

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการรู้คิดบำบัดที่มีต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ค้นคว้า รวบรวมเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากผู้วิจัยอื่น ๆ และได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคสมองเสื่อม
2. เอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
3. ความหมายของความเครียด
4. กลุ่มให้การศึกษา
5. การรู้คิดบำบัด

โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบประมาณร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป และอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นได้เป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการรับรู้การเข้าใจหลาย ๆ อย่าง รวมทั้งความจำเสียด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

สาเหตุที่สำคัญของโรคสมองเสื่อมในผู้ใหญ่มีดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548, หน้า 163)

1. โรคอัลไซเมอร์
2. โรคหลอดเลือดสมอง
3. สิริยะได้รับบาดเจ็บ
4. โรคพาร์กินสัน

5. โรคเอดส์
6. โรคทางกาย เช่น โรคซิฟิลิสของสมอง
7. สารเสพติด

ลักษณะทางคลินิก

อาการที่สำคัญของโรคมีดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545, หน้า 89-91)

1. ความจำเสีย ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของความจำหลายอย่าง ได้แก่

1.1 ไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ (immediate recall) ซึ่งทดสอบโดยให้ผู้ป่วยพูดเลข 5 ตัวตามทันที

1.2 ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent memory) ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำของ 3 สิ่งเป็นเวลา 5 นาที

1.3 ลืมเรื่องราวในอดีต (remote memory)

2. มีความบกพร่องของการรับรู้การเข้าใจ แสดงออกโดยอาการดังนี้

2.1 Aphasia ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสีย เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดของผู้ป่วยจะมีลักษณะคลุมเครือและวกวนหรือพูดไม่ได้เลย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Dominant Hemisphere

2.2 Apraxia ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้แม้ว่ากล้ามเนื้อ ประสาทการรับรู้และความเข้าใจเป็นปกติ เช่น บอกให้หิ้วหมหรือพนมมือไหว้จะทำไม่ได้ อาการอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการทำอาหาร การแต่งตัวและการวาดรูป เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Corpus Callosum หรือ Subcortex

2.3 Agnosia ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็น ได้ยินหรือสัมผัสเป็นอะไร ชนิดที่สำคัญคือ

2.3.1 Visual Agnosia ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็น เป็นอะไร เช่น ให้ดูลูกกุญแจผู้ป่วยจะบอกไม่ได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Occipital Lobe

2.3.2 Auditory Agnosia ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร เช่น ให้ฟังเสียงกริ่งผู้ป่วยจะบอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Temporal Lobe

2. 3.3 Tactile Agnosia ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนสัมผัสเป็นอะไร เช่น ให้กำเหรียญ ผู้ป่วยจะไม่ทราบ เนื่องจากมีพยาธิสภาพบริเวณ Parietal Lobe

2.4 หน้าที่ในเชิงบริหาร (executive function) เสีย แสดงออกโดยอาการต่อไปนี้

2.4.1 ไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม

2.4.2 ไม่สามารถวางแผนการทำงาน

2.4.3 ขาดการริเริ่มและการติดตามให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์

2.4.4 ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Frontal Lobe หรือ Subcortical Pathways

อาการอื่นและโรคที่พบร่วมด้วย

1. ไม่สามารถมองเห็นภาพ 3 มิติ และมีปัญหาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายตาในระยะ (visual spatial agnosia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใช้สอยภายในบ้าน

2. อาจคิดเลขไม่ได้ (acalulia) ทำให้มีปัญหาในการใช้เงินและการทำบัญชีรายรับรายจ่าย

3. ขาดความคิดอย่างมีเหตุผลและไม่ทราบว่าตนไม่สบาย ผู้ป่วยอาจวางแผนการทำงานใหม่ ๆ โดยขาดเหตุผลและไม่ทราบว่าตนทำไม่ได้ ขาดความรอบคอบและไม่ระมัดระวังความปลอดภัย เช่น ขับรถประมาทหรือมีเพศสัมพันธ์ซึ่งไม่ปลอดภัย

4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยขาดการควบคุมอารมณ์ อาจทำร้ายผู้อื่นหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในระยะที่เริ่มไม่สบาย ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถวางแผนการได้

5. มีปัญหาทางด้านการเดิน เช่น เดินอย่างไม่มั่นคง ทำให้หกล้มเกิดอุบัติเหตุง่าย

6. มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง มีอารมณ์ขันผิดปกติ ให้ความสนิทสนมกับคนแปลกหน้าผิดปกติ หรือไม่เคารพกฎหมายหรือไม่เคารพกฎเกณฑ์ของสังคม

7. เซว่นปัญญาค่อย ๆ เสื่อมลง

8. มีอาการทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัว ประสาทหลอน ภาพหลอน และอาการหลงผิด

ผู้ป่วยจะเกิดอาการเพ้อ (delirium) ง่ายเมื่อเป็นโรคทางกาย เป็นผลข้างเคียงจากยา หรือมีความเครียด เช่น การเสียชีวิตของคู่ครอง และการต้องไปอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ความจำ การรับรู้การเข้าใจและเชาว์ปัญญาเสื่อมลงเร็ว

การดำเนินโรค อาการของผู้ป่วยอาจทรุดลงตามลำดับหรืออาจคงที่ หรืออาจดีขึ้น ถ้าสาเหตุของโรคได้รับการแก้ไข

ผู้ป่วยซึ่งมีอาการรุนแรงจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องมีคนเฝ้าดูแลตลอดเวลา ผู้ป่วยมักได้รับอุบัติเหตุและเป็นโรคติดเชื้อทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การรักษา

หลักการรักษามีดังต่อไปนี้

1. รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ
2. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
3. ให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจและคำแนะนำต่าง ๆ

เนื่องจากญาติผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยอยู่เป็นเวลานาน อธิบายให้ญาติทราบธรรมชาติของโรครวมทั้งอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น หลงทาง ประสบอุบัติเหตุ หรือมีอาการเพ้อง่าย เพื่อที่ญาติจะได้ช่วยป้องกันอันตรายดังกล่าวโดยทั่วไปญาติของผู้ป่วยมักมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งต้องให้การรักษาด้วย

4. การรักษาด้วยยาจิตบำบัด ยาจิตบำบัดที่ดีและปลอดภัยต้องมีผลข้างเคียงน้อย โดยมีฤทธิ์ anticholinergic ต่ำ ไม่มีผลต่อหัวใจและความดันโลหิตไม่ทำให้เกิดอาการสับสนและอาการแข็งเกร็ง (rigidity)

ยาจิตบำบัดที่ดีซึ่งนิยมนำมาใช้รักษาคือ

1. ยาลายกั้วล
2. ยารักษาอาการเศร้า
3. ยารักษาอาการโรคจิต

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรสดังต่อไปนี้ (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, ม.ป.ป., หน้า 1-2)

1. การดูแลในระยะเริ่ม (early stage) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เช่น เริ่มสงสัยว่าอาการลืมของตนเองว่าเป็นแบบปกติ หรือผิดปกติ ในระยะนี้ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหลงลืมไม่มากแต่อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรจัดการในระยะนี้ดังนี้

1.1 แสวงหาความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลที่ช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์

1.3 นัดพบปะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เพื่อปรึกษาเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

1.4 การวางแผนตามกฎหมาย เนื่องจากการดำเนินไปของโรค ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินเงินทอง การเซ็นชื่อ ตลอดจนการทำนิติกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ จึงต้องมีการขออำนาจศาลแต่งตั้งดูแล หรือตกลงกันในหมู่ญาติพี่น้อง ลูกหลานให้เหมาะสม (ADRDA อ้างถึงใน ศิริพันธ์ ศาสัตย์, ม.ป.ป., หน้า 1)

1.5 การวางแผนทางการเงิน จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่นผู้ป่วยอาจมีบำนาญเงินประกันชีวิตหรือการมีสิทธิขอรับเงินช่วยเหลือต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลจึงควรวางแผนในการจัดการเรื่องเหล่านี้

1.6 การคอยระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยขับรถหรือทำงานที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นได้

1.7 พยายามเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือการเข้ารับการอบรมในด้าน การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ

2. การดูแลในระยะกลาง (middle stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ความจำลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ การจัดการประกอบไปด้วย

2.1 แสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องแหล่งที่ให้การช่วยเหลือ การบริการผู้ป่วยสมองเสื่อม ชมรมโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2.2 ขอรับคำแนะนำจากนักกิจกรรมบำบัด หรือ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ในการวางแผนทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการจัดบ้านเรือน

2.3 ประเมินแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพ หากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม ด้านสุขภาพจิต หรือบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เนื่องจากการดำเนินของโรค

2.4 ผู้ดูแลควรเข้ากลุ่มสนับสนุน (support group) ร่วมกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ

3. การดูแลในระยะสุดท้าย (late group) เป็นระยะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ความจำเสียไปมาก สับสน ไม่รู้เวลาสถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาคือตัดสินใจได้เอง การจัดการในระยะนี้ประกอบไปด้วย

3.1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้อย่างจำกัดมากขึ้น ต้องการการดูแลที่มากขึ้น และใช้เวลาในการดูแลนานขึ้น พึงระลึกอยู่เสมอว่าสุขภาพของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ดูแล ดังนั้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล จึงควรพิจารณาหาคนผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ เพื่อผู้ดูแลจะได้หยุดพักมีเวลาเป็นส่วนตัวบ้าง ลดภาวะเครียดจากการดูแล

3.2 พิจารณาใช้บริการผู้ดูแลในระยะสั้น ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ มีปัญหาทางพฤติกรรมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยเริ่มจำผู้ดูแลไม่ได้แล้ว หรือผู้ป่วยต้องการการดูแลเกินกว่า 12-18 ชั่วโมงต่อวัน

3.3 การเลือกสถานที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เช่น เนอสซิ่งโฮม ควรเลือกที่มีสถานที่ปลอดภัยโปร่งไม่อับชื้น สะอาด มีความเป็นส่วนตัว และมีกิจกรรมที่กระตุ้นผู้ป่วยที่เหมาะสม และมีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญในการดูแล



3.4 การส่งต่อผู้ป่วยไปอยู่ในสถานพยาบาล ควรให้ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาของผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อที่จะเข้าใจผู้ป่วย และสามารถวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

3.5 การเตรียมตัวในการเผชิญต่อการสูญเสียผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

3.6 การวางแผนในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีจนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

สิ่งที่ผู้ดูแลควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

โดยสิ่งที่ผู้ดูแลควรตระหนักถึงในการดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ม.ป.ป., หน้า 3)

1. ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน
2. อาการสมองเสื่อมอาจแตกต่างกัน ยกเว้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย
3. สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้ดูแลควรวางแผนการดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ
6. ความจำครั้งสุดท้ายจะเป็นสิ่งแรกที่ลืม
7. ควรปรับสภาพแวดล้อมให้เข้ากับผู้ป่วยมากกว่าปรับผู้ป่วยให้เข้ากับสภาพแวดล้อม
8. ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ที่อ่อนแอ บอบบาง ขาดความมั่นคงทางจิตใจและสังคม
9. อาการของผู้ป่วยจะพัฒนาไปในทางที่เสื่อมถอยลง
10. การแก้ไขปัญหาคควรเป็นไปในทางที่สร้างสรรค์
11. ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถสนุกสนานเพลิดเพลินได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความจำ
12. ให้ทำกิจกรรมที่กระตุ้นความจำ หรือฟื้นฟูสภาพสมองแต่พอประมาณ ไม่ควรมากเกินไป

13. พึงระลึกไว้เสมอว่าปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากสมองที่ป่วยมิใช่การที่ผู้ป่วยแกล้งทำ



หลักการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือโรคร้ายแรง ญาติสนิทที่มีความหมายแก่ผู้เจ็บป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ในกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกที่ตัวผู้ป่วยยังมีความสามารถจดจำบุคคลรอบกายได้ เขาย่อมต้องการญาติสนิทมิตรสหายช่วยดูแล ต้องการความอบอุ่น ต่อมาในระยะหลังเมื่อมีอาการสมองเสื่อมมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว การดูแลเพื่อประคับประคองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2523, หน้า 5)

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอยู่หลายวิธีด้วยกันตามอาการดังนี้

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2523, หน้า 5-13) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรดูแลตามอาการดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รับรู้เวลา วัน เดือน ปี สถานที่ รู้ว่าตนเองกินอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบ ๆ ตัว ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถาม คำตอบ หรือกลวิธีอื่น ๆ ให้ได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น ถามเรื่องการกินอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เงิน ค่าของเงินและธนบัตร เหรียญต่าง ๆ อาจคุยถึงสภาพดินฟ้าอากาศ ถามผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าขณะนี้ เวลากลางวัน กลางคืน ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการรอคอยคำตอบเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องใช้เวลานานในการนึกคิดและตอบคำถาม
2. การกระตุ้นเตือนความทรงจำ ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะหลงลืมสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ลืมว่าได้พูดอะไรไป ลืมเวลาและบางครั้งจะลืมนึกว่าตนเองอยู่ที่ไหน ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด การช่วยกระตุ้นเตือนความทรงจำสามารถทำได้โดยนำรูปภาพเก่า ๆ มาพูดคุย หรือนำของที่ระลึกจากเหตุการณ์ต่าง ๆ มาทบทวน นอกจากนั้นควรนำนาฬิกาและปฏิทินเพื่อช่วยเตือนให้รับรู้วันและเวลา
3. การพาผู้ป่วยสมองเสื่อมออกนอกสถานที่เพื่อเดินเล่น ออกกำลังกายจะช่วยสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มเป็นและยังมีร่างกายสมบูรณ์ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ชอบอยู่ในสถานที่จำกัด ควรให้โอกาสได้ออกไปนอกบ้าน

ง่ายของ เทียวสาธารณะ การนำผู้ป่วยออกนอกสถานที่อาจมีปัญหาสำหรับผู้ดูแลคือ การพากลับ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจไม่อยากกลับบ้านจึงไม่ควรพาไปไกล การพาขึ้นรถประจำทาง ถ้ารถแน่นหาที่นั่งไม่ได้ผู้ป่วยอาจเอะอะ วุ่นวายในรถ การพลัดหลงกับผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการมาก ๆ จะไม่สามารถจำตนเองและทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญ ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อบุคคลใกล้ชิด ที่ติดต่อได้ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมพกติดตัวไว้ตลอดเวลา

4. การสนทนาและสื่อสาร ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในด้านการสื่อสารคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่เข้าใจสิ่งที่บุคคลอื่นพูด และคนรอบข้างจะสรุปว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งอาจมีปัญหาการได้ยินร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุมาก ๆ ดังนั้น จึงต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ยินในสิ่งที่พูด โดยพยายามพูดให้ชัดเจน ชัดคำ เสียงดังพอประมาณ และพูดช้า ๆ เพื่อให้โอกาสคิดและตอบสนอง พยายามลดเสียงรบกวนรอบข้างให้มากที่สุด ใช้คำหรือประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ อย่าใช้ประโยคที่ซับซ้อน พูดหรือถามทีละประโยค ทีละคำถาม และควรพูดหรือถามซ้ำหากผู้ป่วยไม่เข้าใจ ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจถามคำถามเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งอาจสร้างความรำคาญแก่ ผู้ดูแล แท้จริงเป็นอาการของความรู้สึกล้ม หรือไม่ปลอดภัยจากสิ่งรอบ ๆ ตัว หรือเกิดจากปัญหาความจำที่ไม่สามารถจำคำตอบได้ บางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการถามคำถามที่มากกว่าที่พูด ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใจเย็น พยายามเดาหรือช่วยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ต้องการเพื่อที่ผู้ดูแลจะตอบคำถามและทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสงบลงได้ ถ้าหากแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้ อาจใช้วิธีเบี่ยงเบนพฤติกรรมและความสนใจเช่น ให้ทำกิจกรรม ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูรูปภาพเก่า ๆ และหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

5. การเคลื่อนไหว เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองมากมายรวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือ การไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำและความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น ระยะแรกอาจเดินดูไม่ไคร่มั่นคง ต่อมาก็เดินช้าลง และสุดท้ายก็เดินลากเท้า หรือถึงกับเดินไม่ได้เลย ซึ่งระยะหลังนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะสูญเสีย

ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ ผู้ดูแล
จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมให้เคลื่อนไหวและปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ได้ อาทิ
การจัดทำราวติดกำแพงให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำ
เพื่อช่วยให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและ
อยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีให้เดินสะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิด
ที่ง่ายต่อการสวมใส่ เช่น ให้ใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อติดกระดุม ใช้ช้อนสั้นกับ
ชามก้นลึก แทนการใช้ช้อนส้อมกับจาน เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติ หากจำเป็นอาจใช้
อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน แต่อาจพบว่าไม่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม
บางราย เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผจงจิต ผาภูมิ (2549, หน้า 8) กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาเรื่องการฟัง
ควรปฏิบัติดังนี้

1. เข้าหาผู้ป่วยทางด้านหน้า
2. ยืนตรงหน้าผู้ป่วยเมื่อจะพูดกับเขา
3. เรียกชื่อผู้ป่วย สัมผัสเขาด้วยความสุภาพเมื่อต้องการให้เขาสนใจ
4. พูดช้า ๆ ชัด ๆ ใช้ระดับเสียงต่ำ
5. อาจใช้วิธีเขียนบนกระดานให้อ่านได้
6. ถ้ามีเครื่องช่วยฟัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ คอยตรวจเช็คแบตเตอรี่เสมอว่ายังใช้

งานดีใหม่ ระดับเสียงของเครื่องช่วยฟังพอดีไหม

ส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นควรปฏิบัติดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยตกใจ
2. แนะนำชื่อตนเองเมื่อต้องการเข้าหาผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลว่าจะทำอะไรแก่ผู้ป่วยก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง
4. ใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสารถ้าสามารถหาได้ เช่น เทปวิทย์ รูปภาพใหญ่ ๆ
5. หลีกเลี่ยงเสียงที่ดังหรือการเคลื่อนไหวที่ทันทีทันใด

6. ถ้าผู้ป่วยมีแว่นตา ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ แว่นให้สะอาด พาผู้ป่วยตรวจสายตาอย่างสม่ำเสมอ

สรุปประเด็นสำคัญการติดต่อสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย ดังนี้

1. ใจเย็นและให้การช่วยเหลือ
2. มุ่งเน้นที่ความรู้สึกของผู้ป่วยว่าต้องการอะไร ไม่ใช่สิ่งที่ปรากฏ
3. ใช้ระดับเสียงต่ำในการพูดสื่อสาร
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าคุณคือใครก่อนเข้าหา
5. พูดช้า ชัดถ้อย ชัดคำ
6. ใช้คำพูดสั้น ง่าย และคำที่ผู้ป่วยคุ้นเคย
7. ถามทีละคำถาม
8. ให้เวลาผู้ป่วยในการคิดโต้ตอบ
9. หลีกเลี่ยงการใช้สรรพนามหรือประโยคเชิงลบ คำพูดล้อเลียนถากถาง
10. ใช้วิธีสื่อสารภาษากายช่วย เช่น การชี้ การสัมผัส การแสดงท่าทาง
11. เสนอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยก่อนถ้าจำเป็น
12. อดทน และยืดหยุ่นต่อผู้ป่วยเสมอ

ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่พบบ่อยมากและเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเครียดได้มากกว่าความบกพร่องทางด้านความจำเสียอีก การเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมและวิธีการจัดการปัญหาเหล่านี้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเหนื่อยและเครียดน้อยลง และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (จกกฤษณ์ สุขยิ่ง, ม.ป.ป., หน้า 1)

1. ปัญหาด้านการกิน
 - 1) จำไม่ได้ว่าได้ทานอาหารไปแล้ว
 - 2) ไม่รู้จักวิธีใช้ช้อนส้อม
 - 3) ปัญหาในการกลืน การเคี้ยว

ข้อเสนอแนะ

1) ควรตรวจสอบสภาพเหงือก และฟันเป็นระยะ ๆ เพราะปัญหาการกินอาจจะมาจากเหงือกและฟันอักเสบ

2) พยายามคงบรรยากาศการรับประทานอาหารอย่างเดิม ๆ ที่เคยทำเป็นประจำไว้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลาที่เริ่มจัดอาหาร ถ้วยชาม ตำแหน่งของโต๊ะ เก้าอี้ เป็นต้น เพราะผู้ป่วยจะจำสิ่งเก่า ๆ เดิม ๆ ได้ดีกว่าสิ่งใหม่ ๆ

3) เลือกอาหารชนิดที่คุ้นเคย ไม่ลำบากต่อการเคี้ยว ควรเป็นอาหารอ่อนเคี้ยวง่าย

4) อาจจะต้องคอยบอกวิธีทานให้ค่อย ๆ เคี้ยวแล้วค่อย ๆ กลืน

5) ไม่เคร่งครัดกับพิธีรีตองหรือมารยาทบนโต๊ะอาหารมากนักทำบรรยากาศให้สบาย ๆ

6) คอยเตือนล่วงหน้าเมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร

7) คุณค่าของชนิดอาหารที่มีความสำคัญ อาจปรึกษาแพทย์ถึงเรื่องคุณค่าของอาหารแต่ละมื้อว่าได้เพียงพอหรือไม่ ควรระวังอาหารที่ร้อนจัดเกินไป อาจจะทำให้ลวกปากและลิ้น เพราะผู้ป่วยอาจรับรู้ไม่ได้เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน

2. การแต่งตัว ปัญหาที่มักจะพบคือ

1) ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีเอาไว้ทำอะไร

2) ไม่ทราบวิธีการใส่

3) จำไม่ได้ว่าเก็บเสื้อผ้าไว้ที่ไหน

ข้อเสนอแนะ

1) เตรียมเสื้อผ้าที่สะอาดไว้ให้ใส่อย่างเป็นลำดับ

2) เรียงลำดับอย่างนี้คงที่ไว้เสมอทุกครั้ง

3) คงสถานที่แต่งตัวให้เป็นตำแหน่งเดิมทุกครั้ง

4) ให้ความกับผู้ป่วยในการแต่งตัวบ้าง

3. การอาบน้ำ ปัญหาที่มักจะพบคือ

1) มักจะลืมที่อาบน้ำ หรือไม่ยอมอาบน้ำ

2) ลืมวิธีอาบน้ำ

ข้อเสนอแนะ

- 1) พยายามคงกิจวัตรการอาบน้ำของผู้ป่วยไว้เหมือนเดิม เช่น เคยอาบน้ำตอนเช้า หลังตื่นนอนลุกจากเตียง ก็ควรคงเวลาเดิม ๆ ไว้
- 2) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้นอาจเลื่อนเวลาออกไปเล็กน้อยหลังจากอารมณ์ดีขึ้นค่อยอาบน้ำ
- 3) การอาบน้ำโดยใช้ฝักบัวเป็นวิธีที่ค่อนข้างสะดวกกว่าวิธีอื่น
- 4) ควรระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย เช่น ควรมีราวเหล็กข้างหลังผนังไว้สำหรับยึดเพื่อกันหกล้ม มีผ้าयरองพื้นชนิดกันลื่น อาจมีเก้าอี้ไว้นั่งอาบน้ำเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกขึ้นและควรดูแลอุณหภูมิของน้ำไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป ผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับรู้ระดับความร้อนได้หรืออาจใช้เครื่องทำน้ำอุ่นไม่เป็น อาจมีปัญหาน้ำที่ร้อนเกินไปทำให้ลวกผิวหนังได้
- 5) ถ้าจำเป็นอาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการอาบน้ำด้วย
- 6) ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกอายในขณะถูกช่วยอาบน้ำควรหาผ้าคลุมไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วน
- 7) ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลจะได้รับความร่วมมือที่ดีขึ้น

4. การขับถ่าย

- 1) ผู้ป่วยมักไม่รู้ว่าเมื่อไหร่จึงจะใช้ห้องน้ำ
- 2) อาจกลั้นอุจจาระไม่ได้
- 3) หาห้องน้ำไม่พบ
- 4) เข้าไปในห้องน้ำแล้วไม่รู้จะทำอย่างไรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- 1) พยายามจัดเวลาพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น หลังทานอาหารทุกมื้อ หรือทุก 2 ชั่วโมงและก่อนนอน เป็นต้น
- 2) จำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาเข้านอน ไม่ดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลาเข้านอน
- 3) อำนวยความสะดวกในการเดินเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟไว้ในห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำ

4) ดิฉันสัญลักษณ์แสดงว่าเป็นห้องน้ำไว้ให้ชัดเจน เช่น มีป้ายบอก หรือตีเส้นทางเข้าถึงห้องน้ำ

5) เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรเป็นชุดที่ถอดออกง่าย เช่น อาจใช้ชุดที่เป็นเทป 2 หน้า จะเหมาะสมกว่าชุดที่เป็นกระดุมหรือใช้เชือกผูก

6) ชนิดของอาหารควรเป็นชนิดที่ย่อยง่ายมีกากช่วยในการขับถ่าย

7) เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ ๆ ที่นอน

5. ลืมของและขอบกล่าหาผู้อื่น ปัญหาที่มักจะพบคือ

1) จำไม่ได้ว่าของใช้ส่วนตัวนั้นอยู่ที่ไหนเนื่องจากความจำเสื่อม

2) มีการกล่าวโทษผู้อื่นจนถึงขั้นปักใจเชื่อว่ามีคนขโมยของตนไป

ข้อเสนอแนะ

1) ตรวจสอบให้ชัดเจนเกี่ยวกับการหายของสิ่งนั้นว่าหายจริงหรือไม่

2) ควรมีการสำรองสิ่งของที่มักจะทำหายเป็นประจำ เช่น ปิ่นกุญแจเผื่อไว้

หลายอัน

3) พยายามเรียนรู้ว่าผู้ป่วยมักจะลืมของไว้ที่ไหนหรือตำแหน่งใด

4) ควรตรวจดูถึงขยะในห้องผู้ป่วยก่อนนำไปทิ้ง

5) ไม่ควรเถียงผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องของหาย เพราะผู้ป่วยจะเชื่อในความคิด

ตัวเองอย่างมากและจะกลายเป็นความขัดแย้งกัน ควรพูดด้วยคิดว่าเราจะช่วยกันหา

6) เบี่ยงเบนความสนใจไปยังเรื่องอื่น ๆ สักระยะผู้ป่วยมักจะจำไม่ได้ว่าเมื่อสักครู่นี้ได้พูดถึงเรื่องของหาย

6. การถามซ้ำ ๆ ปัญหาที่มักจะพบคือ

1) มักจะถาม เรื่องเดิมซ้ำ ๆ อาจเนื่องจากจำไม่ได้ว่าได้รับคำตอบว่าอะไรหรือจำไม่ได้ว่าได้ถามไปแล้ว

2) อาการนี้มักสร้างความอึดอัดและความรำคาญให้กับผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1) ในกรณีที่ผู้ป่วยยังพออ่านหนังสือได้ อาจจดคำถามและคำตอบลงในกระดานให้กับผู้ป่วยไว้

2) เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นไม่ควรย้อนกลับมาถามผู้ป่วยอีกหากผู้ป่วยลืมเรื่องที่เคยถามซ้ำ ๆ อยู่แล้ว

3) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความวิตกกังวลหรือจำระยะเวลาไม่ได้ ไม่ควรปรึกษาผู้ป่วยหรือวางแผนในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ยังห่างไกลควรปรึกษาเมื่อใกล้ถึงเวลา

7. การนอน ปัญหาที่มักจะพบคือ

1) ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินไปเดินมา

2) หลับมากในตอนกลางวัน

ข้อเสนอแนะ

1) พยายามจัดเวลานอนให้เป็นประจำคงที่สม่ำเสมอ

2) คอยเตือนผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงเวลานอน

3) พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวันแต่อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลัง

อาหารกลางวัน แต่ไม่ควรเกินบ่าย 3 โมงเย็น

4) การใช้ยานอนหลับอาจทำให้มีอาการสับสนมากขึ้นควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

5) เมื่อผู้ป่วยตื่นนอนตอนเช้า ควรเปิดหน้าต่างให้ผู้ป่วยได้รับแสงและอากาศ
ช่วงเช้าเป็นประจำยับยั้งแขนขาบนเตียงสักพักก่อนลุกจากเตียง

8. อาการประสาทหลอน ปัญหาที่มักจะพบคือ

อาการเสียงแว่ว หรือเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยบางรายอาจจะตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองรับรู้ด้วย เช่น พูดคุยกับภาพที่เห็น

ข้อเสนอแนะ

1) ควรพาผู้ป่วยตรวจการมองเห็นและการได้ยินจากแพทย์เพื่อประเมินการมองเห็น และการได้ยินว่าบกพร่องหรือไม่

2) ปรึกษาแพทย์ถึงสาเหตุอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดอาการเหล่านี้ เช่น ยาบางตัว การติดเชื้อ เป็นต้น

3) ไม่ควรเถียงผู้ป่วยแต่ควรพูดด้วยท่าที่ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับรู้
ควรปลอบโยนให้ลดความกลัว และให้คลายความกังวล

4) อาจปลอบ หรือถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พยายามสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย

5) หากอาการประสาทหลอนก่อให้เกิดผลอันตราย หรือผลเสียหายแก่ตัวผู้ป่วยเองหรือบุคคลคนรอบข้าง เช่น เห็นผี หรือคนที่ตายไปแล้ว ญาติไม่ควรตกใจกับอาการเหล่านี้ อาจเปิดไฟให้สว่างและปลอบผู้ป่วยว่าเป็นภาพหลอนเท่านั้น

6) ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลืมในสิ่งที่กำลังพูดถึง

9. เดินทางออกนอกบ้าน ปัญหาที่มักจะพบ คือ ผู้ป่วยเดินทางออกนอกบ้านแล้วหลงทาง หาทางกลับบ้านไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีข้อมูลที่สามารถบ่งบอกชื่อ อาการ และการติดต่อกลับได้อยู่ตลอดเวลา เช่น เขียน ชื่อ-เบอร์โทรศัพท์คนที่รู้จักและไว้ที่สายสร้อย สร้อยข้อมือ หรือเขียนลงไว้ที่กระเป๋าเสื้อผู้ป่วย

2) ควรแน่ใจว่าบ้านของท่านมีรั้วรอบขอบชิด และผู้ป่วยจะปลอดภัยหากอยู่ภายในบริเวณบ้าน และไม่สามารถออกนอกบริเวณบ้านได้โดยที่ผู้ดูแลไม่รู้

3) ควรบอกเพื่อนบ้านละแวกนั้นให้ทราบอาการของผู้ป่วยไว้เป็นระยะ ๆ ให้ใกล้เคียงกับสภาพปัจจุบัน เพื่อเตรียมไว้สำหรับการค้นหาตัว

4) หากพบตัวแล้วไม่ควรอารมณ์เสียใส่ แต่ควรพูดคุยกลับด้วยท่าทีสงบ อ่อนน้อม และเป็นมิตร ผู้ป่วยอาจตกใจที่หลงทาง ควรจะค่อย ๆ ปลอบโยน ชวนให้กลับบ้าน และควรปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

5) ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังนาน ๆ ถ้าจำเป็นควรฝากเพื่อนบ้านให้ช่วยดูแล

ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยและวิธีแก้ไข

ปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยสมองเสื่อมมีวิธีแก้ไขดังนี้ (เขาวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546, หน้า 30)

1. พฤติกรรมซ้ำ ๆ การพูดจะเป็นการถามซ้ำ ๆ เรื่องเดิม ๆ เนื่องจากผู้ป่วยลืมว่าตนเองได้ถามคำถามไปแล้ว หรือไม่สามารถจดจำคำตอบที่ได้รับได้ รวมถึงความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ หรือรู้สึกกลัวในสถานการณ์ต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว จึงทำให้ผู้ป่วย

ต้องถาม ซ้ำไปซ้ำมา

วิธีแก้ไข เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายในการดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลจะต้องใจเย็น และมีความอดทนที่จะตอบคำถามของผู้ป่วยใช้ความพยายามเคาะ หรือซักถามถึงความ ต้องการของผู้ป่วย และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยดี ไม่ต้องวิตกกังวล ใด ๆ อาจตอบคำถามว่าไม่มีอะไรต้องเป็นห่วง ทุกอย่างเรียบร้อย แทนการตอบคำถาม ซ้ำแล้วซ้ำเล่า การพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยอาจจะช่วยได้มากกว่า หรือ การเขียนคำตอบลงบนกระดาษและวางไว้ที่จุดซึ่งผู้ป่วยอ่านได้ง่าย อาจทำโดยหันเห ความต้องการของผู้ป่วยไปยังเรื่องอื่น ๆ หรือให้ทำกิจกรรม เช่น เล่นเกม ดูรูปภาพเก่า ๆ ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ นอกจากการพูดยังมีการเดิน ซึ่งเป็นการเดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินวนเวียนไปมา ลักษณะดังกล่าวอาจเกิดจากความตื่นกลัว หรือมีความต้องการบางอย่างอยู่ หรือทำ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ผู้ดูแลควรสังเกตถึงความต้องการของผู้ป่วยและตอบสนอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย คลายใจ มองประสานสายตากับผู้ป่วยและสัมผัสมือเพื่อแสดง ความรักและเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง เนื่องจากการเดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรืออาจพลัดหลงได้

2. การไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง การไม่ยอมอาบน้ำรวมถึงปัสสาวะ/อุจจาระ ไม่เป็นที่เป็นทาง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยลืมน้ำ

วิธีแก้ไข ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือน และสังเกตว่าผู้ป่วยไม่ต้องการอาบน้ำ จากสาเหตุใด และให้พยายามหลีกเลี่ยงสาเหตุดังกล่าว เช่น ถ้าน้ำเย็นเกินไปควรเตรียม น้ำอุ่นให้ผู้ป่วย

ส่วนพฤติกรรมปัสสาวะ/อุจจาระ ไม่เป็นที่ รวมถึงอาการควบคุมการขับถ่าย ไม่ได้นั้น อาจเกิดจากผู้ป่วยหาทางไปห้องน้ำไม่พบ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน วิธีการ ดูแลควรจัดสถานที่พักที่สะดวกต่อการเข้าห้องน้ำ โดยห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลเกินไป ทางเดินไม่วกวนและเปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วยในการลุกเข้า ห้องน้ำด้วยตัวเอง ผู้ดูแลควรจัดเป็นตารางเวลาสำหรับการเข้าห้องน้ำโดยมีผู้ดูแล เป็นผู้พาไป โดยก่อนเข้านอนก็ควรพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเสียก่อน และไม่ควรให้ผู้ป่วย ดื่มน้ำมากก่อนเข้านอน

3. อาการหวากระแวง หลงผิด ประสาทหลอน อาการหวากระแวงที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีอาการหวากระแวงที่ไม่สมเหตุสมผล เนื่องจากความผิดปกติของความจำ เช่น ระแวงว่าสามีหรือภรรยาอกใจ ระแวงว่ามีคนในบ้านปองร้าย หรือระแวงว่ามีใครบางคนขโมยของมีค่าของตนไป

อาการหลงผิด เช่น หลงผิดไปว่าบ้านที่ตนอยู่ไม่ใช่บ้านของตนเอง คนในครอบครัวเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมา

อาการประสาทหลอน เช่น การมองเห็น หรือได้ยินสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่ไม่มีอะไรเกิดขึ้นหรือแม้แต่ประสาทหลอนที่เกิดกับระบบสัมผัส เช่น รู้สึกว่ามีอะไรบางอย่างมาไต่ตามตัว

อาการที่เกิดขึ้นต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโรคของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านี้ได้

วิธีแก้ไข ผู้ดูแลจะต้องใช้ความอดทนสูง ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังนั้นอย่าโต้เถียงหรือประจันหน้ากับผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องไม่ละเลยหรือโต้เถียงกับอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนของผู้ป่วย แต่พยายามให้ความมั่นใจ และให้ผู้ป่วยกลับมาสู่โลกแห่งความเป็นจริง ควรพาผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจเรื่องการมองเห็น ทำห้องให้สว่าง ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่แปลความหมายของสิ่งที่เห็นเลือนรางผิดเป็นอย่างอื่น สำหรับผู้ป่วยความหลงผิดเป็นเรื่องจริงสำหรับเขาและทำให้รู้สึกกลัว และอาจเป็นผลให้มีพฤติกรรมปกป้องกันตัวเอง การจัดการกับพฤติกรรมจะต้องใช้ความอดทน ควบคุมตัวเอง เข้าใจ ยึดหยุ่น และแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์

4. มีอารมณ์ซึมเศร้าหดหู่ เป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่พูดจา ไม่ยอมรับประทานอาหาร รวมถึงเฉยเมยต่อการร่วมสังคมกับผู้อื่นแม้แต่บุคคลในครอบครัว มีลักษณะอาการเศร้าซึม รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เสียใจร้องไห้ โดยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ลดความสามารถลง และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเศร้าได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวสามารถสังเกตได้จากการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมในครั้งก่อน ๆ ของผู้ป่วย

วิธีแก้ไข ผู้ดูแลควรใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยคลายเศร้า และอาจให้ผู้ป่วยช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำงานอดิเรกตามความถนัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง

ผู้ดูแลจึงไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากภาวะซึมเศร้าในทันที ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสามารถส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและสุขภาพของผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความรักและการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย หากมีอาการมากขึ้นควรปรึกษาจิตแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือ

5. มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอีกปัญหาหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติด้านความจำ ทำให้เกิดการตัดสินใจและความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง เมื่อผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำ ก็มักหงุดหงิด รำคาญ ที่คิดอะไรไม่ออก พูดหรือทำอะไรก็เป็นอุปสรรค หรือทำอะไรไม่ได้ดังใจอาจไม่ชอบการได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เขาเคยทำได้เอง รู้สึกคับข้องใจเนื่องจากทำอะไรไม่ได้ สูญเสียการควบคุมทางสังคม และการตัดสินใจ สูญเสียความสามารถที่จะแสดงความรู้สึกในแง่ลบอย่างปลอดภัย สูญเสียความสามารถที่จะเข้าใจท่าทางและความสามารถของคนอื่น อาจเป็นผลจากผู้ป่วยรู้สึกถูกข่มขู่ มีความหวาดระแวง หรือจำไม่ได้ว่ากำลังถูกพาไปไหน ผู้ป่วยต้องการคำอธิบายซ้ำ ๆ ว่าเกิดอะไรขึ้น

วิธีแก้ไข ผู้ป่วยอาจกลายเป็นคนขี้โมโห ก้าวร้าว หยาบคาย และรุนแรง โปรดจำไว้ว่า ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการที่จะเป็นแบบนั้น ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยที่ทำร้ายผู้ดูแล แต่ลักษณะเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของอาการเจ็บป่วย ให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว และพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุดังกล่าว เช่น บางครั้งผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อน หรือยากลำบาก ก็ควรปรับเปลี่ยนกิจกรรมดังกล่าวให้ง่ายขึ้น และควรพูดจาปลอบโยน อย่าพูดในเชิงประชดประชัน หรือสั่งสอนให้หันเหความสนใจของผู้ป่วยไปยังเรื่องอื่น หรือชักชวนผู้ป่วยออกจากสถานการณ์นั้น ๆ

นี่เป็นสิ่งที่ยากต่อการทำใจ และสร้างความลำบากใจอย่างมากแก่ผู้ดูแล หากผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรงอย่างมาก ผู้ดูแลควรหาคนช่วย พูดคุยปรับทุกข์กับเพื่อน หรือปรึกษาแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือ

6. ความผิดปกติของการนอน อาการนอนไม่หลับ หรือหลับไม่เป็นเวลา เนื่องจากการทำงานของสมองที่ควบคุมวงจรการนอนหลับนั้นทำงานเสื่อมลง ผู้ป่วยจะพบปัญหาการนอนไม่หลับ อาจเป็นลักษณะหลับยากในช่วงแรกของการนอนหลับเป็นช่วงสั้น ๆ ตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง หรือตื่นเช้าเกินไป เป็นต้น

วิธีแก้ไข ผู้ดูแลไม่ควรให้ผู้ป่วยหลับยาวในช่วงกลางวัน โดยอาจให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหลับได้ในช่วงกลางคืนและจะได้ไม่ตื่นบ่อยครั้งกลางดึก เพราะอาจเกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หกล้ม ตกบันได เป็นต้น การจัดสภาพแวดล้อมของการนอนก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพการนอนที่ดี โดยจัดห้องให้มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป ก็เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ตื่นเต้นก่อนนอน ป้องกันสิ่งรบกวน ระหว่างการนอน เช่น แสง สี เสียง หรือแมลงที่คอยรบกวนต่าง ๆ

7. การคิดแฉ การที่ผู้ป่วยคิดผู้ดูแล เพราะสิ่งนี้เหมือนกับเป็นผลมาจากความต้องการ ความปลอดภัยในโลกที่แปลก และกลัวว่าผู้ดูแลจะหนีเขาไปและไม่กลับมา หรือไม่สามารถจำได้ว่าผู้ดูแลจะกลับมา

วิธีแก้ไข เมื่อไรก็ตามที่ผู้ดูแลต้องจากผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ต้องบอกผู้ป่วยว่า ท่านจะกลับมา ถ้าจำเป็นให้เขียนบอกผู้ป่วยเอาไว้ และควรหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ เพื่อหันเหความสนใจเมื่อผู้ดูแลจะต้องออกไปไหน

8. ทำของหาย มาจากความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ร่วมกับการสูญเสียการควบคุม และความทรงจำ

วิธีแก้ไข ไม่ควรใช้วิธีเผชิญหน้า หรือโกรธผู้ป่วย ควรเห็นด้วยกับผู้ป่วยว่า ของหายและช่วยเขาหา ผู้ป่วยอาจซ่อนของเขาไว้แล้วจำไม่ได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรสำรวจว่าผู้ป่วยมักนำของไปซ่อนไว้ที่ใด และไปหา ณ จุดนั้น ควรเก็บสิ่งของสำคัญต่าง ๆ ไว้ให้มิดชิดเพื่อป้องกันผู้ป่วยนำไปซ่อน และสำรองของที่สำคัญเช่นกุญแจ ทำสำเนาเอกสารสำคัญต่าง ๆ ไว้ นอกจากนี้ควรหมั่นตรวจดูตะกร้าขยะอยู่เสมอ ๆ ก่อนที่จะเททิ้ง

9. พฤติกรรมวุ่นวาย ไม่อยู่กับที่ อาจเกิดจากความบกพร่องของสมองซึ่งควบคุมการรับรู้สถานที่ และทิศทาง เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา หรือสับสน หรือขาดการกระตุ้น หรือได้รับการกระตุ้นมากเกินไป อาจเกิดจากรูปแบบชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่จะ

ป่วยที่ต้องเดินทางเสมอ ๆ อาจเป็นผลมาจากความสับสน ผู้ป่วยอาจรู้สึกเบื่อ หรือจำสถานที่หรือทิศทางที่จะไปไม่ได้ ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้จำทางไม่ได้ จึงเดินเรื่อยเปื่อยไป และอาจเกิดจากโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือฤทธิ์ของยาก็เป็นไปได้

การแก้ไข พยายามหาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเหล่านี้ และทำการแก้ไข หากผู้ป่วยยังมีการอยู่ต้องพยายามลดอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว โดยหลีกเลี่ยงการผูกมัดหรือกักขังผู้ป่วย เพราะจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่า และอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการวุ่นวายมากขึ้น การใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมให้สงบลงจะใช้ต่อเมื่อไม่มีทางควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แล้วเพราะยาจะทำให้ผู้ป่วยซึมหรือเพิ่มความสับสนมากยิ่งขึ้น ควรดูแลสภาพแวดล้อมไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย และปล่อยให้ผู้ป่วยทำตามความต้องการของตนเองในขอบเขตที่ไม่เกิดอันตราย และผู้ดูแลสามารถดูแลได้ พยายามปลอบโยนผู้ป่วยโดยไม่พูดทำนองขัดขวาง หรือขัดใจ อาจช่วยโดยพาผู้ป่วยกลับมาสู่ความเป็นจริง หรือเบี่ยงเบนความสนใจโดยมีกิจกรรม ให้ทำประตูลูกบ้านควรปิดแน่นหนาและไม่สามารถปีนออกได้เพื่อป้องกันผู้ป่วยเดินออกนอกบ้าน

การดูแลตนเองของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติมาก่อน และถ้าเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้ว ยังต้องใช้ความพยายามและความอดทนที่ค่อนข้างสูงและยังเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ทรุดลงทุกวันและอาจต้องจัดการแก้ไขกับปัญหาเฉพาะหน้าทุกวันเช่นกัน สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ดูแลควรระลึกไว้เสมอก็คือ การจะให้การดูแลผู้อื่นได้นั้นผู้ดูแลควรมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีเสียก่อน (สุปราณี บุญเลิศ, 2550)

1. การดูแลตนเอง (self-care) การดูแลขั้นนี้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขจะต้องมีการวางแผนและตรวจสอบภาวะสุขภาพผู้ดูแลตระหนักในภาวะสุขภาพตนเองก่อน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยถึงภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจะเป็นผู้เสนอการให้การช่วยเหลือ ปรับปรุง หรือผดุงภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหมั่นดูแลภาวะ

สุขภาพร่างกายของตนเอง

2. การดูแลภาวะสุขภาพร่างกาย (physical health) การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเตรียมอาหารที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย โดยลืมใส่ใจในเรื่องการเตรียมอาหารสำหรับตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลควรหาเวลาสำหรับตนเองในการเตรียมอาหาร การนั่งรับประทานอาหารอย่างมีความสุข อาหารก็ควรเตรียมมาจากอาหารที่สดและใหม่ ประกอบด้วยสารอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีเส้นใยมาก ควรทานวันละ 3 มื้อ ทานเพียงแต่พอประมาณ และไม่ควรทานอาหารหนักในมื้อเย็น

3. การออกกำลังกาย (exercise) แม้ว่าการทำงานบ้านก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายหนึ่ง แต่อาจไม่เพียงพอควรมีการออกกำลังกายที่เป็นจังหวะติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และทำให้กล้ามเนื้อกระชับเพิ่มขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย และยังเป็นการผ่อนคลายอารมณ์อีกด้วย เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ส่วนการเล่นเทนนิส สควอชต์ การเต้นแอโรบิก อาจไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายต่อผู้ดูแลที่สูงอายุได้

4. อาการปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนย้าย การยกตัว ผู้ป่วยโดยใช้วิธีไม่ถูกต้อง และเกินกำลังของตัวเอง อย่างไรก็ตาม อาการปวดหลังนั้นมักเป็นสาเหตุมาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) การแสดงออกของอาการนี้จะสื่อ ให้ทราบว่า ภาวะที่ ผู้ดูแลรับไว้นั้น นับวันจะเพิ่มมากขึ้น บางครั้ง ก็ไม่จำเป็น ที่จะให้แพทย์ตรวจอาการเพื่อดูอาการ เนื่องจากพบสิ่งผิดปกติ อาการปวดหลังยังเป็นอาการแสดงออกที่มีสาเหตุเนื่องมาจากภาวะเครียด ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการการหยุดพักจากภาระนั้น ๆ ซึ่งมักจะพบในรายที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยแต่เพียงตามลำพัง

เจ้าหน้าที่ควรให้การแนะนำเรื่องวิธีการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ถูกต้อง เช่น การยกตัว ผู้ป่วยโดยเข้าทางด้านหลังมากกว่าเข้าทางด้านหน้าหรืออุ้มกตัวอย่างจากนักกีฬาขวานน้ำหนัก โดยการงอเข่า แต่หลังยังยืนตรงขณะยก เพื่อป้องกันการปวดหลัง

5. การนอนหลับ (sleep) ปกติแล้วคนเราต้องการเวลานอนหลับ 6-8 ชั่วโมง ต่อคืน อย่างไรก็ตาม ร่างกายจะเป็นคนเตือนเอง หากว่าได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เช่นมีอาการหงุดหงิด การอดนอนเป็นบางครั้งอาจจะมีผลกระทบต่อร่างกาย

มากเท่าไร? สามารถนอนชดเชยได้ ภายหลัง แต่การที่ต้องนอนเป็นประจำ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย จะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างแน่นอน ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหาเวลาพักผ่อนนอนหลับเป็นประจำทุกวัน เดือนผู้ดูแลไม่ให้ใช้เครื่องดื่มน้ำที่แอลกอฮอล์หรือยานอนหลับ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะได้ผลในระยะแรก แต่อาจทำให้ตื่นนอนตอนกลางคืน และทำให้มีอาการกระวนกระวายหรือทำให้ต้องตื่นเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ส่วนยานอนหลับ อาจสามารถใช้ได้เป็นครั้งคราว แต่ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการนอนหลับทุกคืนควรปรึกษาแพทย์

6. ภาวะจิตใจ (mental status) แนะนำให้ผู้ดูแลสังเกตภาวะทางด้านสุขภาพจิตของตนเองให้ถามว่าตอนนี้ตนเองหัวเราะหรือยิ้มบ้างหรือเปล่ามีความรู้สึกกระตือรือร้นไหม การนอนหลับถูกรบกวนไหม มีอารมณ์สดชื่นเวลาตื่นนอนในตอนเช้าไหม เป็นคนหงุดหงิดโมโหง่ายหรือไม่และรู้สึกอยากหนีจากสิ่งเหล่านั้นหรือไม่ ปกติคนเราอาจมีความรู้สึกเหล่านี้เป็นบางครั้ง ในช่วงระยะเวลาสั้นได้ แต่ถ้าเป็นในระยะเวลาานาน ก็จะทำให้สุขภาพจิตเสียไปได้เช่นกัน ดังนั้นหากมีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้น ควรแนะนำให้ผู้ดูแลพยายามพูดคุยระบายกับเพื่อนหรือคนที่เข้าใจและไว้วางใจได้ และผู้ดูแลควรสังเกตว่าตนเองเริ่มคิดขมขื่นประสาทเครื่องดื่มน้ำที่มีสารคาเฟอีน แอลกอฮอล์ บุหรี่ รับประทานอาหารจุ แม้กระทั่งยานอนหลับ หรือไม่หากสังเกตได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นประจำ โดยใช้ปริมาณเพิ่มขึ้นหลังจากใช้ปริมาณน้อย ๆ เริ่มไม่ได้ผล ให้พึงระวังไว้ว่าตนเองเริ่มมีอาการติดแล้วให้รีบปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

7. ภาวะเครียด (stress) สิ่งสำคัญที่สุดที่ควรทำความเข้าใจก็คือ หากผู้ดูแลรู้สึกเครียดนั้นก็คือ ผู้ดูแลกำลังตกอยู่ใต้ภาวะเครียดนั่นเอง อย่างไรก็ตามเราจะถือว่าเป็นภาวะเครียดที่แท้จริงหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับผู้ดูแลที่จะพิจารณาวิเคราะห์ตนเองว่ากำลังตกอยู่ภายใต้ภาวะเครียดหรือไม่ โดยปกติแล้ว ถ้าภาวะเครียดเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ ร่างกายจะสามารถจัดการได้ จริง ๆ แล้ว ภาวะเครียดเล็ก ๆ น้อย ๆ จะช่วยทำให้เรามีภาวะตื่นตัว (alert) อยู่เสมอ และมีสุขภาพดีหากปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการท้าทายแล้ว เราก็จะเป็นคนเฉื่อยชา อย่างไรก็ตาม หากมีการเครียดนาน ๆ จะทำให้เราเกิดความอ่อนเพลียถาวร จะส่งผลกระทบถึง

1) การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันดูเหมือนต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น

2) สูญเสียความรู้สึกในการประมาณขนาด เช่นปัญหาเล็ก ๆ ก็รู้สึกเหมือนว่าเป็นปัญหาที่ใหญ่

3) รู้สึกไม่สามารถเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ได้

4) ไม่สนุกสนาน ร่าเริง

5) มีปัญหาในการนอนหลับ

ในช่วงที่มีภาวะเครียด จะมีการปรับตัว ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดปัญหาโรคหัวใจ

8. อาการหงุดหงิดรำคาญ (irritability) เป็นไปไม่ได้ที่ผู้ดูแลจะมีอารมณ์คืออยู่ตลอดเวลาในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจมีอารมณ์หงุดหงิดรำคาญผู้ป่วย แต่พอผ่านไปสักพักก็มักจะรู้สึกเสียใจกับอารมณ์ของตนเองที่แสดงออกมาและมักจะโทษตัวเองอยู่เสมอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มักจะถามคำถามเดิมซ้ำแล้วซ้ำเล่า จำอะไรไม่ได้ มีพฤติกรรมแปลก ๆ มักจะเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลหงุดหงิดรำคาญใจ ในขณะเดียวกันผู้ดูแลจะมีความรู้สึกหงุดหงิด และเสียใจกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลมักจะมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยบางครั้งเป็นญาติผู้ใหญ่ที่เคยให้ความเคารพ รักนั้นไม่ใช่คนเดิม มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปแต่อาการเหล่านี้อาจไม่ปรากฏให้คนอื่น ๆ เห็นแม้กระทั่งแพทย์บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่อต้านแพทย์และคนอื่น ซึ่งมักทำให้น้อยคนที่เข้าใจสภาวะที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ (กัมมันต์ พันธุจินดา และศรีจิตรา บุญนาค, 2540, หน้า 78-80)

1. การสูญเสียผู้ที่ตนรัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่นั้นมักจะเป็นญาติสนิท สามี ภรรยา หรือ บุตรของผู้ป่วยเอง แม้ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่แต่เขาจะรู้สึกเหมือนสูญเสียผู้ที่ตนรักไปแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยมีบุคลิกภาพ นิสัยใจคอเปลี่ยนแปลงไปเป็นอีกคนหนึ่ง บางคนมีอารมณ์

ก้าวร้าว รุนแรง เอาแต่ใจตนเอง ขาดความเกรงใจโดยสิ้นเชิง หรืออาจไม่ตอบสนองต่อญาติหรือผู้ดูแล

2. ความเบื่อหน่าย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นงานที่หนักและต้องแบกรับภาระมาก โดยเฉพาะการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบจะตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลแทบไม่มีเวลาได้พัก หรือมีเวลาเป็นของตัวเองเลย ผู้ดูแลจะต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องคอยรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ต้องคอยตอบคำถามซ้ำ ๆ หรืออธิบายในสิ่งต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยเกิดความระแวง และการดูแลเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันจนไม่มีเวลาพักผ่อนเป็นของตัวเอง

3. การถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลส่วนมากจะต้องแบกรับอยู่อย่างโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้งจากญาติ และเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน เพราะต้องแบ่งเวลาให้ผู้ป่วย แทนที่จะมีเวลาให้กับตัวเอง ไม่สามารถออกไปข้างนอก หรือไปมีสังคมพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูง อย่างที่ใจอยาก แม้การเชิญเพื่อนมาเยี่ยมที่บ้านก็ยังเป็นการลำบากใจ เพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความอับอาย ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะถูกกลั่นแกล้งจากสังคมเพื่อนฝูงทีละน้อย ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะขาดความมั่นใจในตนเองเพราะต้องอยู่โดดเดี่ยวมานาน อาจขาดทักษะในการเข้าสังคม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอกได้ เพราะไม่ได้พบปะ และเข้าสังคมมานาน ทั้งยังอาจขาดแหล่งสนับสนุนทั้งทางจิตใจ และทางสังคม ไม่มีใครคอยช่วยแบ่งเบาภาระ ต้องรับภาระหนักอยู่ผู้เดียว ไม่กล้าเรียกร้องความช่วยเหลือจากใคร และไม่ทราบว่าตนเองควรได้รับความช่วยเหลือ จึงทำให้ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล เสื่อมโทรมลงได้

4. เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เช่นกรณีที่ภรรยาต้องดูแลแม่ที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ในที่สุดก็อาจทำให้เกิดการขัดแย้งกับสามีได้ เพราะภรรยาต้องแบ่งเวลาให้แม่ แทนที่จะให้เวลาแก่ครอบครัวตัวเองได้ทั้งหมด สามีอาจเกิดความไม่พอใจ คิดว่าภรรยาทำหน้าที่ได้ไม่ดี หรือสมาชิกในครอบครัวเองก็อาจเกิดความขัดแย้งในเรื่องของการแสดงความคิดเห็นอันเกี่ยวกับการหยุดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

5. ความโกรธและความรู้สึกผิด เนื่องด้วยผู้ป่วยจะมีปัญหาทางอารมณ์รุนแรง และพฤติกรรมก้าวร้าวค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความลำบากใจแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตอบโต้

ออกมา ทำให้ผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเกิดความรู้สึกผิดเพราะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีอาการตอบโต้ทางอารมณ์กับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นพ่อ แม่ สามี/ภรรยา และนั่นก็คือบุคคลที่ตัวผู้ดูแลรักนั่นเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดที่กระทำรุนแรงกับคนที่ตัวเองรัก พฤติกรรมเหล่านี้มักเกิดขึ้นเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี จนผู้ดูแลกลายเป็นคนที่มีอารมณ์เครียดอยู่เป็นประจำ

การปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้มีภาวะสมองเสื่อม

พนิดา กฤตยภูษิตพจน์ (2549, หน้า 4) ได้แบ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรสและลูกหลานโดยส่วนใหญ่พบว่าลูกเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ญาติต่าง ๆ หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งมักจะไม่ได้เป็นผู้ดูแลโดยตรง แต่อาจมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว

สิ่งสำคัญมากที่ต้องพิจารณาคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลเองด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จะได้รับความกดดันทางจิตใจและเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมาได้ ในขณะเดียวกัน ครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการสูญเสียรายได้หรือต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมด้วย เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือต้องจ้างผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่ม สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความกดดันให้แก่ครอบครัวอีกทางหนึ่ง

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเกิดแรงกดดันต่อสมาชิกในครอบครัวว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย ในบางครอบครัวเกิดความขัดแย้งขึ้นอย่างมากและรู้สึกไม่ยุติธรรม รู้สึกว่าบุคคลในครอบครัวละเลยหรือมีปัญหาว่าจะดูแลอย่างไร และมากน้อยเพียงใด ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาเหล่านี้และจะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจต่อปัญหาที่เรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีหลายระยะ และไม่ทุกรายที่สามารถผ่านระยะของการปรับจิตใจเหล่านี้จนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ประสบความสำเร็จ

การปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

1. ระยะแรก ระยะนี้เป็นระยะปฏิเสธ ได้แก่ การปฏิเสธการวินิจฉัยโรค ไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีปัญหาและควรได้รับการดูแล

2. ระยะที่สอง เป็นระยะซึมเศร้า เป็นระยะที่ผู้ดูแลเริ่มยอมรับว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมและจะต้องได้รับการดูแล ผู้ดูแลก็จะเริ่มพบว่าผู้ป่วยที่เป็นสมองเสื่อมไม่ได้เปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวแต่ยังมีผลกระทบมายังตนเองอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

3. ระยะที่สาม เป็นระยะโกรธ ความรู้สึกโกรธจะค่อย ๆ เกิดขึ้น ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธญาติคนอื่น ๆ ที่ไม่มาช่วยดูแลหรือโกรธโชคชะตาตนเอง จากนั้นจะเกิดความละอยใจตามมาเนื่องจากมโนธรรมหรือคำสอนทางศาสนาตีกรอบไว้ ทำให้ละอยต่อความโกรธหรือสิ่งที่ปฏิบัติออกไปด้วยความโกรธ

4. ระยะที่ยอมรับ เป็นระยะสุดท้ายคือ ระยะที่ผู้ดูแลประสบความสำเร็จของการปรับจิตใจ ผู้ดูแลบางรายอาจผ่านเพียงบางระยะ สามารถปรับจิตใจเข้าสู่ระยะสุดท้ายโดยเร็ว แต่บางรายอาจไม่สามารถผ่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้

วิธีการช่วยเหลือ หลักการที่สำคัญที่สุดของการช่วยเหลือ คือ เวลาหยุดพัก ผู้ดูแลที่ไม่สามารถหาเวลาหยุดพักได้เพียงพอจะเกิดปัญหาด้านจิตใจอย่างมาก และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีพอ รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพทางกายมากขึ้นด้วย การที่จะมีเวลาหยุดพักได้นั้น ปัจจัยสำคัญคือ มีบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่จะสามารถผลัดเปลี่ยนเวียนกันมารับผิดชอบได้เป็นครั้งคราว เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักทำสิ่งอื่น ๆ หรือพักผ่อนได้ตามสมควร ถ้าในบางครอบครัวมีปัญหาในการผลัดเปลี่ยนดูแล ก็ควรรหาผู้ดูแลอื่นช่วย เช่น อาสาสมัครจากชมรม เป็นต้น

การช่วยเหลืออย่างอื่นที่มีความสำคัญคือ การประคับประคองอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งต้องการมีผู้เข้าใจ ชี้แจงและปลอบโยน และเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถระบายความรู้สึกได้ บุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือได้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ที่ผ่านการอบรมและมีความเข้าใจปัญหา การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสดำเนินการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหากับผู้ดูแลหรือครอบครัวอื่น ๆ เพื่อน ๆ ที่เข้าใจภาวะสมองเสื่อม (ซึ่งมักพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความเข้าใจกัน

มากกว่าบุคคลอื่น) การเป็นกำลังใจก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวทุกคน อาจมีความรุนแรงแตกต่างกันไป เวลา ความสามัคคี และความเห็นอกเห็นใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะเป็นหนทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด

อารมณ์ขันจำเป็นสำหรับการเป็นผู้ดูแล

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นงานที่ก่อให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า อ่อนเพลียต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ท่านอาจเคยรู้สึกโมโห หงุดหงิด เบื่อหน่าย และโกรธบ่อย ๆ เนื่องจากภาระหน้าที่รับผิดชอบกับการดูแลซึ่งเป็นภาระหนัก และต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพทั้งกายและใจของท่านได้ โดยไม่รู้ตัว (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2549)

อารมณ์ขันเป็นสิ่งจำเป็นและอาจจะเป็นยาวิเศษสำหรับท่านที่สามารถช่วยเหลือบรรเทาปัญหาต่าง ๆ จากความเครียดเหล่านั้นได้ อารมณ์ขันดูเหมือนจะเป็นเรื่องพื้น ๆ แต่จริง ๆ แล้วเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นยาวิเศษ ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลได้ มีการศึกษาวิจัยมากมายหลายฉบับในต่างประเทศยืนยันแน่นอนว่า การมีอารมณ์ขัน การหัวเราะ จะช่วยให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนและสารเอ็นโดฟิน ช่วยให้งานของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจ การหายใจ การเผาผลาญต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น และที่สำคัญคือช่วยให้อายุยืนขึ้นด้วย

ควรทำอย่างไรที่เราจะมีอารมณ์ขันได้ ในสถานะที่เครียดและเหนื่อย จริง ๆ แล้วเป็นเรื่องไม่ยาก เพียงแต่พยายามผ่อนคลาย มองสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องสบาย ๆ ไม่เครียดบ้าง หากเครียดมากก็จงมองมันในมุมกลับเป็นเรื่องตลกเสียบ้าง การพักผ่อนคลายเครียดจากการอ่านหนังสือตลก เช่น หนังสือการ์ตูนขายหัวเราะ ดูรายการตลกเสียบ้าง ก็เป็นวิธีที่จะช่วยให้ได้หัวเราะ หัวเราะให้เต็มที่ หยอกล้อกับผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ ให้ลองนึกถึงสิ่งที่ดี ๆ ความรู้สึกดี ๆ ที่ท่านเคยมีกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล อย่าได้เคร่งเครียด หรือเคร่งครัดกับหน้าที่ หรือกิจวัตรการดูแลเสียจนเครียดไปหมด บางครั้งหากรู้สึกว่ามันสุดวิสัยแล้ว หากสิ่งที่ปฏิบัติยังไม่ได้ดีดังใจ หรือผู้ที่เรากำลังดูแลอยู่ไม่ให้ความร่วมมือทำให้เราหงุดหงิด ก็จงปล่อยวาง

ความเครียด

ทฤษฎีความเครียดของ Selye (1956) ได้ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองทางร่างกายต่อสิ่งที่คุกคามทำให้เกิดแนวความคิดเกี่ยวกับ “กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป” (General Adaptation Syndrome--GAS) โดยแนวคิดนี้ได้ให้ความสนใจกับผลกระทบของความเครียดที่มีต่อร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดความเครียด ร่างกายเราจะตอบสนองต่อภาวะนั้นเอง โดยเป็นผลมาจากต่อมหมวกไตที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic โดยการตอบสนองดังกล่าวจะมีลักษณะเหมือนกันหมดเป็นการตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นใด ๆ ก็ตาม

GAS ประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้ (Selye, 1956, pp. 132-135)

1. ระยะตื่นตัว (alarm reaction) เป็นระยะที่ร่างกายเผชิญกับความเครียด รับรู้เหตุการณ์ที่ถูกคุกคามและระบบอวัยวะเตรียมพร้อมตอบโต้กับเหตุการณ์นั้นซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยที่เราไม่รู้ตัว มีการตอบโต้ 2 ลักษณะคือ สู้หรือถอยหนีจากสิ่งที่คุกคาม ความรู้สึกที่เกิดลำดับแรก ตกใจ (shock) ระยะนี้ต่อมหมวกไตจะผลิตฮอร์โมนที่ชื่อว่า Epinephrine และ Cortisone ทำให้กระตุ้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติ Sympathetic เป็นผลให้ร่างกายเราเกิดการตื่นตัว เช่น ม่านตาขยาย เกิดการเปลี่ยนแปลงอาหารที่สะสมไว้ที่ตับเป็นน้ำตาล เป็นต้น แล้วร่างกายก็จะพยายามปรับเข้าสู่ระยะปกติซึ่งระยะเตือนอาจใช้เวลานานเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวันก็ได้ ซึ่งจะนำไปสู่ระยะที่ 2

2. ระยะต่อต้าน (resistance stage) เป็นระยะที่ร่างกายพยายามปรับเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งลักษณะทางร่างกายในระยะนี้จะตรงข้ามกับระยะตื่นตัว เช่น ในระยะตื่นตัวเซลล์ในต่อมหมวกไตจะทำการผลิตฮอร์โมนสู่กระแสเลือด แต่ในระยะต่อต้านจะเกิดการสะสมฮอร์โมนไว้เป็นต้น ร่างกายต้องพยายามปรับเข้าสู่สภาวะปกติเพราะหากอยู่ในระยะตื่นตัวนานทำให้อวัยวะภายในและระบบต่อมไร้ท่อทำงานหนัก ทำให้เกิดอาการทางกายต่าง ๆ และเกิดเป็นโรคเกี่ยวกับ Psychosomatic Disease ต่าง ๆ เช่น โรคกระเพาะ ซึ่งเกิดการเผชิญความเครียดเป็นเวลานาน และหากร่างกายสู้ไม่ได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3

3. หมดกำลัง (exhaustion stage) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัวหลังจาก ร่างกายได้ใช้กำลังในการปรับตัวสู่สภาวะปกติ ร่างกายไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลไว้ได้ ทำให้เกิดภาวะอ่อนเพลีย หมดกำลังต่อสู้ ในที่สุดก็จะเป็นอันตรายอาจทำให้เกิดโรค หรือถึงแก่ความตายได้ ลักษณะเช่นนี้พบในผู้ป่วยที่กำลังจะถึงแก่ความตาย พบว่าก่อนตายจะรู้สึกดีขึ้นเหมือนต่อสู้กับภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เชื่อว่าเป็นระยะต้นตัว ในช่วงสั้น ๆ เหมือนการรวมกำลังต่อสู้ก่อนเสียชีวิต

ระดับความรุนแรงของความเครียด

ความเครียดถูกแบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ แตกต่างกันซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่ง ความเครียดโดยเริ่มต้นที่ความเครียดในระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เป็น ความเครียดที่คนส่วนใหญ่พบเจอได้ จะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นโดยทำให้มีผลต่อ การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ไปจนถึงระดับรุนแรงที่ทำให้เกิด ความผิดปกติ ดังนั้นการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่อไม่ให้เกิดความสะสมเรื้อรังจนเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ ได้มีผู้แบ่ง ระดับความเครียดออกเป็นหลายระดับ ดังนี้

Janis (1952, p. 13) ได้แบ่งระดับของความเครียดไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อย พบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย เช่น พบอุปสรรคในการเดินทางไปทำงาน รอคอยประจำทางนาน พลัดนัด อย่างไรก็ตาม ความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้นเพียงไม่กี่วินาที หือไม่ถึงชั่วโมง

2. ความเครียดระดับกลาง (moderate stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ปานกลาง ความเครียดระดับนี้อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่น เครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก ระดับความเครียดปานกลางนี้ เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองโดยการต่อสู้กับ ความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรม อารมณ์และความนึกคิด เพื่อจัดการสาเหตุที่ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งเปลี่ยนแปลง ในด้านต่าง ๆ กลับเข้าสู่สภาวะปกติ

3. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดในระดับที่รุนแรง ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เช่น เครียดจากการเสียคู่ครอง การเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ล้มเหลวในการทำงาน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเสียหายในการดำเนินชีวิต

Frain and Valiga (1979, pp. 43-44) ได้แบ่ง ความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (day to today stress)

ความเครียดในระดับนี้ ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ และใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การที่มีชีวิตที่เร่งรีบ การเดินทางในสภาพการจราจรติดขัด การปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและจะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น และไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต

2. ความเครียดระดับอ่อน (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

เนื่องจากมีสิ่งมาคุกคาม เช่น การถูกสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน หรือการพบเหตุการณ์ที่สำคัญในสังคม ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัว และร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาเพียงไม่กี่นาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น

3. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดในระดับ

ที่รุนแรงกว่าระดับ 1 และ 2 อาจปรากฏเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียดที่เกิดจากการเข้าทำงานใหม่ การทำงานหนัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง ความเครียดในระดับนี้ อาจเกิดเป็นชั่วโมง หลาย ๆ ชั่วโมง หรืออาจเป็นวัน

4. ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (severe stress) เกิดจากสถานการณ์ที่คุกคาม

ยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูง ความเครียดในระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และความเครียดนี้จะเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต (2542) ได้แบ่งระดับของความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

1. ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่น้อยกว่าบุคคลอื่น

2. ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันอาจเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรค ข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับนี้อาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้

4. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดำเนินชีวิต และสิ่งที่แสดงออกจะเป็นสัญญาณเตือนขึ้นคั่นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้งซึ่งบุคคลจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบใดที่ความขัดแย้งต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตได้

5. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังคงมีอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้

ความเครียดของบุคคลจะอยู่ในระดับไหน ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งการที่จะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. ความแตกต่างที่สาเหตุ ความรุนแรงและระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับสาเหตุหรือปัญหานั้น

2. ความแตกต่างที่ตัวบุคคล การรับรู้ ประวัติความเครียดที่เคยผ่านมา ทักษะ ในการแก้ปัญหาหรือการปรับตัว

3. ทรัพยากรในสิ่งแวดล้อม หรือแรงสนับสนุน กำลังใจจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เช่น ครอบครัว สังคมหรือชุมชนที่อยู่

สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2547, หน้า 40)

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากพื้นฐานของ บุคลิกภาพแต่ละคน เช่น คนที่ชอบแข่งขัน ใฝ่ฝัน ต้องการความสำเร็จสูง หรือ เป็นคน ชอบมองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวลง่าย อารมณ์อ่อนไหว ชอบแข่งขัน ความเครียดในตัว บุคคลอาจมีสาเหตุมาจาก ความเจ็บป่วย วิตกกังวลง่าย อารมณ์อ่อนไหว เป็นต้น ความเครียดในตัวบุคคลอาจมีสาเหตุมาจาก ความเจ็บป่วยหรือความพิการของตนเอง หรือปมด้อยต่าง ๆ ของตนเอง

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากทัศนคติ พฤติกรรม ความต้องการและบุคลิกภาพของแต่ละคน ในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อกัน และกัน อาจก่อให้เกิดความขัดแย้ง และทำให้สัมพันธ์ภาพต่อกันไม่ดี ปัญหาดังกล่าว ได้แก่ เศรษฐกิจครอบครัวไม่ดี ความแตกต่างระหว่างวัย ปัญหาคู่สมรส มีสมาชิกบ้าน เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยหรือการตายของบุคคลในครอบครัว

3. ความเครียดที่เกิดขึ้นในชุมชนและสังคม หมายถึง การดำเนินชีวิตในสังคมนั้น ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย เช่น ความเครียดในด้านการเรียน อาชีพ โดยเกิดจาก ปัญหาการปรับตัว ปัญหาสัมพันธภาพ การรับผิดชอบงานสูง เรียนหนัก เป็นต้น รวมถึง สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ มากมาย เช่น ความเครียดที่เกิดจากมลภาวะ เช่น อากาศเป็นพิษ น้ำเสีย ชุมชนแออัด หรือการเกิดภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้ ลมพายุ เป็นต้น

กลุ่มให้การศึกษา



ความหมายของคำว่า “กลุ่ม”

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความคำว่า กลุ่ม ไว้ดังนี้

Gulley (1963, p. 62) กล่าวว่า กลุ่มมีความหมายลึกซึ้งกว่าการที่บุคคลจะมารวมกันเฉย ๆ เท่านั้น แต่การรวมกลุ่มจะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ

1. มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน และวัตถุประสงค์นั้นจะต้องสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนด้วย

2. ผลของการทำงานจะเกิดจากความร่วมมือของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

3. มีการสื่อสารทางวาจา หรือมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง

Loeser (1957, p. 5) ได้กล่าวถึง ลักษณะของกลุ่มไว้ดังนี้

1. การติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

2. มีความมุ่งหมายร่วมกัน

3. มีความสัมพันธ์กันในเชิงหน้าที่

4. มีอำนาจที่จะกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสมัครใจ

5. มีความสามารถที่จะกำหนดทิศทางของกลุ่มได้

Kemp (1964, pp. 25-26) กล่าวว่า การพึ่งพากันและกันของสมาชิกในกลุ่ม เป็นเครื่องแสดงความเป็นกลุ่ม และเช่นเดียวกัน Gillin ซึ่งเห็นด้วยว่า กลุ่มมีความต้องการ มีการพึ่งพากันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แต่เขาเน้นในเรื่องของความคล้ายคลึงกัน ในด้านความสนใจและจุดมุ่งหมาย เขาได้กล่าวว่า ความสนใจและจุดมุ่งหมายในเรื่องเดียวกันจะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและกัน มีความรู้สึกที่เป็นส่วนร่วม ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของกลุ่ม

ปรียานุช เทียมดาว (2540) ได้กล่าวว่า กลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมารวมตัวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายในการที่จะทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด มีการยอมรับและเข้าใจซึ่งกันและกัน

โดยสรุปแล้ว กลุ่มจึงหมายถึง กลุ่มคนที่มารวมตัวกัน โดยมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายในทางเดียวกัน โดยต้องมีการติดต่อสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยก่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน

กลุ่มให้การศึกษา

กลุ่มให้การศึกษามีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กลุ่มให้การศึกษาเป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกิจกรรมบางอย่าง การให้ความรู้โดยผ่านกระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้แก่ผู้มีปัญหาเป็นกลุ่มย่อย โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้สมาชิกบรรลุเป้าหมาย มีพัฒนาทางด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546, หน้า 48)

Dunkin and Anderson-Hanley (1998, pp. 53-54) ได้พูดถึงเทคนิคการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ไว้หลายทาง หนึ่งในนั้นคือ การให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล ความรู้ที่ให้กับผู้ดูแลนั้นจะมีประโยชน์ต่อตัวผู้ดูแล เช่น ความเข้าใจในลักษณะโรค พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากอาการป่วย ระยะอาการของการดำเนินโรค หรืออาจรวมถึงการคาดการณ์ของปัญหาที่จะเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตั้งรับกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคหันเหความสนใจ และการชี้ทางใหม่เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หรือวิธีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย หรือการคาดหวังจากการรับสารของผู้ป่วย เป็นต้น การให้การศึกษาในลักษณะเป็นกลุ่มนั้นยังช่วยให้ผู้ดูแลได้ลดความตึงเครียดในเหตุการณ์ที่ตนพบ ในเรื่องที่ว่า ยังมีคนที่พบปัญหาเหมือนกับตนเอง มีประสบการณ์ ที่คล้ายกัน การเพื่อความรูสึกมั่นใจ และสบายใจ ลดความรูสึกผิดต่าง ๆ และอาจยังสามารถเข้าใจถึงสังคมแห่งสังขาร ในความเป็นจริง

องค์ประกอบของกลุ่ม

องค์ประกอบของกลุ่ม สามารถอธิบายได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2539, หน้า 22)

1. ชนิดของกลุ่มประกอบด้วย

1.1 กลุ่มปิด (closed groups) หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการเข้ากลุ่ม

1.2 กลุ่มเปิด (open groups) หมายถึง กลุ่มที่มีการรับสมาชิกเข้ามาแทนที่ สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะ ๆ

โดยในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มปิด เนื่องจากจะเป็นผลดีคือช่วยให้สมาชิกได้ รู้จักสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี ซึ่งจะมีผลให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและ ขอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและรู้สึกผูกพันกัน

2. ขนาดของกลุ่ม Yalom (1995, p. 276) ให้ความเห็นว่า ขนาดที่เหมาะสมที่สุด ของการทำกลุ่มบำบัด คือ ประมาณ 7-8 คน กนกวรรณ ทาสอน (2545) กล่าวว่า สมาชิก 5-10 คน ก็ถือว่าใช้ได้ และปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ (2534, หน้า 51) เห็นว่า สมาชิกจำนวน 6-10 คน เป็นขนาดที่เหมาะสมที่สุด แต่ก็มีรายงานเป็นจำนวนมากที่ชี้บอตรงกันว่า ขนาดกลุ่มระหว่าง 5-10 คน เป็นขนาดที่พอเหมาะ

ซึ่งขนาดกลุ่มดังกล่าวจะก่อให้เกิด Interactional Material เพียงพอที่จะเป็น พลังของกลุ่ม ถ้าหากสมาชิกมีจำนวนมากไปจะทำให้มีเวลาน้อย และสมาชิกไม่ได้รับความสนใจอย่างทั่วถึง ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง แต่หากสมาชิกน้อย ไปก็จะทำให้เกิด Interaction น้อยตามไปด้วย การแสดงความคิดเห็นก็จะอยู่ในวงจำกัด

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดสมาชิกกลุ่มไว้ 7-8 คน เพื่อให้ได้ ประโยชน์สูงสุด

3. ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม Yalom (1995, p. 276) เสนอแนะว่า เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มแต่ละครั้งคือ ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง เพราะหากเกินกว่านี้จะทำให้สมาชิกล้า และหมดสมาธิ หมดความสนใจในกลุ่ม ส่วนความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มประมาณ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สำหรับจำนวนครั้ง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและธรรมชาติของสมาชิกกลุ่มซึ่งมีการศึกษาพบว่า การดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง สามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้

4. การจัดสถานที่ การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ห้องยิ่งเล็กยิ่งทำให้เกิดความคุ้นเคยสนิทสนมมากยิ่งขึ้น ส่วนห้องยิ่งใหญ่ยิ่งทำให้สมาชิกบางคนที่ชอบ

แยกจากกันได้แสดงความรู้สึกอย่างอิสระได้มากขึ้น แต่ก็ควรกว้างพอที่จะทำกิจกรรมร่วมกันได้สะดวก นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระ

5. รูปแบบการจัดที่นั่งของสมาชิก เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ส่วนมากจะเริ่ม Group Session โดยวางเก้าอี้เป็นรูปวงกลม เพื่อให้สมาชิกทุกคนจะได้เห็นหน้าสมาชิกคนอื่น ๆ และผู้นำกลุ่มด้วย แต่การนั่งในตำแหน่งวงกลมอาจจะเป็นการคุกคามต่อสมาชิกบางคนเพราะพวกเขาอาจมีความลำบากในการเผชิญหน้าอย่างใกล้ชิด พบว่า การกระจายเก้าอี้ไปตามผนังกำแพงที่มีรูปเป็นสี่เหลี่ยมมุมฉากหรือห้องสี่เหลี่ยมจะรู้สึกคุกคามสมาชิกละเอียดกว่าโดยเฉพาะใน Initial Stages การนั่งสามารถเคลื่อนย้ายไปในตำแหน่งวงกลมได้ตามความต้องการ

กระบวนการกลุ่ม

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นการที่บุคคลมาทำงานร่วมกันมีกิจกรรมร่วมกันจนสิ้นสุดกระบวนการตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ กระบวนการกลุ่มเป็นแหล่งที่รวมแห่งประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

โดยกระบวนการดำเนินกลุ่มแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2539, หน้า 24)

1. ขั้นเริ่มต้น (initial stage) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับสมาชิก และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจอย่างแท้จริง เป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย มีความอบอุ่น จริงใจ ซึ่งสัมพันธภาพดังกล่าวจะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง รับรู้ว่ามีคนซึ่งรักห่วงใยเขา ใส่ใจเขาอย่างแท้จริงในการที่จะช่วยให้เขามีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญความยุ่งยากต่าง ๆ ได้ นอกจากสัมพันธภาพแล้วในขั้นตอนนี้ยัง

รวมถึงการทำความเข้าใจกับสมาชิกกลุ่มถึงลักษณะ ข้อจำกัด และเป้าหมายของกลุ่ม ตลอดจนการกำหนดระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม

2. ขั้นการทำงาน (working stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง และต้องการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาที่ตนเองมีต้องการหาแนวทางในการพัฒนา หรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งสมาชิกร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (cohesiveness) รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ ไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือหวั่นไหวที่จะมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด สมาชิกรับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มในลักษณะขณะปัจจุบันมากขึ้น เรียนรู้ที่จะพูดถึงความรู้สึกหรือประสบการณ์โดยสัมพันธ์กับความเป็นปัจจุบัน สมาชิกเต็มใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมาต่อกัน สามารถเผชิญหน้าแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงใจ ไม่เลียงหนีความรู้สึกขัดแย้งอีกต่อไป และมีท่าทีเอื้ออาทรต่อกัน สมาชิกพร้อมที่จะวางแผนการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเอง และรับผิดชอบที่จะทำตามแผนนั้น

3. ขั้นปิดกลุ่ม (closing stage) ขั้นปิดกลุ่มเป็นขั้นที่สำคัญ เพราะเป็นขั้นที่ช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ว่าเขาเรียนรู้อะไรบ้างจากกลุ่ม และเขาจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไรในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเขา ในขั้นนี้ถ้าผู้นำกลุ่มดำเนินการปิดกลุ่มอย่างรีบร้อน และไม่ใช้เวลาในขั้นปิดกลุ่มเพียงพอ โอกาสที่สมาชิกจะลิ้มประสบการณ์ที่มีประโยชน์จากกลุ่มย่อมเป็นไปได้ง่าย สมาชิกบางกลุ่มบางคนที่รู้ว่ากลุ่มกำลังยุติ มักจะเริ่มทำตัวห่างเหินจากกลุ่มเพื่อจะได้ไม่เผชิญกับความรู้สึกผูกพัน และเศร้าเสียใจเมื่อกลุ่มจบสิ้น ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกเผชิญกับขั้นปิดกลุ่ม โดยการเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง และรับรู้วิธีการที่ตนเองใช้ในวาระที่ถึงเวลาจากกัน เผชิญหน้ากับการพึ่งตนเองโดยไม่มีกลุ่มคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ เตรียมตัวที่จะใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากกลุ่มในสภาพเป็นจริง

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969, pp. 115-116) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้

4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (the involvement stage) ในขั้นนี้สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะยังไม่กล้าที่จะเปิดเผย ไม่แน่ใจ ความสนิทคุ้นเคยหรือความไว้วางใจยังอยู่ในขั้นผิวเผิน ขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลามากพอสมควรสำหรับดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจ เปิดเผย มีความจริงใจเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็ว ก็จะใช้เวลาน้อย แต่สำหรับสมาชิกบางกลุ่มที่ยังไม่ไว้วางใจในกลุ่ม ไม่กล้าพูดเปิดเผยนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เวลาชี้แจง และสร้างบรรยากาศที่น่าพอใจ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรจะใช้วิธีบังคับหรือเร่งเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับการพัฒนาของกลุ่มเอง

2. ขั้นของการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม (the transition stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรกซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย ในการมาร่วมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจจะมีความวิตกกังวลมีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ ในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่า ต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม

3. ขั้นการดำเนินงาน (the working stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในกลุ่มได้พัฒนาขึ้นมา จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาดัง ๆ ร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกจะมีโอกาสสำรวจตัวเอง และได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีในการแก้ปัญหาคด้วยตนเองพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ขั้นยุติการให้ปรึกษา (the ending stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นกับสมาชิกในกลุ่ม ถ้าแต่ละคนในกลุ่มเกิดความเข้าใจกระจ่างแจ้งในปัญหาคด้วยตนเองเป็นอย่างดี และรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหาคพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยที่สมาชิกแต่ละคนเกิดความพึงพอใจไม่ติดค้างในสิ่งใด ก็เป็นอันว่ายุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังรู้สึกติดขัด

ไม่กระจำง กลุ่มจำเป็นจะต้องทำให้เกิดควมกระจำงให้ได้จึงจะยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดลงในเวลาใดเวลาหนึ่งและสมาชิกควรเป็นตัวของตัวเอง พอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

Mechanism of Psychotherapy

การดำเนินการเพื่อให้เกิดปฏิกิริยาของกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ จนกระทั่งเกิด Insight สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติเช่น บุคคลอื่นนั้น จะต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 3 ประการด้วยกันคือ (อัญชลี จุมพฏจาไมกร, 2547, หน้า 9)

1. Emotional จะต้องก่อให้เกิด

1.1 Acceptance คือการสร้างบรรยากาศให้อบอุ่น มีความเป็นมิตร สมาชิก ภายในกลุ่มมีความสัมพันธ์เห็นอกเห็นใจกัน

1.2 Altruism ให้ผู้ป่วยเกิดความคิดและการกระทำไปในทางเสียสละแนะนำ ช่วยเหลือกัน มี Interpretation กันเอง หาทางแก้ไขช่วยเหลือกันเอง

1.3 Transference คือความสัมพันธ์พอใจในระหว่างสมาชิก โดยผู้นำกลุ่ม จะต้องคอยคุมให้กลุ่มมี Transference ต่อกันในทางที่ดีและทั่วถึง

2. Cognitive จะต้องก่อให้เกิด

2.1 Spectator Therapy คือให้ทุกคนฟังปัญหาของคนอื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับ ปัญหาของตนเอง

2.2 Universalization คือให้ทุกคนรู้จักยอมรับปัญหาและความทุกข์ยากของ ตนเองนั้น เป็นธรรมดาของโลก คนอื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน

3. Intellectualization ประกอบด้วย

3.1 Reality Testing คือการควบคุมความคิดความรู้สึกและการกระทำของกลุ่ม ให้อยู่ใน Reality ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการดำเนินการบำบัดแบบกลุ่ม

3.2 Ventilation ให้ทุกคนได้มีโอกาสนระบายความทุกข์ยาก ความไม่สบายใจ ออกมาเป็นการลดความตึงเครียด

3.3 Interaction กลุ่มจะต้องดำเนินไปได้ต้องมี Interaction ภายในกลุ่มโดยทั่วถึงกันจึงเป็นหน้าที่สำคัญของ ผู้นำกลุ่มที่จะต้องสร้างให้ทุกคนรู้สึกอิสระที่จะแสดงอารมณ์และความคิดเห็นออกมา

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยอย่างอ่อนโยนมากกว่าการบังคับ โดยเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มล่วงหน้าเอื้ออำนวยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ ในความหมายนี้ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยทางด้านจิตใจให้แก่สมาชิกได้มีส่วนร่วมในกลุ่มมากที่สุด ในกระบวนการกลุ่ม Rogers (1968, p. 32) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้ คือ

1. การสร้างบรรยากาศในกลุ่ม (climate-setting function) ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เริ่มต้นให้สมาชิกรับรู้ความรู้สึกที่ปลอดภัย อบอุ่น และความเป็นอิสระ การฟังอย่างตั้งใจที่จะรับรู้ความหมายที่ชัดเจน และความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีเงื่อนไขด้วยความเชื่อถือว่าไว้วางใจและใส่ใจ

2. การยอมรับกลุ่ม (acceptance of the group) ผู้นำกลุ่มต้องมีความพยายามและอดทนเป็นอย่างยิ่งกับกลุ่มและบุคคลที่เป็นสมาชิกกลุ่มในทุกเรื่อง และความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่บังคับให้เป็นไปตามใจของผู้นำกลุ่มเอง

3. การยอมรับเอกลักษณ์ของบุคคลแต่ละคน (acceptance of the individual) ผู้นำกลุ่มต้องยอมรับสมาชิกในความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น ความกลัว ความลังเลใจ ความเจ็บปวด ฯลฯ อย่างไม่มีเงื่อนไขและตอบสนองด้วยความรู้สึกที่เกิด “ที่นี่และเดี๋ยวนี้”

4. การเข้าใจร่วมรู้สึก (emphatic understanding) ผู้นำกลุ่มต้องสื่อสารอย่างเข้าใจในความหมายที่แท้จริงของสิ่งที่สมาชิกสื่อออกมา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุด เพราะเป็นภาวะที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและกระจำให้เกิดแก่สมาชิก เป็นความเข้าใจความหมายในระดับลึกและเป็นสิ่งที่สื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมรู้สึก

5. การปฏิบัติการในระดับความรู้สึก (operating in terms of feeling) ผู้นำกลุ่มต้องรู้สึกอิสระที่จะแสดงความรู้สึกแท้จริงของตนเองในแต่ละขณะ ไม่ว่าจะเป็นอย่าง

ความรู้สึกต่อกลุ่มทั้งหมดหรือต่อสมาชิก หรือต่อตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อกัน และในการที่ผู้นำต้องรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

6. การกล้าเผชิญและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (confrontation and feedback) ผู้นำกลุ่มจะเอื้อเพื่อให้สมาชิกได้เผชิญกับสิ่งที่สมาชิกได้พูดหรือแสดงออกมา ถึงแม้จะทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่ก็จะช่วยทำให้เขาพ้นจากสภาพนั้นด้วยการเรียนรู้

7. การแสดงถึงปัญหาของตนเอง (expression of own problems) ในกรณีที่ผู้นำกลุ่มมีปัญหาอยู่ในใจอาจจะเปิดเผยต่อในกลุ่มได้ ซึ่งจะนำไปเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย อย่างไรก็ตามผู้นำกลุ่มควรระวัง สมาชิกอาจคิดว่าเป็นความผิดของพวกเขาที่ทำให้ผู้นำกลุ่มไม่สบายใจ

8. หลีกเลี่ยง “การวางแผน” และ “แบบฝึกหัด” (avoidance of planning and exercise) การวางแผนล่วงหน้าจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมชาติแก่กลุ่มและผู้นำกลุ่ม จะเกิดความกังวลใจที่จะต้องทำตามแผนนั้น ๆ ฉะนั้นหากต้องวางแผนก่อนจะต้องให้สมาชิกมีส่วนร่วมมาก ๆ พอ ๆ กับผู้นำกลุ่ม และสมาชิกจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะทดลองทำตามวิธีการที่วางแผนไว้หรือไม่ ความเป็นธรรมชาติของกลุ่มจะเป็นสิ่งที่มีค่าและมีประสิทธิภาพที่สุด กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจและเป็นธรรมชาติ เช่น การสวมบทบาท (role playing) การสัมผัส (bodily contact) หรือละครจิตบำบัด (psychodrama) ฯลฯ สามารถจะเอื้ออำนวยการแสดงที่รู้สึกที่แท้จริงในขณะนั้นได้

9. หลีกเลี่ยงการวิจารณ์หรือตีความกระบวนการกลุ่ม (avoidance of interpretive or process comments) การวิจารณ์หรือตีความหรือประเมินกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดการระวังตัวและไม่ร่วมมือมากขึ้น และกลุ่มจะดำเนินไปได้ช้าลง เพราะสมาชิกจะรู้สึกเหมือนกำลังถูกตรวจสอบอะไรบางอย่าง

10. พลังรักษาจิตใจของกลุ่ม (the therapeutic potential of the group) ผู้นำกลุ่มควรที่จะรู้พลังรักษาจิตใจจากสมาชิกด้วยกันเองในกลุ่ม การเอื้ออำนวยให้เกิดความรู้สึกอิสระที่จะสื่อสารกันในฐานะมนุษย์จะก่อให้เกิด “ปัญญาของกลุ่ม” ที่นำศักยภาพในการช่วยเหลือทางจิตใจอย่างมาก

11. การเคลื่อนไหวและการสัมผัสทางกาย (physical movement and contact) ผู้นำกลุ่มควรมีความเป็นธรรมชาติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในการเคลื่อนไหวตนเอง และการสัมผัส ซึ่งเป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกที่แท้จริงและการร่วมความรู้สึกต่อกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ต้องมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1. ความไว้วางใจ (trust) สมาชิกจะมีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคง มีส่วนร่วมเปิดเผยความรู้สึกกับบุคคลภายในกลุ่ม โดยปราศจากความกลัวการปฏิเสธหรือการต่อต้านจากสมาชิกกลุ่มคนอื่น

2. การยอมรับ (acceptance) ยอมรับตนเองอย่างอิสระโดยไม่คำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

3. การให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีพื้นฐานของการยอมรับความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของบุคคลอื่น

4. ความอบอุ่น (warmth) มีการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรักโดยไม่หวังผลตอบแทน หรือไม่แสดงความเป็นเจ้าของ การแสดงความนับถือและความชอบพอ

5. การติดต่อสื่อสาร (communication) เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการพัฒนาความสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง เนื่องจากวิธีการสื่อสารแบบนี้จะทำให้บุคคลสามารถติดต่อ ตอบสนองและได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ ความเข้าใจเป็นความสามารถที่มองสิ่งต่าง ๆ ในกรอบแห่งประสบการณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเองอยู่

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม

โดยผู้นำกลุ่มที่ดีควรมีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2539, หน้า 25-26)

ด้านบุคลิกภาพ

1. มีการตระหนักรู้ มีสติ ความรู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไร

2. มีจิตใจที่มั่นคงกลมกลืน มีท่าทีมั่นคง อารมณ์หนักแน่น ไม่หวั่นไหวต่อคำพูดทั้งทางด้านยกย่อง ชมเชย หรือคำพูดเชิงตำหนิ

3. ความยึดหยุ่น อันเป็นผลมาจากการที่ผู้นำกลุ่มมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความไวต่อความต้องการ ความรู้สึกของสมาชิกและมักจะพบว่าถ้าผู้นำกลุ่มขาดความเชื่อมั่นในตนเองมักจะทำอะไรตามแบบแผนที่วางไว้อย่างตายตัว ลักษณะของความยึดหยุ่นอาจกล่าวได้ว่าเป็นการที่บุคคลนั้นสามารถจัดการกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ยึดติดอยู่กับแผนที่ตายตัว

4. Empathy Versus Sympathy ผู้นำกลุ่มควรมีความสามารถในการร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกเห็นใจ เข้าใจถึงจิตใจผู้อื่น

5. Desire to help People การมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น อยากช่วยทุกคนในกลุ่มมิใช่จะจงช่วยเฉพาะบางราย และมีใช่เป็นการช่วยเหลือที่หวังผลประโยชน์

6. Imaginativeness ความสามารถคาดการณ์ หรือคาดคะเนเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

7. Allotropy ผู้นำไม่ควรมีความคิดว่าตนเองมีความสามารถมากกว่าผู้อื่น เพราะสิ่งนี้จะทำให้ผู้นำมีความสนใจสมาชิกลดลง รวมทั้งไม่สามารถสังเกตถึงอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกด้วย

8. Frustration Tolerance ผู้นำกลุ่มต้องมีความอดทนต่อสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกคับข้องใจ หรือขัดใจ เช่น การที่บอกแล้วสมาชิกไม่ยอมทำตาม หรือไม่เข้าใจที่ผู้นำกลุ่มพูด เป็นต้น

9. Withstand Hostility คือความสามารถที่จะอดทนต่อการแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรของสมาชิก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น สมาชิกไม่พอใจที่ต้องทำตามกฎเกณฑ์ เป็นต้น

ด้านความรู้ความสามารถ

1. ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้พื้นฐานในเรื่องของจิตใจมนุษย์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทำกลุ่ม

2. มีความรู้ในการให้การปรึกษาพอสมควร

3. รู้เทคนิคในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการพูดอย่างไรให้สมาชิกให้ความร่วมมือ หรือให้สมาชิกเข้าใจในสิ่งที่ผู้นำกลุ่มพูดได้ง่าย

ด้านทัศนคติ

1. ต่อตนเอง ผู้นำกลุ่มควรมีจิตใจที่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น และมีความเชื่อมั่นในตนเองพอสมควร
2. ต่องานกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทัศนคติที่ดีต่องานกลุ่ม เชื่อว่าพลังของกลุ่มจะสามารถช่วยสมาชิกได้
3. ต่อสมาชิก การยอมรับสมาชิกโดยปราศจากเงื่อนไข และ มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ

ทักษะพื้นฐานสำหรับผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะพื้นฐานในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี โดยทักษะต่าง ๆ นั้น เป็นทักษะเช่นเดียวกันกับ ทักษะที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคล และแบบกลุ่ม เนื่องจากทักษะเหล่านี้จะช่วยให้การดำเนินกลุ่มราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2539, หน้า 27-28)

1. ทักษะการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ ประกอบด้วย

1.1 การฟังอย่างใส่ใจ (active listening) การฟังที่ดีต้องมีการจับประเด็นและสาระที่สำคัญที่สอดแทรกอยู่ในคำพูด ท่าทาง มีสมาธิ ตั้งใจฟัง สนใจ ติดตามเรื่องราว มีการแสดงออกที่สอดคล้องกับเรื่องราวที่ฟัง และมีการตอบรับเรื่องที่ฟัง ซึ่งจะแสดงถึงการยอมรับ เข้าใจ และตั้งใจ สมาชิกอย่างแท้จริง แสดงให้เห็นว่าเรากำลังฟังอย่างสนใจ นอกจากนี้ยังเป็นการสื่อให้ผู้พูดรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ฟังว่า ผู้ฟังให้เกียรติ ให้การยอมรับและมีความเห็นอกเห็นใจ

1.2 การทวนซ้ำ (restatement) คือ การพูดในสิ่งที่ผู้พูดได้บอกเล่า หรือพูดไปแล้วอีกครั้งหนึ่ง แสดงถึงความเข้าใจที่ผู้ฟังสามารถถ่ายทอดกลับไปให้ผู้พูดรับทราบไว้ ผู้พูดจะรับรู้ที่ผู้ฟังสามารถเข้าใจผู้พูดได้ เป็นที่ยอมรับและเกิดความอบอุ่นขึ้น ซึ่งการทวนซ้ำนี้เป็นการเอาประโยคที่ผู้พูดได้กล่าวมาแล้วมากล่าวซ้ำ อาจกล่าวซ้ำทั้งประโยค หรือกล่าวซ้ำเพียงบางส่วนของประโยคที่สำคัญ

1.3 การสะท้อนความรู้สึก (reflection) การสะท้อนความรู้สึก คือการที่ผู้ฟังรับรู้ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูด โดยผู้พูดทำหน้าที่ให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย

ภาษาที่เหมาะสมชัดเจน ทำให้ผู้ฟังตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง สามารถมองปัญหาของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นการสะท้อนความรู้สึกเป็นเทคนิคสำคัญที่แสดงว่าผู้ฟังมีความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูดเป็นอย่างดี ผู้ฟังจะต้องฟังและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนอาจสะท้อนเนื้อหาหรือความรู้สึก ซึ่งมีประโยชน์ที่ผู้นำได้เข้าใจความคิดความรู้สึก ตรงกับสมาชิก เพราะเป็นสิ่งที่สมาชิกได้แสดงในสิ่งที่เขาไม่สามารถแสดงออกมาตรง ๆ ได้ โดยการสะท้อนความรู้สึกนั้น มีวัตถุประสงค์อยู่ 2 อย่าง คือ

- 1) ช่วยให้สมาชิกที่กำลังพูดเข้าใจในเรื่องที่เขาพูดมากขึ้น
- 2) เป็นการสื่อให้สมาชิกที่พูดรู้ว่าผู้นำกลุ่มตระหนักและรับรู้ถึงความรู้สึก

ของเขา

1.4 การทำให้กระจ่าง (clarification) เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สิ่งที่ผู้พูดนั้นได้รับความเข้าใจชัดเจนขึ้นและอาจให้สมาชิกพูดอีกครั้งด้วยภาษาง่าย ๆ เพื่อให้สมาชิกทั้งกลุ่มเข้าใจตรงกัน เช่นผู้นำกลุ่มช่วยให้เกิดการชัดเจนขึ้น ในกรณีที่สมาชิกรู้สึกยากและลำบากใจที่จะแสดงออก

1.5 การสรุปความ (summarizing) คือ การจับประเด็นการพูดคุยที่มีความสำคัญแล้วนำมาเรียบเรียงให้ง่ายต่อการรับรู้ทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งในกลุ่มจะมีการพูดถึงเรื่องต่าง ๆ มากมายสมาชิกบางคนอาจจะสับสนในการฟัง และในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มจึงต้องสรุปประเด็นและสาระสำคัญที่สมาชิกได้อภิปรายอย่างย่อ ๆ ในตอนท้าย

2. ทักษะการปฏิสัมพันธ์ (interaction skills) ประกอบด้วย

2.1 ทักษะการดำเนินกลุ่ม (moderating) เป็นทักษะการใช้คำพูด หรือท่าทีที่ผู้นำกลุ่มนำไปใช้เพื่อควบคุมการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเพื่อให้เกิดการเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มมากขึ้น

2.2 การตีความ (interpretation) คือการนำเอาสิ่งที่ผู้พูดมาตีความใหม่ให้ลึกซึ้งกว่าสิ่งที่เขาพูด เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในระดับที่ลึกซึ้งมาก เป็นการช่วยให้สมาชิกขยายความเข้าใจและมองปัญหาในแง่ใหม่ เข้าใจและเปิดเผยตนเองมากขึ้น

2.3 การเชื่อมโยง (linking) เป็นทักษะในการสื่อสารของสมาชิกแต่ละคนเพื่อช่วยให้เขาใกล้ชิดกันมากขึ้น เป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามัคคี

2.4 การหยุด (blocking) เป็นทักษะที่จะเข้าไปป้องกันการเกิดความไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยสมาชิกกลุ่มบางคน เพื่อเอื้ออำนวยให้กลุ่มดำเนินอยู่ในแนวทางที่เหมาะสม

2.5 การสนับสนุนและการประคับประคองด้านจิตใจ (encouraging and supporting) เป็นการช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงออกทั้งความรู้สึกลึกซึ้งและความคิด และช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่สมาชิก

2.6 ทักษะการกำหนดขอบเขต (limiting) เป็นการกำหนดขอบเขตของโครงสร้างในกลุ่ม ป้องกันการเกินเลย และป้องกันพฤติกรรมอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2.7 ทักษะการปกป้อง เป็นทักษะที่ช่วยป้องกันสมาชิกที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มากเกินไป ทักษะนี้จะช่วยไม่ให้เกิดปัญหาในกรณีที่เกิดความกดดันในกลุ่ม

3. ทักษะการแสดงออก (action skills)

3.1 การตั้งคำถาม (questioning) เป็นทักษะที่ใช้ในการหาข้อมูล โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้เข้าใจปัญหาของสมาชิกมากขึ้น และเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกถึงความคิด ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง การตั้งคำถามที่ดีเป็นส่วนในการพูดคุยโต้ตอบระหว่างกันทำให้อำนาจกลุ่มสามารถช่วยสมาชิกเรียบเรียงความคิด ความรู้สึก การเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ชีวิต เข้าใจถึงปัญหาของสมาชิกมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะมีทั้งการตั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดตามแต่ความเหมาะสม จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

3.2 การใช้น้ำเสียง (tone setting) การใช้น้ำเสียงจะแสดงถึงอารมณ์ ความตึงเครียด ความกล้า ช่วยกระตุ้นความรู้สึก ทำให้สมาชิกได้วัดพฤติกรรมความรู้สึก และความคิดของตนเอง รวมทั้งก่อให้เกิดบรรยากาศและทัศนคติในกลุ่ม

3.3 การใช้สายตา (use of eyes) โดยกวาดสายตาไปรอบ ๆ ไม่จ้องสายตาไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง เป็นต้น

3.4 การเผชิญหน้า (confronting) เป็นทักษะที่ช่วยให้สมาชิกได้เผชิญหน้ากับปัญหาของตน กับเรื่องราวที่ถูกนำมากล่าวถึงในกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา แต่ไม่ทำให้เขารู้สึกลำบากใจ โดยเขาต้องพิจารณาปัญหาของตน ซึ่งทักษะนี้ควรใช้เมื่อเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำและสมาชิกผู้นั้นแล้วในระดับหนึ่ง

3.5 การมีส่วนร่วมในกลุ่ม (personal sharing) เป็นทักษะที่ผู้นำจะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม ซึ่งเป็นการดีในการที่จะแสดงออกว่าตนยอมรับกลุ่ม และทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นกันเอง และเห็นว่าผู้นำกลุ่มก็เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกเช่นกัน

3.6 การเป็นแบบอย่าง (modeling) ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านบุคลิกภาพ และพฤติกรรม เพื่อที่สมาชิกจะสามารถเรียนรู้ และเป็นการสอนทักษะ แก่สมาชิกได้เป็นอย่างดีในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งจะใช้สื่อสารในกลุ่ม

บทบาทของสมาชิกในกลุ่ม

นอกจากผู้นำจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่นแล้ว สมาชิกในกลุ่มก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน จึงมีหลักที่เสนอแนะเกี่ยวกับการสนทนาระหว่างสมาชิกไว้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2539, หน้า 29)

1. การตั้งใจฟังเรื่องที่สมาชิกคนอื่น ๆ พูด สมาชิกควรจะพูดถึงเฉพาะสมาชิกคนที่กำลังมีบทบาทอยู่โดยการให้ความสนใจและตั้งใจสนใจฟัง และไม่นำเรื่องที่เป็นความลับของสมาชิกคนอื่น ไปพูดนอกกลุ่ม
2. การฟัง ควรได้รับการกระตุ้นให้ฟังทั้งเนื้อหา และความรู้สึกของสมาชิกที่กำลังพูด เมื่อสมาชิกคนใดรู้สึกว่า การฟังในขณะนั้นทำได้ เช่น ไม่เข้าใจหรือในสิ่งที่ผู้พูดพูด จึงควรรีบบอกผู้พูดแทนที่จะปล่อยให้ผ่านไป
3. การวิพากษ์วิจารณ์ สมาชิกควรจะพูดถึงสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันที เดียวนี้ อย่างไรและจะเปลี่ยนอะไร ไม่ควรถามว่า “ทำไม” เพราะจะทำให้ผู้ตอบมักคิดหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง และอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดี เพราะเหมือนการที่ตนเอง ถูกกล่าวโทษ
4. ควรใช้สติปัญญาคิดในรูปของเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้แสดงออก ในความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เป็นส่วนตัว
5. การตั้งคำถาม ควรถามในลักษณะของการขอคำอธิบายเพิ่มเติม หรือขอความเห็น
6. ความคิดเห็นและความรู้สึก สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจว่าสิ่งที่เขาคิด และรู้สึกนั้นแยกออกจากกัน

การรักษาทางจิตบำบัด

การรักษาทางจิตบำบัด คือวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจโดยใช้วิธีสื่อทางวาจาหรือการพูดคุยรวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น อากัปกิริยา ท่าที สีหน้า และสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ที่มาขอรับการรักษาเป็นตัวสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีจุดมุ่งหมายต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย (Zullivan อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆนิต, 2545, หน้า 4) ซึ่งคำว่าพฤติกรรมในที่นี้มีความหมายที่กว้างทั้งพฤติกรรมที่เป็นนามธรรมซึ่งผู้อื่นมองไม่เห็นจากภายนอก เช่น ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม อคติ ทศนคติ จินตนาการ และพฤติกรรมรวมที่เป็นรูปธรรมแสดงออกให้เห็น และรู้ได้ง่ายกว่าที่เรียกว่า การกระทำ

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมไม่ว่าเป็นด้านของความคิด ความรู้สึก หรือการกระทำ จากการรักษาจิตบำบัดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอาการและปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอาจทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง และทำให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาลำบากด้วยวิธีการหรือพฤติกรรมที่ซ้ำเดิม ความสามารถในการไตร่ตรองเพื่อเลือกวิธีแก้ปัญหานั้นจะลดลงหรือหายไป การรักษาด้วยจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการพิจารณาและแก้ไขปัญหามากขึ้น มุมมองอื่น ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ทำให้อาการและปัญหาต่าง ๆ นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ลดความรุนแรงของอาการหรือหมดไป และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น

การรู้คิดบำบัด Cognitive Therapy

การบำบัดการรู้คิดนั้นเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างของตนเองที่เกิดจากการค้นพบเรื่องการรู้คิด (cognitive) และการผสมผสานกับศาสตร์การบำบัดหลาย ๆ สาขา เช่น การบำบัดแบบไดนามิก (psychodynamic) ที่มีพื้นฐานในการบำบัดแบบเจาะลึกเรื่องราวจากอดีตโดยความเชื่อที่ว่าประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลถึงปัจจุบัน เหตุการณ์ในอดีตจะส่งผลแบบสัญลักษณ์กับการปฏิสัมพันธ์ การตีความในเหตุการณ์ต่าง ๆ

รวมไปถึงการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ที่มีความเชื่อว่าสิ่งเร้าก่อให้เกิดพฤติกรรม และการวางเงื่อนไขต่าง ๆ ทำให้เกิดผลจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าและพฤติกรรมนั้น ๆ ความผิดปกติเกิดจากการวางเงื่อนไขที่ผิดปกติ ทฤษฎี Gestalt ที่ว่าด้วยเรื่องของการรับรู้พื้นหน้าและหลัง และปัจจุบัน เชื่อว่าความผิดปกตินั้นเกิดจากการรับรู้ในเรื่องของเวลาไม่ตรงกับปัจจุบัน เช่นความคิดค้างคาใจในอดีตส่งผลต่อการรับรู้ปัจจุบันได้ไม่ตรงและเหมาะสม (unfinished business) หรือส่งผลให้เกิดการต่อเติมสิ่งเร้าที่ไม่เหมาะสมนั่นเอง

Beck (อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545, หน้า 13) เป็นผู้ค้นพบ Cognitive Therapy ค้นพบในต้นศตวรรษ 1960 Cognitive Therapy เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่งที่มีโครงสร้างเป็นของตนเอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดจุดหมายของการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน เป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาสั้น เหมาะสำหรับรักษาอารมณ์ซึมเศร้า แนะนำให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหปัจจุบันและคัดแปลงแก้ไขวิธีการคิดและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยได้มีการคัดแปลงวิธีการรักษาแบบ Cognitive Therapy ไปใช้รักษาความผิดปกติทางจิตเวชชนิดอื่น ๆ และผู้ป่วยทางจิตเวชหลาย ๆ ชนิด อย่างไรก็ตามใจความสำคัญของภาคทฤษฎีก็ยังยึดตาม Cognitive Model จากเดิมที่เสนอว่าเราจะค้นพบ Dysfunctional Thinking ในความผิดปกติทางจิตหลาย ๆ ชนิด การประเมินวิธีการคิดและการคัดแปลงแก้ไขความคิดให้อยู่ในสภาพปัจจุบันที่เป็นจริงและคัดแปลงวิธีการคิดใหม่ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น

การบำบัดการรู้คิดนั้นไม่เพียงแต่ใช้กับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งถูกอ้างอิงตาม องค์การอนามัยโลก (WHO--The World Health Organization) โดยใช้ ICD (International Classification of Diseases) หรือสมาคมจิตวิทยาอเมริกา (American Psychiatric Association) โดยใช้ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) แล้วยังสามารถที่จะประยุกต์ใช้กับบุคคลปกติทั่วไปที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง เช่น การปรับตัว ความเครียด สังคม เป็นต้น ดังนั้น เราสามารถใช้ Cognitive Therapy ตามลำพัง รักษาความผิดปกติทางจิตเวชหรือใช้เป็น Adjunct Therapy ก็ได้ มิใช่เพียงแค่ใช้รักษาความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น ยังสามารถใช้รักษาประชาชนทั่วไป และสามารถใช้ได้กับคนทุกอายุตั้งแต่ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ

การบำบัดการรู้คิดเป็นการรักษาแบบใหม่ที่มาจากการรวบรวมสาระสำคัญของพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จิตวิทยาการทดลอง (experimental psychology) และจิตบำบัดไดนามิก (psychodynamic psychotherapy) และยังสามารถพัฒนาและประยุกต์แนวทางวิธีการ และเทคนิคของการรักษาของตนเองไปจนมีมากมายหลายรูปแบบ แต่ทุกรูปแบบของการรู้คิดบำบัดมีหลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ คือ (Dobson & Block อ้างถึงใน จันทิมา องค์กรโฆนิต, 2545, หน้า 12)

1. การรู้คิด (cognition) มีผลต่อพฤติกรรม
 2. การรู้คิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้
 3. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนการรู้คิด
- การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการรู้คิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptation) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้น หลักการรักษาดังนั้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรกคือ วิธีการคิด และความคิดที่บิดเบือนและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนและเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (pattern of automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น

ประการที่สองคือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (scheme-basic rules for interpreting information from environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน

วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดบิดเบือนเหล่านี้เป็นความคิดที่ขาดเหตุผลหรือตรรกะ (faulty logic) เช่น ลักษณะการคิดแบบ all or nothing personalization ignoring evidence และ overgeneralization เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

การรู้คิดบำบัดนั้นสามารถใช้ได้ตั้งแต่วัยเด็กตลอดจนวัยชรา ได้ทุกระดับการศึกษา ทุกฐานะ และไม่ว่าภูมิหลังจะเป็นอย่างไร หรืออาจจะใช้ในลักษณะการบำบัดกลุ่ม การบำบัดคู่สมรส และครอบครัวบำบัด ก็ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ การรู้คิดบำบัดมาสอดคล้องไว้ในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มให้การศึกษา โดยตัดทอนขั้นตอนส่วนแรกของการรู้คิดบำบัดมาประยุกต์ใช้ นั่นคือการค้นหาความคิดอัตโนมัติ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ตระหนักและรู้เท่าทันในความคิดอัตโนมัติของตนเองที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วย มิได้ทำการบำบัดเต็มรูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากต้องการคัดเลือกรูปแบบวิธีการให้มีความกระชับและสะดวกรวดเร็วพร้อมทั้งให้ประโยชน์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างสูงสุดในระยะเวลานั้นสั้น เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลจะสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้นั้นมีเพียงน้อยนิด อันเนื่องมาจากการต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา นั่นเอง จึงไม่สามารถทำการบำบัดเต็มรูปแบบได้

Beck (อ้างถึงใน จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545, หน้า 13) เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการรู้คิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด (stress) หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนกประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสมและในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนเองที่เป็นจุดอ่อน เพื่อคัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

Cognitive Therapy มีรากฐานจาก Cognitive Model ซึ่งตั้งสมมติฐานไว้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย มิใช่เรื่องของสถานการณ์ที่เป็นตัวกำหนดว่าคนเราควรจะมีสติอย่างไร แต่เป็นเรื่องของการที่คน ๆ นั้นพิจารณา (construct) คิด (think) รับรู้ (perceive) เกี่ยวกับสถานการณ์อย่างไร ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเป็นอย่างไร ความคิดในที่นี้หมายถึงรวมถึงความคิดในระดับลึกและระดับตื้น ที่คอยควบคุมความรู้สึกของคนที่มีต่อเหตุการณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นมาทันทีและเป็นความคิดที่เราประเมินทันทีในเหตุการณ์หนึ่ง ๆ เรียกว่า Automatic Thought ความคิดอย่างนี้มีได้เกิดจากการบรรจงคิดขึ้นมา (deliberate) และไม่ได้เกิดจาก

การให้เหตุผลแต่เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาอย่างอัตโนมัติ เรารู้ตัวหรือตระหนักในความคิดอัตโนมัตินี้บ่อยมาก แต่เรากลับรับรู้หรือตระหนักในอารมณ์ที่เป็นผลตามมา เรามักจะยอมรับความคิดหรือคำพูดหรือภาพนึก (image) ที่ผุดขึ้นมาอย่างอัตโนมัติ ซึ่งเป็น Cognition ที่อยู่ผิวเผินที่สุด เรายอมรับโดยมิได้พิจารณาเลย หากเราเรียนรู้ที่จะตระหนักให้ได้ว่า Automatic Thought ของเราเป็นอย่างไรโดยการใส่ใจกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทันที และสามารถประเมินได้ว่า Automatic Thought ของเราถูกต้องแค่ไหน เช่น ถ้าเรากำลังรู้สึกหดหู่เราก็กถามตัวเองว่า อะไรผ่านเข้ามาในจิตใจในขณะนั้น ถ้าเราจับได้ว่า Automatic Thought ของเราเป็นอย่างไร เราจะสามารถประเมินว่า Automatic Thought ถูกต้องแค่ไหน ถ้าพบว่าเรารู้สึกผิดพลาดแล้วเราแก้ไขความคิดนั้น อารมณ์ของเราอาจจะดีขึ้น ในมุมมองของ Cognitive Therapy ถ้าความคิดที่ทำให้หน้าที่ผิดพลาด (dysfunctional) อารมณ์ก็จะเปลี่ยนแปลงตาม จึงฟังตระหนักว่า เรื่องเดียวกันแต่เวลาต่างกันก็อาจทำให้เกิด Automatic Thought ที่แตกต่างกันได้

แนวทางการรักษาใน Cognitive Therapy ขั้นแรกจะจัดการเกี่ยวกับ Automatic Thought เพราะเป็นสิ่งที่คนเราพอจะรู้ตัวมากที่สุด ผู้รักษาจะสอนให้ผู้ดูแลให้ค้นหาหรือจับความคิดของตนเองให้ได้ แล้วทำการประเมิน และคัดแปลงความคิดนั้น เพื่อช่วยลดความเครียด จากนั้นเราจะแก้ไขความเชื่อที่เป็นแกนกลาง และความเชื่อที่อยู่ตรงกลางภายใต้ Dysfunctional Thought ที่เราแสดงออก เพื่อหาข้อสรุปและการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมขึ้น การคัดแปลงความเชื่อที่อยู่ในระดับพื้นฐานจะช่วยป้องกันการกำเริบของอาการไม่สบายได้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับ Automatic Thought

ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ความเชื่อของคน ๆ หนึ่งจะมีอิทธิพลต่อการที่บุคคลนั้นจะคิดอ่านหรือรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ และจะส่งผลต่อไปให้เกิด Automatic Thought ต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีระวิทยาที่จะเกิดขึ้น ยกตัวอย่างในกรณีของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคนหนึ่งกำลังโต้เถียงกับผู้ป่วย และมี Automatic Thought ว่า “แม่ของฉันทำไมถึงกลายเป็นก้าวร้าว หยาบคายแบบนี้” ทำให้รู้สึกตึงเครียด และเกิดความคับข้องใจ จึงมีอารมณ์โกรธโต้ตอบกับผู้ป่วยกลับไป ทำให้การโต้เถียงยิ่งรุนแรงมากขึ้น

ขั้นตอนของการรักษาเริ่มต้นจาก

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (pattern of negative or distorted automatic thoughts)
2. การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (testing accuracy and viability)
3. การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (developing realistic alternatives)
4. การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (identifying and challenging maladaptive schemata)

ตัวอย่างการใช้คำถามเพื่อค้นหาความคิดและการเปลี่ยนแปลง

1. ความคิดอะไรที่วิ่งผ่านเข้ามา
2. มีหลักฐานอะไรที่สนับสนุนความคิดที่วิ่งผ่านเข้ามา
3. มีหลักฐานอะไรใหม่ที่จะสนับสนุนในทางตรงกันข้าม
4. ถ้าหากเป็นไปตามความคิดแรกนั้น สิ่งที่น่ากลัวที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นคืออะไร
5. แล้วถ้าสิ่งที่คิดไม่เป็นจริงและอะไรจะเกิดขึ้น
6. ถ้าหากสิ่งที่คิดอยู่เปลี่ยนไปคุณจะมีความรู้สึกอย่างไร
7. ลงท้ายจริง ๆ แล้วคุณต้องจะเลือกอะไรถ้าเป็นไปได้
8. ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไร

ในการทำการบำบัดรู้คิดนั้นปกติจะทำ 4-14 ครั้ง 1/2 ครั้งต่อสัปดาห์

ตามความเหมาะสม

การรักษาอาจใช้เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัดมาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การชักซ้อมความคิด (cognitive rehearsal) การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง (self reliance training) การฝึกแสดงบทบาท (role playing) การจัดกิจกรรม (scheduling activities) การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ (mastery and pleasure)

จิตบำบัดการรู้คิดเป็นการรักษาที่มีโครงสร้างของการรักษา (structure) ผู้รักษาเป็นฝ่ายมีบทบาทและเป็นผู้กระทำ (active) ในการรักษาและใช้วิธีชี้นำทาง (directive)

เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ และเป็นการรักษาโดยไม่ได้สนใจมูลเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์ และใช้เวลาสั้นในการรักษา เป็นที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษาจิตบำบัดจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความนึกคิดของผู้ป่วยร่วมด้วย

Cognitive Behavioral Therapy: Theories and Perspectives

Cognitive Behavioral Therapy คือ ฐานของความเข้าใจ ในหลักเหตุและผล ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความคิดคือสาเหตุของพฤติกรรม และเมื่อเป็นดั่งนั้น ในทางกลับกัน หากต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องปรับเปลี่ยนความคิด (Dubson & Block อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, 2545, หน้า 12) ในความผิดปกติของกระบวนการความคิด (cognitive processes) เกิดจากกระบวนการภายในซึ่งมีเงื่อนไขมาจาก การมีข้อมูลความรู้ที่คับแคบ ในความเป็นจริง และในกระบวนการการบำบัดด้วยการใช้ cognitive therapy จะเน้นย้ำความเป็นส่วนบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกนั้น ๆ และผลลัพธ์ของการเปลี่ยนซึ่งความคิดอารมณ์ หรือความรู้สึกนั้น ๆ ด้วย Beck เชื่อว่า ความผิดปกติทางจิต (psychological disorder) มีผลมาจาก ระบบความคิด หรือ การขาดซึ่งความมีเหตุมีผลของรูปแบบลักษณะความคิดซึ่งเป็นเฉพาะบุคคล (model) และนั่นจึงผลลัพธ์ของความบิดเบือนทางความคิด (distortion of thoughts) จากสาเหตุดังกล่าว จึงนำมาซึ่งการแสดงออก เช่น ความกลัว กังวล ก้าวร้าว ของแต่ละบุคคลซึ่งมีความผิดปกตินั้น ซึ่งกระบวนการในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นก็สามารเกิดได้ในปกติบุคคลหากกระบวนการนั้นเกิดขึ้นกับบุคคลดังกล่าว แต่ในบุคคลที่ผิดปกตินั้นมีความผิดปกติที่มากกว่านั่นเอง

ปัจจัย 3 ที่ส่งผลต่อความคิดที่ผิดปกติ หรือ บิดเบือน (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545, หน้า 13)

1. Automatic thoughts คือ ความคิดในระดับพื้นผิวที่เกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ อาจเกิดจากการรับรู้ทางภาษา หรือรูปภาพก็ได้ สิ่งนั้นคือสาเหตุของความรู้สึกในแง่ลบทั้งหลาย (negative feelings) Automatic Thoughts นั้นเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ไร้ภาวะตระหนัก ปราศจากการควบคุม และหยุดยั้ง

(without control or pause) ในปกติบุคคลทั่วไปแล้วไว้ซึ่งความตระหนักถึง Automatic Thoughts เลย เพราะฉะนั้น หากบุคคลสามารถตระหนักและฝึกภาวะความตระหนักนั้น จะมีระบบความคิดที่ดีขึ้น

2. Cognitive distortions หรือ cognitive errors คือ ความคิดที่มีเรื่องราวเฉพาะบุคคล ที่เกิดจากประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งตกตะกอนเป็น การรับรู้และความคิดที่บิดเบือน และผิดปกติกไป ผลของมันจะนำมาซึ่งการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น การอวดอ้างลงตนเอง การกล่าวโทษบุคคลอื่น โดยปราศจากการเคลือบแคลงตน เป็นต้น

3. Schemata คือ รูปแบบความคิดเฉพาะตนที่ผ่านการ ปั่น ชัดเกลา ประคิดประคอง จากประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล รูปแบบนั้นจะถูกนำมาใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยรูปแบบให้สอดคล้องกับประสบการณ์เก่า ๆ ซ้ำ ๆ ซึ่งใน Schemata นั้นจะเป็นลักษณะที่เป็นเรื่องราวคล้ายนิยาย และจะมีการคาดเดาสีต่าง ๆ ก่อนความจริงจะปรากฏ และจะพยายามเชื่อมโยงสิ่งนั้น ๆ ให้เข้ากับนิยายของตนอย่างซ้ำ ๆ

การเริ่มต้นการใช้ Cognitive Behavioral Therapy

1. การประเมิน และค้นหาปัญหา คือการค้นหาสาเหตุของความทุกข์ ทรมาน ของบุคคลนั้น ๆ โดยการสำรวจ และค้นหามุมมองของผู้ใช้บริการ หรือคนไข้ (examining the patient's perspective) ที่ส่งปัญหาในปัจจุบัน ซึ่งจำเป็นต้องสืบเสาะ จากข้อมูลของบุคคลหรือสถานการณ์นั้น ๆ และต้องทำการประเมินเสมอว่าข้อมูลนั้น สมเหตุสมผลหรือไม่ และสืบหาสาเหตุของปัจจัยการคงอยู่และพัฒนาของปัญหานั้น ปัจจัยทางสังคม สถานะ และ Negative Automatic Thoughts

2. เป้าหมายจะต้องชัดเจนและเป็นรูปธรรม คือเป้าหมายของการบำบัด จำเป็นต้องมองเห็นชัดเข้าใจตรงกัน ไม่สองต้องเป็นหนึ่ง ไม่ต่างกันระหว่างผู้บำบัด และผู้ให้บริการ แต่เป้าหมายนั้นอาจสามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งนั่นจะทำให้ผู้รับบริการ ไม่กดดันตนเองมากเกินไป

3. การตกลงบริการ การบอกกฎกติกา การบำบัดอย่างเต็มรูปแบบจะ ประกอบด้วยหลายการพบปะกับระหว่างผู้บำบัดและผู้ให้บริการ การบ้านที่ต้องทำ

และต้องมีการสรุปการบำบัด เช่น ผลของการเปลี่ยนความคิด และการนำไปปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรม

4. การเริ่มการรักษา ซึ่งจะมุ่งตรงสู่เป้าหมายที่ตกลงกัน

Therapeutic Model

Therapeutic Model ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (อัจฉรา มุ่งพานิช, 2549, หน้า 15)

1. ค้นหา Cognitive Distortions หรือ Cognitive Errors ค้นหาจากการให้สำรวจตนเอง อาจใช้จิตนาการ และให้เล่าเรื่องเสมือนจริง โดยหาสาเหตุของความกังวล ความเครียด สิ่งต่าง ๆ นี้จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจการเข้าถึงของ Automatic Thoughts ในสถานการณ์อารมณ์ปกติที่สุด

2. บ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด และ รูปแบบของ ABC technique ของ Albert Ellis ซึ่งคือ

A (activating event) คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และจะเกิดการพยายามเชื่อมโยงไปยัง B

B (belief) ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ C

C (emotion) อารมณ์ หรือพฤติกรรมต่าง ๆ
จากทฤษฎี ABC เขียนได้ดังนี้

A	B	C
(event)	(belief)	(emotion)

ตัวอย่าง

1) คนถือมีด	กำลังถูกคุกคาม	กลัว
2) คนถือมีด	กำลังทำครัว	ไม่กลัว

ซึ่งหากผู้รับบริการฝึกการแยกแยะ วิเคราะห์บ่อย ๆ จะสามารถทำให้ผู้รับบริการตระหนัก และเข้าใจถึงอารมณ์และพฤติกรรมของตนได้เร็ว และทันที ช่วยให้สามารถปรับอารมณ์ และพฤติกรรมของตนได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งในขณะที่ผู้รับบริการฝึกวิเคราะห์ ผู้บำบัดต้องใช้คำถามช่วยให้ผู้รับบริการเห็นภาพมากขึ้น

3. เรียนรู้ถึงสมมติฐาน และตั้งเป้าหมายของความคิดได้ ให้ผู้ให้บริการแยกแยะสาเหตุที่แท้จริงและปัญหา ทำให้ผู้รับบริการเห็นว่า สิ่งที่เกิดขึ้นในความคิด สมมติฐานใดคือ สิ่งที่จริง ดี หรือห่างไกลจากความจริง ณ ปัจจุบันของการดำรงอยู่ของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการเผชิญหน้า และกล้าที่จะ กำจัด หักล้าง ปัญหา คือ Automatic Thoughts ความรู้สึกไม่ไว้วางใจ การปรับตัวที่ไม่ดี ไม่เหมาะสม และสนับสนุนให้ผู้รับบริการเปลี่ยนจากคำคิดว่า “ฉันรู้” ให้เป็น “ฉันเชื่อ”

4. ทดสอบสมมติฐาน ตั้งสถานการณ์จำลอง เช่น “เมื่อนฉันพบคนอื่น ฉันจะคิดทันที หรือแสดงออกทันที (automatically thought and react) ว่า เขา ชอบหรือ ไม่ชอบฉัน” ตั้งคำถามกับตนเอง ว่าเพราะอะไรอย่างไร อะไรเกิดก่อน หลัง เพราะอะไร และให้บันทึกความคิด อารมณ์ การแสดงออก และทำการฝึกซ้ำ ๆ

5. สรุป และทำการบันทึกข้อมูลความเป็นตนเอง และจากการพิจารณาสมมติฐานจากทุกรายละเอียดจากการตระหนัก ของ Automatic Thoughts เก็บบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ Automatic Thoughts ถึงความเป็นได้จากประสบการณ์ของผู้รับบริการ ซึ่งประกอบไปด้วย

5.1 ชนิดของ Cognitive Error ที่ใช้

5.2 ความถี่ ของการใช้คำพูด หรือคำที่คิดออกมาเฉพาะสถานการณ์ เช่น โง่ หรือน่ารังเกียจ

5.3 เหตุการณ์สำคัญจากประสบการณ์สมัยเด็ก

5.4 การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมจากเหตุการณ์เล็ก ๆ เช่น จากการได้รับการชม หรือ ตำหนิจากที่ทำงาน และจะนำมาซึ่งความคิด หรือ อารมณ์ พฤติกรรมอะไรจากนั้น

5.5 ทักษะคติแง่ลบอื่น ๆ จากความคิด เหตุการณ์อื่น ๆ

กลยุทธ์สำคัญของการทำ Cognitive Behavioral Therapy 4 ข้อ

1. กลยุทธ์ทาง cognitive คือ การรวมเทคนิคหลากหลายในการนำมาใช้
2. กลยุทธ์ทาง behavioral คือ การมุ่งเน้นการเฝ้าสังเกตและจัดตารางกิจกรรม พร้อมให้ผู้รับบริการได้ประเมินความสามารถของเขาเรื่อย ๆ

3. กลยุทธ์ทาง Cognitive Behavioral คือ การผสมผสาน การใช้การจินตนาการ สถานการณ์ให้ตระหนักถึง Automatic Thought การตั้งคำถาม และการได้ฝึกกระทำ

4. กลยุทธ์การป้องกัน การบ่งชี้จากข้อมูลที่ได้มา พร้อมกับถึงท้าทาย ให้ตระหนักถึงสมมติฐานที่ไม่เหมาะสม และนำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ และตระหนักกลับมาใช้อีกในอนาคต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ปริยานุช เทียมดาว (2540) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 16 คน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดไม่ต่างไปจากเดิม

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544) ศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและไม่ใช่วญาติ รวมทั้ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาระและความเครียด โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบดี และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 140 คน พบว่าภาระของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่วญาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สามารถอธิบายภาระของผู้ดูแลที่เป็นญาติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง จะเกิดภาระมากกว่าผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดภาระในผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สถานภาพสมรสผู้ป่วย และในระดับ .01 ได้แก่ อายุ เพศของผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นโรค โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงและดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 5-8 ปี จะเกิดภาระมากกว่ากลุ่มอื่น

ความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่วินิจฉัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่ไม่ใช่วินิจฉัยเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ ปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาระหว่างการดูแลผู้ป่วยจะเกิดความเครียดมากกว่า และปัจจัยที่สามารถอธิบายการเกิดความเครียดของผู้ดูแลที่ไม่ใช่วินิจฉัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ได้แก่ปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วย อายุ และสุขภาพของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาระหว่างการดูแลผู้ป่วย มีอายุน้อยและมีสุขภาพดีจะเกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่น

เขาวภา ยงคิมิตรภาพ (2546) ศึกษาเรื่อง ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยเปรียบเทียบความเครียดระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังติดตามผล 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ระยะแรกและระยะที่สอง ที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ระหว่างปี 2545 ถึง 2546 เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมกลุ่มให้การศึกษา และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพร้อมคู่มือเกี่ยวกับโรคและการดูแล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มให้การศึกษา มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมความเครียดทั้งจากการประเมินด้วยแบบวัด และการประเมินความรู้สึของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สรุปได้ว่า กลุ่มการให้การศึกษาสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้

อาภากรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ (2547) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการจัดรูปแบบสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า รูปแบบสุขศึกษาร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

นันทพร เจริญผล (2548) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความเครียดและพฤติกรรม การดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเปรียบเทียบปัจจัยด้านความแตกต่างของปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ระยะเวลา การดูแลและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 คน พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมดูแลบุตรอยู่ในระดับดี ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีระดับความเครียดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ส่งผลให้บิดามารดาที่มีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดูแลบุตรที่ต่างกันของบิดามารดา ส่งผลให้บิดามารดาที่มีความเครียดและพฤติกรรมดูแลบุตรที่ไม่แตกต่างกัน