

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคอัลไซเมอร์
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์
3. ความเครียดของผู้ดูแล
4. กลุ่มให้การศึกษา

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

โรคอัลไซเมอร์เป็นรูปแบบหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาได้ พบมากในผู้สูงอายุ ตามพจนานุกรมศัพท์การแพทย์ของ Webster (Merriam Webster's Medical Desk Dictionary) ให้ความหมายของโรคว่าเป็น "โรคสมองเสื่อม" (Dementia) ประเภทหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมของเซลล์สมองโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคของผู้สูงอายุ มีอาการคือ เริ่มสูญเสียความทรงจำเหตุการณ์สั้นๆ ก่อน แล้วขยายเป็นความทรงจำเหตุการณ์ระยะนานขึ้น⁽¹⁹⁾ ผู้เชี่ยวชาญชาวยุโรปหลายท่านได้สรุปลักษณะของโรค คือ ความผิดปกติทางความสามารถทางปัญญาที่เรื้อรัง สัมพันธ์กับอายุ และความผิดปกติดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Identification of a " progressive, age - related, chronic cognitive dysfunction" known as Alzheimer's disease)⁽²⁰⁾ โรคอัลไซเมอร์จะทำลายเซลล์ประสาทอย่างช้าๆ ในตำแหน่งเฉพาะที่ ทำให้ความสามารถทางปัญญา ซึ่งได้แก่ สติปัญญา การเรียนรู้ การรับรู้ ความคิดความเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นต้น เสื่อมไปเรื่อยๆ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตด้วยตนเอง⁽²¹⁾

โรคอัลไซเมอร์ถูกค้นพบโดยแพทย์ชาวเยอรมัน Alois Alzheimer (ค.ศ. 1864 - 1915) โดยในปี 1906 เขาได้ให้การดูแลผู้ป่วยหญิงวัย 51 ปี ที่มีอาการสมองเสื่อมอย่างรุนแรง ซึ่งมีการดำเนินโรคที่ถดถอยลงไปเรื่อยๆ อย่างรวดเร็ว หลังจากที่เธอเสียชีวิตลง เขาได้ทำการผ่าตัดชันสูตรสมอง พบว่า มีการฝ่อของสมองในส่วน cerebral cortex อย่างมาก (severe cortical atrophy) และได้อธิบายถึง neurofibrillary bundles และ plaques ซึ่งเป็นเครื่องหมายหรือลักษณะ (hallmark) ที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้แน่นอน ในสมัยนั้นเรียกโรคนี้ว่าภาวะสมองเสื่อมก่อนวัย (presenile dementia)

ในปี 1907 เขาได้รายงานการค้นพบถึงความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิสภาพของประสาทสมอง (brain neuropathology) กับการเกิดอาการทางจิตระหว่างที่ป่วย ต่อมา Emil Kraepelin ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกงานตรวจหาความผิดปกติทางจิตเวชในด้านชีวภาพ (a biological perspective) ได้พิจารณาว่า ภาวะสมองเสื่อมก่อนวัยแตกต่างจากภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ และเป็นบุคคลแรกที่ใช้ชื่อ Alois Alzheimer ในการเรียกโรคดังกล่าว โรคอัลไซเมอร์ได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็วในฐานะภาวะของโรคที่มีความชัดเจน⁽²¹⁾

ปัจจุบันโรคอัลไซเมอร์ได้รับความสนใจอย่างมาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและปัญหาการดูแลที่ตามมา ภาพสะท้อนสถานการณ์ของโรคดังกล่าวผลการสำรวจประชาชนในสหรัฐอเมริกาของ Alzheimer's Association และ Peter D. Hart Research Association ที่ทำไว้ในปี 2000 พบว่า ร้อยละ 95 ของคนอเมริกันบอกว่าโรคนี้เป็นโรคที่คุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง ร้อยละ 57 กังวลว่าตนจะเป็นโรคนี้ มากกว่า 4 ใน 10 ของคนอเมริกันรู้จักคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ และเกือบ 1 ใน 5 คน มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้ นอกจากนี้โรคอัลไซเมอร์ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของการตายในผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน⁽²³⁾ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เสียชีวิตมากกว่า 100,000 คน และกว่า 250,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ มีการประมาณการณ์ว่าในปี 2000 ประชาชนชาวอเมริกันป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ถึง 4 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 14 ล้านคน ในอีก 50 ปีข้างหน้า ตามสัดส่วนของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น ในแต่ละปีระบบดูแลสุขภาพของสหรัฐมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวคิดเป็นเงินประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี^(22, 23) สถานการณ์ดังกล่าวสามารถเป็นตัวแทนสถานการณ์อัลไซเมอร์ของประเทศในภูมิภาคต่างๆ ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน

อุบัติการณ์

โรคอัลไซเมอร์ไม่ใช่ปกติในผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี พบน้อยมากในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการเมื่ออายุ 65 ปี หรือมากกว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคนี้มีอายุระหว่าง 75 ถึง 85 ปี⁽²⁴⁾ จากการศึกษาในประเทศตะวันตกพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรวัย 60 ปี ขึ้นไป พบประมาณร้อยละ 1 และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุกอายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี จนกลายเป็นร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 85 ปี ขึ้นไป และพบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 50 - 75⁽²⁵⁾ ในอเมริกา ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ทั้งหมดมีปัญหาคความจำ และประมาณครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์⁽²²⁾ ในแคนาดาโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 60⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกันในประเทศสหราชอาณาจักรมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 800,000 คน ร้อยละ 60 เป็นโรคอัลไซเมอร์⁽²⁶⁾

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ อายุและประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัว ยิ่งสูงอายุมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคมากขึ้นเท่านั้น⁽²⁰⁾ ผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า⁽²⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เป็นโรคได้ง่าย เช่น ปัญญาอ่อน ชนิดกลุ่มดาวน การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการศึกษาต่ำ เป็นโรคหัวใจขาดเลือดในวัยสูงอายุ ผู้ที่เกิดจากมารดาอายุมากกว่า 40 ปี และได้รับสารอนุมูลิน้มามากผิดปกติ⁽²⁸⁾

ลักษณะอาการที่สำคัญ

ลักษณะอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มีความแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของภาวะความเสื่อมของสมองและการปรับตัวของผู้ป่วย อาการที่สำคัญ คือ^(5 6 7 9 10 29 30)

1. ความผิดปกติในด้านความจำ เป็นความผิดปกติอันดับแรกที่เด่นและพบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะความจำในเรื่องต่างๆ ที่เพิ่งเรียนรู้ใหม่ ส่วนความจำเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตทั่วไปมักจะดีในระยะแรกและเสียไปภายหลังเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีปัญหาความจำระยะสั้น (short term memory) ไม่สามารถเรียนรู้หรือรับข้อมูลใหม่ (acquire) ไม่สามารถรักษา (retain) สิ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้ว ตลอดจนผสมผสาน (integrate) ข้อมูลใหม่เข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจำเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ไม่ได้ ระลึกถึงเรื่องต่างๆ สถานที่ที่คุ้นเคย ตลอดจนจำชื่อหรือจำหน้าคนรู้จักคุ้นเคยหรือใกล้ชิดไม่ได้ ผู้ป่วยมักชอบบ่น ลืมนัดหมาย ทำของหายบ่อย ซ้ำของซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือไม่ได้เปิดเตาแก๊สหลังประกอบอาหารเสร็จ เพราะลืมนายว่าได้เห็น ได้พูด และได้ทำอะไรลงไปบ้าง การสูญเสียข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ป่วยจะจำไม่ได้ และเชื่อว่าสิ่งเหล่านั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ ความจำบกพร่องในลักษณะนี้จะแตกต่างจากอาการหลงลืมตามวัยซึ่งยังคงจำได้ว่าเคยพูด มีการนัดหมาย ได้เคยหยิบจับของนั้นก่อนที่จะหายไป หรือเคยกระทำสิ่งนั้น เป็นต้น

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องเหมาะสมในการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ ได้ (Anomia) ผู้ป่วยจำสิ่งของได้แต่นึกชื่อไม่ได้ จึงมักใช้การอธิบายเป็นประโยคบรรยายลักษณะสิ่งของนั้นแทน หรืออาจเรียกชื่อสิ่งของผิด ระยะต่อมาผู้ป่วยไม่สามารถจำสิ่งของและบุคคลได้ ผู้ป่วยไม่รู้ว่าสิ่งที่มองเห็น ได้ยิน หรือสัมผัสเป็นอะไร (Agnosia) ซึ่งมีสาเหตุจากพยาธิของสมองส่วนต่างๆ มีผลต่อกระบวนการจัดการข้อมูลในสมอง ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากประสาทสัมผัสถูกทำให้บิดเบือนไป อาการที่ตามมา คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่ได้ยิน และไม่สามารถใช้การสื่อสารบอกสิ่งที่ต้องการได้ สมมติของผู้ป่วยจะเสียไป ทำให้ไม่สามารถสนทนากันรู้เรื่อง หรือไม่สามารถสร้างประโยคได้เอง เมื่อโรคดำเนินมากขึ้นผู้ป่วยจะพูดตามคำพูดของคู่สนทนาที่ได้ยิน (echolalia) ต่อมาการพูดตาม

จะเสียไป ทำให้พูดประโยคได้สั้นลง และระยะหลังอาจพูดซ้ำตามเป็นคำ (parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกของคำ (logoconia) ซ้ำแล้วซ้ำอีก และในท้ายที่สุดผู้ป่วยก็จะไม่พูดอะไรเลย

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้ทิศทาง เวลา จะออกมาในลักษณะหลงทาง ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การหลับการตื่นผิดปกติ เช่น ไม่ยอมนอนกลางคืน หรือนอนกลางวันมากเกินไป

4. ความผิดปกติอื่นๆ เกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด ความมีเหตุผล การคำนวณ การแปลสุภาษิต การทราบความเหมือนกันความแตกต่างกันของสิ่งของ การทำงานให้เป็นขั้นตอน การสูญเสียทักษะต่างๆ ที่เคยมี เช่น การใช้โทรศัพท์ การแต่งตัว การเสียความสามารถในการอ่าน การเขียน การตัดสินใจผิดปกติหรือทำไม่ได้

5. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่การประสานกันระหว่างสายตา และการเคลื่อนไหว (Apraxia) เป็นความผิดปกติเนื่องจากสมองถูกทำลายจะเกิดในช่วงแรกของโรค โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่สังเกตเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายตามที่ต้องการได้ แม้วากล้ามเนื้อและประสาทการรับรู้เป็นปกติ และเป็นการยากที่จะบอกได้ว่า สิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้เกิดจากปัญหาเกี่ยวกับความจำหรือเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถเรียงลำดับขั้นตอนสิ่งที่ต้องทำได้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง

6. การเปลี่ยนแปลงทางจิตเวช ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป เช่น อาจมีอารมณ์ซึมเศร้า เฉื่อยชา วิดกกังวล หงุดหงิด ไม่มีมั่นคง ท้อถอย หวาดกลัวรุนแรง อิจฉาริษยา หวาดระแวง อาจมีอาการไม่สงบ เอะอะ วุ่นวายแทรก โดยเฉพาะในช่วงปลายคล้อยหรือช่วงเย็น พฤติกรรมที่ผิดปกติไป เช่น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดความสนใจสิ่งที่เคยชอบ ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ อยู่นิ่งไม่ได้ เดินเพ่นพ่าน หรือต้องเดินไปเรื่อยๆ บางครั้ง ทำอะไรซ้ำซาก เก็บช้อนอาหาร เงิน หรือข้าวของตนเอง ยับยั้งตัวเองไม่ได้ มีการแสดงออกทางสังคมที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ เกรี้ยวกราด ถดถอยจากสังคม ไม่สนใจเรื่องสุขลักษณะ การดูแลร่างกายและการแต่งกาย มีภาพหลอน หูแว่ว สำหรับบุคลิกภาพที่พบผิดปกติบ่อยที่สุดคือ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่มีเหตุผล เฉื่อยชา ไม่มีอารมณ์ หงุดหงิดโมโหง่าย มีความหลงผิดหวาดระแวงว่าได้รับภัยอันตราย มีขโมย หรือคู่สมรสนอกใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มาจากปฏิกิริยาจากการสูญเสียความสามารถทางสติปัญญาหรือผลของการสูญเสีย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุโดยตรงจากความผิดปกติทางสมอง^(7 20) สำหรับพฤติกรรมที่ผิดปกติมีอิทธิพลมาจากอารมณ์ ความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเสื่อมของสมอง นอกจากนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีความผิดปกติด้านขบวนการคิดเชิงเหตุผล อาจมีปัญหาในการทำงานให้สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยอาจหยุดการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเคยทำได้ปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เคยทำเป็นประจำ

ลักษณะการดำเนินโรค

การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ⁽⁹⁾ คือ

ระยะเริ่มแรก (1 - 3 ปี) ผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียความจำที่เห็นได้ชัดคือ ความจำระยะสั้น (short term memory) ผู้ป่วยมักจะถามคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกต ผู้ป่วยจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า การใช้คำต่างๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของเริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) จนบางครั้งต้องใช้คำอธิบายแทน หรือเรียกชื่อใหม่เอง (paraphasia) ความสามารถด้าน construction เช่น การวาดรูป หรือการถ่ายทอดภาพที่เห็นออกเป็นรูปภาพไม่ค่อยได้ ระยะนี้จะเริ่มหลงทิศทาง และหลงทางถ้าไปอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยระยะนี้สามารถดูแลตัวเองและทำกิจวัตรง่ายๆ ได้เป็นปกติ เช่น การกินอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน เช่น การคิดบัญชีรายรับรายจ่าย การดูแลบ้าน การซ่อมแซมบ้านด้วยอุปกรณ์เริ่มบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ที่พบได้ เช่น หงุดหงิดฉุนเฉียว เฉยเมย เศร้า อันเนื่องมาจากช่วงระยะแรกผู้ป่วยรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง ทำให้มีอาการซึมเศร้า หมกมุ่นครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เจ็บช้ำ ขาดความคิดริเริ่ม ความเพียรพยายามในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ทำให้มีปัญหาในครอบครัวและที่ทำงาน ผู้ป่วยจะกลบเกลื่อนด้วยการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่คุ้นเคย ในช่วงระยะนี้การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่สอง (2 - 10 ปี) ความจำเสื่อมมากขึ้น ถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ เช่น กินอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้กิน บ่นของหายเพราะวางผิดที่ จำญาติที่ห่างตัวออกไปไม่ได้ ความจำเก่าจะเริ่มเสียบ่อยหลังไป การพูดจาจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาวๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้การดูแลตัวเองจะบกพร่องไม่สนใจสุขภาพลักษณะ เช่น การแปรงฟัน หวีผมหรือล้างหน้า การชำระร่างกาย ภายหลังการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน จะเริ่มลำบากมากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ปรงอาหารไม่เป็น ขึ้นรถประจำทางไม่ถูก อาจมีอาการทางจิต เช่น หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามกฎของสังคม หรือทำความผิดลงไปโดยขาดการควบคุมอารมณ์ อาจออกไปนอกบ้านโดยไม่มีจุดหมาย และหลงทางกลับบ้านไม่ถูก ระยะนี้อาจมีอาการหูแว่วหรือภาพหลอนโดยที่ไม่ทราบว่าเป็นอะไร และไม่สนใจเกี่ยวกับความจำที่เสื่อมอย่างมาก การตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ (motor system) อาจพบความผิดปกติในการตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (computer scan) หรือตรวจคลื่นสมอง

ระยะสุดท้าย (3 - 12 ปี) ผู้ป่วยสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อหรือจำตัวเองไม่ได้ว่าเคยเป็นใครมาก่อน ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่รู้จักการ

เคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขบถ่าย ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเป็นคำๆ ตามผู้อื่น ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขน ขาเกร็งงอ ต้องได้รับการดูแลทุกอย่างจนวาระสุดท้าย การเสียชีวิตมักมีสาเหตุจากโรคปอดบวมเนื่องจากสำลักอาหารหรือเสมหะ โรคหัวใจ การขาดน้ำหรือภาวะทุโภชนาการ และติดเชื้อจากแผลกดทับ

อย่างไรก็ตามการลุกลามของโรคอัลไซเมอร์และอาการของโรคจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางรายมีชีวิตได้นานถึง 20 ปี ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัย ส่วนบางรายอาจเสียชีวิตภายใน 2 - 4 ปี หากผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง การดำเนินโรคเกี่ยวกับความเสื่อมของสมองจะเป็นไปอย่างช้าๆ แต่เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ต้องเข้าโรงพยาบาล หกล้มสะโพกหักต้องเข้ารับการผ่าตัด เป็นไข้หวัด ปอดบวม หรือมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ผู้ป่วยจะมีอาการเสื่อมทรุดลงอย่างมาก และถึงแม้จะมีการรักษาโรคทางกายอื่นๆ หายแล้ว ในเรื่องของความจำอาจมีประสิทธิผลลดลงกว่าช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สบาย เช่นเดียวกันผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่ผู้ป่วยอื่นไม่มี หรือมีอาการในระยะเวลาต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อโรคลุกลามไปตำแหน่งเฉพาะที่ในสมอง ลำดับความรุนแรงจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติทางภาษาอย่างรุนแรงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค แต่ยังสามารถทำงานอื่นๆ ได้ดีด้วยตนเองเป็นเวลาหลายปี บางรายอาจทำงานไม่ได้ในระยะแรกเริ่มของโรค แต่ความสามารถทางการใช้ภาษายังเป็นปกติ^(20 31)

กลไกการเกิดโรค⁽²⁰⁾

โรคอัลไซเมอร์ทำลายสมองบางส่วนโดยจะไปทำลายเซลล์ประสาทซึ่งเป็นตัวส่งข่าวสารของสมอง ส่งงานไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ทำหน้าที่ เซลล์ประสาทจะรับข้อมูลแล้วส่งต่อไปยังเซลล์ข้างเคียงโดยการทำงานของสารเคมีที่เรียกว่า "สารสื่อประสาท" เมื่อเซลล์ประสาทถูกทำลาย ทำให้สารสื่อประสาทลดลง หรือปราศจากสารสื่อประสาท การส่งข้อมูลจะขาดตอน ซึ่งจะทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองได้ เช่น สมองส่งคำสั่งไปยังมือให้หยิบสิ่งของ แต่เมื่อคำสั่งไปไม่ได้มือจึงไม่หยิบ โรคอัลไซเมอร์จะไปทำลายเซลล์ประสาทในตำแหน่งต่างๆ ของสมองซึ่งควบคุมการทำงานของร่างกายหรือจิตใจที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปจะทำลายเซลล์ประสาทส่วนที่ควบคุมความคิด ความจำ การพูด สมองส่วนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ สมองกลีบหน้าและสมองกลีบข้าง (Temporal) คือ ผิวส่วนนอกของสมอง เป็นบริเวณที่ควบคุมการทำงานของจิตใจ และบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เป็นสมองส่วนล่างด้านในมีหน้าที่ควบคุมทางด้านอารมณ์สาเหตุของการตายของเซลล์ประสาทยังไม่ทราบชัดเจน

ความผิดปกติที่เด่นชัด 2 ลักษณะ คือ นิวโรไฟบริลลารี แทงเกิลส์ (Neurofibrillary tangles) เป็นเส้นใยประสาทที่บิดเป็นเกลียวภายในเซลล์ประสาท รบกวนความสามารถในการทำงานของเซลล์ประสาท และ นิวโรติก พลา๊กส์ (Neuritic plaques) คือ การสะสมของโปรตีนเหนียวที่เรียกว่า เบต้า อะมัยลอยด์ (Beta amyloid) ซึ่งถูกล้อมรอบโดยเศษของเซลล์ประสาทที่กำลังจะตาย สำหรับพลา๊กส์นี้นักวิจัยไม่แน่ใจว่าเบต้า อะมัยลอยด์ (Beta amyloid) เป็นสาเหตุของการเสื่อมของเซลล์ประสาท หรือเป็นเพียงผลที่เกิดจากการเสื่อมนั้น ส่วนโปรตีนซึ่งมีลักษณะคล้ายชิ้นส่วนแป้งที่แตกจากโมเลกุลขนาดใหญ่ที่รู้จักกันในชื่อ อะมัยลอยด์ พรี้เคอร์เซอร์โปรตีน (amyloid precursor protein) หรือ เอพพี (APP) เป็นโปรตีนต้นกำเนิดของอะมัยลอยด์ (amyloid) จะปรากฏให้เห็นเฉพาะในกรณีที่เอพพีแตกตัวอย่างผิดปกติเท่านั้น จากการทดลองเพาะเลี้ยงเซลล์ประสาทพบว่า เอพพีสามารถทำลายเซลล์ประสาทได้

นอกจากนี้จะมีการสะสมของพลา๊กส์และแทงเกิลส์แล้ว สมองจะขาดสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งเรียกว่าอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งเป็นสารตัวหนึ่งในกลุ่มเซลล์ประสาทที่ทำให้เกิดระบบประสาทโคลีน (Cholinergic) ซึ่งเป็นระบบที่มีผลต่อความจำและการเรียนรู้ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ระบบประสาทนี้และเซลล์ประสาทจะถูกทำลายมากขึ้น

สาเหตุการตายของเซลล์ประสาทยังไม่ทราบชัดเจน มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่ได้รับการเสนอมาเป็นเวลาหลายปี ดังนี้

- การทำงานของระบบประสาทโคลีนของสมองบกพร่อง สารตัวนี้มีส่วนในการทำงานด้านความจำและการเรียนรู้ แต่นักวิจัยเชื่อว่าปริมาณที่ลดลงเกิดจากการตายของเซลล์ประสาทที่สร้างสารตัวนี้ มิใช่สารตัวนี้ลดลงแล้วทำให้เซลล์ตาย
- การที่สมองขาดฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทหรือสารเอ็นจีเอฟ (nerve growth factor / NGF) โดยปกติสารนี้จะยึดติดกับโปรตีนชนิดหนึ่งเรียกว่า พี 75 (P 75) โปรตีนชนิดนี้สามารถทำลายเซลล์ประสาทได้เมื่อสารเอ็นจีเอฟขาดหายไป งานวิจัยบางเรื่องแสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์บางรายขาดสารเอ็นจีเอฟ นักวิจัยสันนิษฐานว่า การขาดสารเอ็นจีเอฟในสมองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงยังไม่สามารถพิสูจน์ได้
- การติดเชื้อไวรัส มีรากฐานมาจากความจริงที่ว่า โรคหลายโรคที่มีอาการสมองเสื่อมเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือสารติดเชื้อในปัจจุบัน นักวิจัยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกได้ว่าโรคอัลไซเมอร์สามารถติดต่อกันได้
- การมีสารอะลูมิเนียมในสมองปริมาณสูง สารอะลูมิเนียมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบสารนี้ในปริมาณสูงปะปนอยู่ในน้ำที่ใช้

ในกระบวนการฟอกเลือด และจากการผ่าสมองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่เสียชีวิต นักวิจัยพบว่ามีสารอะลูมิเนียมในปริมาณสูง ทฤษฎีนี้ยังอยู่ในความสนใจตั้งแต่นั้นมา แม้ปัจจุบันยังไม่พบหลักฐานยืนยัน

- ปลายปี ค.ศ. 1994 นักวิจัยพบความเป็นไปได้ของการเชื่อมโยงระหว่างสังกะสีและการเกิดการสะสมของพลาแกสในสมอง จากผลการทดลองพบว่าสังกะสีสามารถเปลี่ยนโปรตีนบางชนิดทำให้ไม่สามารถละลายได้ เชื่อว่าโปรตีนเหล่านี้จะทำให้เซลล์สมองตายและสะสมเกิดเป็นพลาแกสขึ้น อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์
- ทฤษฎีระบบภูมิคุ้มกัน เกิดจากการตอบสนองต่อการอักเสบ ซึ่งเป็นกระบวนการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเพื่อกำจัดการติดเชื้อและจุลชีพที่บุกรุกเข้าสู่ร่างกาย ในบางกรณีเกิดความผิดปกติกับระบบนี้ จึงทำให้ภูมิคุ้มกันทำลายเนื้อเยื่อของตนเองแทนที่จะทำลายเชื้อโรค ความผิดปกติในการทำงานเหล่านี้ทำให้เกิดโรคมามากมายที่เรียกว่าเป็นภูมิคุ้มกันกินตัวเอง นักวิจัยบางรายจึงสันนิษฐานว่าระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจเป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์เช่นกัน
- ทฤษฎีอนุมูลอิสระ มีรากฐานมาจากการค้นพบ "อนุมูลอิสระ" ซึ่งเป็นสารไวต่อการทำปฏิกิริยาเคมี ประกอบด้วยโมเลกุลออกซิเจนที่มีประจุซึ่งจะถูกปลดปล่อยเข้ามาในร่างกายอย่างต่อเนื่องสามารถทำลายเซลล์ได้ พุคอีกนัยหนึ่งคืออนุมูลอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดการทำลายของเซลล์ ดังนั้นอนุมูลอิสระอาจมีบทบาทต่อโรคอัลไซเมอร์ แต่ยังไม่มีความชัดเจน
- ทฤษฎีกรรมพันธุ์ พันธุกรรมมีส่วนในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ปัจจุบันพบว่าการกลายพันธุ์ของยีน 3 ตัว เป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ระยะต้น และการเปลี่ยนแปลงของยีนตัวที่ 4 พบว่าเป็นปัจจัยของการเกิดโรคทั้งระยะต้นและระยะปลาย แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทุกคนจะมียีนเหล่านี้ จึงเป็นการบ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดโรคได้

ทฤษฎีหลักในการอธิบายสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ตามความเห็นของนายแพทย์ดีคอสกีมี 2 ทฤษฎี คือ พลาแกสและแทงเกลิลส์ ทฤษฎีพลาแกส คือ การขัดขวางเมตาโบลิซึมของอะมัยลอยด์ จะทำให้เกิดเบตต้าอะมัยลอยด์ในพลาแกส จึงทำให้เกิดโรคได้ ทฤษฎีที่ 2 ความผิดปกติของโครงสร้างเซลล์ประสาท ทำให้เซลล์หดตัวรวมกันเป็นแทงเกลิลส์ เกิดการรบกวนเมตาโบลิซึมในเซลล์ ทำให้เซลล์ตายหรือทำงานผิดปกติ

การตรวจโรคอัลไซเมอร์

ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือทดสอบที่จะสรุปว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์เพียงอย่างเดียวก็ไม่อาจวินิจฉัยได้ เนื่องจากพบเพียงว่าเนื้อสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ

หรือผิดปกติไปอย่างไร อย่างไรก็ตามต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบกับลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางสมอง การวินิจฉัยโรคจะได้จากการแยกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ ออกไป เช่น ระดับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั่วไป แต่โรคอัลไซเมอร์มักจะมี ความแตกต่างจากนี้คือมีอาการเริ่มแรกในอายุน้อยกว่าและมีความรุนแรง การวินิจฉัยที่แน่นอนจะกระทำได้เพียงการชันสูตรสมองของผู้ป่วยเหล่านั้นซึ่งจะพบว่ามี extensive cortical atrophy และ neurofibrillary bundles รวมทั้ง plaques ใน cerebral cortex และ hippocampus^(9 31)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนจึงยังไม่มี การรักษาโดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังไม่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลประคับประคองการรักษาตามอาการ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจเป็นหัวใจสำคัญที่สุด เป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ^(2 7 10 20)

1. การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความจำ การรับรู้ และความคิดดีขึ้น
2. หยุดยั้งหรือทำให้การลุกลามของโรคช้าที่สุดเท่าที่ทำได้
3. ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น
4. แก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย
5. ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลดีขึ้น

วิธีการรักษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น มี 3 ประการ คือ

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic approaches)
2. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ (pharmacologic enhancement of cognition)
3. การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม (management of behavior disturbances)

1. หลักการรักษาโดยไม่ใช้ยา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินโรค การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นานที่สุด ทางเลือกในการรักษาต่างๆ แหล่งที่สามารถหาความรู้ และความช่วยเหลือเพื่อลดความเครียด และอารมณ์ซึมเศร้าของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งจะ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วย ได้นานขึ้นโดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านพักคนชรา

2. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ

การใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสมองและความจำของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ประกอบด้วยการรักษาตามอาการ และการใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง

2.1 การใช้ยาเพื่อรักษาตามอาการ

ตามที่ได้กล่าวถึงกลไกการเกิดโรคอัลไซเมอร์ มาจากการขาดหรือปราศจากสารสื่อประสาท เนื่องจากเซลล์ประสาทถูกทำลาย ที่เรียกว่า acetylcholine ดังนั้นยาที่พัฒนามาเพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นจึงมุ่งไปในทิศทางที่จะเพิ่มสารเคมีดังกล่าวในสมอง เช่น ยา Donepezil Rivastigmine ซึ่งได้ผลดี มีผลข้างเคียงต่อดับและอวัยวะอื่นๆ น้อย และมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและนอนไม่หลับเพียงเล็กน้อย

2.2 การใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง ได้แก่

- ยาต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามิน E selegiline
- ฮอร์โมนเอสโตรเจน
- ยาต้านการอักเสบ
- สมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย
- วิตามินซี

อย่างไรก็ตามยาเหล่านี้อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย ยังไม่ได้ข้อมูลหรือผลสรุปยืนยันเพียงพอถึงผลดี

3. การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม

ยาบำบัดอาการวิตกกังวล อยู่ไม่สุข หงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เดินไปเดินมา พฤติกรรมก้าวร้าว อาการประสาทหลอน เพ้อ และหวาดระแวง มียา 3 ประเภท คือ ยาด้านอาการโรคจิต ยาคลายกังวล และยาด้านอาการซึมเศร้า อย่างไรก็ตามยาแต่ละตัวก็มีผลข้างเคียง เช่น

- ยาด้านโรคจิต ยาเหล่านี้มีฤทธิ์กล่อมประสาทและช่วยปรับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมให้ปกติ แต่ก็ให้ผลข้างเคียงคือ ทำให้ซึม ความดันโลหิตลดลง สายตาพร่ามัว ปากแห้ง ท้องผูก อาการสั่น ตัวเกร็งแข็ง และใบหน้าไร้ความรู้สึก
- ยาคลายกังวล หรือยากล่อมประสาทอย่างอ่อน ช่วยลดความกังวลและอาการ อยู่ไม่สุขได้ดี ผลข้างเคียงคือ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย และการทรงตัวไม่ดี

อาจมีเวียนศีรษะ ตาพร่า พุดไม่ชัด ภาวะตื่นตัว อยู่ไม่สุข หงุดหงิด อารมณ์
ฉุนเฉียว ประสาทหลอน สับสน ซึมเศร้าและไวต่อการถูกกระตุ้น

- ยาต้านซึมเศร้า ผลข้างเคียงคือ ง่วงซึม ปากแห้ง และตาพร่า การเดินไม่มั่นคง
มือสั่น สับสน ประสาทหลอน อยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม และ
อาการคล้ายโรคพาร์กินสัน

การใช้ยาจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยสมองเสื่อมเสมอไป

อย่างไรก็ตามการรักษาส่วนมากจะเป็นการรักษาตามอาการ โดยเฉพาะอาการผิดปกติ
ทางพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช ซึ่งต้องอาศัยหลายวิธีการร่วมกัน ยาหรือวิธีการชะลอ
อาการสมองเสื่อม หรือยาที่แก้ความผิดปกติต่างๆ โดยตรงยังได้ผลดีไม่เท่าที่ควร ในปัจจุบันการ
ดูแลและการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้นอกจากการพัฒนาในองค์ความรู้ทางการแพทย์แล้ว ยังจะต้อง
ปรับปรุงเรื่องนโยบายอื่นๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การให้บริการที่เหมาะสม และมีคุณภาพดี
ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่จำเป็น การให้การศึกษา การดูแลด้านจิตสังคม เช่น การบำบัด
พฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) การเสริมสร้างปัญญาและทักษะ
ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ตลอดจนการให้จิตบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ

ความสำคัญของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เนื่องจากผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จะมีการสูญเสียในด้านความจำ การใช้ภาษา การทำงาน การปฏิบัติ
ในชีวิตประจำวัน การคิดและใช้เหตุผล สับสนในเรื่องของเวลา สถานที่และการนอนตื่นผิดเวลา
และมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก การมีชีวิตอยู่กับโรคสมองเสื่อมเป็น
ความยากลำบากสำหรับผู้ป่วย ซึ่งพ่ายแพ้ต่อชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพาใคร ผู้ป่วยต้องอยู่ในโลกที่ซับซ้อน
แปลกตา และน่าสะพรึงกลัวมากขึ้น⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยต้องการการดูแลแทบจะ 24 ชั่วโมง ทั้งนี้เพราะขาด
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในแทบทุกด้าน โดย
เฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม การที่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น เสื่อมช้าลงหรือมี
พฤติกรรมที่เป็นปัญหายุ่งยากต่อการดูแลลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากความร่วมมือในการ
ปฏิบัติตนของผู้ป่วยแล้ว ยังขึ้นกับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและถูกต้องจากผู้ดูแล ผู้ดูแลนั้นถือได้ว่า
เป็นศูนย์กลางการดูแลทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการ
รักษา บ่อยครั้งเป็นผู้ที่ทำให้การรักษาประสบผลดี โดยผู้ดูแลจะรับหน้าที่การดูแลผู้ป่วยต่อจาก

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล⁽³²⁾ การดูแลผู้ป่วยมีทั้งการดูแลทางกาย จิตใจ และสังคม การดูแลทางกาย ได้แก่ การดูแลเรื่องความเจ็บป่วย อาการที่ต้องจัดการ เช่น ความเหนื่อยอ่อน อ่อนล้า อาเจียน ท้องผูก การไม่นอน หงุดหงิด เป็นต้น การดูแลในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย การให้อาหารและยา การดูแลในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดิน การพักผ่อน ออกกำลังกาย การดูแลในเรื่องของโภชนาการ ความสะอาด และความปลอดภัย เป็นต้น ทางด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลในเรื่องความรู้สึกสับสน วิดกกังวล ความกดดัน ความเครียด ความโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่นๆ อารมณ์ซึมเศร้าหมดหวังในอนาคต การสูญเสียความเป็นอิสระ การสูญเสียสัมพันธภาพ การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการได้รับกำลังใจ เป็นต้น ทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยอมรับ มีผู้เห็นความสำคัญ ชีวิตมีความหมาย และการจัดการเรื่องมรดก เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาก่อน ภาระจากการดูแลนั้นไม่ใช่การทำงานที่เป็นกิจวัตรประจำวัน แต่เป็นงานที่ต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่ทรุดลงทุกวัน นอกจากนี้ต้องเผชิญและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าทุกวันเช่นกัน ผู้ดูแลจึงมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาการเงินและการงาน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังอาจเกิดภาวะหมดไฟไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

หากผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องการดูแลแล้ว อาการป่วยของผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และอาจทำให้อาการป่วยที่เป็นอยู่ทรุดลงอีก

การช่วยบรรเทาอาการสมองเสื่อมนอกจากการใช้ยาแล้ว ยังมีวิธีการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยาหลายวิธี ซึ่งผู้ดูแลสามารถใช้เทคนิคเหล่านี้จัดการกับอาการสมองเสื่อมและพฤติกรรมที่มีปัญหา เพื่อช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ดีขึ้น แม้ว่าวิธีบำบัดโดยไม่พึ่งยาจะค่อนข้างยืดเยื้อและน่าเหน็ดเหนื่อย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะยากลำบากเพียงใด ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังมีวิธีปรับตัวได้ ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคให้มากที่สุด เตรียมตัวสำหรับสิ่งที่จำเป็นในอนาคตที่ละวันอย่างเรียบง่าย พยายามปรับตัวโดยพัฒนาแผนในการมีชีวิตอยู่กับโรคสมองเสื่อม เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเริ่มป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ขั้นตอนแรกที่จะต้องทำคือ⁽²⁰⁾

1. เรียนรู้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุ อากาโรใดบ้างที่อาจเกิดขึ้นได้ และเกิดอาการเมื่อไร โรคจะลุกลามอย่างไร การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันมีอะไรบ้าง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการช่วยเหลือที่จำเป็นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความรู้เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนรวมทั้งตัวผู้ป่วยได้ประโยชน์เพื่อจะทำความเข้าใจต่อสิ่งที่ตนต้องการ

2. เรียนรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ ผู้ป่วยเหมือนคนทั่วไปซึ่งอาจจะป่วยด้วยโรคอื่น เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ การติดเชื้อโรคที่เกิดขึ้นบ่อย และภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นสาเหตุ แต่ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนมากไม่รู้อาการหรือไม่สามารถบอกใครได้

- ขณะที่ความสามารถของสมองลดลง ผู้ป่วยอาจต้องการคนช่วยตัดสินใจและวางแผนในอนาคต อาจรวมถึงการตัดสินใจระยะสั้น เช่น การชำระเงินที่ค้าง หรือสวมเสื้อผ้าแบบไหน และการตัดสินใจระยะยาวเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์จนกระทั่งเสียชีวิต และการจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินที่มี

- ขณะที่ความสามารถต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยต้องการการเฝ้าดูแลมากขึ้นเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น และการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ และการรับประทานอาหาร นอกจากนั้นตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องการความเข้าใจและกำลังใจ

- ความต้องการในการดูแล ควบคุม และช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ไม่ค่อยธรรมดานัก สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าดูแลสม่ำเสมอ เพื่อไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเปิดเตาไฟทิ้งไว้ ถูกร้อนลวกขณะอาบน้ำ เดินหรือขับรถออกไปเองจนหลงทาง หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวต้องพยายามจัดบ้านให้ปลอดภัย ใส่กลอนประตูให้เรียบร้อย และเก็บซ่อนกุญแจหรือถอดหัวจ่ายไฟในรถยนต์ออกเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้รถได้

3. เมื่อครอบครัวตัดสินใจที่จะดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน สิ่งที่ต้องเริ่มต้นทำคือ

- คนในครอบครัวรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรหรือไม่
- มีการจัดเตรียมที่พักที่แน่นอนบ้าง

- มีค่าใช้จ่ายพร้อมหรือไม่
- สมาชิกในครอบครัวมีความห่วงใยผู้ป่วยมากแค่ไหน
- ใครจะเป็นผู้ดูแลประจำ และจะไปพักที่ไหนเมื่อถึงจุดนี้
- ทุกคนช่วยสำรวจบ้านที่หมายตา
- ดูแลความปลอดภัยและความมั่นคงในระยะยาว
- ผู้ดูแลประจำจะต้องเรียนรู้เทคนิคในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด

4. การเตรียมบ้านให้ปลอดภัยและมั่นคง

แม้ผู้ป่วยจะยังไม่ทำอะไรที่จะเป็นอันตรายต่อตัวเองในขณะนี้ แต่อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต เพราะความจำของผู้ป่วยจะเริ่มเสื่อมลงไปเรื่อยๆ ในรายที่โรคลุกลามมากขึ้นอาจมีอาการตัดสินใจผิดพลาด การเดิน การเคลื่อนไหว การทรงตัวจะเลวลง อาจทำร้ายตัวเองด้วยของแหลมคม รับประทานสารพิษเข้าไปโดยไม่รู้ตัว หรือเดินสะดุดและหกล้ม ถ้าหากผู้ป่วยเดินเรื่อยเปื่อยเมื่อคลาดจากสายตาของผู้ดูแล อาจเดินหายออกจากบ้านได้รับอันตรายนานัปการ ดังนั้นจึงต้องสำรวจบ้านที่จะเข้าอยู่ก่อนล่วงหน้า และจำกัดสิ่งของที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด

อันตรายที่เกิดขึ้นภายในบ้านอาจแตกต่างกันขึ้นกับห้องที่อยู่ เช่น ห้องครัว และห้องน้ำ มีอันตรายต่างกัน ต้องจัดปัญหาในห้องทุกห้องที่ผู้ป่วยสามารถเข้าไปได้เสียก่อน ดังนี้

- ห้องครัว อุปกรณ์ที่มีอันตรายมากในครัว มีด สิ่งของมีคมต่างๆ สิ่งของที่เปราะแตกง่าย สารเคมีที่ใช้ในบ้าน หรือเครื่องไฟฟ้าต่างๆ เก็บให้พ้นสายตา พันมือ เก็บใส่ตู้ติดกุญแจล็อก เก็บไม้ขีดไฟ ถอดลูกบิดเปิดปิดแก๊ส ในกรณีจำเป็นอาจติดตั้งประตูใส่กุญแจเปิดทางไม่ให้ผู้ป่วยเข้าห้องครัว

- ห้องน้ำ เก็บสารเคมี ยา และของมีคมทั้งหมด เช่น มีดโกน กรรไกร ให้พ้นมือ ประตูห้องน้ำควรเป็นประตูที่เปิดล็อกได้จากทั้งด้านนอกและด้านใน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยปิดขังตัวเองอยู่ข้างในห้องโดยไม่มีใครรู้ อ่างอาบน้ำ หรือฝักบัว ควรตั้งอุณหภูมิความร้อนของน้ำที่ต้องการที่เครื่องตัดอุณหภูมิซึ่งติดตั้งกับเครื่องทำความร้อน เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำร้อนลวก ควรวางแผ่นยางรองเท้า หรือแผ่นยางกันลื่นที่พื้นห้องน้ำและในอ่างอาบน้ำ เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ควรติดตั้งราวจับหรือราวเกาะที่ฝักบัวให้ผู้ป่วยในอ่างอาบน้ำ ควรหาซื้อเก้าอี้พิเศษสำหรับอ่างน้ำโดยเฉพาะซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอาบน้ำด้วยตนเองได้สะดวก และง่ายสำหรับผู้ดูแล หากต้องอาบน้ำให้ผู้ป่วย ควรหาซื้อเก้าอี้สุขา เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมากแล้ว

- ติดตั้งกุญแจล็อกที่ประตูทุกบานที่จะเปิดออกข้างนอกได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินออกนอกบ้านตามลำพัง เก็บสิ่งของมีคม ของหนัก หรือของที่แตกง่าย และของที่มีขนาดเล็กพอ

ที่จะหยิบเข้าปากได้ เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผล ได้รับบาดเจ็บ อาการสำลักติดคอ และอุบัติเหตุอื่น ไม่ใช่พรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม เก็บสายไฟให้เรียบร้อย หรือเดินสายไฟใหม่ เพื่อป้องกันการสะดุดหกล้ม จัดเครื่องเรือนไม่ให้เกะกะขวางทาง เพื่อให้เดินได้สะดวก ติดตั้งดวงไฟกลางคืน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสับสนกลางดึก เปิดไฟที่ทางเดินบันไดให้สว่าง และทำราวบันไดให้แข็งแรง

- พยายามจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จัดวางเครื่องเรือนให้เรียบง่าย ไม่วางของปะปนกัน ควรวางสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นตาไว้ให้เห็นอยู่เสมอ อาจช่วยให้ผู้ป่วยจดจำสิ่งต่างๆ ได้ รูปถ่ายต่างๆ จะช่วยกระตุ้นความทรงจำถึงบุคคลและเหตุการณ์ และสิ่งของส่วนตัวอันเป็นที่รักของผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองเป็นใคร แต่การมีสิ่งของรอบตัวมากเกินไปอาจจะทำให้สับสนได้ ไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายของเล็กๆ น้อยๆ ทั้งหมด เพียงแต่ลดจำนวนลง การเก็บของของผู้ป่วยคุ้นเคย หรือเป็นเจ้าของไว้ในห้องที่ผู้ป่วยเข้าออกบ่อยๆ

การดูแลผู้ป่วย

นอกจากการดูแลด้านร่างกายรวมถึงดูแลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีแล้ว จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ อีกทั้งยังต้องปรับให้เข้ากับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วย สิ่งที่คุณดูแลพึงระลึกไว้เสมอคือ พฤติกรรมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปวันต่อวัน เมื่ออาการสมองเสื่อมลุกลามมากขึ้น ความต้องการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ความรับผิดชอบและเทคนิคในการดูแลพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจะปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เนื่องจากการลุกลามของสมองเสื่อมอาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน จึงไม่มีขั้นตอนหรือเทคนิคตายตัวในผู้ดูแล อย่างไรก็ตามคำแนะนำเรื่องการดูแลทั่วไปอาจช่วยได้ รวมทั้งมีเทคนิคที่เสนอแนะหลายอย่างที่อาจช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ เพียงผู้ดูแลต้องทดลองปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุดสำหรับตน

คำแนะนำการดูแล

1. สิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องจำไว้เสมอคือ การดูแลด้วยความรัก และไม่ลบหลู่ดูหมิ่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำเช่นเดียวกับเด็กๆ ผู้ป่วยก็เป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง
2. กรณีผู้ป่วยแสดงอารมณ์ร้าย ขว้างปาสิ่งของ หรือใช้วาจาไม่สุภาพ และพูดจาหยาบคาย ให้นึกเสมอว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นมีสาเหตุจากสมองที่เป็นโรค ทำให้ไม่สามารถคิดได้อย่างคนปกติ ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจแสดงพฤติกรรมเพื่อกวนประสาทผู้ดูแล แม้ว่าจะดูเหมือนจงใจทำก็ตาม ในหลายรายพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความต้องการที่เกิดจากสาเหตุจริง เช่น หากผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวหรือตกใจ ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถอธิบายอารมณ์

เหล่านั้นเป็นคำพูดได้ หรืออาจไม่รู้จักรักรวมณีนี่เกิดขึ้นนั้นเลย แต่สามารถแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบได้ อารมณ์ฉุนเฉียวที่แสดงออกคือปฏิกิริยาโต้ตอบความรู้สึกหวาดกลัวนั้นก็เป็นได้ ด้วยประสบการณ์และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรม จะทำให้สามารถค้นพบว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีปัญหาขึ้น เมื่อรู้แล้วก็อาจหยุดพฤติกรรมดังกล่าวด้วยการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุ แต่ถ้าไม่สามารถหาสาเหตุได้ ให้จำไว้ว่าสาเหตุทั่วไปของโรคคือการเกิดสมองเสื่อม

3. การดูแลให้ผู้ป่วยยังกระฉับกระเฉงตลอดเวลา และให้ผู้ป่วยทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเองและมีชีวิตอยู่อย่างมีจุดหมาย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองได้ด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม มิได้หมายความว่าชีวิตของผู้ป่วยได้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยยังใช้ชีวิตได้อีกหลายปี ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องทำให้ชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยมีความสุข และมีความหมายที่สุดเท่าที่จะทำได้ ด้วยการสังเกตงานบางอย่างเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยทำไม่ได้ บางอย่างไม่ชัดเจนนัก เช่น ผู้ป่วยจะเลิกทำงานบางอย่างที่เคยชอบทำ หรืออาจบอกผู้ดูแลว่าไม่ชอบทำงานนั้นแล้ว หรืออาจทำผิดพลาดในบางขั้นตอน เช่น ใส่เสื้อผ้ากลับหน้ากลับหลัง หรืออาจแสดงอาการหงุดหงิดให้เห็น เมื่อถึงจุดนี้ผู้ดูแลอาจต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการคอยช่วยอยู่ใกล้ๆ หรือทำแทนผู้ป่วยทั้งหมด ถึงแม้ว่าผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรด้วยตัวเองให้มากที่สุด แต่ไม่ควรบังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่เขาทำไม่ได้⁽²⁰⁾

สรุปหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มี 2 ประการ คือ

1. การช่วยให้ผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่งการพึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งในระยะที่เริ่มเป็นจนถึงระยะกลางของโรค เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเกี่ยวกับตนเองดีกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กฎที่สำคัญคือไม่ทำอะไรให้ผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองตามลำพัง สิ่งแรกอาจเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ด้วยความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม ระยะต่อมาอาจจะช่วยผู้ป่วยหยิบเสื้อผ้าหรือแม้แต่ช่วยสอดแขนลงในแขนเสื้อ เป็นต้น

2. การช่วยลดหรือป้องกันพฤติกรรมที่รบกวน กำหนดตารางกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำอยู่เสมอ ตัดทอนขั้นตอนการทำงานเพื่อให้ง่ายต่อผู้ป่วย พิจารณาถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และจัดการสิ่งต่างๆ ที่ละอย่าง หากคิดถึงหลักในการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานที่กล่าวมาอยู่เสมอ

ผู้ดูแลควรสร้างความรู้สึกที่ดีกับผู้ป่วย โดยลำดับแรก ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ต้องเข้าใจจิตใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง จะเป็นการเริ่มต้นของการรักษาอย่างถูกวิธีที่สุด

ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร⁽⁷⁾

1. ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสน รู้ตัวว่าตนเองเสียความทรงจำมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดได้อย่างไร
2. มีความกดดัน ความเครียดสูง เพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้
3. เกิดความโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่น ๆ
4. เกิดความกลัวที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตนเอง และไม่สามารถช่วยตนเองได้ที่ยั่งยืนยังการเปลี่ยนแปลงนั้น
5. ไม่แน่ใจในอนาคต เพราะอาการระยะเริ่มจนสุดท้ายไม่แน่นอน
6. เกิดภาวะซึมเศร้า หดหวังในอนาคต

ผู้ดูแลควรปฏิบัติอย่างไรต่อผู้ป่วย

1. ให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีไม่ย่อท้อสิ้นหวังต่อโรค
2. เป็นนักฟังที่ดี สนับสนุนให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความอัดอั้นตันใจให้ฟัง
3. พยายามให้ความหวังแก่ผู้ป่วยว่า เขายังหาความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ได้ แม้จะรู้ว่าไม่มีทางหายจากโรค
4. ให้ความอบอุ่นให้ผู้ป่วยรู้ว่าจะมีคนดูแล ไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ว่าจะมีปัญหาอื่นใดก็ตาม ครอบครัวช่วยได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นในชีวิตต่อไป

สร้างการสื่อสารที่ได้ผล⁽²⁰⁾

1. กำจัดสิ่งรบกวนที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น ปิดโทรทัศน์ก่อนการสนทนา
2. เรียกชื่อผู้ป่วย
3. เรียกร้องความสนใจจากผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มพูด
4. จ้องตาผู้ป่วยขณะที่พูด
5. พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล
6. ใช้คำพูดที่สั้น และประโยคง่ายๆ พูดช้าๆ และชดถ้อยขัดคำ
7. พยายามให้เวลาผู้ป่วยในการตอบ
8. พูดซ้ำถ้าจำเป็น
9. หากผู้ป่วยไม่เข้าใจ ควรเรียบเรียงคำพูดใหม่

10. ใช้สีหน้า หรือการเน้นเสียงเพื่อช่วยให้เข้าใจคำพูด
 11. ทำมือหรือท่าทางประกอบ ถ้าจำเป็น
 12. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจ ใช้การเขียน วาดภาพ หรืออุปกรณ์ที่มองเห็นได้ เพื่อช่วยให้เข้าใจมากขึ้น
 13. อย่าพูดหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน ควรพูดทีละเรื่อง
 14. อย่าเปลี่ยนหัวข้อสนทนาอย่างรวดเร็ว
 15. เมื่อบอกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ควรเรียงเรียงเป็นขั้นตอนตามลำดับ และบอกทีละขั้นตอน
 16. ตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด
 17. อย่าพูดแทนผู้ป่วย
 18. คอยให้กำลังใจและคำชม
 19. ทำใจเย็นและอย่าเครียด
- กิจกรรมของผู้ป่วย⁽⁷⁾ ควรมีดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายประจำวัน เพราะจะทำให้ไม่เบื่อโลก ควรสนับสนุนให้เดินเล่น ใกล้เคียง บ้าน ได้ร่วมออกกำลังกายตามชมรมผู้สูงอายุใกล้บ้าน นอกจากนี้จะดีกับร่างกายแล้ว จิตใจ จะได้รับความเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียดด้วย

2. ให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคม ไปงานเลี้ยง เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สนใจ ได้พบปะเพื่อนฝูง อย่าให้เหงาอยู่กับบ้าน

3. ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสช่วยตนเอง ทำงานบ้านที่ไม่หนักแรง ทำให้เกิดศักดิ์ศรีในการพึ่งตนเอง

4. พาผู้ป่วยไปเที่ยวสถานที่ให้ความรื่นรมย์ทางธรรมชาติ เช่น สวนสัตว์ สวนสาธารณะ ไปดูกีฬา ข้อควรระวังคือ ถ้าความทรงจำไม่ดี ผู้ป่วยอาจหลงทาง และสูญหายไปได้ จึงควรมีผู้ติดตามหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยไปด้วยเสมอ

กิจกรรมในชีวิตประจำวัน

งานหลักของผู้ดูแล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรที่คนทั่วๆ ไป ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การแต่งกาย และการเข้าห้องน้ำ ในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยอาจยังไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ บางรายอาจเพียงแต่ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำในสิ่งต่างๆ เท่านั้น แต่เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจะต้องการความช่วยเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ และในระยะ

สุดท้ายของโรค จะต้องทำกิจวัตรบางอย่างให้กับผู้ป่วยทั้งหมด หน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลคือ จะต้องให้มีการปฏิบัติกิจวัตรเป็นประจำทุกวัน และต้องทำให้ง่ายสำหรับผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมทั้งต้องคำนึงถึงการให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรสำหรับตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้⁽²⁰⁾

วิธีการที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน⁽³³⁾

1. ทำงานกับผู้ป่วยในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง คงความเคารพ เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมยังคงรู้ตัวดีว่าเขาได้รับการปฏิบัติอย่างไร
2. รักษาสภาพแวดล้อมให้ง่ายและโล่งสะอาดตา ยิงมีของน้อยเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยไขว่ขวายน้อยลงเท่านั้น
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยตัวเอง ความเป็นตัวของตัวเองมีความสำคัญมากกับคนเราทุกคน มันเป็นทางหนึ่งที่จะรักษาการควบคุมชีวิตของเรา ผู้ป่วยสมองเสื่อมยังคงมีความสามารถที่จะเป็นตัวของตัวเองในบางเรื่อง
4. พยายามทำอะไรเป็นตารางเวลา จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยตอบสนองได้ดีกับการทำอะไรเป็นกิจวัตรตามเวลา ในขณะที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะอะไรคือกิจวัตร รูปแบบยังสามารถอยู่ในความจำและอีกแง่หนึ่งผู้ป่วยบอกไม่ได้ว่าปัญหานั้นคืออะไร
5. ยืดหยุ่นและอดทน ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะอ่อนไหวมากเมื่อถูกรัง นอกจากนั้นความสามารถของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ไม่ใช่เฉพาะจากวันต่อวัน แต่จากเช้าถึงกลางวันและถึงเย็น
6. ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ง่ายและชัดเจน โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของปัญหาการสื่อสารในผู้สูงอายุ
7. ยอมรับผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งรวมถึงเมื่อความสามารถเปลี่ยนแปลงไป วันนี้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่พรุ่งนี้ทำไม่ได้ หรือเช้าทำได้แต่บ่ายทำไม่ได้แล้ว

เพื่อให้กิจวัตรประจำวันผ่านไปด้วยดี มีขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเท่าที่จะเป็นไปได้ มีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งงานเป็นขั้นๆ ไป ซึ่งเหมาะกับความสามารถของผู้ป่วย เช่น การแปรงฟัน ผู้ป่วยอาจจะสามารถทำตามขั้นตอนดังนี้
 - ปีบยาสีฟันลงบนแปรงสีฟัน
 - แปรงฟัน
 - บ้วนล้างปาก

- ล้างแปรงสีฟัน

สำหรับผู้ป่วยที่เสื่อมมากกว่านี้อาจต้องการขั้นตอนที่เล็กกว่า เช่น

- เอาจุกยาสีฟันออก

- บีบยาสีฟันลงบนแปรง

- ปิดจุกหลอดยาสีฟัน แล้วทำขั้นอื่นต่อไปเป็นลำดับ

1. สาธิตแต่ละขั้น ทำตัวอย่างการแปรงฟันอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยผู้ป่วยผู้ดูแลต้องแสดงการบีบมือเพื่อแสดงวิธีบีบหลอดยาสีฟัน หรือสาธิตการแปรงฟันขึ้นลง

2. ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรม โดยอาจจะช่วยจับมือผู้ป่วยบีบหลอดยาสีฟัน ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มแปรงฟัน

3. ให้ความกับผู้ป่วยในการทำแต่ละขั้นตอนให้จบ ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีกระบวนการคิดที่ช้า ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องให้เวลาเพื่อทำงานให้เสร็จ

4. ชื่นชมความพยายามหรือความสำเร็จในการทำกิจกรรมหนึ่ง สนับสนุนและชมเชยจะเป็นแรงผลักดันที่เป็นสากลสำหรับมนุษย์ทุกคน มันสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองซึ่งลดลงได้ง่าย

ขั้นตอนเหล่านี้จะช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลประสบผลสำเร็จในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่า สิ่งเหล่านี้ต้องใช้เวลา อย่างไรก็ตามขั้นตอนเหล่านี้เชื่อว่าสำเร็จเสมอไป เมื่อผู้ป่วยต่อต้านควรใช้เทคนิคเหล่านี้

1. สนใจปฏิกริยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเจ็บหรือเปล่า สับสน หรือถูกทำให้เขว ถูกหันเหความสนใจ สาเหตุของปฏิกริยานั้นสามารถกำจัดออกไปได้หรือไม่

2. ตอบสนองอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น กลัว โกรธ หรือระแวง ผู้ดูแลสามารถทำอะไรที่จะกำจัดอารมณ์ที่เป็นลบเหล่านี้

3. หันเหความสนใจของผู้ป่วย โดยให้ของว่าง ให้ร่วมกิจกรรม หรือช่วยด้วยบางสิ่ง ถ้ามเกี่ยวกับคนใกล้ชิด บุคคลที่มีความหมาย หรือหัวข้อเรื่องที่ผู้ป่วยชอบ

4. พยายามอีกครั้งในภายหลัง ถ้าดูแล้วไม่มีวิธีใดได้ผล และผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่เป็นอันตราย ผู้ดูแลควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง แล้วค่อยกลับมาใหม่

กฎทอง คือ บางครั้งช้าๆ เป็นหนทางที่เร็วที่จะเอาชนะบางสิ่ง ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะรู้สึกไว้มากต่อการถูกปฏิบัติที่หยาบคาย ด้วยการทำอะไรช้าลง ผู้ป่วยจะตอบสนองได้ดีกว่า และมีแนวโน้ม

จะร่วมมือมากขึ้น เวลาจะเข้ามายุ่งเกี่ยวกับน้อย เพราะผู้ดูแลไม่ต้องเสียเวลามากกับการจัดการพฤติกรรมที่ลบของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการฝึกผู้ป่วยให้ทำอะไรเร็วกว่าที่เขาสามารถทำได้

การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มน⁽²⁰⁾

การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มต้องตรงเวลาทุกวัน ในสถานที่เดิมทุกครั้งทำให้ผู้ป่วยผลิตเพลิน ขณะรับประทานอาหาร อย่าเร่งผู้ป่วย อาหารควรมีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน เพื่อช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ผู้ดูแลจะต้องให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่จำเป็นต่อการบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง และดูแลไม่ให้รับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป ในบางระยะของโรค ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ว่าตนเองควรรับประทานอาหารประเภทใดบ้าง หรือการรับรสอาจเปลี่ยนไป ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกลอยากอาหารเลย หรือจำไม่ได้ว่าได้รับประทานอาหารไปแล้ว และพร้อมที่จะรับประทานมื้อต่อไป ทั้งๆ ที่เพิ่งจะรับประทานไปเมื่อไม่กี่นาทีก่อน ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ถึงความร้อนความเย็นของอาหาร และอาจลืมนิเวศการใช้ช้อนส้อม

ในระยะแรกของโรค ควรปฏิบัติดังนี้

- จำกัดประเภทอาหารให้ผู้ป่วยเลือกน้อยลง
- ช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหาร
- ให้รับประทานอาหารทีละอย่าง
- ควบคุมปริมาณในการรับประทานอาหาร หรือจัดอาหารให้พอดีในแต่ละมื้อ
- หั่นอาหารให้เป็นชิ้นพอดีคำก่อนเสิร์ฟ
- ไม่เสิร์ฟอาหารขณะร้อนจัด
- เตรียมผ้าเช็ดปากให้มากพอ
- ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม
- ให้เวลาในการรับประทานอาหารให้มากเพียงพอ

ในรายที่อาการลุกลามมากขึ้น ความสามารถในการรับประทานอาหารจะลดลง ควรปฏิบัติดังนี้

- เสิร์ฟอาหารที่ใช้มือหยิบได้สะดวก
- คอยเตือนให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารในปาก
- ให้อาหารอ่อน อาหารบดละเอียด หรือชอยเป็นชิ้นฝอยๆ
- ควรให้วิตามินเสริมบ้าง ถ้าจำเป็น
- เรียนรู้การช่วยเหลือในกรณีอาหารติดคอ

ในระยะสุดท้ายของโรค อาจต้องป้อนอาหารให้ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้ แล้ว อาจต้องให้อาหารพิเศษโดยผ่านทางสายยาง หรือให้ทางหลอดเลือด

สำหรับผู้ป่วยที่เดินเปะปะไร้จุดหมายต้องให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้น้ำและพลังงานเพียงพอ เตรียมของว่างให้ทั้งวัน คอยดูแลเรื่องน้ำหนักให้ใกล้ชิดเนื่องจากเสี่ยงต่อน้ำหนักลด

การอาบน้ำ⁽³⁴⁾

- ทำให้การอาบน้ำเป็นความสนุกสนานผ่อนคลายและเป็นกิจกรรมที่ไม่เครียดไม่เป็นเรื่องที่ถูกบังคับ

- อาจกำหนดตารางเวลาอาบน้ำในเวลาที่เหมาะสมที่สุดกับอารมณ์และบุคลิกภาพของผู้ป่วย โดยเพียงคอยเตือนให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาที่จะต้องอาบน้ำ ล้างมือ โคนหวด แปรงฟัน หรือสระผม การใช้เครื่องโคนหวดไฟฟ้า หรือตัดทรงผมที่ง่ายต่อการดูแลทำความสะอาด จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น

- ใช้การชื่นชม และสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยอาบน้ำเสร็จใหม่ๆ

- ผู้ป่วยอาจรู้ว่าตนเองจำเป็นต้องอาบน้ำ แต่อาจจะลืมไปว่าจะต้องทำอะไร

- การอาบน้ำที่ง่ายๆ ให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง เตรียมทุกอย่างให้พร้อม เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าถูตัวเครื่องใช้ต่างๆ ควรบอกผู้ป่วยอย่างสุภาพถึงขั้นตอนต่างๆ ในการอาบน้ำ ทำให้การอาบน้ำเป็นความบันเทิง และผ่อนคลาย

- ผู้ป่วยอาจรู้สึกอายขณะอาบน้ำ การให้มีสิ่งปกปิดบางส่วนของร่างกายจะช่วยได้

- การใช้ฝักบัวหรือการอาบน้ำในทำยนอาจง่ายกว่าการให้อาบน้ำในอ่าง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ไม่คุ้นกับการใช้ฝักบัวจะมีสัญญาณบอก ให้หลีกเลี่ยงเป็นดีที่สุด

หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะอาบน้ำให้ลองใหม่ภายหลังเมื่ออารมณ์ผู้ป่วยเปลี่ยนไป และถ้ามีปัญหาการอาบน้ำให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ ควรหาคนอื่นมาช่วยทำแทน ให้คำนึงถึงความปลอดภัย ห้องน้ำอาจเปียกและลื่น ดังนั้นการใช้ราวสำหรับจับ เสื้อกันลื่น หรือเก้าอี้พิเศษ จะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

การสวมใส่เสื้อผ้า^(20 34)

ผู้ป่วยสวมเสื้อบ่อยครั้งลืมไม่รู้จะใส่เสื้อผ้าอย่างไร และอาจจะนึกไม่ออกถึงความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ใช้การใส่เสื้อผ้าเป็นหนทางง่ายๆ ที่จะช่วยคงไว้ซึ่งกิจกรรม และช่วยให้ผู้ป่วยรักษาความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง

โดยการจำกัดเครื่องแต่งกายที่ผู้ป่วยจะเลือกใส่ สิ่งที่ไม่จำเป็นให้กันออกไป เช่น เครื่องประดับ เนคไท ผ้าพันคอ ควรตัดป้ายที่ลินซั๊ก หรือตู้เสื้อผ้า เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าเสื้อผ้าของตนเก็บไว้ที่ใดบ้าง ในระยะต่อไปอาจต้องลดจำนวนเสื้อผ้าให้เลือกใสน้อยลงหรือเลือกเสื้อผ้าให้และวางให้ใส่เป็นชุดๆ ไป ควรใส่เสื้อผ้าที่สบายและสะดวกเวลาใส่ ควรจำไว้ว่า สมอเสื้อมีผลต่อการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้การติดกระดูก การผูกเชือกรองเท้า และการผูกมัดสิ่งของต่างๆ ทำได้ยากลำบาก ควรใส่รองเท้าที่สวมได้ทันที เช่น รองเท้าแตะ สำหรับเสื้อผ้าอาจจะเป็นเสื้อผ้าที่มีคอกว้าง กางเกงเอวยางยืดหรือติดแถบยืดที่เอวแทน ซึ่งทำให้ง่ายสำหรับผู้ป่วยเองและสำหรับผู้ดูแล ให้เวลานานแก่ผู้ป่วยในการสวมใส่เสื้อผ้า ในบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น และไม่รู้สึกรังเกียจ ถูกคุกคาม เคารพในความเป็นส่วนตัวและความสง่างามของผู้ป่วย วางเสื้อผ้าเป็นระเบียบ เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะสวมใส่ตามลำดับ หรือแนะนำด้วยคำพูดเป็นลำดับแทน เมื่อโรคดำเนินก้าวหน้าต่อไป หากต้องช่วยผู้ป่วยแต่งตัว ขั้นแรกคอยเตือนผู้ป่วยโดยการบอกให้ผู้ป่วยรู้ถึงขั้นตอนการแต่งตัวที่ละขั้นตอน เช่น ผู้ดูแลอาจต้องหยิบกางเกงมาให้ถึงมือผู้ป่วย และบอกให้ยกขาซ้ายใส่ลงในช่องขาซ้ายของกางเกง เมื่อใส่ขานั้นเสร็จแล้ว ผู้ดูแลอาจต้องบอกให้ใส่ขาขวาลงในช่องกางเกงข้างขวาต่อไป จากนั้นบอกให้ดึงกางเกงขึ้นแล้วติดตะขอที่เอว พึงระลึกไว้ว่าโรคสมองเสื่อมมีผลต่อกระบวนการคิดของสมอง รวมทั้งการทำงานที่มีหลายขั้นตอน เราคิดว่าการแต่งกายก็เป็นเพียงการใส่เสื้อผ้าเท่านั้น เราไม่เคยคิดว่าการแต่งกายจะต้องมีกี่ขั้นตอนบ้าง ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจสามารถแต่งกายได้ด้วยตนเอง แม้จะในระยะสุดท้ายแล้วก็ตาม แต่จะต้องการคำแนะนำว่าต้องทำอะไรบ้าง

นอกจากนี้ยังต้องประเมินข้อจำกัดเสื้อผ้าที่จะต้องใส่หรือเปลี่ยนในแต่ละวัน และอาจต้องจัดเตรียมเสื้อผ้าที่เหมือนกันไว้หลายชุด ถ้าผู้ป่วยชอบใส่เสื้อผ้าตัวเดิมทุกวัน

การเข้าห้องน้ำ และการปัสสาวะรดก้นปัสสาวะไม่อยู่ (20 33 34 35)

สาเหตุอาจมาจากความสับสน ผู้ป่วยอาจจะสูญเสียความสามารถในการนึกว่าเมื่อไรที่ควรจะไปห้องน้ำ ห้องน้ำอยู่ที่ไหน จะทำอะไรเมื่ออยู่ในห้องน้ำ ความสับสนนี้บ่อยครั้งเป็นสาเหตุของการปัสสาวะรดก้น แต่บางครั้งอาจจะมีสาเหตุอื่นต้องขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

การแก้ไขอาจเพียงเตือนให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ คอยเตือนว่าห้องน้ำอยู่ที่ไหน ช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ อาจติดสัญลักษณ์ที่ประตูห้องน้ำเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นห้องน้ำ ปลอ่ยให้ประตูห้องน้ำเปิดออกเพื่อช่วยต่อผู้ป่วยในการหา เสื้อผ้าของผู้ป่วยควรถอดออกได้ง่าย ต่อมาอาจต้องช่วยเตือนผู้ป่วยด้วยการติดสัญลักษณ์ให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาต้องเช็ดทำความสะอาดตนเองหลังการถ่ายปัสสาวะอุจจาระ กัดน้ำล้างโถส้วมและล้างมือให้สะอาด ในบางช่วงผู้ป่วยอาจต้องมีคนคอยเตือนให้ลุกไปเข้าห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะ จัดตารางการเข้าห้องน้ำสำหรับผู้ป่วย

เป็นปกติตลอดวันและก่อนนอน จดบันทึกเวลาขับถ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ประมาณเวลาที่ จะพาผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ หรือพาไปห้องน้ำทุกๆ 2 ชั่วโมง ซึ่งควรทำอย่างสม่ำเสมอ สังเกตพฤติกรรม ของผู้ป่วย ซึ่งบอกเป็นนัยว่าเขาจำเป็นจะต้องเข้าห้องน้ำ ช่วงต่อมาอาจต้องพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ หรือเตรียมกระโถนไว้ข้างเตียง ถ้าห้องน้ำอยู่ไกล หากผู้ป่วยมีปัสสาวะรดในตอนกลางคืนควรลด ปริมาณน้ำดื่ม และพาเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน การเข้าห้องน้ำควรเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ ประเจิดประเจ้อ ให้เวลาผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในห้องน้ำควรจะเรียบง่ายไม่มีของมากมาย เพื่อ ป้องกันสิ่งที่จะหันเหความสนใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ อาจเกิดจากการติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมได้ อาจเกิดขึ้นชั่วคราวจากยา การเจ็บป่วย ทางกายอื่นๆ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ โรคทางระบบประสาท อาการสับสน หรือเกิดจากการ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ หรือเกิดจากการมีท้องผูกมากๆ ทำให้เกิดการกระตุ้น ต่อกะเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ถ้าปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขก็อาจหายเป็นปกติได้ ปัญหาการควบคุมปัสสาวะไม่ได้ในระยะยาว อาจเกิดจากปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขในกรณี การควบคุมปัสสาวะไม่ได้ในระยะเฉียบพลัน แล้วยังอาจเกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดิน ปัสสาวะ การประเมินทางรีเวซในผู้ป่วยสตรี การประเมินระบบประสาท การแก้ไขมีหลายวิธี เช่น การใช้ยา การผ่าตัด หรือการฝึกขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนปัญหาการควบคุมอุจจาระไม่ได้ นอกจาก เกิดจากสาเหตุคล้ายกับกรณีของการควบคุมปัสสาวะแล้ว มักเกิดจากท้องผูกนานๆ ทำให้อุจจาระจุก แน่นบริเวณทวารหนัก และกระตุ้นให้ลำไส้ส่วนล่างหลั่งมูกออกมา การแก้ไขมักจะแก้ไขเรื่องท้องผูก ด้วยการปรับเรื่องอาหาร การใช้ยาถ่ายที่เหมาะสม หรือถ้าเป็นมากอาจต้องล้างอุจจาระออก

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ถามและมีพฤติกรรมซ้ำๆ

สาเหตุ เนื่องจากความสามารถในการจำลดลง บกพร่องไป หรืออาจเป็นจากความวิตกกังวล ต่อเหตุการณ์นั้นๆ

การแก้ไข แทนการตอบคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า การพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยอาจจะ ช่วยมากกว่า อาจให้คำตอบว่าไม่มีอะไรต้องห่วง ลูกๆ ดูแลดี ทุกอย่างเรียบร้อย หรือ การเขียนคำตอบลง โดยเฉพาะคำตอบเฉพาะ หากผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่อยู่หรือเบอร์ โทรศัพท์ อาจเขียนลงบนกระดาษและวางไว้ที่จุดซึ่งผู้ป่วยอ่านได้ง่าย ถ้าผู้ป่วยพอที่จะ เข้าใจ สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำตอบลง หรือเขียนข้อความให้ผู้ป่วยเก็บไว้จะได้

คอยเตือนตนเอง พยายามหันเหความสนใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเรื่องคุย กรณีที่เกิดจากความวิตกกังวลอาจพูดคุยเพื่อปลอบโยน และสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย กอดผู้ป่วยถ้าเหมาะสมสำหรับเขา^(31 36)

ปัญหาการนอน

สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะไม่นอนในตอนกลางคืนอาจเป็นเพราะตื่นมาเข้าห้องน้ำ ผันรำย หรือการรับรู้เรื่องเวลาของผู้ป่วยเสียไป นึกไม่ออกถึงความแตกต่างระหว่างกลางคืนและกลางวัน

การแก้ไข โดยการหางานประจำที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ว่างเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ ควบคุมการจับหลับช่วงระหว่างวัน ไม่ให้อาหารหนักในมื้อเย็น หลังกิจกรรมช่วงกลางวันทำช่วงเวลาเย็นให้สงบและผ่อนคลาย ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย อาจให้ผู้ปวยนั่งเก้าอี้โยกและเข้าห้องน้ำก่อนนอน เมื่อใกล้เวลานอนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายที่สุดด้วยห้องที่น่านอนและอุ่น ให้ฟังเพลงเบาๆ ถ้ามาตรวจการเหล่านี้ไม่ประสบผล จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับช่วยซึ่งโดยทั่วไปควรเลี่ยงการใช้ยานี้กับผู้ป่วย ควรปรึกษาแพทย์⁽³⁴⁾

การติดแฉ

สาเหตุ ผู้ป่วยทำเช่นนี้เพราะว่าสิ่งนี้เหมือนกับเป็นผลมาจากความต้องการความปลอดภัยในโลกที่แปลก และกลัวว่าผู้ดูแลจะหนีเขาไปไม่กลับมา หรือไม่สามรถจำได้ว่าผู้ดูแลจะกลับมา

การแก้ไข เมื่อไรก็ตามที่ผู้ดูแลต้องจากผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ต้องบอกผู้ป่วยว่าท่านจะกลับมา ถ้าจำเป็นให้เขียนบอกผู้ป่วย วิธีอื่นคือ หาอะไรให้ผู้ปวยทำเพื่อหันเหความสนใจเมื่อผู้ดูแลจากไป⁽³⁴⁾

ทำของหาย

สาเหตุ มาจากความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยร่วมกับการสูญเสียการควบคุมและความทรงจำ

การแก้ไข ให้ตอบสนองการกล่าวหา นั้นโดยไม่ใช้การเผชิญหน้าหรือโกรธ ชั้นแรกให้เห็นด้วยกับผู้ป่วยว่าของหาย และช่วยเขาหา ผู้ป่วยอาจจะซ่อนของไว้ในที่ที่ป้องกันไม่ไห้มันหายอีกแล้วลิ้มที่ซ่อนนั้นอีก ถ้ามองหาให้ดีๆ บางทีอาจจะพบที่ซ่อน ดังนั้นจึงควรตรวจตราค้นหาของที่หายนั้นก่อน ควรเก็บสำเนา หรือสำรองของที่สำคัญ เช่น กุญแจ แว่นตา และหลักฐานต่างๆ พยายามจำกัดจำนวนของมีค่าและเงินที่เหลือในบ้าน สิ่งเหล่านี้ช่วยลดโอกาสของการเกิดการขโมยจริง ในท้ายที่สุด ให้ตรวจดูตะกร้าขยะเสมอๆ ก่อนที่จะเททิ้ง⁽³⁴⁾

พฤติกรรมวุ่นวาย ไม่มีจุดหมาย ไม่ยอมอยู่กับที่ เดินเปะปะ

สาเหตุ บางครั้งการเดินเปะปะอาจจะหลงเหลือมาจากชีวิตที่ผ่านมาของบุคคลนั้นก่อนหน้านี้อาจเกิดจากรอยโรคในสมองซึ่งควบคุมการรับรู้สถานที่ และทิศทาง เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา หรือสับสน หรือขาดการกระตุ้น หรือได้รับการกระตุ้นมากเกินไป อาจคิดถึงกิจกรรมที่เคยทำในอดีตเป็นประจำ หรืออาจจะเป็นผลมาจากการป่วยเกิดความสับสน บางทีมองสถานที่ผิดไป มองหาห้องน้ำ ผู้ป่วยอาจรู้สึกเบื่อหรือรู้สึกเหมือนอยู่ในกับดักจึงเดินเรื่อยเปื่อยออกนอกบ้าน อาจเกิดจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น หรือจากยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ จากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หรือจากปัจจัยทางอารมณ์ต่างๆ

การแก้ไข พยายามหาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเหล่านี้ และแก้ไข หากผู้ป่วยยังมีอาการอยู่ ต้องพยายามลดอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว โดยที่ไม่ต้องผูกมัดผู้ป่วย เพราะการผูกมัดจะมีผลเสียมากกว่า การผูกมัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายบริเวณผิวหนัง ประสาทกล้ามเนื้อ กระดูก หรือข้อได้ และอาจทำให้ผู้ป่วยวุ่นวายมากขึ้น การใช้ยาเพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบจะใช้ต่อเมื่อไม่มีทางควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ได้แล้ว เพราะยาอาจทำให้ผู้ป่วยซึม หรือเพิ่มความสับสนมากยิ่งขึ้น การดูแลพฤติกรรมนี้ส่วนมากต้องดูแลเรื่องสภาพแวดล้อมไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย และปล่อยให้ผู้ป่วยทำตามพฤติกรรมของตนเองในขอบเขตที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย และต้องพยายามพูดปลอบโยนผู้ป่วยโดยไม่พูดในทำนองขัดขวาง หรือขัดใจ อาจช่วยโดยพาผู้ป่วยกลับมาสู่เวลา สถานที่แห่งความเป็นจริง หรือเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้มีกิจกรรมทำ ถ้าบริเวณบ้านมีสวนควรดูแลว่าประตูสวนปิดแน่นหนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เดินในที่ปลอดภัย⁽³⁴⁾

พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

สาเหตุ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นเพราะผู้ป่วยรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรืออยากเข้าห้องน้ำ อยากไปห้องน้ำ การสวมเสื้อผ้าใหม่ที่ไม่คุ้นเคยอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเสื้อผ้าเหล่านั้นไม่ได้เป็นของตนเอง

การแก้ไข พยายามไม่แสดงปฏิกิริยามากเกินไป และไม่ลืมน้ำมันเป็นผลจากการเจ็บป่วย หันเห็ดผู้ป่วยให้สนใจกิจกรรมอื่น ควรหาเหตุผลเพื่อมาบริหารจัดการพฤติกรรมเหล่านั้น แล้วช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้าอีกครั้งหนึ่ง ควรถามว่าผู้ป่วยต้องการทำอะไร และคอยให้ความช่วยเหลือ ถ้าผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าให้หยุดพฤติกรรมโดยเร็วด้วยท่าทีสุภาพและสงบ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่น⁽³⁴⁾

ความรุนแรง และก้าวร้าว

สาเหตุ มาจากความผิดปกติด้านความจำ ทำให้เกิดการตัดสินใจและความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง มีเหตุผลหลายประการว่าทำไมผู้ป่วยจึงรู้สึกโกรธ เช่น อาจจะไม่ชอบการได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เขาเคยทำได้เอง อาจจะไม่เข้าใจเนื่องจากทำอะไรไม่ได้ สูญเสียการควบคุมทางสังคมและการตัดสินใจ สูญเสียความสามารถที่จะแสดงความรู้สึกในแง่ลบอย่างปลอดภัย สูญเสียความสามารถที่จะเข้าใจท่าทางและความสามารถของคนอื่น อาจเป็นผลจากผู้ป่วยรู้สึกถูกข่มขู่ มีความหวาดระแวง อาจรู้สึกหงุดหงิด ถ้าหาอะไรไม่พบ อาจจำไม่ได้ว่ากำลังถูกพาไปไหน ผู้ป่วยอาจต้องการคำอธิบายอย่างช้าๆ ว่าเกิดอะไร

การแก้ไข ตลอดเวลาผู้ป่วยอาจกลายเป็นคนขี้โมโห ก้าวร้าว และรุนแรง มันไม่ใช่ตัวผู้ป่วยที่ทำร้ายผู้ดูแล แต่เป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วย ผู้ดูแลต้องระมัดระวังเก็บสิ่งของให้เข้าที่เข้าทางเรียบร้อยอยู่เสมอ ควรหาและหลีกเลี่ยงสาเหตุของปฏิกิริยาที่แน่นอนที่ไม่ต้องการนั้น เช่น ผู้ป่วยแสดงอารมณ์โมโห เนื่องจากหาของไม่พบ ควรหลีกเลี่ยงการย้ายตำแหน่งของใช้ของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยโกรธ ก้าวร้าว และรุนแรง ให้สงบและพยายามไม่แสดงความกลัว หรือระงับภัย ไม่ควรแสดงความไม่พอใจ หรือต่อปากต่อคำกับผู้ป่วย ให้พื้นที่กว้างแก่ผู้ป่วย หันเหความสนใจไปทำกิจกรรมที่สงบ หรือชักชวนผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ ควรอธิบายช้าๆ และชัดเจนแก่ผู้ป่วยว่าจะเกิดอะไรขึ้น

นี่คือสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการ ทำใจของผู้ดูแล และถ้าความรุนแรงเกิดขึ้นบ่อย ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาคนช่วย พูดคุยกับใครบางคน หรือพูดคุยกับแพทย์⁽³⁴⁾

เศร้าและวิตกกังวล

ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า และเก็บตัวไม่มีความสุข พูดและคิดช้า โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ลดความสามารถลง และทำให้เข้าใจได้ว่าทำให้ผู้ป่วยเศร้าได้

ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากภาวะซึมเศร้าในทันที ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสามารถกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความสนใจในอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลให้สุขภาพแย่ลง จำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความรัก และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงระยะนี้ ติดต่อกับแพทย์ ผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อผู้บำบัด หรือจิตแพทย์⁽³³⁾

ประสาทหลอน และหลงผิด

มันเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับประสาทหลอน และหลงผิด ถ้าผู้ป่วยมีประสาทหลอนเขามักเห็นหรือได้ยินสิ่งที่ไม่มีอยู่ที่นั่น เช่น รูปร่างที่ปลายเตียง เสียงในห้อง ประสาทหลอนจะสัมพันธ์กับการเห็นที่ไม่ชัดเจน

ดังนั้นผู้ดูแลต้องไม่ละเลยหรือโต้เถียงเกี่ยวกับความกระจางของความเชื่อนั้น แต่พยายามให้ความมั่นใจ และให้ผู้ป่วยกลับมาสู่โลกแห่งความเป็นจริง ควรพาผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์ ทำห้องให้สว่าง ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่แปลความหมายผิดว่าเกิดอะไรรอบตัวเอง ตรวจสอบกับแพทย์เรื่องยาที่กำลังใช้อยู่เพราะอาจทำให้เกิดปัญหา สำหรับผู้ป่วยแล้วความหลงผิดเป็นเรื่องจริงและทำให้รู้สึกกลัว และอาจเป็นผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตัวเอง การจัดการกับพฤติกรรมจะต้องใช้ความอดทน ควบคุมตัวเอง เข้าใจ ยืดหยุ่น และแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ แต่ละพฤติกรรมอาจจะต้องการวิธีแก้ไขของตนเอง⁽³⁴⁾

จากหนังสือ The 36 - Hour Day แนะนำการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ 6 R'⁽³⁷⁾

1. Restrict : พยายามหยุดพฤติกรรมถ้าเป็นอันตราย ถ้าไม่อันตราย ก็คงต้องปล่อย การหยุดพฤติกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือผิดหวังได้มาก
2. Reassess : คิดหาว่าอะไรน่าจะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น เกิดจากผลของยา ป่วย หรือไม่สะดวก สบาย มองไม่เห็นในแสงสลัว ได้ยินเสียงรบกวน พบว่ามีสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโกรธ โมโห
3. Reconsider : พยายามมองอะไรในมุมมองของผู้ป่วย และตระหนักว่าคนเราไม่เสมอไปที่จะรู้ และเข้าใจว่าอะไรที่ต้องทำ เช่น การอาบน้ำ บางคนอาจโกรธเพราะไม่เข้าใจความจำเป็นที่ต้องทำความสะอาด การอธิบายว่าเรากำลังจะทำอะไรและทำไมต้องทำ ด้วยน้ำเสียงที่สงบอาจจะช่วยได้
4. Rechannel : ชี้นำใหม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ปลอดภัยกว่าในทางที่ไม่เป็นการทำลาย เช่น ผู้ป่วยที่ชอบซ่อนเสื้อผ้าที่สกปรก ก็ให้หาสิ่งอื่นให้ผู้ป่วยสะสมและซ่อนแทน
5. Reassure : ให้ความมั่นใจให้ผู้ป่วยที่เสียใจ โกรธ หรือกลัวสงบลง บอกเขาว่าสิ่งต่างๆ เรียบร้อยแล้ว และเราก็ยังคงรักเขา
6. Review : คิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ผู้ดูแลจัดการอย่างไร จดไว้ว่าอะไรทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น แล้วผู้ดูแลจัดการได้อย่างไร แล้วจะพยายามทำอะไรในครั้งต่อไป

สิ่งที่ผู้ดูแลควรทำ คือ

1. จำไว้เสมอว่าโรคเป็นสาเหตุของพฤติกรรมและไม่ใช้ความผิดของผู้ป่วย

2. คงไว้ซึ่งความสงบ
3. มีความอดทน
4. หันเหผู้ป่วยด้วยกิจกรรมหรือสิ่งของอื่น
5. พูดกับผู้ป่วย
6. ฟังผู้ป่วย
7. ให้ความมั่นใจและความรัก
8. พูดประโยคง่ายๆ และสั้น
9. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและกิจกรรมสนุกสนาน
10. จำกัดทางเลือกให้เพียง 2 ทางเลือก
11. รักษากิจวัตรประจำวันให้มีความง่าย
12. แบ่งกิจกรรมเป็นหลายขั้นตอนง่ายๆ
13. ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำอะไรสำเร็จ
14. มุ่งเน้นไปที่สิ่งที่ผู้ป่วยยังคงทำได้อยู่
15. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดี
16. คงไว้ซึ่งอารมณ์ขัน

สิ่งที่คุณดูแลไม่ควรทำ คือ

1. ขึ้นเสียงหรือโกรธ
2. ด่า
3. โต้แย้ง
4. ทำอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยประหลาดใจหรือช็อค
5. อาย
6. ทำอะไรให้มากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ
7. มุ่งเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้อีกแล้ว

การจัดการกับความเครียด

วิธีการลดความเครียดของคุณดูแล⁽³⁸⁾

1. **เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการให้การดูแล**

การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และกลยุทธ์ในการดูแลให้มากที่สุด จะเป็นการเตรียมผู้ดูแลสำหรับการเดินทางไปกับโรคสมองเสื่อม การเข้าใจถึงผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ป่วย จะช่วยให้คุณดูแลยัง

คงเชื่อมต่อกับผู้ป่วย และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเหล่านี้กับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้เขาเหล่านั้นเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น และเตรียมตนเองในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนตามที่ผู้ดูแลต้องการได้ดีกว่า

2. ยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรค

แม้ว่าจะเป็นการยากแต่เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลจะต้องยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรค และผลของโรค โรคอัลไซเมอร์มีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ เมื่อผู้ดูแลยอมรับความจริง ก็เป็นการง่ายขึ้นที่จะการปรับความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วย

3. ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตัวเอง

สิ่งสำคัญคือการยอมรับความจริงว่าการดูแลใครคนหนึ่งต้องใช้เวลาและพลังงาน ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ ผู้ดูแลจะต้องตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับตนเอง อะไรที่มีคุณค่ามากที่สุด การเดินเคียงคู่กับคนที่กำลังดูแลอยู่ การมีเวลาของตนเองหรือเพื่อจัดบ้านให้เรียบร้อย ไม่มีคำตอบใดที่ถูกต้อง ขอเพียงแต่ผู้ดูแลรู้ว่าอะไรที่ดีที่สุดเวลานั้น

นอกจากจะเลือกหนทางของตนเองแล้ว ผู้ดูแลต้องจำกัดสิ่งที่สามารถทำได้ในแต่ละวัน อาจเป็นการยากที่จะยอมรับว่าตนเองไม่สามารถทำได้ทุกสิ่ง มันไม่่ง่ายที่จะบอกว่า "ไม่" แล้ว ยอมรับความจริงและคิดให้ดีกว่าตนเองสามารถทำได้แค่ไหน และต้องการความช่วยเหลือจากที่ไหน

4. ยอมรับความรู้สึกของตัวเอง

เมื่อดูแลใครคนหนึ่ง ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกหลายอย่างปนเปกันเกิดขึ้น เพียงวันเดียวผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกยินดี โกรธ รู้สึกผิด มีความสุข เศร้า อาย กลัว หรือรู้สึกหมดหนทาง ความรู้สึกเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสับสนและยากที่จะจัดการ อย่างไรก็ตามความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีเหล่านี้มันเป็นเรื่องปกติ ความรู้สึกในแง่ลบไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลไม่ได้เป็นผู้ดูแลที่ดี แต่หมายถึงผู้ดูแลเป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง จำไว้ว่าผู้ดูแลได้ทำดีที่สุดแล้ว

5. แบ่งปันความรู้สึกของตนเอง

มีความสำคัญที่ผู้ดูแลต้องแบ่งปันความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น หากใครบางคนและผู้ดูแลรู้สึกสะดวกใจที่จะพูดคุยด้วย แล้วพูดถึงความรู้สึกหรือความเดือดร้อนของตนเอง บุคคลเหล่านี้ อาจเป็นเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว บางคนทีพบในกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาชิกชุมชนเกี่ยวกับศาสนา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6. มองหาสิ่งที่ดี

ทัศนคติของผู้ดูแลสามารถทำให้มีความแตกต่างอย่างมากกับการเกิดความรู้สึกของผู้ดูแลพยายามมองหาด้านบวกของสิ่งต่างๆ มองหาว่าผู้ป่วยยังสามารถทำอะไรได้ พยายามทำแต่ละ



วันให้มีความหมาย ซึ่งยังสามารถเป็นเวลาพิเศษ และมีค่าอยู่

7. ดูแลตัวเอง

สุขภาพของตัวผู้ดูแลมีความสำคัญ ไม่ควรละเลย รับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายเป็นประจำ หาทานผ่อนคลาย และให้แน่ใจว่าตนเองพักผ่อนเพียงพอกับความต้องการนัดพบแพทย์เป็นประจำเพื่อตรวจสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดและช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องมีเวลาหยุดพักตามปกติ เพื่อจะได้สนใจสิ่งอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ไม่ควรรอจนกระทั่งมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากจึงจะวางแผนนี้ ให้เวลาที่จะทำในสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเอง สิ่งนี้จะให้พลังแก่ผู้ดูแลและช่วยผู้ดูแลจากความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัว

8. มองหาอารมณ์ขัน

โรคอัลไซเมอร์เป็นเรื่องที่เคร่งเครียด แต่ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องทำให้ตัวเองเคร่งเครียดตลอดเวลา การมองหาอารมณ์ขันในสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ลดความจริงใจในการดูแลของผู้ดูแล

9. แสวงหาความช่วยเหลือ

ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนที่มาจากแบ่งปันความคิดและความรู้สึกกับผู้อื่น ผู้ดูแลควรหาคนที่ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่จะมาแบ่งปันสิ่งเหล่านี้ จากนักวิชาชีพ หรือผ่านกลุ่มให้การสนับสนุนผู้ป่วยสมองเสื่อม การขอความช่วยเหลือ อาจเป็นการยากที่จะขอความช่วยเหลือ หรือยอมรับความช่วยเหลือจากใคร การขอความช่วยเหลือไม่ใช่เป็นสัญญาณของการดูแลที่ไม่ดี ผู้ดูแลต้องยอมรับความจริงว่าผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตามลำพัง การขอความช่วยเหลือขอความคิดเห็นจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือจากผู้อื่น ซึ่งส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะช่วย นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมอื่นๆ ที่จัดขึ้น เพื่อช่วยเหลือแบ่งเบางานในบ้านและดูแลผู้ป่วย

10. การวางแผนอนาคต

การวางแผนอนาคตสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ยังมีความสามารถอยู่ ทบทวนสถานการณ์การเงินของผู้ป่วย และวางแผนตามสถานการณ์นั้น ควรพิจารณาถึงทางเลือกที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพในอนาคต และถ้าจำเป็นให้บันทึกไว้ พิจารณาและวางแผนการดูแลในหลายลักษณะ รวมถึงเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

ความเครียดของผู้ดูแล

โรคอัลไซเมอร์เหมือนกับโรคที่เสื่อมเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยจะมีสุขภาพไม่ดีคงอยู่เป็นปีๆ ยิ่งกว่านั้นโรคนี้ไม่เพียงแต่จะแสดงอาการเจ็บป่วยทางกายที่สัมพันธ์ต่อกันอย่างสลับซับซ้อนเท่านั้น ยังมีอาการเจ็บป่วยทางจิตรวมถึงความวิตกกังวลที่รุนแรง อาการประสาทหลอน หลงผิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างผิดปกติ⁽³⁹⁾ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงสามารถเป็นอะไรที่หนักหนา ผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ยากต่อการดูแล ความสามารถที่ถดถอยของผู้ป่วย กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันบ่อยครั้งกลายเป็นเรื่องยากที่จะจัดการทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล ในขณะที่การดำเนินของโรคกลับแย่ลง การดูแลโดยปกติเป็นงาน 24 ชั่วโมง⁽⁴⁰⁾ การดูแลบ่อยครั้งต้องใช้เวลา ความมานะพยายาม ตลอดจนการทำงานที่มาก ผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยต้องต่อสู้เพื่อหาความสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับความรับผิดชอบซึ่งรวมถึงการทำงานประจำเต็มเวลา การดูแลบุตร มีรายงานว่าผู้ดูแลจำนวนมากรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว รู้สึกหมดหนทาง คับข้องใจ เศร้าใจ เหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ยากที่จะไปด้วยกันกับความรู้สึกรักและเสียสละทุ่มเท ดีที่สุดก็เพียงสามารถเคียงข้างไปด้วยกันพร้อมกับความขัดแย้ง สิ่งที่แย่ที่สุดคือการอยู่ในสถานการณ์ของการเป็นผู้ให้เพียงฝ่ายเดียวและดูจะไม่สิ้นสุด สถานการณ์นี้มักจะทำให้เกิดวงจรของความรู้สึกผิดที่สำคัญ เพราะคนหนึ่งจะดูเหมือนว่าให้เท่าไรก็ไม่พอ ซึ่งก็จะตามมาด้วยความรู้สึกขุ่นเคืองใจ โกรธ และทำให้รู้สึกผิดเพิ่มขึ้นเป็นวงจรไปเรื่อยๆ ความเครียดทางอารมณ์ที่รุนแรงมักจะพัฒนาขึ้นเมื่อความเศร้าโศกนั้นเข้มข้น ยาวนานและไม่ได้รับการแก้ไข⁽⁴¹⁾

ผู้วิจัยให้ความสนใจศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยเฉพาะความเครียดและการลดความเครียดโดยการให้การศึกษาโดยผ่านกระบวนการกลุ่มแก่ผู้ดูแล จึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความเครียดด้วย

ความเครียดตามความหมายในพจนานุกรมของ Webster 1991⁽⁴²⁾ หมายถึง การตอบสนองที่เฉพาะเจาะจงของร่างกายต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น เช่น ความกลัวหรือความเจ็บปวด ซึ่งรบกวนหรือแทรกแซงภาวะสมดุลของร่างกายที่เป็นอยู่ (.....a specific response by the body to a stimulus, as fear or pain that disturbs or interferes with the normal physical equilibrium.) ตามพจนานุกรมของ Webster (1988) อ้างใน William R. Lovallo(1997)⁽⁴³⁾ ความเครียด หมายถึง ความตึงเครียดของร่างกายหรือจิตใจที่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายปัจจัยซึ่งมักจะไปเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลที่เป็นอยู่

ความหมายของความเครียดมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายซึ่งจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
2. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกายเมื่อมีความเครียด

3. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด

1. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

โดยเชื่อว่าความเครียดเกิดจากสิ่งเร้า จึงให้ความสำคัญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงหรือความตึงเครียดภายในตัวบุคคล เช่น Kaplan, H.B. (1996) อ้างใน สุวรรณอนุสันติ⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะการณียากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ความเครียดเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนทุกคน เมื่อมีความเครียด คือ อยู่ภายใต้ความกดดัน ทำให้ต้องปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถขจัดปัญหาหรือทำให้ความเครียดลดลงได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล โกรธและซึมเศร้า ซึ่งหากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจตามมา ทำนองเดียวกัน มุกดา สุขสมาน⁽⁴⁵⁾ ให้ความหมายว่าเป็นสถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ หรือ พะยอม อิงศตานุวัฒน์⁽⁴⁶⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการขัดขวางหรือการเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน

2. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเมื่อมีความเครียด

โดยเชื่อว่าความเครียดคือปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่มากระตุ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดขึ้นในร่างกาย Selye (1976)⁽⁴⁷⁾ ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเครียดได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองของร่างกายที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ทำให้เราต้องปรับตัวไม่ว่าสิ่งเร้าที่มาคุกคามนั้นจะทำให้เราชอบหรือไม่ชอบก็ตาม ทำนองเดียวกันกับ Michal (1991) อ้างใน กรมสุขภาพจิต⁽⁴⁷⁾ ที่ให้ความหมายว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการปรับตัวต่อสิ่งที่เป็นความกดดันทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์สถานการณ์ บุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เครียด สอดคล้องกับความหมายของ Jane Cranwell - ward⁽⁴⁸⁾ ที่ว่าเป็นปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อคนได้รับรู้ว่าจะเกิดความไม่สมดุลระหว่างระดับความต้องการที่เข้ามาหาเขา กับความสามารถของเขาที่จะสนองความต้องการเหล่านั้น และกรมสุขภาพจิต 2543⁽⁴⁹⁾ ให้ความหมายว่าเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย และพฤติกรรมตามไปด้วย ทำนองเดียวกัน

อัมพร โอตระกูล 2538⁽⁵⁰⁾ ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นความรู้สึกและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของตัวบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์อันไม่พึงปรารถนา

3. ความหมายที่ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด
โดยมองว่าความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อความสุขสบาย ทำให้บุคคลดึงเอาทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคล บุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดี่ยวแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะบุคคลประเมินสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความคิด ความจำ ประสบการณ์ที่ให้ความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์ที่มีต่อบุคคล เช่น Lazarus (1984) ความเครียดเป็นกระบวนการการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Response System) กล่าวคือ เป็นผลของการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการหรือการเรียกร้อง (Demand) จากสิ่งแวดล้อมกับความสามารถในการตอบสนองของบุคคล (Resource) บุคคลจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ รูปแบบการตอบสนองทางอารมณ์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบไว้หลากหลาย เช่นเดียวกับ Michael King และคณะ (1987)⁽⁵¹⁾ มองว่าความเครียดของมนุษย์ขึ้นกับที่เราแปลความหมายสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างไร ความเครียดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ในด้านลบซึ่งเป็นผลจากความคิด จากความหมายนี้ คนเราทุกคนสามารถมีความเครียดได้ไม่ระดับใดก็ระดับหนึ่ง และสิ่งนี้บางทีก็เกิดขึ้นในแต่ละวันมีผลต่อสภาพแวดล้อมของเราในแง่ลบ นอกจากนี้ Kirtz and Moos (1974)⁽⁵²⁾ เสนอว่าสิ่งเร้าทางสังคมมิได้ส่งผลโดยตรงต่อบุคคล แต่เกิดจากการที่บุคคลแปลความหมายของสิ่งเร้า นั้น และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมตามความหมายที่แปล และการแปลความหมายยังขึ้นกับลักษณะบุคลิกภาพ สถานภาพและบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น

ปฏิกิริยาทางร่างกายเพื่อปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเครียด

เมื่อร่างกายถูกคุกคามโดยได้รับการกระตุ้นจากต้นเหตุของความเครียดต่างๆ ตามทฤษฎีความเครียดของ Selye (1956)⁽⁴⁴⁾ ได้อธิบายไว้ว่า ร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป เสียสมดุล ร่างกายจะตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดนั้น หรือเรียกว่าการปรับตัว ซึ่ง Selye เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome : GAS) คือ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวของร่างกายในระบบต่างๆ ของร่างกายต่างๆ ไป เช่น ต่อมใต้สมอง ระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายจะถูกกระตุ้น การปรับตัวในลักษณะนี้แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. อาการบอเหตุหรือระยะเตือน (Alarm Reaction Stage) เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยไม่รู้ตัว จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆ ไม่กี่วินาทีจนถึง 48 ชั่วโมง เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นเพื่อสร้างกลไกการต่อต้าน โดยระบบประสาทซิมพาเทติก จะถูกกระตุ้นเพื่อให้ร่างกายเตรียมตัวสู้หรือหนี รวมทั้งฮอร์โมนต่างๆ จากต่อมหมวกไต ส่วนนอกและส่วนในจะหลั่งฮอร์โมนออกมาพร้อมด้วย เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น และนำไปสู่ขั้นตอนที่ 2 ระยะเตือนนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ
 - 1.1 ระยะช็อค (Shock Phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย โดยผลิตฮอร์โมนบางอย่างออกมา ซึ่งมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำลง หัวใจหยุดเต้นได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ร่างกายยังไม่พร้อมจะปรับตัว และถ้ายังดำเนินต่อไป ร่างกายอาจถูกใช้พลังงานหมดภายใน 24 - 48 ชั่วโมง นอกจากจะมีกลไกในการป้องกันตนเอง ซึ่งจะเข้าสู่ระยะช็อค
 - 1.2 ระยะต้านช็อค (Countershock Phase) เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มปรับสู่สภาวะสมดุล มีการดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มประสานการทำงานกันอย่างมีระเบียบ อาการที่ตรวจพบคือ อาการเต้นแรงของหัวใจ ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาขยาย และเหงื่อออกมากผิดปกติ
2. ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) เป็นระยะที่ร่างกายปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อสิ่งที่มาคุกคามโดยใช้กลวิธีต่างๆ ผลที่ตามมาคือ อาการดีขึ้น ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกายและความรุนแรงของความเครียด ซึ่งถ้าร่างกายสู้ไม่ได้จะเข้าสู่ระยะที่ 3
3. ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัว ถ้าภาวะของความเครียดรุนแรงและมีอยู่นานเกินไป ร่างกายไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลไว้ได้ ระบบต่างๆ ของร่างกายจะอ่อนกำลังลง อาการที่เกิดขึ้นในระยะเตือนจะกลับมาอีก ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือประคับประคองอย่างเพียงพอ การปรับตัวจะล้มเหลวในที่สุดจะเป็นอันตราย อาจทำให้เกิดโรคหรือถึงแก่ความตายได้

สรีระร่างกายกับความเครียด⁽⁵³⁾

ขณะที่เราอยู่ในความเครียด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ที่สำคัญคือระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) มีการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ซึ่งจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ หัวใจจะเต้นเร็วและแรงขึ้น เส้นเลือดตามผิวหนังหดตัว แต่ตามอวัยวะสำคัญจะมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เช่น หัวใจ ปอด สมอง ส่วนบรรดาลำไส้จะมีการทำงานลดลง ก็เพราะว่าไม่มีความจำเป็นนั่นเอง นี่คือการเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้ (fight) แต่ถ้าความเครียดนั้นๆ เป็นอยู่นานหรือปัญหาที่เผชิญหน้าเกินกว่าที่จะจัดการได้ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) จะเข้ามามีบทบาท ส่งผลให้มีอาการเหงื่อออก ลำไส้ปั่นป่วนกรดในกระเพาะอาหารหลังออกมามาก ทั้งสองรูปแบบคือสู้และหนี ต่างก็เป็นการเตรียมสภาวะร่างกายให้พร้อม แต่ถ้าสภาพเช่นนี้คงอยู่เป็นเวลานานๆ ร่างกายจะทนไม่ได้และเกิดความเสียหายตามมาตามแต่อวัยวะที่อ่อนแอ เช่น อาจเกิดความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะไมเกรน กระเพาะอาหารเป็นแผล เป็นต้น

อีกระบบหนึ่งคือ ฮอริโมนจากต่อมหมวกไต ตัวสำคัญคืออะดรีนาลีน ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนใน และคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก อะดรีนาลีนจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น คอร์ติซอลนั้นจะเร่งการปลดปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อใช้เป็นพลังงาน ในช่วงขณะหนึ่งนั้นฮอริโมนเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะเป็นการเตรียมพร้อม แต่ทว่าในระยะยาวแล้วจะส่งผลให้ความสมดุลของร่างกายเสียไป ดังนั้นจึงอาจเกิดโรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูงตามมาได้ การที่อวัยวะส่วนใดของร่างกายจะได้รับผลมาจากความอ่อนแอของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งไม่เหมือนกันในแต่ละคน และกรรมพันธุ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลอันนี้

ร่างกายจะตอบสนองกับความเครียดเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. เตรียมพร้อมต่อสู้
2. ต่อสู้
3. อ่อนแรงหมดกำลังหากความตึงเครียดนั้นคงอยู่เป็นเวลานานๆ

ความเครียดส่งผลต่อบุคคล โดยลักษณะความเครียดปรากฏในด้านต่างๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมทางสังคม และจิตวิญญาณ Rawlins และ คณะ (1993) อ้างใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ⁽⁵⁴⁾ เพื่อเป็นการควบคุมหรือลดความต้องการจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

ด้านร่างกายหรือด้านสรีระวิทยา ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ต้นคอไหล่ สิ้น ไม่สามารถอยู่นิ่งกับที่ได้ กล้ามเนื้อกระตุกหรือตึงตัว พุดเร็ว พุดติดอ่าง พุดตะกุกตะกัก เป็นลม ชีพจร หัวใจ

เต้นเร็วและแรง ท้องไส้ปั่นป่วน ท้องเสีย ท้องผูกหรือท้องอืด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดตามร่างกาย หายใจเร็ว หรือกลัมน้ำออกตึง ทำให้หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน จาม หนาวสั่น ร้อนวูบวาบตามตัว ศีรษะเบา ปากแห้ง มีความผิดปกติเกี่ยวกับประจำเดือน และถ้าบุคคลมีความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic Disorder) เช่น ไมเกรน โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ลำไส้และกระเพาะอาหารอักเสบ หอบหืด ภูมิแพ้ โรคมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วกำเริบขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคเรื้อรัง เป็นต้น บุคคลที่มีความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจเสียชีวิตได้

ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ชุ่นมัว คับข้องใจหงุดหงิด โกรธง่าย โมโห ก้าวร้าว ซึมเศร้า รู้สึกถูกคุกคาม สูญเสียและกลัว เป็นต้น

ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร ซึ่งแสดงออกด้วยการมีความคิดสับสน ความคิดวนเวียนในเรื่องเดิม ความจำและการตัดสินใจเสื่อมลง สับสน มีความคิดบิดเบือน คิดเข้าข้างตนเอง กล่าวโทษผู้อื่น แปลความหมายของสถานการณ์ผิดพลาด ย้ำคิดย้ำทำ และคาดการณ์ผลของเหตุการณ์ในทางลบ เป็นต้น

ด้านพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคม ซึ่งแสดงออกด้วยการไม่อดทน ก้าวร้าว ทะเลาะกับผู้อื่น ไม่พูดกับใคร ปลีกตัวจากสังคม หลีกเลี้ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สูบบุหรี่ ดื่มสุราและยาเสพติด เป็นต้น

ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ แนวคิดเกี่ยวกับศาสนา ที่ยึดถือ ซึ่งแสดงออกโดยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ในชีวิต ขาดความเชื่อมั่น มองตนเองในแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด อับอาย เป็นต้น

ระดับความเครียด

Irving L.Janis (1952)⁽⁵⁵⁾ ได้แบ่งระดับของความเครียดไว้เป็น 3 ระดับดังนี้คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) ได้อธิบายว่า เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม พบนาน ๆ ครั้ง เช่น เหตุการณ์สำคัญ ๆ การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน ความเครียดระดับนี้ช่วยให้บุคคลกระตือรือร้นตื่นตัวเป็นช่วงระยะเวลาไม่นาน ปฏิกริยาที่แสดงออกมาเป็นลักษณะความวิตกกังวล ความกล้าหรือความอาย เป็นภาวะที่มีความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานาน ความเครียดในระดับนี้อาจคงอยู่เป็นเวลาชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน ความเครียด

ระดับนี้ส่วนใหญ่จะเป็นความเครียดที่เกิดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งในความสัมพันธ์หรือ การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก ความเครียดระดับนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองโดยการต่อสู้ กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความนึกคิดเพื่อขจัดสาเหตุที่ ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ กลับเข้าสู่ ภาวะปกติ

3. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้เกิดจากบุคคลประสบ กับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาคุกคาม เช่น เครียดจากการสูญเสียคู่ครอง การเจ็บป่วยอย่างแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ล้มเหลวในการทำงาน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกาย และจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ทำให้เกิดความเสียหาย ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2542)⁽⁴⁷⁾ ได้แบ่งระดับของความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

1. ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกพึงพอใจกับ การดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่น้อยกว่าบุคคลอื่น

2. ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิด ขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลของการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง

3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันอาจ เกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้ รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับนี้อาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ความรู้สึกและ พฤติกรรมบ้างเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้

4. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความตึงเครียดในระดับ ค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความ ขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทาง ร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดำเนินชีวิตและสิ่งที่แสดงออกจะเป็นสัญญาณเตือน ขึ้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้งซึ่งบุคคลจัดการหรือแก้ไขด้วยความ ยากลำบาก トラバิดที่ความขัดแย้งต่างๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่างๆ จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตได้

5. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังคงมีอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้

ความเครียดของบุคคลจะอยู่ในระดับไหน ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งการที่จะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. ความแตกต่างที่สาเหตุ ความรุนแรงและระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับสาเหตุหรือปัญหานั้น
2. ความแตกต่างที่ตัวบุคคล การรับรู้ ประวัติความเครียดที่เคยผ่านมา ทักษะในการแก้ปัญหาหรือปรับตัว
3. ทรัพยากรในสิ่งแวดล้อม หรือแรงสนับสนุน กำลังใจจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เช่น ครอบครัว สังคม หรือชุมชนที่อยู่⁽⁵⁶⁾

สาเหตุของความเครียด

Darley Glucksberg and Kinchla (1986)⁽⁵⁷⁾ ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดหรือตัวกระตุ้นความเครียด (Stressors) ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความหิว และเสียงอึกทึกครึกโครม

2. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความปวดร้าวใจ เหตุการณ์ในชีวิต ความลำบากที่เรื้อรัง ความขัดแย้งในใจ และความคับข้องใจ

- เหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความปวดร้าวใจ เป็นสถานการณ์ที่อันตรายเป็นพิเศษ ตัวอย่างเช่น อุทกภัย แผ่นดินไหว สงคราม อุบัติเหตุ การถูกรังแกร่างกาย ถูกปองร้ายหมายชีวิต และถูกข่มขืน

- เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ทำลาย หรือคุกคามต่อกิจกรรมปกติของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เป็นความสุข เช่น การสำเร็จ การศึกษา การแต่งงาน การคลอดบุตรคนแรก และการปลดเกษียณ หรือว่าเป็นเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การหย่าร้าง ความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ การเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นหรือลดลง และการเปลี่ยนงาน

- ความลำบากที่เรื้อรัง ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความลำบากที่เรื้อรังเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัวมากขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความยากจน ความเดือดร้อน

ในชีวิตสมรส ความเป็นอยู่อย่างแออัด เสียงดังในชุมชนเมือง ความกดดันจากงาน และสุขภาพที่เจ็บป่วยอยู่เรื่อยๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นปัญหาที่ต้องการการปรับตัว

- สภาพการดำรงชีวิตประจำวัน ก็มีสิ่งต่างๆ มากมายที่เป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ควันบุหรี่ ความกังวลเกี่ยวกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ความหวังในอนาคตของใครคนหนึ่ง และความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่น

- ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของความเครียด เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป ที่คนมีความพอใจเท่ากัน แต่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น หรือในการเลือกสิ่งหนึ่งจะต้องทำอีกสิ่งหนึ่งที่ไม่อยากทำด้วย หรือไม่อยากได้ไม่ อยากทำทั้ง 2 อย่าง แต่ต้องเลือกเอาอย่างหนึ่ง หรือมีสิ่งให้เลือก 2 อย่าง แต่ละอย่างต่างมีทั้งสิ่ง ที่อยากได้และไม่อยากได้

- ความคับข้องใจ (Frustration) คือ การที่บุคคลพบอุปสรรค ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดได้ สาเหตุของความคับข้องใจมี 5 ประการ คือ

1. ความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่เน้นเรื่องการตรงต่อเวลา
2. การสูญเสีย (Loss) เช่น การตายของคนที่รัก สูญเสียความเป็นเพื่อนเมื่อออกจากโรงเรียน หรือย้ายไปอยู่ที่อื่น ความสูญเสียทำให้เกิดความโศกเศร้า (Grief) และความคับข้องใจด้วย เพราะทำให้รู้สึกท้อแท้
3. ขาดคุณสมบัติ เช่น ความสามารถและความมีเสน่ห์ ที่มนุษย์มีความเชื่อว่าจำเป็นต่อสถานะและคุณค่าของตน
4. ความล้มเหลว มนุษย์จะคับข้องใจมากถ้ารู้สึกว่าตนมีส่วนรับผิดชอบต่อความล้มเหลวนั้น โดยคิดว่าถ้าเพียงได้ทำอย่างนี้แทนอย่างนั้น ความล้มเหลวคงไม่เกิดขึ้น
5. ความไม่มีความหมายของชีวิต การค้นพบความหมายของชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะค้นพบความหมายของชีวิตในทุกๆ ด้าน มีผู้คนมากมายที่ไม่ได้ทำงานที่มีความหมายต่อชีวิต

นอกจากนี้ นักจิตวิทยา (58) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้

1. ความคับข้องใจ (frustration) ของคนเราเกิดจากการที่ความต้องการของคนๆ นั้นถูกขัดขวาง เพราะเมื่อคนเราตั้งความหวังในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือตั้งเป้าหมายเอาไว้แล้ว มีบุคคลหรือเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามมาขัดขวางหรือเกิดอุปสรรคขึ้น ทำให้ไม่ได้ดังที่ต้องการหรือที่ตั้งความหวังเอาไว้ ก็จะทำให้เกิดความผิดหวัง ความผิดหวังนี้จะทวีความรุนแรงมากถ้าความสมหวังกำลังจะได้แค่

เอือมแต่กลับถูกขัดขวาง สถานะของอารมณ์อันเนื่องมาจากการถูกขัดขวางนี้เองที่เราเรียกว่า ความคับข้องใจ

เมื่อบุคคลมีความคับข้องใจอาการเครียดจะเกิดตามมา ยิ่งถ้าคนๆ นั้นตั้งความหวังไว้มาก ก็จะทำให้ความคับข้องใจมาก และจะเครียดมาก เป็นความเครียดที่สะสมอยู่และปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม แสดงออกทั้งทางการกระทำและอารมณ์ ยิ่งไปกว่านั้นความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจอาจจะ นำมาซึ่งความก้าวร้าวได้

2. การติดค้างอยู่ในใจ การติดค้างอยู่ในใจของคนเราเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความกังวลใจ อันสืบเนื่องมาจากการที่มนุษย์มีความทรงจำ ซึ่งความทรงจำทั้งที่ดีและไม่ดีที่มีอยู่จะก่อกรวนให้เกิดเป็นความกังวลใจได้ประการหนึ่ง นอกจากนี้ความกังวลใจยังมาจากการที่บุคคลเกิดความหวังใ ในบุคคลอื่น ในทรัพย์สิน ในชีวิตของตน หรือแม้แต่หวังใในสถานการณ์ ห่วงสังคมและห่วงอนาคต เหล่านี้ทำให้กังวลใจ ถ้าคนเรามีสิ่งที่กังวลใจมาก จะมีเรื่องที่ติดค้างไว้ในใจมากเช่นกัน และถ้าสิ่งที่ติดค้างนั้นยังไม่ได้รับการชะล้างออกจากใจ ยิ่งคงค้างคา คุกรุ่น ครุ่นคิดวนเวียนซ้ำไป ซ้ำมาอยู่อย่างนั้น ก็จะทำให้เกิดอาการเครียดได้

3. ความขัดแย้งในใจ ความขัดแย้งในใจ (conflict) เป็นสถานะของบุคคลที่ยังไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ ทั้งการตัดสินใจเลือกและตัดสินใจที่จะไม่เลือกในช่วงเวลาที่บุคคลเกิดสถานการณ์ เช่นนี้ก็จะเกิดความเครียด ทั้งนี้สถานะที่ทำให้คนเราต้องทำการตัดสินใจเลือกจะมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ

3.1 Approach-Approach conflict เป็นสถานะที่บุคคลต้องการได้ทุกอย่าง แต่ต้องตัดสินใจที่จะเลือกเพียงอย่างเดียว เข้าทำนอง "รักพี่เสียดายน้อง" ช่วงของการตัดสินใจนั้นก็เกิดความเครียด

3.2 Avoidance-Avoidance conflict เป็นสถานะที่บุคคลไม่ต้องการที่จะเลือกสิ่งใดเลย แต่จำเป็นต้องเลือก เหมือนถูกบังคับให้เลือกหรือให้ทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ ในลักษณะของ "หนีเสือประจระเข้" ช่วงของการตัดสินใจที่จะต้องเลือกสิ่งที่ไม่พึงประสงค์นี้เองจะทำให้เครียด

3.3 Approach-Avoidance conflict เป็นสถานะที่บุคคลต้องตัดสินใจในการที่จะทำในสิ่งที่ตนพอใจ ทั้งๆ ที่รู้ว่าทำแล้วจะเกิดผลเสียหรืออาจเป็นสถานะที่ต้องตัดสินใจทำในสิ่งที่ไม่ต้องการทำ เป็นความยากลำบากมาก แต่ผลของความยากลำบากนั้นนำมาซึ่งสิ่งที่ดี โดยจะเกิดความขัดแย้งในตนเอง

ในสถานะที่กล่าวมานั้น หากผู้ใดสามารถตัดสินใจได้โดยไม่ลังเล และพอใจในการตัดสินใจของตน ความเครียดก็จะลดลงและหายไป

ในการดำรงชีวิตของมนุษย์นั้นย่อมที่จะต้องพบกับสิ่งใหม่ หรือต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าผู้ใดไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งใหม่หรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ รวมทั้งไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น มีอาการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความจริงที่ตนต้องเผชิญ การไม่ปรับตัวและไม่

ยอมรับความจริงเช่นนี้จะทำให้เกิดอาการเครียด และความเครียดนี้จะสะสมมากขึ้นตามปริมาณ การปฏิเสธ ยิ่งต้องพบกับความจริงและการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเท่าใดก็จะเครียดมากขึ้นเท่านั้น

กลุ่มให้การศึกษ

Dunkin และ Anderson - Hanley⁽¹⁷⁾ ได้พูดถึงการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ไว้หลายทาง หนึ่งในนั้นคือการให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล โดยกล่าวว่า ผู้ดูแลจะได้รับประโยชน์มากจากการศึกษาเกี่ยวกับโรค โปรแกรมการให้ความรู้รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับอาการ สาเหตุและการดำเนินโรค กลยุทธ์สำหรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลควรได้รับการสอนให้ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม การใช้เทคนิคหันเหความสนใจและการชี้ทางใหม่เมื่อ ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เครียดและรู้สึกเป็นภาระยังได้ประโยชน์จากการ เข้ากลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของ Mona Wasow⁽⁴¹⁾ ยืนยัน ว่า ความสำคัญของการรักษาคือการได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ที่คล้ายกัน คุณค่า ของทักษะการจัดการกับปัญหาที่ได้จากการแลกเปลี่ยนกัน นอกจากนี้สิ่งที่ช่วยมากและเป็นความ จำเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่ม (...education is the number one need in groups) คือ ส่วนที่เป็นการ ศึกษาของกลุ่ม ความเข้าใจเรื่องโรค การดำเนินโรค และรู้ว่ามันกระทบผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแล มันช่วยลดความตึงเครียด ความรู้สึกเป็นตราบาป และการตำหนิตนเอง และยังทำให้ได้ทักษะต่างๆ ในทุกด้านของการดูแล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการให้การศึกษโดยผ่านกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และประโยชน์จากกระบวนการกลุ่มในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ชื่อว่ากลุ่มให้การศึกษ

กลุ่มให้การศึกษามีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กลุ่มให้การศึกษเป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในกิจกรรมบางอย่าง⁽⁵⁹⁾

การให้ความรู้โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้แก่ผู้มีปัญหาเป็นกลุ่มย่อย โดยวิธีการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้สมาชิกบรรลุจุดมุ่งหมาย มีพัฒนาทางด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ Redman (1980) อ้างใน เพิ่มพูน ธรรมเจริญ⁽⁶⁰⁾

กลุ่มให้การศึกษเป็นวิธีการที่ดีเยี่ยมสำหรับกลุ่มคนที่มีความบกพร่องทางกายและครอบครัว เพราะสามารถช่วยในด้านการปรับตัวซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินบทบาทในชีวิตของเขา นอกจากนี้กลุ่มยังให้ข้อมูลที่เข้มแข็งที่จำเป็นต่อการบำรุงรักษาสุขภาพอารมณ์และร่างกายที่ดี วิธีการ

นี้อยู่บนพื้นฐานของความเข้มแข็งและความสามารถในการเรียนรู้ของสมาชิก ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ รู้วิธีการทำกลุ่มและเทคนิคการสอน เป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้อำนวยการคอยควบคุมสมาชิก กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น รวมถึงนำกลุ่มให้บรรลุจุดหมายที่วางไว้ร่วมกัน⁽⁶¹⁾

การรักษาได้ก็ตามที่มีจุดประสงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลง กลุ่มเป็นรูปแบบการรักษาอีกวิธีหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีผลดี กลุ่มได้ถูกนำมาใช้ในกระบวนการการเรียนรู้และการบำบัดมาหลายทศวรรษ นับจาก Joseph Pratt ผู้ริเริ่มการใช้กลุ่มเพื่อประหยัดเวลาในการให้การศึกษาและประคับประคองผู้ป่วยโรค ซึ่งต่อมาเขาได้ตระหนักถึงคุณค่าของการรักษาในลักษณะนี้ โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ในราว ค.ศ. 1950 กิจกรรมกลุ่มถูกพบว่าสามารถช่วยผู้รับบริการพัฒนาความรู้สึกเป็นเจ้าของและตระหนักถึงผู้อื่น ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคม ผู้เข้ากลุ่มรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง นอกจากนี้กลุ่มยังเป็นโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แสดงความคิดเห็น⁽⁶²⁾ โดยทั่วไปกลุ่มมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาพื้นฐานในการตัดสินใจที่ดีขึ้นโดยผ่านการพิจารณาประเด็นการวิจารณ์ในหลายๆ ด้าน เป้าหมายของกลุ่มนี้คือ การป้องกันไม่ให้เกิดการพัฒนาของพฤติกรรมไปสู่การสูญเสียการทำหน้าที่ต่อไปในอนาคต⁽⁶³⁾ กลุ่มช่วยให้สมาชิกเกิดการพัฒนาหรือสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่⁽⁶⁴⁾ กลุ่มได้รับการพัฒนาอย่างมากและหลากหลายในเวลาต่อมาตามวัตถุประสงค์ แนวคิด และทฤษฎีต่างๆอย่างต่อเนื่องมาจนทุกวันนี้ กลุ่มมีคุณค่าเนื่องจากเป็นโอกาสให้สมาชิกได้มีประสบการณ์ด้านบวกดังนี้

1. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (A sense of belonging)
2. การแลกเปลี่ยนปัญหาทั่วไป (Sharing common problem)
3. การสังเกตพฤติกรรมและผลของพฤติกรรมจากผู้อื่น (Observing behaviors and consequences of behaviors in others)
4. การสนับสนุนกันระหว่างการสำรวจตัวเองและการเปลี่ยนแปลง (Support during self - exploration and change)⁽⁶²⁾

ปกติแล้วประสบการณ์ที่ช่วยมากที่สุดซึ่งคนเราสามารถที่จะสัมผัสได้คือ ความรู้สึกที่มีคนได้ยินและเข้าอกเข้าใจแม้ว่าปัญหานั้นจะไม่มีหนทางแก้ไข ความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงาบ่อยลง การได้รับความใส่ใจและเข้าอกเข้าใจจากบุคคลอื่นในกลุ่มบางทีอาจเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดของกลุ่มไม่ว่ากลุ่มใดก็ตาม⁽⁴¹⁾ กลุ่มสามารถให้ความรู้สึกที่สบาย การสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนทางเลือกที่แตกต่างออกไป เห็นผู้อื่นได้คือความสามารถของกลุ่มที่ว่านี้ในการทำให้ผู้เข้ากลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การแบ่งปันความรู้สึกทุกซอ้นที่คล้ายคลึงกันซึ่งสร้างให้เกิดการผึกกำลัง

กันในระดับที่สูง และสิ่งนี้ช่วยจูงใจให้สมาชิกยังคงอยู่และทำงานร่วมกับกลุ่ม กลุ่มที่มีการผนีกกำลังกันได้ให้การยอมรับที่แทบจะไม่มีเงื่อนไขแก่สมาชิกตลอดจนบรรยากาศแห่งการเกื้อกูลกัน⁽⁶⁵⁾

นอกจากนี้ Yalom (1975) ได้กล่าวถึงกลไกกลุ่มที่ทำให้เกิดแรงผลักดันในการรักษา^(59 66) ดังนี้

1. การเสียสละ (Altruism) กลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น เพราะเขาได้ช่วยเหลือผู้อื่น ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจ และเสียสละในเรื่องต่างๆ สมาชิกจะไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น และจะภาคภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้น การเสียสละนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการรักษา โดยถือ่วาวิธีที่ดีที่สุดจะช่วยคนคือ ช่วยให้เขาได้ช่วยคนอื่น

2. การผนีกกำลังในกลุ่ม (Group Cohesiveness) การมารวมกลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ทำให้เกิดความสามัคคี รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความสำคัญต่อกลุ่ม บรรยากาศเช่นนี้ สมาชิกกลุ่มจะสามารถพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมาซึ่งเขาไม่สามารถทำได้ในสังคมทั่วไป เพราะในกลุ่มสมาชิกจะเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดการผนีกกำลังช่วยเหลือกัน เป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งในชีวิต

3. ความรู้สึกเป็นสากล (Universality) ก่อนเข้ากลุ่มสมาชิกส่วนใหญ่มักคิดว่าความทุกข์ของตนไม่เหมือนใคร และทุกข์มาก หรือมีความทุกข์คนเดียว แต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้ว เขาจะรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหายุ่งยากเหมือนกัน บางคนอาจมีปัญหามากกว่าตนเองก็มี ความรู้สึกที่ว่า ตนมีความทุกข์คนเดียวหมดไป

4. การเรียนรู้แบบสัมผัสสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Learning) กลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีที่จะติดต่อกัน อยู่ร่วมกัน ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิต มักจะมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองไม่ดี ดูถูกตนเอง ไม่ชอบตนเอง เห็นผู้อื่นเป็นคนเอาเปรียบ เขาจะไม่สนใจผู้อื่นซึ่งมีผลทำให้เขาเป็นคนเข้าใจยาก ปรับตัวลำบาก และถูกทอดทิ้งมากขึ้น ในกลุ่มสมาชิกจะได้เรียนรู้ใหม่ ได้มีโอกาสแก้ไขสภาวะทางอารมณ์ใหม่

5. การแนะนำ (Guidance) ในการเข้ากลุ่ม สมาชิกจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่สมาชิกควรรู้ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือลดความวิตกกังวลของสมาชิกลงได้

6. การระบายอารมณ์ (Cathasis) ในกลุ่มสมาชิกสามารถระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความคับแค้นที่เก็บอัดแน่นไว้ในใจ ซึ่งเขาไม่สามารถพูดในสังคมทั่วไปได้ ในสังคมทั่วไปคนเรามักจะพูดแต่เพียงความรู้สึกด้านลบ ในขณะที่กลุ่มจะเป็นผู้รับฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจ เมื่อสมาชิกได้

ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจแล้ว จะมีผลให้มีจิตใจปลอดโปร่งขึ้น อารมณ์สงบลง และมีพัฒนาการด้านอารมณ์ รวมทั้งจิตใจสูงขึ้น

7. การเลียนแบบ เอาอย่างหรือทำตัวให้เหมือน (Identification) ในกลุ่มสมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของผู้นำกลุ่ม หรือระหว่างสมาชิกที่ชื่นชอบ ผู้นำกลุ่มจะเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการฟัง การตอบสนองเหตุการณ์ด้วยท่าทีสงบและเข้าใจผู้อื่น

8. การรื้อฟื้นประสบการณ์ในครอบครัว (Family Reenactment) กลุ่มประกอบด้วยสมาชิกต่างเพศ ต่างวัย ทำให้กลุ่มมีลักษณะหลายอย่างคล้ายครอบครัว มีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีอำนาจ สมาชิกกลุ่มเหมือนญาติพี่น้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหลายๆ อย่างคล้ายปัญหาในครอบครัว และการตอบสนองของสมาชิกในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการที่ผู้นำกลุ่มให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ และสามารถแก้ไขประสบการณ์เดิมได้

9. ความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) การมาเข้ากลุ่มมาทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ความรู้สึกของตนเองในอดีตและปัจจุบัน ทำให้เข้าใจตนเอง เข้าใจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองมากยิ่งขึ้น

10. การมีความหวังเพิ่มขึ้น (Instillation of Hope) การมาเข้ากลุ่มเป็นการสร้างความหวังใหม่ให้แก่สมาชิกที่กำลังเสียขวัญ และมองโลกในแง่ร้าย การที่สมาชิกเห็นสมาชิกอื่นๆ มีปัญหาเหมือนตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น ทำให้เขามีความหวังมากขึ้น

11. ความเป็นจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential Factors) กลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงความจริง ยอมรับความจริงได้มากขึ้น ในสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การเผชิญกับความตาย เรียนรู้ในเรื่องอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา รู้ว่าบางสิ่งบางอย่างกลุ่มช่วยเหลือเราได้ บางอย่างเราต้องเผชิญตามลำพัง การเรียนรู้จะช่วยทำให้สมาชิกมีความทุกข์น้อยลง

กลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมารวมตัวกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้⁽⁵⁹⁾

1. จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน (Common Goal)
2. ความเกี่ยวข้องต่อกันกับบุคคลอื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. มีการคำนึงถึงคนอื่นๆ อันอาจก่อแบบแผนพฤติกรรมทางสังคม เน้นเฉพาะหน้าที่หรือบทบาทต่างๆ
4. มีการรับรู้ว่าเขาเหล่านั้นได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และภายในกลุ่มต่างๆ จะต้องมีสิ่งสำคัญ 3 ประการคือ
 - ก. กิจกรรม (Activities)
 - ข. มีความเกี่ยวข้องกัน (Interaction)

ค. ความรู้สึกที่มีต่อกัน หรือชอบพอกัน (Sentiments)

องค์ประกอบของกลุ่ม

1. ชนิดของกลุ่ม ประกอบด้วย

- กลุ่มปิด (closed groups) หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม
- กลุ่มเปิด (open groups) หมายถึง กลุ่มที่มีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะๆ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มปิดซึ่งมีข้อดีคือช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการพัฒนาไปตามลำดับอย่างมีประสิทธิภาพ ตามเวลาที่กำหนด และสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและความรู้สึกผูกพันกัน

2. ขนาดของกลุ่ม มีผู้ให้ไว้หลากหลายตั้งแต่สมาชิกจำนวน 2 ถึง 20 คน^(59 67) Yalom ให้ความเห็นว่าขนาดที่เหมาะสมที่สุดของกลุ่มบำบัด (an interactional therapy group) คือประมาณ 7 - 8 คน สมาชิกตั้งแต่ 5 ถึง 10 คน ก็ใช้ได้⁽⁶⁶⁾ Marram อ้างใน กนกวรรณ ทาสอน⁽⁶⁸⁾ และปราโมทย์ เชาวศิลา⁽⁶⁹⁾ เห็นตรงกันว่าสมาชิกจำนวน 6 ถึง 10 คน เป็นขนาดที่เหมาะสมที่สุด กลุ่มขนาดดังกล่าวจะทำให้เกิด interactional material เพียงพอที่จะเป็นพลังหรือ energy ของกลุ่ม ถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้มีเวลาน้อย คือสมาชิกทุกคนไม่มีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการพูดหรือแสดงอารมณ์และความคิดต่างๆ แต่สมาชิกมีจำนวนน้อยเกินไปก็ทำให้มี interaction น้อยตามไปด้วย⁽⁶⁹⁾ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในกลุ่มอาจจะพุ่งไปที่คนใดคนหนึ่งและภาวะวิตกกังวลของสมาชิกจะสูง ความคิดเห็นหรือการแก้ปัญหาในกลุ่มจะน้อย⁽⁶⁷⁾ ในกลุ่มขนาดเล็กนี้เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มคนที่ประสบปัญหาความทุกข์หรือใจไม่ว่าจะดำเนินกลุ่มโดยบุคคลที่เป็นนักวิชาชีพหรือไม่ ใช้นักวิชาชีพจะมีลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความเข้มข้นของความต้องการที่จะแสดงออกของแต่ละบุคคลที่มาร่วมกลุ่ม ความต้องการที่จะแลกเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่างที่เป็นส่วนตัว และความจริงหรือได้รับรู้ถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น สภาพเหล่านี้และโครงสร้างของกลุ่มเล็ก ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์แบบ face to face มีผลลึกซึ้งต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป⁽⁶⁵⁾

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยประสงค์ให้มีสมาชิกกลุ่ม 6 - 10 คน เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากขนาดของกลุ่มตามที่กล่าวมา

3. ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม Yalom 1975 เสนอแนะว่าเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มแต่ละครั้งคือ ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง เพราะจะทำให้สมาชิกกล้า ขาดสมาธิหมดความสนใจ ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มประมาณ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ยกเว้นในกลุ่ม

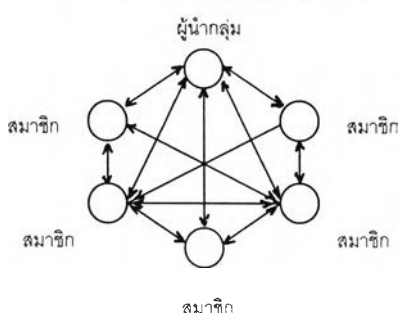
ประเภทเร่งด่วน สำหรับจำนวนครั้งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่มและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่มซึ่งมีการศึกษาพบว่าการดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง สามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ Dipasquate (1990) อ้างในอรพรรณ ทองคำ^{59 67)}

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มรวม 3 วัน โดยแบ่งเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 4 ครั้งๆ ละ 1 - 1 ชั่วโมงครึ่ง เวลาที่เหลือเป็นการให้ความรู้แบบสองทาง และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องการความต่อเนื่องของเนื้อหาความรู้และความสะดวกของผู้ดูแลหลักซึ่งมักประสบปัญหาการหาผู้ดูแลแทนระหว่างที่มาเข้ากลุ่ม

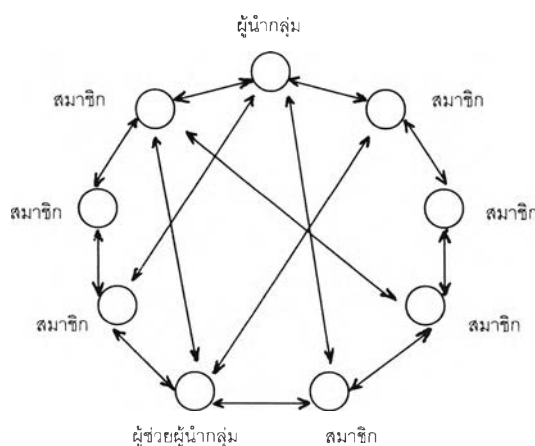
4. การจัดสถานที่ การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ห้องที่ใช้จัดกลุ่มควรมีขนาดเล็ก แต่กว้างพอที่กลุ่มจะทำกิจกรรมร่วมกันได้สะดวก นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระ⁽⁵⁹⁾

5. รูปแบบการจัดที่นั่งของสมาชิก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การจัดตำแหน่งของสมาชิกเป็นศูนย์กลางหรือผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง มีลักษณะการจัดที่นั่งของสมาชิกดังนี้⁽⁵⁹⁾

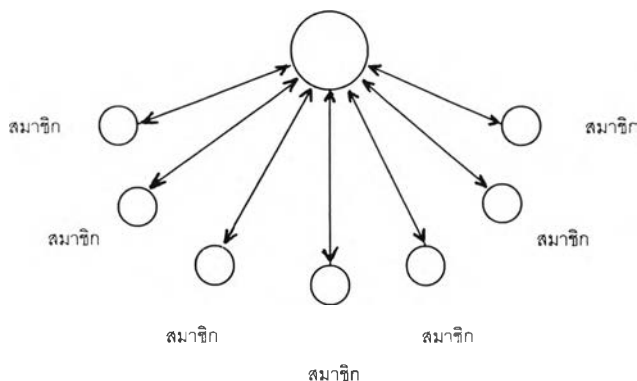
แบบสมาชิกเป็นศูนย์กลาง



ในกรณีที่มีสมาชิกกลุ่มมาก และมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ควรจัดที่นั่งดังนี้



แบบผู้นำเป็นศูนย์กลาง



กระบวนการกลุ่ม

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นที่บุคคลมาทำงานร่วมกันมีกิจกรรมร่วมกันจนสิ้นสุดกระบวนการตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคล การที่บุคคลได้พบปะและมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น⁽⁶⁸⁾

ทฤษฎีพื้นฐานของกระบวนการกลุ่ม

ทฤษฎีที่นิยมใช้มีดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ มีแนวคิดที่สำคัญคือ จิตไร้สำนึกเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมกลุ่ม กล่าวคือ บุคคลจะนำเอาความคิดของตนเองที่มีอยู่ได้จิตสำนึกมาแสดงออกในกลุ่มเพื่อป้องกันตัวเอง และนำเอาประสบการณ์หรือสภาพการณ์ในอดีตที่ประสบมาแสดงในปัจจุบันที่มีสภาวะการณ์คล้ายๆ กันภายในกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกปรับสู่โลกความเป็นจริง

2. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีแนวคิดสำคัญคือ อารมณ์และพฤติกรรมเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กล่าวคือ ในการปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล บางคนคลายวิตกกังวล บางคนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือสมาชิกให้ได้รับการแก้ไข เสริมสร้างให้สมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ

3. ทฤษฎีการสื่อสาร มีแนวคิดคือ บุคคลต้องมีการติดต่อสื่อสารจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ การติดต่อสื่อสารอาจจะเป็นวาจา หรือท่าทาง ซึ่งจะหมายถึงเนื้อหาของข่าวสาร ความรู้สึก ความคาดหวัง

ของผู้สื่อสารและรูปแบบของสัมพันธภาพที่มีต่อกัน บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องตระหนักในการที่ให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสื่อสาร

4. ทฤษฎีพลวัตของกลุ่ม มีแนวคิดสำคัญคือ กลุ่มมีกระแสเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ไม่มีการหยุดนิ่ง บุคคลภายในกลุ่มจะมีแรงที่มาสักดันทให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหว มีการทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม และกลับคืนสู่สภาวะสมดุลเมื่อการทำงานเสร็จสิ้น บทบาทของผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี

5. ทฤษฎีเอกซีสเทนเชียลและเกสตัลท์ มีแนวคิดคือ บุคคลมีอิสระที่จะเลือก ที่จะรู้สึก เมื่อคิดและกระทำได้ แต่บุคคลไม่ตระหนักในอิสระนั้น ผู้นำต้องชี้ให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความมีอิสระแล้วให้สำรวจตนเอง ร่วมกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม กระตุ้นให้รู้ใน "ที่นี่เดี๋ยวนี้" ของบุคคลได้ ประสบผลสำเร็จด้วยตัวเองตามศักยภาพได้

6. ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม มีแนวคิดคือ พฤติกรรมทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ และพฤติกรรมสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้โดยการให้แรงเสริมทางบวกและลบ ดังนั้นการเข้ากลุ่มผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการได้รับกำลังใจ การได้รับข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรม นอกจากนี้การได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดีในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากทฤษฎีพื้นฐานที่กล่าวมา Marram ได้ให้แนวคิดว่าการทำกลุ่มควรยึดแนวคิดทฤษฎีผสมผสาน เพราะสามารถนำแนวคิดของทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่มในการแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้⁽⁶⁷⁾

กระบวนการการดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน⁽⁷⁰⁾ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเริ่มต้น (Initial Stage)

เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับสมาชิก และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจกันอย่างแท้จริง เป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย มีความอบอุ่น จริงใจ ซึ่งสัมพันธภาพดังกล่าวจะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และสมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่ามีคนซึ่งรักและห่วงใยเขา ใส่ใจเขาอย่างแท้จริงในการที่จะช่วยให้เขามีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญความยุ่งยากต่างๆ ได้ นอกจากสัมพันธภาพแล้ว ในขั้นตอนนี้ยังรวมถึงการทำความเข้าใจกับสมาชิกกลุ่มถึงลักษณะ ข้อจำกัด และเป้าหมายของกลุ่ม ตลอดจนการกำหนดระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพนี้อาจเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นกับทักษะของผู้นำกลุ่ม และการต่อต้านจากสมาชิกกลุ่ม กระบวนการการดำเนินกลุ่มขั้นต่อไปจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากสัมพันธภาพที่ดีในขั้นตอนนี้

2. ขั้นการทำงาน (Working Stage)

เป็นขั้นตอนที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง และต้องการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาที่ตนเองมี ต้องการหาแนวทางในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาที่ตนมี ซึ่งสมาชิกพร้อมจะร่วมมือช่วยเหลือกันและกัน (cohesiveness) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือหวั่นไหวที่จะมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด สมาชิกรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มในลักษณะขณะปัจจุบันมากขึ้น เรียนรู้ที่จะพูดถึงความรู้สึกหรือประสบการณ์โดยสัมพันธ์กับความเป็นปัจจุบัน สมาชิกเต็มใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมาต่อกัน สามารถเผชิญหน้าแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงจัง ไม่เลียงหนีต่อความรู้สึกขัดแย้งอีกต่อไป และมีท่าทีเอื้ออาทรต่อกัน สมาชิกพร้อมที่จะวางแผนการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองและรับผิดชอบที่จะทำตามแผนนั้น

3. ขั้นปิดกลุ่ม (Closing Stage)

ขั้นปิดกลุ่มเป็นขั้นที่สำคัญเพราะเป็นขั้นที่ช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ว่าเขาเรียนรู้อะไรบ้างจากกลุ่ม และเขาจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไรในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเขา ในขั้นนี้ถ้าผู้นำกลุ่มดำเนินการปิดกลุ่มอย่างรีบร้อน และไม่ใช้เวลาในขั้นปิดกลุ่มเพียงพอ โอกาสที่สมาชิกจะลิ้มประสบการณ์ที่มีประโยชน์จากกลุ่มย่อมเป็นไปได้ง่าย สมาชิกกลุ่มบางคนก็รู้ว่ากลุ่มกำลังยุติ มักจะเริ่มทำตัวห่างเหินจากกลุ่ม เพื่อจะได้ไม่เผชิญกับความรู้สึกผูกพันและเศร้าเสียใจเมื่อกลุ่มจบสิ้น ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกเผชิญกับขั้นปิดกลุ่ม โดยการเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง และรับวิธีการที่ตนเองใช้ในวาระที่ถึงเวลาจากกัน เผชิญหน้ากับการพึ่งตนเองโดยไม่มีกลุ่มคอยช่วยให้กำลังใจ เตรียมตัวที่จะใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากกลุ่มในสภาพเป็นจริง

บทบาทของผู้นำกลุ่ม⁽⁵⁹⁻⁷⁰⁾

ผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitate) อย่างอ่อนโยนมากกว่าการบังคับ (Direct) โดยเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มล่วงหน้า ในความหมายนี้ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยทางด้านจิตใจให้แก่สมาชิกได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุดในการบวนการกลุ่ม (Rogers 1970 : 44) รอลเจอร์ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้ คือ (Rogers 1970 : 46-65)

1. การสร้างบรรยากาศในกลุ่ม (Climate-Setting Function) ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เริ่มต้นให้สมาชิกรับรู้ถึงความรู้สึกที่ปลอดภัย อบอุ่น และความเป็นอิสระ การฟังอย่างตั้งใจที่จะรับรู้ความหมาย

ที่ชัดเจนทั้งในแง่เนื้อหา และความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีเงื่อนไขด้วยความเชื่อถือว่าว่างใจและใส่ใจ ด้วยการแสดงออกทั้งภาษาท่าทางและคำพูดอย่างสอดคล้องของผู้นำกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายและเห็นคุณค่าของตนเอง จนทำให้เกิดความกล้าที่จะแสดงตนเอง โดยการบอกเล่าประสบการณ์ต่างๆ ของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบ

2. การยอมรับกลุ่ม (Acceptance of the Group) ผู้นำกลุ่มต้องมีความพยายาม และอดทนเป็นอย่างยิ่งกับกลุ่มและบุคคลที่เป็นสมาชิกกลุ่มในทุกเรื่อง และความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่บังคับให้เป็นไปตามใจของผู้นำกลุ่มเอง

3. การยอมรับเอกลักษณ์ของบุคคลแต่ละคน (Acceptance of the Individual) ผู้นำกลุ่มต้องยอมรับสมาชิกในความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกต่างๆ แตกต่างกันไป เช่น ความกลัว ความลังเลใจ ความเจ็บปวด ฯลฯ อย่างไม่มีเงื่อนไข และตอบสนองด้วยความรู้สึกที่เกิด "ที่นี้และเดี๋ยวนี้"

4. การเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic Understanding) ผู้นำกลุ่มต้องสื่อสารอย่างเข้าใจในความหมายที่แท้ของสิ่งที่สมาชิกสื่อออกมา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุด เพราะเป็นภาวะที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและกระจ่างให้เกิดขึ้นแก่สมาชิก เป็นความเข้าใจความหมายในระดับลึกและเป็นสิ่งที่สื่อให้เกิดความร่วมรู้สึก

5. การปฏิบัติการในระดับความรู้สึก (Operating in Terms of Feeling) ผู้นำกลุ่มต้องรู้สึกอิสระที่จะแสดงความรู้สึกแท้จริงของตนเองในแต่ละขณะ ไม่ว่าจะจะเป็นความรู้สึกต่อกลุ่มทั้งหมดหรือต่อสมาชิกบางคน หรือต่อตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อกัน และในการที่ผู้นำต้องรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

6. การกล้าเผชิญและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Confrontation and Feedback) ผู้นำกลุ่มจะเอื้อเพื่อให้สมาชิกได้เผชิญกับสิ่งที่สมาชิกได้พูดหรือแสดงออกมา ถึงแม้จะทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่ก็จะช่วยให้เขาพ้นจากสภาพนั้นด้วยการเรียนรู้บางอย่าง

7. การแสดงถึงปัญหาของตนเอง (Expression of Own Problems) ในกรณีที่ผู้นำกลุ่มมีปัญหาอยู่ในใจ อาจจะเปิดเผยต่อในกลุ่มได้ ซึ่งจะนำไปเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย อย่างไรก็ตาม ผู้นำกลุ่มควรระวัง สมาชิกอาจคิดว่าเป็นความผิดของพวกเขาที่ทำให้ผู้นำกลุ่มไม่สบายใจ

8. หลีกเลี่ยง "การวางแผน" และ "แบบฝึกหัด" (Avoidance of Planning and Exercise) การวางแผนล่วงหน้าจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมชาติแก่กลุ่ม และผู้นำกลุ่มก็จะเกิดความกังวลใจที่จะต้องทำให้เป็นไปตามแผนนั้นๆ ฉะนั้นหากจะต้องวางแผนก่อน จะต้องให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากๆ พอกับผู้นำกลุ่ม และสมาชิกจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะทดลองทำตามวิธีการที่วางแผน

ไว้หรือไม่ ความเป็นธรรมชาติของกลุ่มจะเป็นสิ่งที่มีค่าและมีประสิทธิภาพที่สุด กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจและเป็นธรรมชาติ เช่น การสวมบทบาท (Role Playing) การสัมผัส (Bodily contact) หรือละครจิตบำบัด (Psychodrama) ฯลฯ สามารถจะเอื้ออำนวยการแสดงความรู้สึกที่แท้ในขณะนั้นได้

9. หลีกเลี่ยงการวิจารณ์หรือตีความกระบวนการกลุ่ม (Avoidance of Interpretive or Process Comments) การวิจารณ์หรือตีความหรือประเมินกระบวนการกลุ่ม จะทำให้เกิดการระวังตัวและไม่ร่วมมือมากขึ้น และกลุ่มจะดำเนินไปได้ช้าลง เพราะสมาชิกจะรู้สึกเหมือนกำลังถูกตรวจสอบอะไรบางอย่าง

10. พลังรักษาจิตใจของกลุ่ม (The Therapeutic Potentiality of the Group) ผู้นำกลุ่มควรที่จะรู้จักพลังรักษาจิตใจจากสมาชิกด้วยตนเองในกลุ่ม การเอื้ออำนวยให้เกิดความรู้สึกอิสระ ที่จะสื่อสารกันในฐานมนุษย์จะก่อให้เกิด "ปัญญาของกลุ่ม" ที่นำศักยภาพในการช่วยเหลือทางจิตใจอย่างมาก

11. การเคลื่อนไหวและการสัมผัสทางกาย (Physical movement and Contact) ผู้นำกลุ่มควรมีความเป็นธรรมชาติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในการเคลื่อนไหวตนเองและการสัมผัส ซึ่งเป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกที่แท้จริงและการร่วมความรู้สึกต่อกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ต้องมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้^(58 70) คือ

1. ความไว้วางใจ (Trust) สมาชิกจะมีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคง มีส่วนร่วมเปิดเผยความรู้สึกกับบุคคลภายในกลุ่ม โดยปราศจากความกลัวการปฏิเสธหรือการต่อต้านจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น

2. การยอมรับ (Acceptance) ยอมรับตนเองอย่างอิสระโดยไม่คำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

3. การให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Respect) มีพื้นฐานของการยอมรับความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของบุคคลอื่น

4. ความอบอุ่น (Warmth) มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งประกอบด้วย การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรักโดยไม่หวังผลตอบแทน หรือไม่แสดงความเป็นเจ้าของ การแสดงความนับถือและความชอบพอ

5. การติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการพัฒนาความสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง (two-way communication) เนื่องจากวิธีการสื่อสารแบบนี้จะทำให้บุคคลสามารถติดต่อ ตอบสนอง และได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ ความเข้าใจ

(Understanding) เป็นความสามารถที่มองสิ่งต่างๆ ในกรอบแห่งประสบการณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเองอยู่

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม ที่ควรมี ดังต่อไปนี้

ด้านบุคลิกภาพ

1. มีการตระหนักรู้ มีสติ (Awareness) ควรรู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไร
2. มีจิตใจที่มั่นคงกลมกลืน (Mature and integrity) มีท่าทีมั่นคง อารมณ์หนักแน่น ไม่หวั่นไหวต่อคำพูดทั้งทางด้านยกย่อง ชมเชย หรือคำพูดเชิงตำหนิ สามารถที่จะจัดการกับชีวิตส่วนตัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างเป็นสุข มีความเข้มแข็งอดทนพอที่จะยอมรับจุดอ่อนของตน จริงใจต่อตนเอง ต่อสมาชิก และต่อหน้าที่รับผิดชอบของตน
3. ความยืดหยุ่น (flexibility) ความยืดหยุ่นอันเป็นผลมาจากการที่ผู้นำกลุ่มมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความไวต่อความต้องการ ความรู้สึกของสมาชิกและมักจะพบว่าถ้าผู้นำกลุ่มขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มักจะทำอะไรตามแบบแผนที่วางไว้ล่วงหน้าอย่างตายตัว ลักษณะของความยืดหยุ่นอาจกล่าวได้ว่า คือ การที่บุคคลนั้นสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ติดขัดอยู่กับแผนที่ตายตัว
4. Empathy Versus Sympathy ผู้นำควรมีความสามารถในการร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกเห็นใจ เข้าใจถึงจิตใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง
5. Desire to Help People มีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น อยากช่วยทุกคน ไม่ใช่จะจงช่วยเฉพาะบางราย และไม่ใช่ว่าเป็นการช่วยเหลือเพื่อหวังผลประโยชน์อื่นด้วย
6. Imaginativeness สามารถคาดการณ์ หรือคาดคะเนเหตุการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี นอกเหนือจากที่ผู้ไปบอก หรือที่สังเกตได้
7. Allotropy ผู้นำไม่ควรหลงว่า ตนเองมีความสามารถหลากหลาย หลักรวมกว่าผู้อื่น จะต้องไม่หมกมุ่นอยู่กับตนเอง เพราะจะทำให้สนใจสมาชิกลดลง ไม่มีความตื่นตัวพอที่จะติดตามเรื่องราวของสมาชิก รวมทั้งไม่สามารถสังเกตภาวะอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกด้วย
8. Frustration Tolerance มีความหนักแน่นและมั่นคง สามารถทนต่อภาวะไม่สมหวัง เช่น เวลาที่ผู้นำพยายามช่วยเหลือสมาชิก แต่สมาชิกไม่พยายามช่วยตนเอง หรือทำซ้ำไม่ทันใจ

9. Withstand Hostility ความสามารถที่จะอดทนต่อภาวะการแสดงออกของทั้งคำพูดและท่าทางที่ไม่เป็นมิตร ซึ่งเกิดขึ้นได้เสมอ สมาชิกอาจไม่พอใจที่ต้องทำตามกฎเกณฑ์ หรือผู้นำ Confront สมาชิกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เขาโกรธและแสดงสิ่งที่ไม่พอใจออกมา

ด้านความรู้ความสามารถ

1. ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ในทฤษฎีพื้นฐาน เกี่ยวกับเรื่องของมนุษย์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทำงานเกี่ยวกับสมาชิกในกลุ่ม
2. มีความรู้ในการให้การปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม
3. รู้เทคนิคในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จะพูดอย่างไรจึงจะทำให้สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือ พูดอย่างไรจึงจะช่วยแก้สถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น พูดอย่างไรจึงจะทำให้สมาชิกเข้าใจได้ง่าย

ด้านทัศนคติ

1. ต่อตนเอง
 - ผู้นำกลุ่มจะต้องมีจิตใจอยากช่วยเหลือผู้อื่น
 - เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง
2. ต่องานกลุ่ม
 - ผู้นำกลุ่มควรมีทัศนคติที่ดีต่องานกลุ่ม เชื่อว่าพลังของกลุ่มสามารถช่วยสมาชิก
 - มีการพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละกลุ่ม
3. ต่อสมาชิก
 - ผู้นำกลุ่มต่างมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีคุณค่ามีศักยภาพ มีความดีอยู่ในตัวเอง
 - ผู้นำกลุ่มควรจะยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไขไม่ว่าสมาชิกนั้นจะเป็นใคร มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกใด ทั้งด้านดี หรือด้านร้าย และไม่ตัดสิน

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม⁽⁷⁰⁾

บทบาทของสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของกลุ่ม Trotter กล่าวว่า บทบาทของสมาชิกกลุ่มประกอบด้วย 4 บทบาท คือ

1. ผู้รับบริการ
2. ผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆ การช่วยเหลือมีมาจากการฟัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแนะนำทางเลือก การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ซึ่งผู้ให้ความช่วยเหลือจะมีโอกาสสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง มีสภาวะจิตที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. ผู้เป็นต้นแบบ โดยสมาชิกต่างก็มีการเรียนรู้พฤติกรรมและทักษะซึ่งกันและกัน การปรับตัวทางสังคมของสมาชิกแต่ละคน เป็นเหตุให้มีโอกาสเลียนแบบกันได้

4. ผู้ตรวจสอบความเป็นจริง ร่วมสมาชิกอื่นๆ ในการประเมินความเกี่ยวข้องตามเกณฑ์ของความเป็นจริง

ทักษะพื้นฐานสำหรับผู้นำกลุ่ม⁽⁷⁰⁾

ผู้นำกลุ่มนอกจากจะเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีแล้ว ยังต้องได้รับการฝึกทักษะสำหรับการเป็นผู้นำกลุ่มโดยเฉพาะ ซึ่งบางทักษะสามารถนำมาใช้ในการให้บริการปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจำเป็นจะต้องฝึกใช้ทักษะในการดำเนินการกลุ่มอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทักษะที่จะกล่าวถึงมีดังต่อไปนี้ (Trozer)

1. ทักษะการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ (Reaction Skills) ประกอบด้วยทักษะดังต่อไปนี้

1.1 การฟัง (Listen)

การฟังที่ดีจะแสดงถึงการยอมรับความเข้าใจ สนใจ ตั้งใจ และแสดงให้ผู้พูดรับรู้ ว่าเรากำลังฟังอย่างสนใจ นอกจากนี้ยังสื่อให้ผู้พูดรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ฟัง ว่าผู้ฟังยอมรับนับถือ และเห็นอกเห็นใจในตัวเขา เข้าไปอยู่ในความรู้สึกเดียวกันกับเขา เอาใจใส่และต้องการช่วยเหลือเขาอย่างจริงใจ

1.2 การทวนซ้ำ (Restatement)

คือ การแสดงถึงความเข้าใจที่ผู้ฟังสามารถถ่ายทอดกลับไปให้ผู้พูดรับทราบได้ ผู้พูดจะรับรู้ว่าตนเองเป็นที่เข้าใจ เป็นที่ยอมรับ และเกิดความอบอุ่นขึ้น ซึ่งการทวนซ้ำนั้นเป็นการเอาประโยคที่ผู้พูดได้กล่าวแล้วมากล่าวซ้ำ อาจกล่าวซ้ำทั้งประโยค หรือกล่าวซ้ำในบางส่วนที่เป็นใจความสำคัญก็ได้

ซึ่งการทวนซ้ำ มีอยู่ 4 ลักษณะดังนี้

1. การซ้ำแบบเหมือนเดิม (Exact restatement)
2. การซ้ำแบบเปลี่ยนเฉพาะสรรพนาม (Pronoun changed restatement)
3. การซ้ำแบบบางส่วน (Partial restatement)
4. การซ้ำแบบสรุป (Summary fashioned restatement)

1.3 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection)

การสะท้อนความรู้สึกจะต้องฟังและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathetic listening and Understanding) การสะท้อนอาจสะท้อนที่เนื้อหาหรือความรู้สึก ซึ่งมีประโยชน์ที่ผู้นำได้เข้าใจ

ความคิดความรู้สึกตรงกันกับสมาชิก เพราะเป็นสิ่งที่สมาชิกได้แสดงสิ่งที่เขาไม่สามารถแสดงออกมาตรงๆได้

การสะท้อนความรู้สึกมีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ข้อ คือ

1. ช่วยให้สมาชิกที่กำลังพูดได้มีความตระหนักในเรื่องที่เขาพูดเพิ่มขึ้น
2. เป็นการสื่อให้สมาชิกที่พูดว่าผู้นำกลุ่มตระหนักและรับรู้ถึงความรู้สึกของเขา

1.4 การทำให้กระจ่าง (Clarification)

เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มจะช่วยทำให้สิ่งที่ผู้พูดพูดนั้นได้รับความเข้าใจชัดเจนขึ้น และอาจให้สมาชิกพูดอีกครั้งด้วยภาษาง่ายๆ เพื่อให้สมาชิกทั้งกลุ่มได้เข้าใจตรงกัน เช่น ผู้นำกลุ่มฟังและทำให้สิ่งที่พูดง่ายขึ้นเพื่อให้กระจ่างชัด แล้วให้สมาชิกพิจารณาว่าใช่หรือไม่

1. ผู้นำกลุ่มช่วยให้เกิดการชัดเจนขึ้น ในกรณีที่สิ่งที่สมาชิกรู้สึกยากและลำบากใจที่จะแสดงออก และให้สมาชิกตรวจสอบเพื่อยอมรับหรือปฏิเสธมันเหมือนกับว่าผู้นำกลุ่มแปลสิ่งที่สมาชิกพูดไปสู่ภาษาที่ง่ายสำหรับสมาชิกอื่นๆ

2. การทำให้ชัดเจนจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจชัดเจนขึ้นด้วย

1.5 การสรุปความ (Summarizing)

เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มทุกกลุ่มต้องใช้ เพราะในกลุ่มจะมีการพูดถึงเรื่องต่างๆ มากมาย สมาชิกบางคนอาจจะสับสนในการฟัง และในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้นำกลุ่มจึงต้องสรุปประเด็นและสาระสำคัญที่สมาชิกได้อภิปราย ซึ่งการสรุปนี้มีทั้งการสรุปบทสนทนาทั้งหมดโดยย่อสรุปประโยคยาวๆ สรุปตอนท้าย

2. ทักษะการปฏิสัมพันธ์ (Interaction Skills) ประกอบด้วยทักษะ ดังต่อไปนี้

2.1 ทักษะการดำเนินการกลุ่ม (Moderating)

เป็นทักษะการใช้คำพูด หรือท่าทีที่ผู้นำกลุ่มนำไปใช้เพื่อการควบคุมปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ทำให้เกิดการเปิดเผยตนเองมากขึ้นต่อกลุ่ม

2.2 การตีความ (Interpretation)

หมายถึง การนำเอาสิ่งที่ผู้พูดพูดมาตีความใหม่ให้ลึกซึ้งมากกว่าที่เขาพูด ทักษะนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในระดับลึกซึ้งมาก เป็นการช่วยให้สมาชิกขยายความเข้าใจและมองปัญหาในแง่ใหม่ เข้าใจตนเองและเปิดเผยตนเองมากขึ้น

2.3 การเชื่อมโยง (Linking)

เป็นทักษะในการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ในการสื่อสารของสมาชิกแต่ละคน เพื่อช่วยให้เขาใกล้ชิดกันมากขึ้น เป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามัคคี

2.4 การหยุด (Blocking)

เป็นทักษะที่จะเข้าไปป้องกันการเกิดความไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยกลุ่มหรือสมาชิกบางคน ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะนี้ในการที่จะเอื้อให้กลุ่มดำเนินให้อยู่ในแนวทางที่จะเกิดความสำเร็จได้โดยสมาชิก ด้วยความสุ่มหนักแน่นและชาญฉลาด

2.5 การสนับสนุนและการประคับประคองด้านจิตใจ (Encouraging and Supporting)

เป็นทักษะที่ช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงออกทั้งความรู้สึกรู้สึกและความคิด และสมาชิกลดความวิตกกังวล

2.6 ทักษะการกำหนดขอบเขต (Limiting)

เป็นทักษะในการกำหนดขอบเขตของโครงสร้างในกลุ่ม ป้องกันการเกินเลย และป้องกันพฤติกรรมอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2.7 ทักษะการปกป้อง

เป็นทักษะที่ช่วยป้องกันสมาชิกที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มากเกินไป ทักษะนี้จะช่วยไม่ให้เกิดปัญหาในกรณีที่เกิดความกดดันในกลุ่ม

3. ทักษะการแสดงออก (Action Skills)

3.1 การตั้งคำถาม (Questioning)

มีได้ทั้งแบบคำถามเปิดและคำถามปิด ซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น

3.2 การใช้น้ำเสียง (Tone Setting)

น้ำเสียงมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม แสดงถึงอารมณ์ ความตึงเครียด ความกล้า กระตุ้นความรู้สึก ทำให้สมาชิกได้วัดพฤติกรรมความรู้สึกและความคิดของตนเอง รวมทั้งก่อให้เกิดบรรยากาศและทัศนคติในกลุ่ม

3.3 การใช้สายตา (Use of Eyes)

การใช้สายตาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้นำกลุ่ม ควรใช้สายตาในลักษณะ ดังนี้

- กวาดสายตาไปรอบๆ
- ไม่จ้องสายตาไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง
- มองผ่าน

3.4 การเผชิญหน้า (Confronting)

เป็นทักษะที่จะทำให้สมาชิกบางคนได้เผชิญหน้ากับปัญหาของตน กับเรื่องราวที่ถูกนำมาใช้พูดกันในกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา แต่ไม่ทำให้เขารู้สึกจนตรอก โดยเขาต้องรับผิดชอบและพิจารณาปัญหาของตน ทักษะนี้ควรใช้เมื่อมีความไว้วางใจกันแล้วในระดับหนึ่ง

3.5 การมีส่วนร่วมในกลุ่ม (Personal Sharing)

เป็นทักษะที่ผู้นำจะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการดีในการที่จะแสดงตนว่ายอมรับกลุ่ม และทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นกันเอง และเห็นว่าผู้นำกลุ่มก็เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกเช่นกัน

3.6 การเป็นแบบอย่าง (Modeling)

เป็นทักษะที่แสดงลักษณะตัวอย่างการกระทำ บุคลิกภาพที่สมาชิกต้องการที่จะเรียนรู้ เพื่อทำหน้าที่ในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นการสอนทักษะแก่สมาชิกได้เป็นอย่างดีในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งจะใช้สื่อสารในกลุ่ม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Kahan และคณะ⁽⁷¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง Decreasing the Burden in Families Caring for Relative with a Dementing Illness. A Controlled Study พบว่าการใช้กลุ่มสนับสนุน โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมแก่ญาติผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น และเป็นผลให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยและอาการซึมเศร้าลดลง

Winogron และคณะ อ้างถึงใน Mona Wasow⁽⁴¹⁾ พบว่าในขณะที่ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้สึกเครียดของตน และความรู้สึกทางลบได้รับการยอมรับ ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้น สามารถที่จะแยกความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกผิดด้านศีลธรรมเนื่องจากความผิดหวังไม่สบายใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามก็ได้รายงานถึงการต่อต้านการบำบัดและการเข้าใจในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นความเครียดเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความน่ากลัวของความเจ็บป่วยที่มากเกินไปก่อนที่พวกเขาจะพร้อม

เพิ่มพูน ธรรมเจริญ⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เกี่ยวกับผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรียานุช เทียมดาว⁽⁷²⁾ ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 16 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดลดลงหลังการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่แตกต่างจากเดิม กลุ่มที่ได้รับการให้การ

ปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

Sasat⁽⁷³⁾ ได้ศึกษาถึงข้อเท็จจริงของสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในประเทศไทย โดยมีประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 44 ราย พบว่า ร้อยละ 43 ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะเครียด ร้อยละ 50 มีปัญหาสุขภาพทรุดโทรมลงเนื่องจากการดูแล และพบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มประชากรศึกษามีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมเลวลงกว่าก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีอาการสมองเสื่อม

รัชฎา รักขนาม⁽³⁾ ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม โดยศึกษาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกชมรมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ให้การดูแลทุกรายเป็นเพศหญิงและส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 3 - 10 ปี ผู้ดูแลทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระหนักและสร้างความรู้สึกเครียดแก่ผู้ดูแล ครอบครัวมีส่วนเกื้อหนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ด้วยเชื่อว่าการเข้าใจสภาพผู้ป่วยจะช่วยลดภาวะความตึงเครียดในครอบครัวลง ญาติต้องการการส่งเสริมความรู้เรื่องอาการสมองเสื่อมเพื่อเข้าใจลักษณะอาการของผู้ป่วยและลดความเครียดของญาติลง

Sheehan & Nuttal อ้างถึงในสมฤดี สิทธิมงคล⁽⁷⁴⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลซึ่งสะท้อนถึงความต้องการในการดูแล กับความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เป็นโรคที่มีภาวะทุพพลภาพสูง ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยลำพัง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในแทบทุกด้าน นอกจากนี้อาการของผู้ป่วยยังมีความสลับซับซ้อนมากซึ่งยากลำบากต่อการดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแล สิ่งเหล่านี้สร้างความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องในการดูแล รวมถึงการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในผู้ดูแลผู้ป่วย ความเครียดที่มากและสะสมเป็นระยะเวลานานนำไปสู่ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่รุนแรง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสังคมและยังนำมาซึ่งการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ บุคคลเหล่านี้จึงควรได้รับการช่วยเหลือ การให้ความ

รู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ดูแล เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความช่วยเหลือแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก หรือสิ่งที่เก็บอัดไว้อยู่ภายในจิตใจออกมา ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างกัน สมาชิกเห็นว่าตนเองไม่ได้มีความทุกข์ทรมานหรือมีปัญหาเพียงคนเดียว เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เกิดการผึกกำลังในกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน ในบรรยากาศของความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจกัน ตลอดจนได้รับการประคับประคองให้กำลังใจจากสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายได้ นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องปัจจัยของปัญหา ผลกระทบทางด้านสังคมและจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้