

## แนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง:

## การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

## The concept of reminiscence therapy:

## Nursing implication for older persons with dementia

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2560

Volume 40 No.4 (October-December) 2017

ขวัญประภัส จันทรบุลาวัชร พย.ม.\* ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ พย.ม.\* ไพรวลัย โภตรตะ พย.ม.\*

ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา พย.ม.\* นกาดล สิทพันธ์ุ สค.ม.\*\*

Khwanprapat Chanbunlawat M.N.S.\* Yuttachai Chaiyasit M.N.S.\* Paiwan Kotta M.N.S.\*

Patcharaporn Wongarsa M.N.S.\* Napadol Seehapun MSW.\*\*

### บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังเป็นการบำบัดด้านจิตสังคมที่พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งนี้หลักฐานเชิงวิชาการสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกต่อการทำหน้าที่ของสมอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

**คำสำคัญ :** การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

### Abstract

Dementia is a crucial problem in older persons. It has affected on physical, psychosocial, and spiritual dimension. Reminiscence therapy is a psychosocial therapy that can assist nurses to implement for nursing practice. Recent studies have showed the positive outcomes of reminiscence therapy on cognitive function, reduce stress, prevent behavior problems and promote quality of life and spiritual well-being.

**keywords:** reminiscence therapy, older persons, dementia

### บทนำ

การที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพที่ดีของประชาชนในศตวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั่วโลกมีประมาณ 46.80 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าในปี ค.ศ. 2050<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 800,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คน ในปี 2573<sup>2</sup> ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอีก 2-3 ทศวรรษหน้า

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองนำมาซึ่งความบกพร่องด้านสติปัญญา ความคิด ความจำ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ โดยมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อม

\*Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*Dean, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

และผู้ดูแล ทั้งนี้ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ การทำหน้าที่ของสมองลดลง ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง ส่วนปัญหาของผู้ดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางกาย ภาวะเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง<sup>3-9</sup> ดังนั้น ภาวะสมองเสื่อมจึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบัน เป็นเพียงการชะลอการดำเนินของโรค ซึ่งมีทั้งการรักษา โดยการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาของ สาทิตา แรกค่านวน และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย<sup>4</sup> พบว่า การลดภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรมุ่งเน้นในการรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย โดยการรักษาด้วยยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปรับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยเตือนความจำและการป้องกันอันตราย เพื่อจะได้ลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลนั่นเอง

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลรักษา โดยไม่ใช้ยานั้น วิธีการหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมคือ การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง (reminiscence therapy) นอกจากจะช่วยกระตุ้นความคิดความจำแล้วยังสามารถปรับอารมณ์และพฤติกรรม ลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิต และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ<sup>5-9</sup> โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่า สามารถชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงได้<sup>5,9</sup>

การที่พยาบาลจะนำแนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำเป็นต้องทราบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แนวคิดการบำบัดด้วยการ

รำลึกความหลัง และการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีความจำเสื่อมเป็นอาการเด่น ความผิดปกติของการคิดเชิงนามธรรม และการตัดสินใจ<sup>10,11</sup> โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมี 2 ปัจจัย<sup>10,12</sup> ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ 65 ปี ขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ความผิดปกติของยีน เช่น กลุ่มอาการดาวนซินโดรม เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ หลอดเลือดสมองแข็ง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดวิตามินซีและอี ได้รับอุบัติเหตุที่สมอง เป็นต้น ทั้งนี้ การเกิดภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็น 2 กลไก ดังนี้<sup>10,13</sup>

1. ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (dementia of alzheimer type) เกิดจากระดับเอนไซม์โคลีนอะเซทิลทรานสเฟอเรส (choline acetyltransferase) ที่ช่วยสังเคราะห์อะเซทิลโคลีน (acetylcholine; Ach) อันเกี่ยวข้องกับกระบวนการเก็บความจำลดลง ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่สำคัญ ได้แก่ สมองฝ่อ (brain atrophy) บริเวณสมองกลีบขมับ (temporal), สมองกลีบข้าง (parietal), สมองกลีบหน้า (frontal area) มีการกระจายตัวของแผ่นนิวโรติกพลาคว (neurotic plaque) และ นิวโรไฟบริลลารีแทงเกิล (neurofibrillary tangle) ของสมองส่วนคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ลักษณะความเสื่อมของสมองเป็นแบบถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) สาเหตุเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง (cerebral thrombosis or cerebral embolism) และการแตกของหลอดเลือดสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะดังกล่าวทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่บางส่วนหรือทั้งหมด ภาวะสมองเสื่อมชนิดนี้สามารถรักษาได้สำหรับการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม นั้น มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปมี 4 ระยะ ดังนี้<sup>14</sup>

1. ระยะก่อนสมองเสื่อมหรือมีความพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (mild cognitive impairment) เป็นระยะที่หลงลืมเล็กน้อย ยังสามารถจดจำเหตุการณ์ได้ เริ่มสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเล็กน้อย แต่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2. ระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย (mild dementia) (1-4 ปี) เป็นระยะที่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ เช่น ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ คิดคำนวณลำบาก ไม่สามารถวางแผนกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ เช่น การวางแผนด้านการเงิน ลืมเรื่องราวของตนเอง แยกตัว เป็นต้น

3. ระยะสมองเสื่อมปานกลาง (moderate dementia) (2-10 ปี) เป็นระยะที่มีความผิดปกติด้านความคิดและความจำมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สับสนเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ทำกิจกรรมช้าๆ ในช่วงกลางคืน คำนวณหรือนับเลขง่าย ๆ ไม่ได้ กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เดินหลงทาง เป็นต้น

4. ระยะสมองเสื่อมรุนแรงหรือระยะท้าย (severe or advance dementia) (3-12 ปี) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีปัญหาการกลืน การสื่อสาร การสนทนากับบุคคลอื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ติดเตียง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยทั่วไปการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมระยะแรกจนถึงระยะท้ายใช้เวลา

2-20 ปี เฉลี่ย 10 ปี

จะเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ก่อให้เกิดผลกระทบแบบซับซ้อนและเรื้อรังต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลดังนี้

### 1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรค กล่าวคือ ระยะแรก อาจมีอาการหลงลืมเพียงเล็กน้อย เช่น ลืมรับประทานยา ส่วนระยะกลาง จะมีอาการหลงลืมมากขึ้น กลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาการกลืนส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำและสารอาหาร ส่วนระยะท้ายนั้น อาการจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ติดเตียง พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อในร่างกาย ทำให้เสียชีวิตได้ง่าย<sup>4-5,12-15</sup>

1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการสูญเสียความทรงจำ มีภาวะซึมเศร้า<sup>16,17</sup> มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด ฉุนเฉียว ก้าวร้าว อีกทั้งยังพบอาการหลงผิด ประสาทหลอนซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการแยกตัวจากสังคมเพราะมีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถพูดหรือบอกในสิ่งที่จะพูดได้ (aphasia) รวมทั้งไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสาร นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะกลางและระยะท้ายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว<sup>4-5,12-15</sup>

1.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ การสูญเสียความทรงจำก่อให้เกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological and spiritual distress) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นภาระของครอบครัว

ทำให้เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง ดำเนินชีวิตแบบขาดเป้าหมายและความหมายในชีวิต โดยเฉพาะในระยะกลางและระยะท้ายของโรคที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย และภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามต่อชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณตามมา<sup>18-22</sup>

## 2. ผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว

### 2.1 ผลกระทบด้านร่างกายปัญหาสุขภาพ

ทางกายของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระยะกลางและระยะท้าย ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยตามร่างกายจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธี และมีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น<sup>4-5,12-15,23</sup>

### 2.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้ดูแล

มีความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดความตึงเครียดด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ใจ และมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้เวลาส่วนตัวลดน้อยลง ทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อมาให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ขาดรายได้จากการว่างงาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว<sup>4-5,12-15,23</sup>

### 2.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณจิตวิญญาณ

เปรียบเสมือนชุมพลั้งอันกล้าแกร่งที่ช่วยให้บุคคลขับเคลื่อนผ่านสถานการณ์และภาวะกดดันของชีวิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นทั้งทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง เหนื่อยหน่าย และทนทุกข์กับการดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล สิ่งนี้สามารถนำไปสู่ภาวะหมดพลังหรือพลังอำนาจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณตามมาได้<sup>5,8</sup>

ดังนั้นการประเมินภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้วางแผนให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

ซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ดังนี้<sup>11,13</sup>

1. การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง อาการของโรค การดำเนินโรค เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความผิดปกติทั่วไปของร่างกาย อาการและอาการแสดงที่ปรากฏ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (Mini-Mental State Examination; MMSE) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living; ADL) หรือดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula Activity Daily Living Index; CAI)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา เพื่อระบุสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น การขาดวิตามินบี 12 การติดเชื้อ หรือความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และการตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography scan; CT scan) การตรวจเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging; MRI) และการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพเสมือนเพตสแกน (Positron Emission Tomography scan; PET scan)

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้<sup>11,13</sup>

1. การรักษาด้วยยากลุ่มยับยั้งการทำลายสารสื่อประสาท (cholinesterase inhibitor) เช่น โดเนเพซิล (donepezil) ริวาสติกมีน (rivastigmine) กาแลนทามีน (galantamine) เมแมนทีน (memantine) ทั้งนี้อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การรักษาที่เน้นความคิด/สติปัญญา (cognition-oriented) เช่น

การอ่านหนังสือพิมพ์ ดูรายการทีวี หลับตาทายสิ่งของ ฝึกจำหน้าคน การวาดภาพ การเดินรำ การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) เช่น การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง การทำจิตบำบัดระดับประคอง การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) เช่น เกม งานฝีมือ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การบันทึกประจำวัน การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) เช่น การชื่นชม การให้รางวัล การเบี่ยงเบนความสนใจ และการรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคอง การทำกลุ่มศึกษา การให้กำลังใจ เป็นต้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ผลดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม<sup>11</sup> การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งนี้เพราะการบำบัดด้วยวิธีการนี้ช่วยฟื้นฟูความจำ ทำให้ความจำดีขึ้น ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยปรับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย<sup>11</sup> การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังจึงเป็นอีกทางเลือกที่พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### แนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง

การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson) ที่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “ความมั่นคงของสภาพจิตในบุคคล (ego integrity)” โดยบุคคลจะมองชีวิตตนเองว่ามีความสำคัญและมีความหมาย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกถึงความมีคุณค่าแห่งตน พึงพอใจในชีวิต ยอมรับตนเอง และมีความพร้อมสำหรับความตาย หากไม่สามารถพัฒนาความมั่นคงของสภาพจิตได้จะนำไปสู่ความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้า หรือเจ็บป่วยทางจิตตามมา การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง

จำแนกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้<sup>18,19</sup>

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนที่มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม ขั้นตอนนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะเลือกเหตุการณ์ในอดีต โดยการเปิดความทรงจำผ่านการกระตุ้นประสาทสัมผัสและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีต

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกลุ่มความทรงจำหรือเหตุการณ์ในอดีต ระยะนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีการจัดกลุ่มความทรงจำหรือเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งอาจใช้สิ่งช่วยเตือนความจำ เช่น ภาพถ่าย เสียงเพลง เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้าถึงหรือสัมผัสความรู้สึกต่อเหตุการณ์ ประสบการณ์ที่ประทับใจหรือความสำเร็จในอดีตในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่

ขั้นตอนที่ 3 การถอนจากประสบการณ์ในอดีต เป็นระยะที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ถอนความทรงจำจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ ระยะนี้พยาบาลจะเป็นคนนำผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้าสู่เหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยการพูดคุยอภิปรายร่วมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 4 ระยะสิ้นสุด เป็นระยะที่พยาบาลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีการพูดคุย อภิปราย สรุปเหตุการณ์ ความรู้สึก อารมณ์ และประโยชน์ที่ได้รับร่วมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังแบบรายบุคคลนั้น ใช้เวลาประมาณ 6-12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังแบบรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 5-10 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 4-16 สัปดาห์<sup>5-9, 20-22</sup> โดยการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมดังนี้

1. เพิ่มสมรรถนะการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิด (cognitive function) การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังจะทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์สมองแบบ

ซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความทรงจำลักษณะแบบซ้ำ ส่งผลต่อความคิด ความจำ และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ<sup>4-5, 20</sup> การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังจึงช่วยให้สมรรถนะการทำหน้าที่สมองด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีขึ้น<sup>9, 21</sup>

2. ลดภาวะซึมเศร้า (depression) การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าใจอัตมโนทัศน์ มองเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิต เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง พึงพอใจและมีความสุขในชีวิต จึงสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี<sup>9, 21</sup>

3. ลดความผิดปกติด้านพฤติกรรม (behavior problems) พฤติกรรมปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่นอน หลงลืม จำเหตุการณ์ไม่ได้ พูดซ้ำเรื่องเดิม ปัญหาในการรับประทานอาหาร ปัสสาวะอุจจาระราดที่นอน เป็นต้น ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม<sup>7</sup> การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังส่งผลให้ความผิดปกติด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดังกล่าวลดลง<sup>21</sup>

4. เพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังทำให้การทำหน้าที่ของสมองของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีขึ้น โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงความรู้สึกมั่นคงทางด้านสภาพจิต ส่งผลต่อความรู้สึกผาสุก สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>21, 22</sup>

5. เพิ่มความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่สูญเสียความทรงจำ จะไม่สามารถคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกสูญเสียความมั่นคงทางจิต รู้สึกเป็นภาระ ขาดความภาคภูมิใจแห่งตน ขาดเป้าหมายและความหมายในการดำเนินชีวิต นำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมปรับอัตมโนทัศน์ตนเอง ช่วยเพิ่มความ

มั่นคงทางสภาพจิต เพิ่มปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ช่วยจัดการกับปัญหาหรือภาวะวิกฤติของชีวิต และช่วยให้เผชิญความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างกล้าหาญ<sup>5, 8</sup>

## การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล

เพื่อความเข้าใจในการนำแนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล ผู้เขียนขอแนะนำเสนอกรณีศึกษาคุณตาทอง (นามสมมุติ) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมวัย 84 ปี อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาวคนเล็ก บุตรชาย และหลานชายอีก 2 คน คุณตาทอง ลื่นหกล้มขณะ บวชได้ 13 พรรษา (อายุ 56 ปี) ศีรษะกระแทกพื้น สลบจำไม่ได้ว่านานเท่าใด คุณตาทองถูกส่งตัวไปเพื่อทำการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง แพทย์สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง จึงรับตัวไว้เพื่อทำการรักษา โดยรักษาตามอาการ ไม่ได้ผ่าตัด และทำกายภาพบำบัด ประมาณ 1 เดือน อาการทั่วไปดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ คุณตาทองลี้กจากการบวชเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน คุณตาทองมีอาการหลงลืมประมาณ 10 ปี และรุนแรงมากขึ้น 2-3 ปีที่ผ่านมา โดยจดจำได้เฉพาะภรรยาและบุตรสาวคนเล็ก ปัสสาวะ อุจจาระราดทางแกง รับประทานอาหารบ่อยครั้ง เพราะจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว คุณตาทองเคยวางแผนยาสูบทิ้งไว้ทำให้ไฟไหม้ที่นอน ภรรยาและบุตรสาวมาพบจึงช่วยกันดับไฟได้ทัน ทั้งนี้มีพฤติกรรมเดินหลงร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 45 นาที) ผู้เขียนสร้างสัมพันธ์ภาพกับคุณตาทองโดยการแนะนำตัว ประเมินสภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ประโยชน์ของการบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง ให้คุณตาทองและภรรยาฟัง จากการคัดกรองเบื้องต้น พบว่า คุณตาทองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ คะแนน Barthel ADL 17/20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย ส่วนการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง

(MMSE) เท่ากับ 14/30 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment) เมื่อวิเคราะห์อาการและอาการแสดง รวมถึงระยะเวลาที่เป็น คุณตาทองอาจมีภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการบำบัดครั้งนี้เพื่อกระตุ้น และส่งเสริมความจำรวมทั้งชะลอภาวะสมองเสื่อม ขั้นตอนนี้ผู้เขียนได้กระตุ้นความจำ โดยให้คุณตาทองทบทวนเกี่ยวกับประวัติตนเอง สังเกตอารมณ์ พฤติกรรม และทำที่ที่แสดงออก พบว่า คุณตาทองสามารถแนะนำตัวได้ถูกต้อง บอกชื่อคนในครอบครัวได้ถูกต้องแต่ไม่ครบทุกคน สีน้หน้าทำทางยิ้มแยมแจ่มใส ตอบคำถามได้ถูกต้อง และพูดคุยสับสนเป็นบางครั้ง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกลุ่มความทรงจำหรือเหตุการณ์ในอดีต (ครั้งที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ครั้งละ 45-60 นาที) ผู้เขียนกระตุ้นความคิดคุณตาทอง เพื่อให้ย้อนกลับไปสู่เหตุการณ์ในอดีต โดยการพูดคุยด้วยคำถามปลายเปิดตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับให้ดูภาพถ่ายคนในครอบครัว ภาพถ่ายวัด ภาพถ่ายวันสงกรานต์ วันสารท (ทำบุญข้าวสาก) เป็นต้น ตัวอย่างเช่น

ผู้เขียน : “คุณตาทองครับ ช่วยเล่าเรื่องราวของคุณตา ให้ผมฟังได้ไหมครับ”

คุณตาทอง : “ตาเกิดและโตที่นี่ แต่งงานกับยายตั้งแต่เป็นหนุ่ม มีลูกด้วยกัน 3 คน จากนั้นตาบวชตอนอายุ 43 ปี บวช ได้เกือบ 13 ปี ตาหกล้ม ญาติพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานเกือบเดือนกว่า พอออกจากโรงพยาบาล ยายและลูก ๆ ขอให้ตาสึก ตาจึงสึกออกมาอยู่กับยายและลูก ๆ นี้แหละ”

ผู้เขียน : “เท่าที่คุณตาเล่าให้ผมฟัง คุณตาผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามาก คุณตาช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่คุณตาประทับใจและภูมิใจให้ผมฟังหน่อยได้ไหมครับ”

คุณตาทอง : “สิ่งที่ตาภูมิใจมากที่สุดมีสองเรื่องคือ สามารถเลี้ยงดูลูกทั้งสามคนจนจบมหาลัย มีงานทำ

ที่มั่นคงเลี้ยงดูตนเองได้อีกอย่างคือตาได้บวชเป็นพระศึกษาพระธรรม ตาเป็นพระนักเทศน์เลยนะ ออกเทศน์หลายวัด เสียยที่ป่วยทำให้ต้องสึกออกมา ตอนสึกออกมาตาเป็นถึงรองเจ้าอาวาสเลยนะ”

ผู้เขียน : “คุณตาคงภูมิใจมากที่เลี้ยงดูลูกทุกคนให้มีหน้าที่การงานที่ดี และได้บวชเป็นพระศึกษาพระธรรม (สัมผัสหลังมือและยิ้มให้คุณตา)”

คุณตาทอง : (พยักหน้า สีน้หน้าและแวตยิ้มแยม)

ผู้เขียน : “คุณตาครับ ผมมีรูปถ่ายให้คุณตาดู คุณตาบอกได้ไหมว่าในรูปถ่ายมีใครบ้าง ถ่ายตอนไหน และเมื่อไหร่ครับ” (รูปถ่ายคนในครอบครัวประกอบด้วยคุณตา คุณยาย และลูกทั้ง 3 คน)

คุณตาทอง : “รูปถ่ายครอบครัวตัวเอง คนนี้ไงตานี้ยาย นี้ลูกสาวคนเล็ก ส่วนอีกสองคนลูกสาวคนโต และลูกชายคนกลาง” (ก้มหน้าดูรูปถ่าย ชูรูปถ่ายและชี้มือมาที่คุณยายและลูกสาวคนเล็ก) “ตาจำไม่ได้ว่าถ่ายรูปที่ไหน เมื่อไหร่แต่ถ่ายมานานแล้ว สมัยตากับยายยังเป็นหนุ่ม”

ผู้เขียน : “คุณตาลองนิกดูอีกครั้งนะครับว่าถ่ายที่ไหน เมื่อไหร่ ลองดูสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ในรูปถ่ายแล้วค่อย ๆ คิดนะครับ”

คุณตาทอง : “จำไม่ได้เลย” (ก้มหน้า คิ้วขมวด)

ผู้เขียน : “ไม่เป็นไรครับคุณตา” (สัมผัสมือ ยิ้มให้คุณตา)

“คุณตาครับ ลองดูภาพถ่ายอีกหนึ่งใบนะครับ คุณตาบอกได้ไหมว่าเป็นภาพเกี่ยวกับอะไร และมีความสำคัญอย่างไร” (ถ่ายเกี่ยวกับการทำบุญข้าวสาก ภายในภาพประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ และเด็ก ทั้งชายและหญิง ประมาณ 8-10 คน กำลังนั่งเป็นวงกลม ที่พื้นปูด้วยใบตองสด ด้านบนมีข้าวต้มมัด อาหารคาวและหวาน ขนมนางเล็ด กัวยี่ ส้ม มวน ยาเส้น สุรา น้ำอวดลม และเทียนที่กำลังจุดไฟ)

คุณตาทอง : “บุญข้าวสากใช้ไหม บุญนี้ส่วน

ใหญ่จะทำงานเดือน 10 ทุกปี ลูกหลานจะทำบุญให้ปู่ย่าตายาย หรือญาติ ๆ ที่ตายไปแล้ว”

ขั้นตอนที่ 3 การถอนจากประสบการณ์ในอดีต (ครั้งที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ครั้งละ 45-60 นาที) เป็นระยะถอนออกจากประสบการณ์ในอดีตและเชื่อมโยงเข้าสู่เหตุการณ์ในปัจจุบัน แต่ละครั้งที่คุณตาทองคิดและทบทวนถึงเหตุการณ์ในอดีตนั้นจะทำให้คุณตาทองทบทวนเกี่ยวกับเรื่องราวของตน ทำให้เข้าใจตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตนและความพึงพอใจในชีวิต กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมโยงถึงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และตัวตนที่เกิดขึ้นของคุณตาทอง

ขั้นตอนที่ 4 ระยะสิ้นสุด (ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60 นาที) เป็นระยะสิ้นสุดการบำบัด ในระยะนี้จะมีการพูดคุย สรุปเรื่องราวและเหตุการณ์ประโยชน์ที่ได้รับ โดยเปิดโอกาสให้คุณตาทองแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และซักถามเพิ่มเติม รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างเช่น

ผู้เขียน : “คุณตาทองได้รับประโยชน์ อะไรบ้าง จากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ครับ”

คุณตาทอง : “ดีนะ ทำให้ตาคิดเยอะ คิดถึงอดีต ในหลาย ๆ เรื่อง จำได้มั่งไม่ได้มั่ง ดีที่มีรูปถ่ายเก็บไว้ วันหลังตาจะเอามาดูบ่อย ๆ จะได้ไม่ลืม” (ยิ้มแย้มและหัวเราะ)

ภรรยาคุณตาทอง : “คุณตาจำลูกหลานในรูปได้ ดี ๆ” (ยิ้ม)

คุณตาทอง : “มาคุยกับตาบ่อย ๆ นะ”

ผู้เขียน : “ผมจะมาคุยกับคุณตาอีกครั้ง อาทิตย์หน้านะครับ”

บทวิเคราะห์ ผู้เขียนได้ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 โดยเข้าพบคุณตาทองที่บ้านเพื่อพูดคุย และประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Mental State Examination; MMSE) ซึ่งมีค่าคะแนนเท่าเดิม (14/30 คะแนน) แสดงว่าการบำบัดด้วยวิธีนี้สามารถชะลอความเสื่อมของสมองได้ คุณตาทองมีอาการหลงลืม

เป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร สามารถจดจำคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ภรรยาและบุตรช่วยช่วยเตรียมเสื้อผ้าและอาหารให้ ไม่มีพฤติกรรมเดินหลง การบำบัดด้วยวิธีการนี้ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของคุณตาทองให้ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นจากคำพูด สีหน้า แววตาคมเข้มแจ่มใสของคุณตาทองคำ นอกจากนี้เมื่อคุณตาทองรำลึกถึงเรื่องราวในอดีตทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้เลี้ยงดูบุตรและได้บวชเป็นพระศึกษาพระธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายต่อคุณตาทอง ทั้งนี้ความภาคภูมิใจและการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายดังกล่าว ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของคุณตาทอง อย่างไรก็ตามการบำบัดนี้จะได้ผลดีหากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะช่วยชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสมองเสื่อมรุนแรงได้

## สรุป

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นใน 2-3 ทศวรรษหน้า ภาวะนี้ทำให้การทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดและเข่าปัญญาของผู้สูงอายุเสื่อมลงเรื่อย ๆ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การรักษาปัจจุบันเป็นเพียงการชะลอการดำเนินของโรคเท่านั้น การส่งเสริมสมรรถภาพสมองหรือการชะลอความเสื่อมของสมอง จึงเป็นภารกิจสำคัญและท้าทายยิ่งสำหรับพยาบาล ทั้งนี้เพราะการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถสนองตอบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผลการวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า ส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ของสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะซึมเศร้า ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา

ที่นำเสนอไว้ข้างต้น อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยวิธีนี้ในบริบทสังคมไทย

## References

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia, An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 11]. Available from: <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015-summary-sheet.pdf>
2. National Statistic Office. The 2014 survey of older persons in Thailand. [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 11]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkExc57-1.pdf>. (In Thai)
3. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of care giver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. *Journal of Nursing Science & Health* 2015; 38(2): 54-64 (in Thai).
4. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of alzheimer's dementia patients at Department of Psychiatry King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(3): 335-46. (in Thai)
5. Hongtong R, Sasat S. The effect of reminiscence program on cognitive function of older people with dementia. *JNAE* 2015; 8(1): 99-112. (in Thai)
6. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas* 2012; 72(3) : 203-5.
7. Dempsey L, Murphy K, Cooney A, Casey D, O'Shea E, Devane D et al. Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia* 2014; 13(2): 176-92.
8. MacKinlay E Trevit C. Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *IJMHN* 2010; 19: 394-401.
9. Woods B, Spector AE, Jones CA, Orrell M, Davies SP. Reminiscence therapy for dementia (review). *CDSR* 2005; 2: [DOI:1002/14651858.CD001120.pub2]
10. Limpawattana P. Preventive strategies of dementia. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2011 ; 6(3) : 16-23. (in Thai)
11. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline : Dementia. Bangkok : Thana place; 2014. (in Thai)
12. Nysri M. The prevention of dementia. *Journal of The Police Nurses* 2016; 8(1): 227-240. (in Thai)
13. Nugate B, Porntaweegunta P (editors). *Gerontology Nursing*. 3<sup>rd</sup>. Bangkok : Yutharin. 2007. (in Thai)
14. Karunchareernpanit S. Older people with dementia and nursing care: A challenging role for nurses. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015; 25(1): 1-12. (in Thai)
15. Sisettakul S, Kongtalin O. Development of care and screening service for dementia at risk elders at chronic care clinic, Mueang Nat health promotion hospital, Nakhon Ratchasima

- Province, Thailand. Journal of Nursing Science & Health 2017; 40(3): 72-82. (in Thai)
16. Soonthornchaiya R. Reminiscence therapy: Psychosocial therapy in older persons with depression. JPNMH 2011 ; 25(2): 1-11. (in Thai)
  17. Kaiyawan S, Aroonsang P. Functional ability, cognitive function and depression in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic, community hospital. Journal of Nursing Science & Health 2016; 39(1): 78-88. (in Thai)
  18. Lin YC, Dai YT, Hwang SL. The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. Public Health Nurs 2003; 20(4): 297-306.
  19. Chao SY, Chen CR, Liu HY, Clark MJ. Meet the real elders: reminiscence links past and present. J Clin Nurs 2008 ; 17(19) : 2647-53.
  20. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. Expert Rev Neurother 2012; 12(5) : 545-55.
  21. Kwon M, Cho B, Lee J. Reminiscence therapy for dementia-Meta analysis. [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 11]. Available from: [http://onlinepresent.org/proceedings/vol140\\_2013/3.pdf](http://onlinepresent.org/proceedings/vol140_2013/3.pdf)
  22. Ashford T. Dose reminiscence therapy including life story work improve the quality of life of people with dementia?. [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 11]. Available from: <https://www.uwo.ca/fhs/lwm/ebp/reviews/2013-14/Ashford.pdf>
  23. Sasat S. Gerontological nursing : Common problems and caring guideline. 3<sup>rd</sup>. Active Print Co., LTD.: Bangkok; 2011. (in Thai)