-60. doi:10.1016/j.schres.2006.09.001.

14. เยาวลักษณ์ โอโรสานนท์, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์. โปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [Memory training program for chronic schizophrenia]. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2554;12:1-8.
15. อรษา ฉวาง. การพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มกระตุ้นความจำสำหรับผู้ป่วยในโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต [The development of group activities to stimulate memory program in dementia with BPSD]. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 2555;6(2);44-58.
16. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม [Clinical practice guideline for dementia]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์; 2551.
17. Folstein MF, Folstein SE, Fanjiang G. Mini-Mental State Examination: Clinical guide. Lutz FL: Psychological Assessment Resources; 2001.
18. Green MF, Bearden CE, Cannon TD, Fiske AP, Helleman GS, Horan WP, et al. Social cognition in schizophrenia, Part 1: performance across phase of illness. *Schizophr Bull.* 2012;38:854-64. doi:10.1093/schbul/sbq171.
19. Fukui H, Toyoshima K. Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. *Medical Hypotheses.* 2008;71;765-9. doi:10.1016/j.mehy.2008.06.019.
20. ฐาปนีย์ หงส์รัตนวารกิจ. น้ำมันหอมระเหยและการใช้ในสูคนธบำบัด [Essential oil in Aromatherapy]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก; 2550.
21. Lawrence CK. Neurobics is a unique new system of brain exercises. USA: Howard Hughes Medical Institute; 2010.