

11-1-2012

Psychological rehabilitation of cognitive function in stroke patients

S. Taveemanoon

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Taveemanoon, S. (2012) "Psychological rehabilitation of cognitive function in stroke patients," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 56: Iss. 6, Article 3.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol56/iss6/3>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทางจิตวิทยา

สุกัญญา ทวีมนูญ*

Taveemanoon S. Psychological rehabilitation of cognitive function in stroke patients.

Chula Med J 2012 Nov – Dec: 56 (6): 647 - 57

Cognitive rehabilitation is a treatment to assist patients who have sustained cognitive, emotional and behavioral impairment. The process is aimed to help the cognitive impaired individuals to progress to the most possible independent level of function. Regardless of specific treatment used, the patients are likely need to have comprehensive neuropsychological assessment performed. This will help them to understand the strengths and weakness of the patient and this becomes the starting point for designing a program to fit in for the patients. The treatment typically involves four therapeutic modalities, namely; reality orientation therapy, cognitive stimulus therapy, compensation methods and psychotherapy.

Keywords: *Cognitive rehabilitation, stroke.*

Reprint request: Taveemanoon S. Department of Rehabilitation Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.
Province, Thailand.

Received for publication. February 8, 2012.

**สุกัญญา ทวีมนูญ. การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางจิตวิทยา.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2555 พ.ย. - ธ.ค.; 56(6): 647 - 57**

การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ทางจิตวิทยา เป็นแนวทางการฟื้นฟูอย่างหนึ่งของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในการฟื้นฟูทักษะด้านการกำหนดรู้ที่บกพร่องไป โดยมีเป้าหมายเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยให้กลับคืนให้มากที่สุด ซึ่งการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้นอาศัยการประเมินทางประสาทจิตวิทยา ในการเข้าใจปัญหาและความรุนแรงของความบกพร่อง ซึ่งการบำบัดประกอบด้วย การรับรู้ความเป็นจริง, การฟื้นฟูพื้นฐานด้านการกำหนดรู้, การใช้สิ่งทดแทนความบกพร่องที่เสียไปของผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ

คำสำคัญ: การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางจิตวิทยา

ผลกระทบทางจิตวิทยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Post Stroke Depression)⁽¹⁾ และปัญหาความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment)⁽²⁾ ส่งผลให้เกิดปัญหา ความสามารถทางการคิด การเรียนรู้ การพูด การเข้าใจเหตุผลและความจำ เป็นต้น ซึ่งการกำหนดรู้ (Cognition) เป็นกระบวนการที่บุคคลรับข้อมูลด้วยประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทำความเข้าใจ จัดระบบข้อมูลทำการวิเคราะห์ประมวลผลร่วมกับประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยและจดจำไว้ รวมถึงสามารถนำข้อมูลมาใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม⁽³⁾ ทักษะด้านการกำหนดรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้⁽⁴⁾ การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ในทางจิตวิทยานั้นเป็น การฝึกฝนทักษะการกำหนดรู้ที่บกพร่องหรือทดแทนความบกพร่องที่เสียไป โดยมีเป้าหมายเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยให้กลับคืนมาตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการฟื้นฟูจะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล เนื่องจากปัญหาและความรุนแรงของความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ที่แตกต่างกัน รวมทั้งศักยภาพเดิมและระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยด้วย

ความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cognitive impairment) ความบกพร่องด้านการพูด (Communication impairment)

มักพบในผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา⁽⁵⁾ จะเห็นได้จากผู้ป่วยไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด ทำตามคำสั่งไม่ได้ ดูโทรทัศน์ไม่รู้เรื่องและนึกชื่อคน หรือชื่อสิ่งของไม่ได้เลือกคำที่จะพูดไม่ถูก ผู้ป่วยจึงมักพูดคำติดปากซ้ำ ๆ หรือพูดตามคนอื่น เนื่องจากนึกคำพูดของตนเองไม่ได้ หรือบอกลักษณะของสิ่งที่จะพูดถึงแทนที่จะบอกชื่อสิ่งของนั้น เช่น จะบอกรถยนต์ว่า “ที่วิ่ง ๆ อยู่บนถนน” เป็นต้น บางคนฟังรู้เรื่องแต่พูดไม่ได้ บางคนพูดไม่ชัด หรือบางคนพูดด้วย

ภาษาที่ไม่เข้าใจและไม่รู้ว่าตนพูดไม่รู้เรื่อง คิดว่าตนเองไม่มีปัญหาการพูด รวมทั้งผู้ป่วยมักไม่เข้าใจเครื่องหมาย สัญลักษณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการคิดคำนวณด้วย ปัญหาการพูดต้องจำแนกออกจาก ผู้ป่วยซึมเศร้า เพราะผู้ป่วยซึมเศร้านั้นไม่ค่อยพูด หรือผู้ป่วยบางคนขาดความรู้ ตอบไม่ได้

ความบกพร่องด้านการรับรู้ และการมองเห็น (Visual perception impairment)⁽⁶⁾

มักพบในผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย ซึ่งเป็นความบกพร่องของสมองในการตีความวิเคราะห์ข้อมูลจากการรับรู้ เช่น ผู้ป่วยจำหน้าคน จำสิ่งของ และรูปภาพไม่ได้ แยกสิ่งหนึ่งออกจากหลายสิ่งที่เห็นในสิ่งแวดล้อม ล้มไม่ได้ เช่น หาขวดน้ำออกจากสิ่งของต่าง ๆ ในตู้เย็นลำบาก รับรู้ตำแหน่งทิศทางลำบาก ไม่สามารถ ใส่รองเท้าถูกข้างได้, อ่าน - เขียน เช่นชื่อไม่เหมือนเดิม รวมทั้งมีปัญหาการรับรู้ระหว่างร่างกายกับวัตถุในสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้ป่วยกระยะตัวเองจากผู้ป่วยที่เดินสวนมาไม่ถูกต้อง รวมถึงไม่สามารถหาทางที่จะกลับห้องพักได้ถูก

ปัญหาการสืบสนตำแหน่ง ทิศทาง อาจพบในผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวาได้เช่นกัน เนื่องจากสาเหตุจากการเข้าใจภาษา ในการแปลความหมายคำ ซ้าย - ขวา, บน - ล่าง, นอก - ในสืบสน ซึ่งต่างจากผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย มีสาเหตุจากการรับรู้ตำแหน่งของร่างกายมากกว่า^(7,8)

ปัญหาการทำกิจกรรมที่มีลำดับขั้นตอน มักพบในผู้ป่วยที่อ่อนแรงซีกขวามากกว่าซีกซ้าย จะเห็นจากผู้ป่วยจะสืบสนง่าย ต่อการทำตามคำสั่งหลายขั้นตอนต่อเนื่องกัน⁽⁷⁻⁹⁾

อาการบกพร่องของการรับรู้ร่างกายด้านตรงข้ามกับซีกที่อ่อนแรง (Neglect)⁽¹⁰⁾

มักพบในผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย จะเห็นจากการละเลยร่างกายด้านซ้าย ไม่สนใจว่ามีร่างกายซีกซ้ายอยู่ ไม่สนใจตักอาหารหรือหยิบสิ่งของที่อยู่ด้านซ้าย เดินชนสิ่งของที่อยู่ทางซ้าย มักอ่าน - เขียน เฉพาะด้านขวาของกระดาษ วาดรูปคน นาฬิกา ดอกไม้ เฉพาะซีกขวาของรูป

เท่านั้น รวมทั้งผู้ป่วยไม่รู้ว่ามีคนมาหา หรือคุยด้วยถ้าคนนั้นอยู่ทางซ้ายของผู้ป่วย สาเหตุเนื่องมาจากความบกพร่องของการมองเห็นและการรับรู้ประสาทสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยรับสิ่งเร้าภายนอกลดลง⁽¹¹⁾ (รูปที่ 1)

ความบกพร่องการรับรู้ บุคคล สถานที่ และเวลา (Disorientation)⁽¹²⁾

ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการรับรู้ บุคคล สถานที่และเวลา ผู้ป่วยมักไม่รู้ว่ามีคนที่มาเกี่ยวข้องกับตนเองเป็นใคร ไม่รู้ว่าตนอยู่ที่ไหน และเวลานี้เป็นเวลาอะไร บางครั้งผู้ป่วยแสดงบทบาทของตนไม่เหมาะสมกับผู้อื่นหรือไม่ถูกต้องกับเหตุการณ์ประเมินตนเองไม่ถูกต้องกับความเป็นจริง ในผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา การตอบเรื่องบุคคล สถานที่ เวลาไม่ถูก มักมีสาเหตุจากปัญหาทางภาษา

ความบกพร่องด้านการตอบสนองต่อสิ่งเร้าซ้ำๆ (Perseveration)⁽¹²⁾

เป็นความบกพร่องที่ผู้ป่วยมักพูดคำเดิมซ้ำๆ หรือ

ทำสิ่งใดซ้ำๆ ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนสิ่งที่มีมากระตุ้นแล้ว ผู้ป่วยก็ยังตอบสนองแบบเดิมอย่างควบคุมไม่ได้ บางครั้งผู้ป่วยรู้ตัวและพยายามที่จะแก้ไขก็ไม่สามารถหยุดการกระทำนั้นได้ เช่น การให้ผู้ป่วยวาดรูปวงกลม ต่อมาให้วาดเส้นตรง ผู้ป่วยยังคงวาดวงกลมอยู่เปลี่ยนไม่ได้ ความบกพร่องนี้ทำให้ผู้ป่วยลำบากที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก และจัดการกับงานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ยาก

ความบกพร่องด้านการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsivity)⁽¹²⁾

ความบกพร่องนี้ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น โดยขาดการยั้งคิด และไม่ตรวจสอบตนเอง ผู้ป่วยเพียงรู้ว่าตนเองทำผิดพลาดก็เมื่อได้แสดงออกไปแล้ว ความบกพร่องนี้มีสาเหตุจากการสูญเสียความสามารถในการวางแผนและการตัดสินใจ ผู้ป่วยมักเลือกทางเลือกที่เข้ามากระตุ้นในความคิดก่อนเสมอ โดยไม่คำนึงว่าเป็นทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมักทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเองได้ง่าย



รูปที่ 1. ภาพวาดรูปคนของผู้ป่วยที่มีอาการบกพร่องของการรับรู้ร่างกายด้านตรงข้ามกับซีกที่อ่อนแรง ภาพจากศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย



รูปที่ 2. ภาพวาดของผู้ป่วยที่มีลักษณะทำซ้ำ
ภาพจากศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย

ความบกพร่องด้านสมาธิ (Attention/ concentration impairment)⁽¹²⁾

ผู้ป่วยที่บกพร่องด้านสมาธิ มักไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับข้อมูลจากการรับรู้ต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งในการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้นั้นจำเป็นต้องคงไว้ ซึ่งสมาธิได้นานพอที่ผู้ป่วยจะรับข้อมูลสำคัญ ๆ ได้หมด การขาดสมาธิทำให้ระบบวงจรกระบวนการเรียนรู้และความจำ จะเห็นได้จากผู้ป่วยมักถูกหันเหความสนใจได้ง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้นาน รอคอยไม่ได้ ลืมสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย สะเพวและไม่สนใจที่จะแก้ไขให้ถูกต้อง

ความบกพร่องด้านความจำ (Memory impairment)⁽¹²⁾

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความบกพร่องของความจำใหม่ ที่เพิ่งรับรู้ หรือความจำที่เกิดขึ้นไม่นาน ส่วนความจำเก่ายังสามารถจำได้คืออยู่ ผู้ป่วยมักจะลืมคำสั่ง, ลืมการสนทนากัน, ลืมวันนัด, ลืมโปรแกรมการฝึกใหม่ ๆ และลืมเบอร์โทรศัพท์

ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา มักมีปัญหาความจำทางภาษา (verbal memory) เช่น จำชื่อคน การเรียกชื่อสิ่งของ การเล่าเหตุการณ์ ลืมคำสั่ง และจำขั้นตอนของกิจกรรมไม่ได้

ผู้ป่วยที่อ่อนแรงซีกซ้าย มักมีปัญหาความจำจากสิ่งที่เห็น (visual memory) เช่น จำหน้าตาของคน รูปร่างขนาด ตำแหน่ง สีของสิ่งของได้ยาก

ความบกพร่องด้านความคิดเชิงนามธรรม (Abstract thinking impairment)⁽¹²⁾

เป็นความบกพร่องด้านความคิดเชิงซ้อนที่ สามารถสะท้อนความคิด เหตุการณ์คุณลักษณะต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์อย่างกว้าง ๆ ครอบคลุม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความคิดระดับ Concrete Thinking ที่มักแสดงความคิดในสิ่งที่เห็นเป็นรูปร่างชัดเจน เป็นความคิดเฉพาะเจาะจงเกินไป การบกพร่องความคิดเชิงนามธรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูลไปปรับใช้กับสถานการณ์อื่น ๆ ได้ดี มีความลำบากในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และขาดความคิดริเริ่ม

ความบกพร่องด้านการบริหารจัดการ (Executive function impairment)⁽¹²⁾

เป็นการบกพร่องในความสามารถที่จะพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งการจัดการกับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และปรับตัวตามสถานการณ์เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ซึ่งต้องใช้ทักษะด้านการกำหนดรู้ต่าง ๆ ร่วมกัน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องนี้จะไม่สามารถเริ่มต้นหรือยับยั้งตนเองที่จะทำหรือไม่ทำบางสิ่งบางอย่างได้โดยไม่มีผู้ชี้แนะ ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถแก้ปัญหาบางอย่างที่เคยทำได้ด้วยตัวเอง หรือเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาจากเดิมได้ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นการแก้ปัญหานั้นไม่ได้ผลสำเร็จหรือไม่สามารถนำการแก้ปัญหาที่เคยใช้ได้ผลมาปรับใช้กับสถานการณ์ใกล้เคียงกันได้ เช่น ผู้ป่วยปวดปัสสาวะไม่สามารถไปปัสสาวะได้ด้วยตัวเองได้ ต้องอาศัยการชี้แนะจากคนอื่นแล้วจึงทำตามได้

การประเมินด้านการกำหนดรู้ทางจิตวิทยา (Cognitive assessment)

1. การซักประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบถึงประวัติส่วนตัว ด้านการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพเดิม เพื่อการตั้งจุดมุ่งหมายของการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การรักษาเป็นไปในทางเดียวกัน

2. การใช้แบบทดสอบรวมในการประเมินการกำหนดรู้หลาย ๆ ด้าน เช่น MMSE (Mini-Mental State Examination)⁽¹³⁾ และ CDR (Clinical Dementia Rating)⁽¹⁴⁾

3. แบบทดสอบประสาทจิตวิทยา (Neuropsychological Test) แบ่งเป็น

ประเมินระดับเชาว์ปัญญาโดยรวม (Intelligence assessment)

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)⁽¹⁵⁾ เป็นแบบทดสอบวัดเชาว์ปัญญาสำหรับผู้ใหญ่ แบ่งเป็นการวัดความสามารถทางภาษา (Verbal parts) และความสามารถที่ไม่ใช้ภาษา (Performance parts) การทดสอบนี้ทำให้ทราบพื้นฐานระดับความสามารถทางเชาว์ปัญญา

(IQ) โดยรวม, ความสามารถด้านการเข้าใจภาษา, ด้านการจัดระบบการเรียนรู้, ด้านสมาธิ และความเร็วในกระบวนการทำงาน

Standard Progressive Metrics (SPM)⁽¹⁶⁾ เป็นแบบทดสอบวัดองค์ประกอบทั่วไปของเชาว์ปัญญาโดยไม่ใช้ภาษาเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ใช้ความสามารถด้านการรับรู้สัมพันธ์ (Perceptual relationships) ด้วยการให้เหตุผลเชิงเปรียบเทียบ (Reason by analogy) ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่บกพร่องด้านภาษา

ประเมินทางภาษา (Verbal assessment) ได้แก่

Thai Adaptation of Naming Test⁽¹⁷⁾ เป็นแบบทดสอบที่ประเมินความสามารถในการบอกชื่อรูปภาพจากการแนะนำด้วยความหมายของคำ และเสียงแรกของคำสามารถใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมอง

Peabody Picture Vocabulary Test⁽¹⁸⁾ เป็นแบบทดสอบจัดรัสภาพวัดพัฒนาการด้านคำศัพท์ สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านภาษา

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) ใน verbal part ซึ่งวัดความเข้าใจและความสามารถทางภาษา การแก้ปัญหา ความเป็นเหตุเป็นผลทางภาษา

ประเมินด้านสมาธิ (Attention/concentration assessment) ได้แก่

Digit span ใช้วัดสมาธิจากการฟังและพูดตามตัวเลขในช่วงที่ยาวขึ้นเป็นความจำระยะสั้นเกี่ยวกับตัวเลขและพูดทวนกลับ เช่น 92, 735, 1465, 57398

Symbol Search, Digit Symbol เป็นการวัดสมาธิในการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยอาศัยการตื่นตัวต่อการปฏิบัติการ ในการเติมสัญลักษณ์ตามแบบในช่องที่กำหนด และการใช้ความเร็วขององค์ประกอบทางสายตาแยกกลุ่ม เหมือน-แตกต่าง

Seashore Rhythm Test⁽¹⁹⁾ การวัดสมาธิในการฟัง และการแยกเสียงที่แตกต่างกันได้อย่างถูกต้อง

Trial Making Test⁽¹⁹⁾ ใช้วัดสมาธิในการ

ประสานงานของมือและสายตาขีดเส้นโยงระหว่างตัวเลข 1-25 หรือตัวอักษร ก-ข ที่วางกระจายอยู่ในกระดาษ



ตัวอย่างแบบทดสอบ Trial Making Test

Stroop Color and Word Test⁽²⁰⁾ โดยแบ่งการทดสอบเป็น 3 แบบ การให้อ่านคำ (word), การเรียกชื่อสี (color) และการเรียกชื่อสีที่เข้าพิมพ์คำ (CW) เป็นการวัดสมาธิในการเลือกที่จะสนใจสิ่งเร้า และความสามารถที่จะเพิกเฉยต่อสิ่งเร้า ที่ไม่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง

ประเมินด้านการรับรู้ทางสายตา (Visual perception assessment) ได้แก่

Judgment of line Orientation⁽⁹⁾ วัดการรับรู้ทางสายตาในการแบ่งครึ่งเส้นตรงที่กำหนดให้

Draw Clock, Person Test⁽⁹⁾ วัด visual construction การประสานงานของมือและสายตา รวมทั้งการละเลยด้านซ้ายของร่างกาย

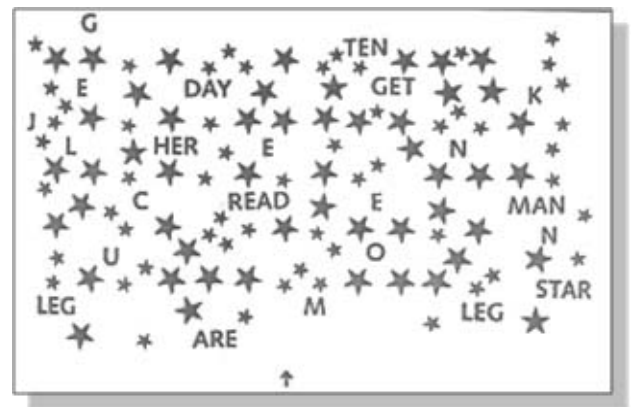
Cancellation Task⁽⁹⁾ วัดทักษะการรับรู้ทางสายตา การแยกรูปทรงที่แตกต่างกันรวมถึง การละเลยด้านซ้ายของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนรูปดาวใหญ่ที่ผู้ป่วยเห็นทั้งหมดในภาพ

Bender Visual Motor Gestalt Test⁽²¹⁾ วัด visuospatial, visuoconstruction และ visual-motor เป็นการวัดลักษณะ neuropsychological sign

Developmental Test of Visual Perception⁽²²⁾ เป็นการวัดการรับรู้ทางสายตา โดยอาศัยการดูภาพและ

แปลผลประเมินทักษะต่าง ๆ ได้แก่ figure-ground, form-constancy, position in space, spatial relation และ eye-hand coordination

Wechsler Adult Intelligence Scale: Performance Part วัดความสามารถในการผสมผสานสิ่งเร้าที่ได้จากการรับรู้ แล้วตอบสนองด้วยการกระทำอย่างสอดคล้องกัน



ตัวอย่าง Cancellation Task

การประเมินด้านการเรียนรู้และความจำ (Learning and memory assessment)

Wide Range Assessment of Memory and Learning⁽²³⁾ ใช้ประเมินความจำ 3 องค์ประกอบได้แก่ Verbal memory, visual memory และ attention-concentration

Wechsler Memory Scale⁽²⁴⁾ วัดความสามารถ verbal learning and memory, attention and concentration, orientation and visual memory

ประเมินด้านการบริหารจัดการ (Executive Function)

Wisconsin Card Sorting Test⁽²⁵⁾ ใช้วัด executive function ต้องอาศัยสมรรถภาพการทำงานของสมองหลายด้านร่วมกันได้แก่ attention, working memory, visual processing และการแก้ปัญหาเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปโดยต้องมีการวางแผนและคาดการณ์ล่วงหน้าของผลที่จะเกิดขึ้น

Stroop Color and Word Test นอกจากนี้จะใช้ทักษะด้านสมาธิแล้วยังใช้ทักษะหลายด้าน ๆ ซึ่งเป็น การวัดความสามารถด้าน Executive Function ด้วย

Trail Making Test เป็นแบบทดสอบที่ประเมินถึง executive function และสมาธิ

Block design, Object Assembly ใน WAIS ซึ่งวัดความสามารถในการวิเคราะห์สังเคราะห์ภาพต้นแบบ แล้วประกอบชิ้นส่วนย่อยให้เป็นภาพรวมอย่างเป็น รูปธรรมสมบูรณ

การประเมินทางประสาทจิตวิทยา ช่วยให้ทราบถึงพื้นฐานความสามารถด้านการกำหนดรู้ของผู้ป่วย ปัญหา และความรุนแรงของความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ ศักยภาพในการเรียนรู้ เพื่อช่วยในการวางแผนและจัดโปรแกรมการฟื้นฟู รวมถึงการประเมินผลหลังการฟื้นฟู เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ทั้งการ ศึกษา อาชีพ การเงิน ความปลอดภัย ก่อนกลับสู่สังคมได้ อย่างเหมาะสม

หลักการฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง⁽²⁶⁾

1. เข้าใจสภาวะของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความบกพร่องด้านการกำหนดรู้ได้แก่
 - 1.1 ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว, การมองเห็น และการได้ยิน ที่สูญเสียไป
 - 1.2 ข้อจำกัดทางด้านจิตใจ ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า มีผลต่อการเรียนรู้และความจำ แรงจูงใจต่อการรักษา รวมทั้งปัญหาและความรุนแรงของความบกพร่องด้านการกำหนดรู้
2. หลักการฟื้นฟูเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ให้แก่ผู้ป่วย ในการเป็นตัวของตัวเอง และให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงในชีวิต
3. การฟื้นฟูช่วยให้แรงเสริมทางบวก เกิดความ สนุก เพื่อเปิดรับการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น
4. เลือกใช้เทคนิค ความยาก - ง่ายที่เหมาะสม กับผู้ป่วย และเพิ่มความซับซ้อน ท้าทายมากขึ้น

วิธีการฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ทางจิตวิทยา

1. การบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy)⁽²⁷⁾ เป็นกิจกรรมช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงในชีวิตสามารถปฏิบัติ ตนได้เหมาะสมกับกาลเทศะ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว การฟื้นฟูควรทำอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คนใน ครอบครัวช่วยได้วิธีการนี้มักใช้กับผู้ป่วยที่ขาดความสนใจ สิ่งแวดล้อมรอบตัว

กิจกรรมการฟื้นฟู ได้แก่

- 1.1 การพูดคุย สนทนา ให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ บุคคล ของเหตุการณ์ประจำวันที่เกิดขึ้น รอบตัว หรือในอนาคต พูดถึงเรื่องที่คุ้นเคย สิ่งที่ชอบ สิ่งประทับใจ ได้แก่ กีฬา บุคคล เพื่อน งานอดิเรก
- 1.2 ทำกิจกรรมในวาระสำคัญร่วมกัน ได้แก่ การฉลองตามเทศกาลสำคัญทั่วไป หรือวันสำคัญที่ เกี่ยวข้องกับครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายความเครียด และการทำสิ่งประดิษฐ์
- 1.3 การใช้สิ่งต่าง ๆ ช่วยเตือน หรือกระตุ้น การรับรู้ความเป็นจริง ได้แก่ การใช้นาฬิกาจับเวลา ปฏิทิน รูปภาพของครอบครัว หรือเหตุการณ์ที่สำคัญ สมุดโน้ต เครื่องคิดเลข และตารางกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

การฟื้นฟูนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสภาพปัจจุบัน ได้แจ่มชัดขึ้น ระบุบทบาทหน้าที่ของตนเอง ควบคุมตัวเอง ได้ดีขึ้น มีจุดมุ่งหมายต่อไปในอนาคต มีการสื่อสารและ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น

2. การฝึกพื้นฐานด้านการกำหนดรู้ (Cognitive Stimulus Therapy)^(28,29) เป็นการฝึกพื้นฐานของหน้าที่ และความสามารถของสมองด้านการกำหนดรู้ที่บกพร่อง ไปในแต่ละบุคคล เป็นการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ โดยตรง ได้แก่

- 2.1 ทักษะทางสมาธิ (Attention concen- tration skill) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้นาน หรือ ยับยั้งที่จะไม่ทำกิจกรรมที่กำหนดให้ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยแบ่งความสนใจทำกิจกรรมอื่นได้ในเวลา เดียวกัน

2.2 ทักษะด้านความจำ (Memory orientation skill) เป็นการกระตุ้นและใช้ทักษะการช่วยจำ ได้แก่ ความจำระยะสั้น – ยาว, working memory, ความจำที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาษา และความจำที่เกี่ยวข้องกับภาษา

2.3 ทักษะด้านการรับรู้ประสาตสัมผัส (Visual spatial solving skill) เป็นการกระตุ้นการรับรู้ประสาตสัมผัสได้แก่ รูปร่าง ขนาด สี ทิศทาง ตำแหน่ง ความสัมพันธ์ของพื้นที่ระหว่างสิ่งของ การกระตุ้นการรับรู้ร่างกายด้านตรงข้ามโดยใช้ visual scanning และ visual-spatial training เป็นต้น

2.4 ทักษะด้านการเข้าใจภาษา (Verbal comprehension skill) การกระตุ้นการเข้าใจและการโต้ตอบเพื่อสื่อสารข้อมูล ด้วยท่าทางทางร่างกาย พูด อ่าน เขียน และการใช้สัญลักษณ์เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจได้

2.5 ทักษะด้านการบริหารจัดการ (Executive function skill) เป็นการฝึกใช้ทักษะการกำหนดรู้ด้านต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อสามารถนำมาแก้ปัญหาโดยเลือกวิธีอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนและตัดสินใจเพื่อบรรลุเป้าหมาย

กิจกรรมการฟื้นฟูได้แก่⁽²⁸⁻³¹⁾

1. การรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การจับจ้องสายตา การเคลื่อนไหวตาม การออกเสียง การเคลื่อนไหวสลับข้างของร่างกาย การรู้จักส่วนของร่างกาย และความสัมพันธ์ของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งการประสานงานของประสาทสัมผัส 2 อย่างขึ้นไป

2. การจำแนกเปรียบเทียบ เชื่อมโยง การนำความรู้เดิมมาใช้ ได้แก่ การจำแนกรูปทรง ขนาด สี ตำแหน่ง ระยะทาง ทิศทาง รายละเอียดของภาพ และสัญลักษณ์ต่าง ๆ

3. การจัดหมวดหมู่ ความเหมือนและแตกต่าง โดยอาศัยกฎเกณฑ์กำหนด การเรียงลำดับเหตุการณ์ การสร้างประโยค การต่อภาพ เป็นต้น

4. การคำนวณ ได้แก่ การเข้าใจปริมาณ จำนวน ค่าของเงิน อนุกรม เป็นต้น

5. การเข้าใจภาษา ได้แก่ การเข้าใจความหมาย

ของคำพูด การสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ การแสดงความคิดเห็น การบรรยายเหตุการณ์ การใช้ภาษาที่ซับซ้อน และเข้าใจนามธรรมมากขึ้น

6. ความจำ การฝึกการเก็บสะสมความรู้ ทั้งความจำระยะสั้น และระยะยาว

7. การแก้ปัญหา การฝึกคิดอย่างมีเหตุผล ใช้ข้อมูลความรู้สรุปผลและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

8. ความคิดสร้างสรรค์ การฝึกคิดได้หลายแง่มุม มีความคิดที่ยืดหยุ่นขึ้น สามารถสร้างความคิดใหม่ ๆ ได้ และปรับใช้กับชีวิตจริง

3. การใช้สิ่งต่าง ๆ ช่วยทดแทนความบกพร่องที่เสียไปของผู้ป่วย (Compensation methods) เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้จริงในชีวิต

3.1 อุปกรณ์เสริม ได้แก่ ปฏิทิน นาฬิกา สมุดโน้ต เครื่องคิดเลข และรูปภาพในอดีตของผู้ป่วย

3.2 ตารางกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น

3.3 การแบ่งขั้นตอนของงานที่ซับซ้อน ให้เป็นงานย่อย ๆ ลดการสับสนของผู้ป่วย

3.4 ใช้วิธีปรับพฤติกรรม เข้ามาช่วยเสริมแรงทางบวก ในพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และมีสัญญาณเตือน ในพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

4. การให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ (Psychotherapy)⁽²⁶⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ ได้แก่

4.1 การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา (Counseling) เป็นการใช่วิธีทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเองสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม แนวความคิด วิธีการปรับตัวหรือแก้ปัญหาให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

4.3 การฝึกผ่อนคลายความเครียด (Relaxation technique) การฝึกให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบ ได้แก่ การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ และการใช้จินตนาการ

สรุป

การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้ทางจิตวิทยา เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านศาสตร์และศิลป์ ซึ่งในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยด้านการกำหนดรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความแตกต่างของความบกพร่องและความรุนแรงของปัญหา ความแตกต่างของวิธีการประเมินและการฟื้นฟู จุดมุ่งหมายของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รวมทั้งสถานะทางจิตที่บางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ฉะนั้นการรักษาแบบองค์รวม จึงช่วยให้การฟื้นฟูด้านการกำหนดรู้มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และแสดงถึงการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลในการใส่ใจผู้ป่วยทุกด้าน

อ้างอิง

- Loong Ck, Kenneth NK, Paulin ST. Post stroke depression: out - come Following rehabilitation. Aust NZ J Psychiatry 1995 Dec; 29(4): 609 – 14
- Mok VC, Wong A, Lam WW, Fan YH, Tang WK, Kwok T, Hui AC, Wong KS, Cognitive impairment and functional outcome after stroke associated with small vessel disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004 Apr; 75(4): 560 - 6
- Neisser U. Cognitive psychology. New York: Appleton - Century - Crofts, 1967.
- Ozdemir F, Birtane M, Tabatabaei R, Ekuklu G, Kokino S. Cognitive evaluation and functional outcome after stroke. Am J Phys Med Rehabil 2001 Jun ; 80(6) 410 -5
- Allina Patient Education, Understanding Stroke: Information about Stroke and Recovery. 4th ed . Minnesota: Allina Hospitals and Clinics, 2006
- York CD, Cermak SA. Visual perception and praxis in adults after stroke. Am J Occup Ther 1995 Jun; 49(6): 543 – 50
- Boone DR, Landes BA. Left - right discrimination in hemiplegic patients. Arch Phys Med Rehabil 1968 Sep; 49(9); 533-7
- Hecaen HZ. Clinical symptomatology in right and left hemiperic lesions. In: Mountcastle VB, ed. Interhemiperic Relations and Cerebral Dominance. Baltimore: The Johns Hopkin Press, 196;215-43
- Shinsha N, Ishigami S, Rehabilitation approach to patients with unilateral spatial neglect. Top Stroke Rehabil 1999;6(1):2
- Friedlander WJ. Anosognosia and perception. Am J Phys Med 1967; 46: 1394 – 408
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ละเลยด้านที่เป็นอัมพาต. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2545; 12 (1): 1 – 7
- Tatemichi TK, Desmond DW, Stern Y, Paik M, Sano M, Bagiella E. Cognitive impairment after stroke frequency, patterns, and relationship to functional abilities. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994 Feb;57(2): 202-7
- Folstein MF, Folstein SF, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res 1975 Nov; 12 (3): 189–98
- Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology

- 1993 Nov; 43(11): 2412-4
15. Wechsler D. The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence .4th ed. Baltimore (MD): Williams & Witkin,1958
 16. Raven J, Raven JC, Court JH. Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, 2004.
 17. Koonchit S. A study of naming ability in normal Thai adults based on age and education in Bangkok using the Thai adaptation of naming test (MA Thesis in Communication Disorders). Bangkok : Mahidol University; 2004.
 18. Dunn L, Dunn L. Peabody Picture Vocabulary Test. Pearson, 2006.
 19. Donna KB, Barth JT. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. In Neuropsychological Assessment in Clinical Practice: A Guide to Test Interpretation and Integration, edited by Gary Groth-Marnat. New York: John Wiley and Sons, 2000.
 20. Jensen AR, Rohwer WD. The Stroop color-word test: a review Acta Psychologica, 1966, 25(1): 36-93
 21. Brannigan GG, Decker SL. Bender Visual-Motor Gestalt Test, Second Edition. Itasca, IL: Riverside Publishing ; 2003.
 22. Frostig M. Administration and scoring manual for the Marianne Frostig Developmental Test of Visual Perception. USA,1966
 23. Sheslow D, Adams W. Wide Range Assessment of Memory and Learning Second Edition administration and technical manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, 2003.
 24. John D. Administration duration for the Wechsler Adult Intelligence Scale-III and Wechsler Memory Scale-III. Arch Clin Neuropsychol 2001 Apr;16(3):293-301
 25. Milner B. Effect of different brain lesions on card sorting. Arch of Neurol 1963; 9(1): 90-100
 26. Wink JK, Morris B. Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice. Great Britain at University Press, Oxford, 1981.
 27. Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M. Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. Gerontologist. 2000 Apr;40(2):206-12
 28. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003 Sep;183: 248-54
 29. Ehlhardt LA, Sohlberg MM, Kennedy M, Coelho C, Ylvisaker M, Turkstra L, Yorkston K. Evidence-based practice guidelines for instructing individuals with neurogenic memory impairments: what have we learned in the past 20 years?, Neuropsychol Rehabil 2008 Jun;18(3):300-42
 30. Guilford JP. The Nature of Human Intelligence. New York: Mgraw – Hill, 1967
 31. Bruner JS. The Process of Education. Cambridge: Harvard University Press,1969