

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจศูนย์โรคสมองเสื่อมภาคเหนือ ชั้น 9 ดิถังศรีพัฒน์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 15 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 - เดือน ตุลาคม พ.ศ.2555 โดยครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. โรคสมองเสื่อม

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 ประเภท
- 1.3 อุบัติการณ์
- 1.4 สาเหตุ
- 1.5 อาการและการแสดง
- 1.6 การดำเนินของโรค
- 1.7 การวินิจฉัย
- 1.8 การรักษา

2. ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

3. ความเครียด

- 3.1 ความหมาย
- 3.2 สาเหตุของความเครียด
- 3.3 ผลกระทบของความเครียด

4. การจัดการความเครียด

5. กระบวนการกลุ่ม

6. การทบทวนวรรณกรรม

7. กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

1. โรคสมองเสื่อม

1.1 ความหมาย

กวีสุวรรณกิจ และคณะ (2536) ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมไว้ว่าภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้มีการเสื่อมของ Cognitive Function ในหลายด้าน ได้แก่ ความจำ, ความคิด และเชาวน์ปัญญา โดยที่ผู้ป่วยยังมีระดับการรู้สึกรู้ตัวดี ความผิดปกติดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน, สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ศิวาพร จันทร์กระจ่าง (2552) ให้ความหมายว่าโรคสมองเสื่อม คือ การเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการดังต่อไปนี้ คือ

1. ปัญหาการสูญเสีย ความจำในสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เกิดการถามซ้ำ ๆ
2. สูญเสียความสามารถในสิ่งที่เคยทำ เช่น ไม่สามารถทำอาหาร/เย็บผ้าได้เหมือนเดิม
3. ความรู้สึกลดถอย ทางด้านอารมณ์และสังคม เช่น ไม่อยากเข้าสังคมและเก็บตัว

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2554) ให้ความหมายว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคือผู้ที่สมองไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมในเรื่อง ความจำ การรับรู้ ความคิด จินตนาการ และการตัดสินใจ โดยผู้ป่วย จะสูญเสียความจำที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานนี้ เช่น ภายใน 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการลืมจะลืมทั้งเหตุการณ์ เช่น จำไม่ได้ว่าไปงานศพของคนที่รู้จัก มีคนมาพูดถึงคนที่ผู้ป่วยไปงานศพมาก็บอกว่าไม่ทราบว่าเขาเสียชีวิตแล้ว ลูกยืนยันว่าไปงานศพเขาแล้วก็บอกว่าไม่เคยไป ผู้ป่วยบอกกับคนอื่น ๆ ว่าไม่รู้ว่ามีหลานชายแต่งงานแล้ว เพราะเขาไม่ได้เชิญไปงานแต่งงาน ทั้งนี้ความจริงไปร่วมงานตั้งแต่ต้นจนจบ บางรายจำไม่ได้ว่าไปต่างประเทศกับครอบครัวเป็นเวลาหลายวัน ถึงแม้เอาภาพถ่ายมาให้ดูก็ยังรู้สึกรู้ไม่ได้เลย เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมบางอย่างไม่ค่อยได้ เช่น ลืมนัดหมาย (ถึงแม้จะจดใส่สมุด จดบนกระดาน แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่ทราบว่าเมื่อไรจะถึงกำหนด และพอถึงกำหนดก็ลืมไปเลย) ลักษณะการสูญเสียความสามารถสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเริ่มเสียในส่วนที่เรียนรู้ทีหลังและสลับซับซ้อนไปก่อน ส่วนสิ่งง่าย ๆ จะเสียทีหลัง เช่น ถ้าเคยศึกษาจนเล่นคอมพิวเตอร์ได้ สามารถส่งอีเมลไปถึงหลานในต่างประเทศ พอสมองเสื่อมก็จะลืมไปว่าต้องทำอะไร เมื่ออาการมากขึ้นจะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเช้านี้หรือเมื่อสักครู่นี้ และลืมถอยหลังไปถึงเรื่องเก่า ๆ หลายอย่าง นอกจากเรื่องลืมแล้วความเฉลียวฉลาดอื่น ๆ ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน

สรรเสริญ พงษ์เลิศมงคล (2554) ให้ความหมายว่าโรคสมองเสื่อม คือ การค่อยๆ ประสิทธิภาพ ในการทำงานของสมองทุกๆ ด้าน แบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ การคำนวณ หรือการใช้ความคิดที่สลับซับซ้อน รวมถึงประสิทธิภาพ ทางการศึกษา การแปลความหมาย

กฤติ รื่นอารมณ์ (2554) ให้ความหมายว่าโรคสมองเสื่อมคือ ภาวะที่สมรรถภาพในการทำงานของสมองลดลง เช่น ความสามารถในการจำลดลง การตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่แย่งลง ความชาญฉลาดไหวพริบที่ถดถอยไปจากเดิม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติไม่สมเหตุผล การทำกิจวัตรประจำวันได้แย่งลง เป็นต้น โดยจะมีอาการที่ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงถดถอยเป็นเดือนๆ ถึงปี

สรุป โรคสมองเสื่อม คือภาวะที่สมองไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติส่งผลให้เกิดความผิดปกติในเรื่อง ความจำ การรับรู้ ความคิด จินตนาการ ประสิทธิภาพ ทางการศึกษา การแปลความหมาย การคำนวณ หรือการใช้ความคิดที่สลับซับซ้อน ความรู้สึกลดถอย ทางด้านอารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้จะค่อย เป็น ค่อย ๆ ไป และจะถดถอยลงเรื่อย ๆ ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันถดถอยตามไปด้วย

1.2 การแบ่งประเภทของโรคสมองเสื่อม

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล (2555) ได้แบ่งประเภทของโรคสมองเสื่อมไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. สมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ (Dementia of the Alzheimer's Type) อาการและอาการแสดงได้แก่
 - 1.1 เกิดความบกพร่องของ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง
 - 1.1.1 ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)
 - 1.1.2 มีความผิดปกติทางด้านเซาวิปัญญา (Cognitive Disturbance) ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้
 - 1.1.2.1 ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia)
 - 1.1.2.2 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia)
 - 1.1.2.3 ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ คือไม่สามารถระบุสิ่งของได้ (Agnosia)
 - 1.1.2.4 ความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผน และการมองแบบนามธรรม (Executive Function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม

1.2 การทำงานของสมองทางด้านเชาว์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 1.1.1 และ 1.1.2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคม หรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

1.3 การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆและมี ความรู้และความเข้าใจ (Cognition) เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

1.4 การทำงานของสมองทางด้านเชาว์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 1.1.1 และ 1.1.2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดๆต่อไปนี้

1.4.1 สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและความรู้และความเข้าใจ (Cognition) อย่างต่อเนื่อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) โรคฮันติงตัน(Huntington's Disease), (Subdural Hematoma) (Normal Pressure Hydrocephalus) เนื้องอกในสมอง (Brain Tumor)

1.4.2 โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไปซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อม (Dementia) ได้แก่ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (Hypothyroidism) ขาดvitamin B12 การขาดกรดโฟลิก (Folic Deficiency) การขาดไนอะซิน (Niacin Deficiency) ระดับแคลเซียมในร่างกายสูง (Hypercalcemia) โรคซิฟิลิสที่เกิดกับระบบประสาทส่วนกลาง (Neurosyphilis) การติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infection)

1.4.3 ภาวะสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ(Substance-induced)

1.5 ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงที่มีประสาทหลอนและกระสับกระส่าย ตื่นเต้นมาก อาการเพ้อ (Delirium)

1.6 ความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นในอาการทางคลินิก (Axis I) ได้ดีกว่า เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia)

2. สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) เดิมเรียก Multi-Infarct Dementia

2.1 เกิดความบกพร่องของ Cognitive หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง

2.2.1 ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกถึงที่เคยเรียนมาแล้วได้)

2.2.2 มีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา (Cognitive Disturbance) ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

2.2.2.1 ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia)

2.2.2.2 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหว

กล้ามเนื้อปกติ (Apraxia)

2.2.2.3 ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ คือไม่สามารถระบุ สิ่งของได้ (Agnosia)

2.2.2.4 ความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผน และการมองแบบนามธรรม (Executive Function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม

2.2 การทำงานของสมองทางด้านเซว้ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 2.2.1 และ 2.2.2 ต่างก่อกความบกพร่องด้านสังคม หรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

2.3 มีอาการและอาการแสดงบ่งว่าความผิดปกติในสมองเป็นเฉพาะที่ หรือผลทางห้องปฏิบัติการชี้ว่ามีโรคเส้นเลือดในสมอง (Multiple Infarctions ในสมองและ White Matter) ซึ่งเป็นเหตุของความผิดปกติดังกล่าว

2.4 ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง ที่มีประสาทหลอนและกระสับกระส่ายตื่นเต้ันมาก อาการเพ้อ (Delirium)

3. สมองเสื่อมจากโรคทางกายอื่นๆ (Dementia Due to Other General Medical Conditions)

3.1 เกิดความบกพร่องของ Cognitive หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง

3.3.1 ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

3.3.2 มีความผิดปกติด้านเซว้ปัญญา (Cognitive Disturbance) ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

3.3.2.1 ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia)

3.3.2.2 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia)

3.3.2.3 ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ คือไม่สามารถระบุ สิ่งของได้ (Agnosia)

3.3.2.4 ความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผน และการมองแบบนามธรรม (Executive Function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม

3.2 การทำงานของสมองทางด้านเซว้ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 3.3.1 และ 3.3.2 ต่างก่อกความบกพร่องด้านสังคม หรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

3.3 มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะใดภาวะหนึ่งที่แสดงต่อไปด้านล่าง

3.4 ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง ที่มีประสาทหลอนและกระสับกระส่าย ตื่นเต้นมากอาการเพ้อ (Delirium)

4. สมองเลื้อมจากสารเสพติด (Substance-Induced Persisting Dementia)

4.1 เกิดความบกพร่องของ Cognitive หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง

4.4.1 ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

4.4.2 มีความผิดปกติด้านเชาวน์ปัญญา Cognitive Disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่า

ดังนี้

4.4.2.1 ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia)

4.4.2.2 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อปกติ (Apraxia)

4.4.2.3 ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ คือไม่สามารถ ระบุสิ่งของได้ (Agnosia)

4.4.2.4 ความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผน และการมองแบบนามธรรม (Executive Function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม

4.2 การทำงานของสมองทางด้านเชาวน์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ

4.4.1 และ 4.4.2 ต่างก่อความบกพร่องด้านสังคม หรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลง อย่างชัดเจน

4.3 ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของ ภาวะประสาทหลอนและการกระสับกระส่าย ตื่นเต้นมากหรือมีอาการเพ้อ (Delirium) และคงอยู่นานกว่าระยะเวลาปกติของ สภาวะร่างกายที่ ได้รับสารพิษ(Substance Intoxication)หรืออาการแสดงในภาวะที่ขาดยาหรือหยุดการใช้ยาเสพติด (Withdrawal)

4.4 มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้เป็นผลที่ยังคงอยู่ของ สารเสพติด (Substance Use) เช่น การใช้ยาเสพติดเกินขนาด (Abuse)

1.3 อุบัติการณ์ของโรคสมองเลื้อม

รัชนิวรรณ แก้วรังสี (2553) ได้ศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคสมองเลื้อมในประชากร โลกพบว่า คนอายุเกิน 65 ปี จะมีอัตราเป็นโรคสูงถึงร้อยละ 20 และถ้าอายุเกิน 90 ปี จะพบมากถึง ร้อยละ50 ในประเทศไทยพบว่า มีประชากรอายุเกิน 60 ปี ป่วยด้วยโรคสมองเลื้อมมากถึง 162,000 คน คิดเป็นร้อยละ 3.04 (พ.ศ. 2543) เป็นหญิงมากกว่าชายถึง เท่าตัว (อาจเป็นเพราะหญิงอายุขึ้น

ยาวกว่า ส่วนผู้ชายเสียชีวิตไปก่อนอายุ 60 ปี) และคาดว่าในปี พ.ศ.2553 จะมีผู้ป่วยมากขึ้นถึง 241,000 คน

ส่วนสิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2554) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อม พบว่า 5 % พบในประชากรอายุ > 65 ปี และ 20 % พบในประชากร อายุ > 80 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงช่วงอายุที่เกิดอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อม

อายุ	จำนวนของการเกิดอุบัติการณ์ โรคสมองเสื่อม	พบในผู้ป่วย 1 คน ใน ประชาชน
60-64	1	100
65-69	2	50
70-74	4	25
75-79	8	13
80-84	16	6
85+	32	3

เกรียงไกร แก้วนิกรังษี (2555) ได้ศึกษาเรื่องโรคสมองเสื่อมพบว่าโรคสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 2-4 ของประชากรซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปีเป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนโรคสมองเสื่อมเนื่องจากสาเหตุอื่นพบน้อยกว่านี้มากอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุโดยเฉพาะภายหลังจากอายุ 75 ปีโดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมด้วยสาเหตุดังกล่าว โรคสมองเสื่อมพบได้น้อยในเด็กและวัยรุ่น สาเหตุที่สำคัญของโรคสมองเสื่อมซึ่งพบในผู้ที่มีอายุน้อยคือ สิริระ ได้รับบาดเจ็บ โรคเนื้องอกในสมอง โรคเอดส์และโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ประกายดาว ตาลสุก (อ้างใน สิรินทร ฉันทศิริกาญจน2555) ซึ่งกล่าวว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 10% ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม หรือสมองถดถอย 10% หรือประมาณ 5 – 6 แสนคน คาดว่าตั้งแต่ปี 2566 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า 1 แสน

ส่วนกัมมันต์ พันธุ์จินดา (2536) ได้ศึกษาเรื่องโรคสมองเสื่อมพบว่าโรคสมองเสื่อมขั้นไม่รุนแรงพบร้อยละ 11 ในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 65 ปี และสมองเสื่อมขั้นรุนแรงพบเพียงร้อยละ 4 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.8 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และในกลุ่มอายุเกิน 80 ปี พบถึง ร้อยละ 25

สรุป อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมจะพบมากในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นและทุกปีร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

1.4 สาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อม

สิรินทร นันศิริกาญจน (2555) ได้สรุปสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมไว้ดังนี้

1. เกิดจากการเสื่อมสลายของสมอง

เนื้อสมองมีการเสื่อมสลาย หรือมีการตายเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วไม่ทราบว่าสาเหตุมาจากอะไร ไม่ทราบว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้นทำให้เนื้อสมองมีการตาย โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และยังมีโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค ซึ่งล้วนมีชื่อเป็นภาษาอังกฤษ เช่น Huntington Chorea ในกลุ่มนี้ โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะในยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งพบว่าอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อม 50-70 เปอร์เซ็นต์ของคนไข้ทั้งหมด สำหรับในคนไทย ขณะนี้ยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอนว่า คนไทยเป็นอัลไซเมอร์มากน้อยเพียงใด และคิดเป็นอัตราส่วนเท่าไรของคนไข้สมองเสื่อมทั้งหมด แต่ในไม่ช้านี้ คงจะมีการศึกษาและคงจะได้คำตอบออกมา

2. โรคสมองเสื่อมเกิดจากหลอดเลือดสมอง

กลุ่มนี้เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากจนถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตายไป เนื้อสมองส่วนที่ตายไปนั้น ถ้าเกิดขึ้นในพื้นที่เล็ก ๆ ก็อาจจะยังไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้ามีการตายของเนื้อสมอง เนื่องจากการขาดเลือดนี้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ ในบางครั้งเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั้น อุดตันในบริเวณเส้นเลือดใหญ่ ทำให้เกิดเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ ผู้ป่วยรายนี้อาจจะเกิดอาการสมองเสื่อมได้ ถึงแม้ว่าจะมีการเส้นเลือดอุดตันเพียงครั้งเดียวก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด บริเวณของสมองที่มีการเสียหายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นผู้ป่วยที่แนวโน้มว่า จะมีเส้นเลือดสมองตีบผิดปกติ มักจะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันคลอเลสเตอรอลสูง หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก

3. สมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง

มีเชื้อไวรัสหลายชนิดซึ่งทำให้เกิดการอักเสบในสมอง ตัวอย่างเช่น เชื้อไวรัสสมองอักเสบที่เกิดจากไวรัสที่ติดมาจากหมู เช่น มีการระบาดของไวรัสนี้ในประเทศมาเลเซีย มี หมูมีเชื้อโรคอยู่ในตัว ขุนไปกัดหมูเอาเชื้อโรคจากหมูมาสู่ขุน แล้วขุนนั้นไปกัดคนอีกต่อหนึ่ง คนที่ถูกกัดจะมีอาการไข้ และไวรัสจะขึ้นสมอง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะถึงแก่ความตาย ผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต ก็จะมีการ

เสียหายของเนื้อ ซึ่งความเสียหายนี้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ตายไป ทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมลงไป เสียหายไปในขณะที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยจะไม่รู้ตัว นอนตลอดเวลา ถ้าอาการดีขึ้นจะเริ่มรู้ตัว แต่มักจะจำอะไรหรือจำใครไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ บางคนอะอะโวยวาย บางคนแสดงอาการว่าเห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นลักษณะของสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง นอกจากเชื้อไวรัสแล้ว ในปัจจุบันยังมีเชื้อไวรัสอีกส่วนหนึ่ง ที่ทำให้เกิดสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส HIV หรือไวรัสที่ทำให้เกิดเป็นโรคเอดส์นั่นเอง ไวรัสนี้เข้าไปในร่างกายแล้ว อาจจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง และตัวไวรัสเองก็เข้าไปทำให้เกิดการติดเชื้อ เกิดการเสียหายของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความจำเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เป็นลักษณะของคนเป็นสมองเสื่อมได้ ส่วนใหญ่แล้วสมองเสื่อมที่เกิดการติดเชื้อในสมองนั้น มักพบในคนอายุน้อย

4. สมองเสื่อมจากการขาดสารอาหารบางชนิด

โดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือวิตามิน B12 วิตามิน B1 เป็นสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ ผู้ที่ขาดวิตามิน B1 มักจะพบในผู้ป่วยที่ติดเหล้า หรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มักจะกินเหล้าจนเมา และมักไม่ได้กินอาหารที่เพียงพอ วิตามิน B1 ไม่เพียงพอต่อร่างกาย ทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ จนอาจจะถึงแก่เซลล์สมองเสียหายตายไป นอกจากนี้วิตามิน B12 เองก็มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการทำงานของสมอง ผู้ป่วยที่ขาดวิตามิน B12 มักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์อย่างเคร่งครัด เป็นเวลานานหลาย ๆ ปี ส่วนใหญ่แล้วในคนไทยมักจะได้อาหารวิตามิน B12 จากน้ำปลาหรือจากอาหารเนื้อสัตว์ เช่น หมู คนที่รับประทานมังสวิรัติก็จะขาดสารอาหารตัวนี้ ดังนั้น คนที่ทานมังสวิรัติอย่างเคร่งครัด จึงควรได้รับวิตามินเสริมเป็นครั้งคราว เพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจพบการขาดวิตามิน B12 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร และถ้าใส่เหล็กส่วนต้นออกไป ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารบางอย่าง ซึ่งช่วยหรือเป็นตัวจำเป็นในการดูดซึมวิตามิน B12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่ระบบร่างกาย

5. สมองเสื่อมจากการแปรปรวนของเมตาโบลิคของร่างกาย

การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป หรือทำงานน้อยไป การทำงานของตับหรือของไตผิดปกติไป จะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าภาวะอย่างนี้เป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วย มีอาการสมองเสื่อมได้

6. สมองเสื่อมจากการถูกระบบประสาทที่ศีรษะอยู่เสมอ

ภาวะนี้พบบ่อยในคนที่มึนงงเสี่ยง ที่จะมีการถูกระบบประสาทที่ศีรษะ โดยเฉพาะพวกนักมวย นักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่าง ๆ หรืออาจจะพบในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา

เมาแล้วก็เดินชน โน่นชนนี่ หรือหกล้มศีรษะฟาดพื้น ถ้าเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื้อสมองที่กระทบ กระแทกกระเทือนนั้นจะตายไป เมื่อเนื้อสมองตายไปจำนวนมากเข้า ก็จะทำให้การทำงานไม่เป็น ปกติ มีอาการสมองเสื่อมได้

7. สมองเสื่อมจากเนื้องอกในสมอง

โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการแบบที่พบ ใน เนื้องอกสมองส่วนอื่น เช่น อาการแขนขาไม่มีแรง มองเห็นภาพซ้อน หรืออาการซึ่งแสดงว่า มีความดันในกระโหลกศีรษะมากขึ้น เช่น อาเจียนหรือปวดศีรษะ แต่เนื้องอกในบริเวณนี้อาจจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วย สมองเสื่อมได้

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2554) ได้ทำการศึกษาพบว่าโรคสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ขาด สอร์โมนธัยรอยด์ เนื้องอกสมองโพรงน้ำในสมองขยายตัว โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ซิฟิลิส และ เอดส์ เป็นต้น แต่โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็น โรคอัลไซเมอร์จะอยู่ได้นาน 8-10 ปี

ส่วนศูนย์ระบบประสาทโรงพยาบาลเซนต์ทรัสเลนเนอร์ล (2554) ได้ศึกษาสาเหตุของกลุ่ม อาการสมองเสื่อมพบว่าหลายสาเหตุ ทั้งที่รักษาได้ ชะลออาการ หรือยังไม่สามารถหาวิธี พบว่า ประมาณ 5 % ของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับความจำ เป็นกลุ่มที่มีสามารถรักษาหายจาก อาการดังกล่าวได้ โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หายเป็นปกติหลังจากได้รับการ รักษา อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มซึ่งยังไม่สามารถรักษาให้หายหรือดีขึ้นได้ ในปัจจุบัน ซึ่งในกลุ่มนี้สาเหตุใหญ่ มากกว่า 65 % เกิดจากโรคหรือกลุ่มอาการที่มีชื่อว่า “อัลไซ เมอร์” (Alzheimer’s Disease) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีความผิดปกติอย่างช้าๆ เป็นเวลาหลายปี ทำให้ ญาติที่ใกล้ชิดบอกระยะเวลาแน่ชัดไม่ได้ว่า เกิดขึ้นเมื่อใด และส่วนใหญ่ยังมีการเคลื่อนไหวของ ร่างกายที่ปกติและรสนิยม แก้วรังสี (2548) กล่าวว่า สมองเสื่อมเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่

1. สมองเสื่อมจากวัยชรา มักพบในคนสูงอายุวัย 65-70 ปีขึ้นไป
2. โรคอัลไซเมอร์ เป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นก่อนวัย คือ ก่อนอายุ 65 ปีขึ้นไป โรคนี้ พบบ่อยในประเทศแถบตะวันตก ในเมืองไทยก็มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้นับแสนคนต่อปี
3. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มักเกิดจากหลอดเลือดเส้นเล็ก อุดตันช้า ๆ มานาน ทำให้เซลล์สมองตาย และการทำงานของสมองโดยรวมเสื่อมลง โรคนี้พบได้ บ่อยในคนไทย พบบ่อยกว่าโรคอัลไซเมอร์โดยเฉพาะพบในคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงมานาน โดยไม่ควบคุมให้ดี

4. ภาวะเลือดคั่งในสมองหรือเนื้องอกในสมอง คนไข้อาจมาด้วยอาการพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงคล้ายภาวะสมองเสื่อม บางรายสามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด บางรายหลงเหลือความพิการเช่น อัมพาต

5. ภาวะขาดวิตามิน บี12 พบได้น้อย มักพบในคนที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะลำไส้มานาน และขาดสารอาหาร

6. โรคติดเชื้อที่มีผลทางสมองเช่นซิฟิลิส ปัจจุบันพบน้อย โรคไวรัสสมองอักเสบ ซึ่งมีหลายชนิดและโรคเอดส์ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ รวมทั้งเชื้อรา เชื้อวัณโรค

7. สมองเสื่อมจากการติดเชื้อเรื้อรังนาน ๆ หรือใช้ยาเสพติดมานาน

8. ภาวะที่เกิดตามหลังการขาดออกซิเจน เช่น ในคนไข้ที่มีอาการชักซ้ำติดต่อกันนาน ๆ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเวลานาน ๆ

9. โรคทำให้เกิดสมองฝ่อบางส่วน เช่น โรคพาร์กินสัน ซึ่งทำให้เกิดอาการสั่น เคลื่อนไหวช้าลง เป็นต้น

10. ผลข้างเคียงของยา เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาสเตียรอยด์ในขนาดสูง

11. โรคบางโรคเช่น โรคไทรอยด์ ขาดสารอาหาร โลหิตจาง โรคไตวาย โรคตับ เป็นต้น

12. โรคทางสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง เนื้องอกในสมอง เป็นต้น

13. การได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ ทำให้เลือดคั่งในสมองหรือหลอดเลือดสมองแตก

14. สารพิษจากสิ่งแวดล้อม เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ เมธิลแอลกอฮอล์ ในผู้สูงอายุนั้นมีสาเหตุสมองเสื่อมที่พบบ่อยจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพาต เกิดจากหลอดเลือดตีบ หรืออุดตัน หรือหลอดเลือดแตกโรคนี้นับราว 20% ของกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด (70-80%ของผู้ป่วยสมองเสื่อม) และจะมีอาการเลวลงเรื่อย ๆ สมองฝ่อลง มีปัญหาด้านความจำ การพูด ความคิด การกระทำ อารมณ์ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

นอกจากนี้ควาพร จันทรกระจ่าง (2552) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมดังนี้

1. โรคอัลไซเมอร์ พบได้บ่อยที่สุดประมาณ 55% ของสาเหตุทั้งหมด

2. ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง

3. ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจาก โรคอัลไซเมอร์ ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง

4. ภาวะการติดเชื้อ เช่น โรคเอดส์ ไข้สมองอักเสบ จากการติดเชื้อไวรัส

5. การขาดสารอาหารและวิตามินบางชนิด

6. ฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติ เช่นระดับฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ

7. การเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า ยาเสพติด และสารระเหย

ส่วนอาคม อารยาวิชานนท์ (2552) กล่าวถึงสาเหตุของ โรคสมองเสื่อม มาจากสาเหตุดังนี้

1. อัลไซเมอร์
2. ภาวะการขาดวิตามิน พบบ่อยในผู้รับประทานอาหารมังสวิรัต
3. โรคหลอดเลือดสมอง จากเส้นเลือดสมองตีบ หรือแตก หรืออุดตัน
4. ภาวะเลือดคั่งในสมองอย่างเรื้อรัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ
5. ภาวะติดเชื้อในสมอง เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย
6. เซลล์สมองผิดปกติ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ
7. พิษจากสุรา สารระเหย หรือยาเสพติด
8. เนื้องอกในสมอง
9. ฮอร์โมนผิดปกติ เช่น ไทรอยด์บกพร่อง

สรุป สาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดคือสมองเสื่อมจาก อัลไซเมอร์ รองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง จากเส้นเลือดสมองตีบ แยก หรืออุดตัน รองลงมาอีกเป็นปัญหาของ ด้านหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและเป็นมานาน และจะมี สาเหตุอื่น ๆ ร่วมด้วยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคสมองเสื่อม จะเห็นได้ว่าการใช้ชีวิตของคนเราในทุก วันนี้มีปัจจัยหรือสาเหตุที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคสมองเสื่อมทั้งสิ้น ทั้งในเรื่องของอาหาร การใช้ยา สารเสพติด ระดับฮอร์โมนในร่างกาย การติดเชื้อในร่างกายและอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อระบบ การทำงานของสมอง

1.5 อาการและการแสดง

กัมมันต์ พันธุมจินดา (2536) ศึกษาพบว่า กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia Syndrome) เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) หรือระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญคือ มีอาการ ผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลาย ๆ ส่วน เช่น ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติไป ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานของเปลือกสมองเสียไปอย่างกระจัดกระจาย นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วกลุ่มอาการสมองเสื่อมมักจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มอาการสมองเสื่อม มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งบางครั้งจะต้องแยกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีได้เกิดจากโรค อย่งไร ก็ตามกลุ่มอาการสมองเสื่อมก็อาจเกิดในผู้ป่วยอายุน้อย ๆ ได้เช่นกัน

กลุ่มอาการสมองเสื่อมประกอบด้วยอาการเด่น ๆ ดังนี้

1. ความผิดปกติของความทรงจำ
2. การเสื่อมลงของความเฉลียวฉลาด
3. การเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

โดยได้แบ่งอาการของสมองเสื่อมโรคสมองเสื่อมตามความรุนแรงดังนี้

1. อาการน้อย : ยังช่วยตนเองได้ หลงลืมไม่มาก อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง
2. อาการปานกลาง : ช่วยตนเองได้น้อยลงต้องมีผู้อื่นช่วย ความจำเสียเห็นได้ชัด สับสนเรื่องกาลเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้
3. อาการหนัก : ช่วยตนเองไม่ได้เลย ความจำเสียมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้

ส่วนกวีสุวรรณกิจ และคณะ (2536) ศึกษาพบว่าอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมที่สำคัญ คือ

1. ความจำเสื่อม มักเป็นอาการเด่นที่สุดในระยะแรก ในรายที่อาการไม่มากผู้ป่วยจะจำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นๆ ไม่ได้ (Recent Memory) ต่อเมื่ออาการเป็นมากขึ้น ความจำระยะยาว (Remember Memory) จะเสียไปด้วย
2. ความคิดนามธรรมเสียไป ไม่สามารถแก้ปัญหาคำงานที่ไม่คุ้นเคยได้ อาจทดสอบโดยการให้บอกชื่อเหมือนและชื่อแตกต่างของสิ่งของ 2 ชนิด
3. การตัดสินใจเสียไป ไม่สามารถควบคุม ได้ เช่น ผู้ป่วยอาจใช้ภาษาที่หยาบคายทำตกโดยไม่เหมาะสม ไม่สนใจต่อความสะอาดของร่างกาย และอาจกระทำสิ่งที่ไม่สมควร เช่น แสดงออกทางเพศอย่างปราศจากการควบคุม ขโมยของตามห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
4. การสูญเสียหน้าที่ของสมองระดับสูง (Higher Cortical Function) เช่น การใช้ภาษา การสนทนาอาจจะคลุมเครือไม่ชัดเจน พูดซ้ำซาก หรืออาจจะมีความคิดผิดปกติทางด้านภาษา (Aphasia) ในบางรายที่เป็นมากอาจไม่พูดเลยได้นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเสียในของความสามารถในเรื่องการทำหัตถการต่างๆ (Constructional Ability) ซึ่งอาจแสดงได้ในการตรวจโดยให้ผู้ป่วยวาดรูปที่มี 3 มิติ, ให้เรียง Blocks หรือเรียงไม้เป็นรูปต่าง ๆ ตามสั่งผู้ป่วยจะไม่สามารถเลียนแบบได้ อาจพบความคิดผิดปกติในเรื่องของความจำหรือไม่รู้จักสิ่งต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่ประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) และไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้ ทั้งที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) ร่วมด้วย
5. การเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไปจากเดิม หรือบุคลิกเดิมยิ่งแสดงตัว

ออกมามากขึ้น เช่น ผู้ที่เคยคล่องแคล่วว่องไวอยู่เสมอ กลับกลายเป็นซึมเฉย เฉื่อยชา ไม่สนใจสังคม ในขณะที่บางราย บุคลิกภาพยิ่งเด่นชัด เช่น ยิ่งเพิ่มความเป็นระเบียบ หรือความระแวดระวัง หงุดหงิดมากขึ้น

นอกจากนี้ศูนย์ระบบประสาทโรงพยาบาลเซนต์ทริลเลนเนอร์ (2554) ทำการศึกษาพบว่าอาการที่เห็นเด่นชัดในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้

1. มีความบกพร่องในการรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่สามารถจดจำคำพูดระหว่างการสนทนา
2. มีความบกพร่องในการใช้ภาษา ทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน นึกชื่อสิ่งของไม่ออก ผิดปกติในการเรียกชื่อคน และสิ่งของ พูดไม่เป็น ประโยค หรือขาดความต่อเนื่อง
3. มีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตร และกิจกรรมประจำวัน ไม่สามารถทำกิจวัตรที่เคยทำเป็นประจำได้ จนในที่สุด จะมีลักษณะ กลับไปเป็นเหมือนเด็กๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
4. มีบุคลิกภาพ พฤติกรรม และอารมณ์ที่ผิดแปลกไปจากเดิม อาจกลายเป็นคนเฉยเมย ไม่กระตือรือร้น โมโหฉุนเฉียวง่าย ทำอะไรซ้ำซาก
5. มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ ระยะเวลาสั้นๆ อาจมีอาการทางจิต เช่น ภาพหลอน หรือหลงผิด และไวรัสศักดิ์ เมืองไพศาล (2554) ได้กล่าวถึงอาการอาการของโรคสมองเสื่อมไว้ดังนี้

1. อาการเริ่มแรกมักเป็นการลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ๆ ไม่นาน ในขณะที่ความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีตจะยังคงอยู่ ผู้ป่วยอาจถามซ้ำเรื่องที่เพิ่งบอกไปหรือพูดซ้ำเรื่องที่เพิ่งเล่าให้ฟัง นอกจากนั้นยังอาจมีอาการอื่นๆ เช่น วางของแล้วลืม ทำอะไรที่เคยทำประจำไม่ได้ สับสนเรื่องวันเวลา สถานที่ นึกคำพูดไม่ค่อยออกหรือใช้คำผิดๆ แทน มีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การตัดสินใจแย่ลง ไม่สามารถมีความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ได้
2. อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะค่อยเริ่มเปลี่ยนแปลง จนทำให้เกิดปัญหาต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้เร็วหรือช้าก็ขึ้นกับระดับความสามารถเดิม การศึกษาและหน้าที่เดิมของผู้ป่วย รวมถึงความช่างสังเกตและเอาใจใส่ของญาติด้วย

นอกจากนี้วรพรรณ เสนาณรงค์ และ ปิยนุช แจ่มจรัส (2554) ได้แบ่งกลุ่มอาการของโรคสมองเสื่อมไว้ดังนี้

1. อาการจากการทำงานของสมองใหญ่โดยรวมเสียไป

- 1.1 บกพร่องในการรับรู้หรือ เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น จำคำพูดระหว่างสนทนากันไม่ได้ จึงถามซ้ำออกมา หรือ พูดคววนเรื่องเก่า วางสิ่งของไม่เป็นที่ แล้วลืมว่าวางไว้ที่ใด โดยลืมของหลายสิ่งมากขึ้น จำเหตุการณ์ปัจจุบัน หรือสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ เช่น รับประทานข้าวเช้าแล้ว ก็บอกว่ายังไม่ได้รับประทาน

1.2 บกพร่องในการประกอบ กิจกรรมที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน เช่น ไม่สามารถต่อ โทรศัพท์หรือพูดโทรศัพท์ได้ทั้งที่เคยทำมาก่อน ไม่สามารถซื้อของแล้วทอนเงินได้ถูกต้อง

1.3 บกพร่องในการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา เช่น ยืนดูน้ำล้นอ่างเฉยๆ เพราะไม่รู้จะแก้ปัญหาเช่นไร ไม่กล้าตัดสินใจผิดพลาดในหน้าที่การงาน แม้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ ไม่สามารถทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้

1.4 บกพร่องในการใช้ภาษา ได้แก่ พูดตะกุกตะกัก หรือพูดเพี้ยนไปเพราะนึกชื่อสิ่งของที่จะเรียกไม่ได้ เช่น เรียกเสื้อเป็นแสง เรียกเตียงเป็นตู้หรือเรียกกระเป๋าว่าไอ้โน้นอยู่ตลอด พูดซ้ำๆ ถามซ้ำๆ พูดไม่เป็นประโยค อาจพูดน้อยลง จนถึงเกือบไม่พูดเลย

1.5 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมที่เคยทำได้มาก่อน เช่น เคยเปิดโทรศัพท์ได้ ไม่สามารถหาวิธีเปิดช่องที่ต้องการได้ แต่จะพูดให้คนอื่นมาเปิดให้ดูแทน เคยใช้เตารีดรีดผ้าได้ก็ทำไม่ได้

2. มีการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองบกพร่อง

2.1 ไม่อาบน้ำ แต่งตัว ญาติต้องคอยเตือนให้ทำอยู่เสมอ

2.2 กลืนยีสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ยีสสาวะราด ยีสสาวะในที่ที่ไม่ควรยีสสาวะ

2.3 รับประทานอาหารมูมมาม หกเรียรดทิ้งที่เป็นคนเรียบร้อยมาก่อน

2.4 เมื่อลุกนั่งหรือเดินแล้วล้ม ซึ้นลงบันไดเองไม่ได้ หรือมีลักษณะท่าเดินเปลี่ยนแปลง

2.5 เลือกล้างมือ รongเท้า แต่งตัวไม่สมเหตุสมผล เช่น ใส่รองเท้านั่งขึ้นเตียงนอน แต่งชุดนอนเดินออกไปเดินเล่นตามที่สาธารณะ เป็นต้น

2.6 เคยขึ้นรถเมล์หรือแท็กซี่คนเดียวได้ ก็ทำไม่ได้

3. มีพฤติกรรมแปลกๆ และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

3.1 กลายเป็นเฉยเมย เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ซึมเศร้า

3.2 โมโหฉุนเฉียวง่ายเมื่อใครทำอะไรที่ไม่ถูกใจ

3.3 หลีกเลี่ยงการออกไปพบปะเพื่อนฝูงทั้งที่เคยไปมาหาสู่กันเสมอๆ

3.4 เดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมาย

3.5 ทำอะไรซ้ำซาก เช่น รื้อหาสิ่งของ เปิดตู้เปิดลิ้นชักหาของอยู่ตลอดเวลา

3.6 อาจมีอาการคล้ายโรคจิต เช่น เห็นภาพหลอน หรือมีความเชื่อ ความคิดหลงผิดจากการคิดไปเองได้เป็นครั้งคราว หรือช่วงหนึ่ง มีอาการนอนไม่หลับ หรือ ลุกตื่นขึ้นมากลางดึก

แล้วเดินไปเดินมา แต่ก็มีบางรายมีอาการนอนทั้งวันทั้งคืนอาการดังกล่าวเหล่านี้อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ก็ได้

สรุป อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านของความคิดความทรงจำ ความเฉลียวฉลาด การรับรู้ การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และส่งผลให้การทำงานวัตรประจำวันบกพร่องไปด้วย อาการและการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จะเกิดได้เร็วหรือช้าก็ขึ้นกับระดับความสามารถเดิม การศึกษาและหน้าที่เดิมของผู้ป่วย รวมถึงความช่างสังเกตและเอาใจใส่ของญาติด้วย

1.6 การดำเนินการของโรค

กวีสุวรรณกิจ และคณะ (2536) ศึกษาการดำเนินโรคสมองเสื่อม(Dementia) พบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักจะเพิ่มขึ้นรุดหน้าไปเรื่อย ๆ แต่บางรายก็อาจมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้เช่นหลังจากได้รับอุบัติเหตุทางสมอง โดยทั่วไปแล้วมักจะมีการเสื่อมลงโดยที่กินเวลานานเป็นปีได้

ส่วนWells (อ้างใน กวี สุวรรณกิจ และคณะ, 2536) ได้แบ่งระยะของโรคออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

1. ระยะเริ่มต้น มักจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม(Dementia) ไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการทางจิตเวชอื่น ๆ นำมาก่อน เช่น รู้สึกไม่สบาย วิตกกังวล นอนไม่หลับ มีอาการทางร่างกายมากมาย เป็นที่น่าสังเกตว่าถ้าให้ยาทางจิตเวช อาการจะยิ่งทรุดลงได้ในระยะนี้ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนไป เช่น หงุดหงิดง่าย อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมไปจากที่เคยเป็น บางรายก็สงสัยระแวง หรือเจ้าระเบียบมากยิ่งขึ้นไปอีก มักจะเป็นระยะที่ผู้ป่วยปฏิเสธเรื่องความจำเสื่อม และถ้าตรวจพบความจำเสีย ผู้ป่วยก็มักจะบอกว่าเป็นเพราะตนไม่ได้สนใจและไม่ได้ให้ความสำคัญ

2. ระยะกลาง อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนญาติเริ่มสังเกตเห็น ความจำระยะสั้นจะเสียไปก่อน และเมื่อเป็นมากขึ้นความจำระยะยาวจะเสียด้วย การตรวจสภาพจิตพบหลักฐานในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม (Dementia) ได้ชัดเจนพบว่าเขาวนปัญหาเสื่อมลงไปมาก การคิดขาดเหตุผลและไม่ต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นระบบ การสนทนาออกนอกเรื่องหรือซ้ำซาก การรู้กาลเวลา และสถานที่เสียไป การตรวจร่างกายทางระบบประสาทอาจพบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการตอบสนองของร่างกายเปลี่ยนไป (Primitive Reflexes Aphasia Agnosia) และ ความคิดปกติด้านภาษา (Apraxia)

3. ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิงในระยะสุดท้าย จำญาติมิตรไม่ได้ ไม่รู้จักแม้แต่ชื่อของตน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย เนื่องจากไม่รู้ไม่เข้าใจวิธีการช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจประจำวัน อาจลืมกินอาหารและมีการขาดอาหารเกิดขึ้น บางรายก็ได้แต่นอนอยู่

กับเตียง อุจจาระ ปัสสาวะราด ผู้ป่วยบางรายอาจเดินหลงทางไปโดยไม่ตระหนักถึงภัยอันตรายใด ๆ ส่วนใหญ่แล้วมักจะเสียชีวิตจากหัวใจล้มเหลว หรือภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน

นอกจากนี้ลัตดา นาคสุริยันต์ (2544) ได้แบ่งการดำเนินการของโรคออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่อง สามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ มีปัญหาในการใช้ภาษา เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่น่าคุ้นเคยไม่ถูกต้อง สับสน ทิศทางบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเป็นแบบ หงุดหงิดง่าย (Irritable) เศร้าหมอง (Sad) ไร้อารมณ์ (Apathy) และแข็งงวด (Rigid) แต่ยังมี ความหวังกังวลถึงความผิดปกติของตนเอง ซึ่งอาจจะทำให้มี ซึมเศร้าและแยกตัว ผลจากห้องตรวจปฏิบัติการพบว่าระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor System) คลื่นหัวใจ (EEG) การทำงานของสมอง(CT Scan) ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะนี้ผู้ป่วยยังคงดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ตามปกติแต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน เช่น การ ศึกษาค้นคว้าหรือการดูแลบ้านจะเริ่มบกพร่อง

ระยะที่ 2 (2-10 ปี) ระยะนี้ความจำจะเลวลง เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ ความจำเรื่องเก่า ๆ จะค่อย ๆ เสื่อมย้อนหลังลงไป การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม พูดคนละเรื่องกับคู่สนทนา อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว อยู่ไม่นิ่ง การดูแลตนเองจะบกพร่อง เช่น ลืมรับประทาน อาหาร ลืม แปร่งฟัน ตัดเล็บ สระผม จนกระทั่งไม่ยอมอาบน้ำ กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนจะมีปัญหามากขึ้น ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ทำอาหารไม่ได้ ขึ้นรถไม่ถูกทิศทาง น้ำหนักลด หลงทาง เริ่มเห็นความผิดปกติ ของระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor System) คลื่นหัวใจ (EEG)

ผลตรวจการทำงานของสมอง(CT Scan) พบว่ากล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง หดยึด เสียการทรงตัวและ หกล้มง่าย

ระยะที่ 3 (3-12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ชิดตัวไม่ได้ จำชื่อตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถทำตาม กลืนอาหารโดยไม่ได้เคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขน ขา เกร็งงอ พูดซ้ำ ๆ ตามที่คนอื่นพูด จนสุดท้ายจะพูดไม่ได้ กลืนอาหารไม่ได้ และจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดบวมจากการสำลักหรือเป็นแผลกดทับและสิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2552) กล่าวว่าผู้ป่วยโรค สมองเสื่อมจะเป็นมากหรือน้อยนั้น เราแบ่งอาการออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน

ระยะเริ่มต้น ก็จะสังเกตได้ว่ามีอาการหลง ๆ ลืม ๆ หลงทิศทาง มีอารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะรุนแรงปานกลาง ความจำจะเสื่อมมากขึ้น มีอารมณ์เศร้าซึม มี พฤติกรรมแปลก ๆ มีปัญหาเรื่องการนอน มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน บุคลิกเปลี่ยนไป

ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่อาการหนักมากแล้ว จะมีปัญหาเรื่องภาษา สื่อสารไม่ได้ พูด น้อยลงหรือพูดแล้วไม่เข้าใจ บอกเรื่องการขับถ่ายไม่ได้ และมักจะอยู่เฉย ๆ ไม่ค่อยเคลื่อนไหว

ถ้าหากอาการอยู่ในระยะสุดท้ายก็จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนคอยดูแล ป้อนข้าว ป้อนน้ำจัดการเนื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทั้งความสะอาด การขับถ่าย รวมทั้งเรื่องของ สุขภาพร่างกาย

ส่วนสิรินทร นันศิริกาญจน (2555) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะบอกว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตได้อีก นานเท่าไร ส่วนใหญ่แล้ว ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุของสมองเสื่อมของผู้ป่วย และสุขภาพโดย ส่วนรวม ถ้าพูดถึงโรคอัลไซเมอร์แล้ว โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมักจะมีชีวิตได้ราว 10 ปี บางรายอาจจะ มีชีวิตอยู่ได้ถึง 20 ปี แต่ในบางรายอาการของโรคจะไปเร็วมาก อาจจะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี พบว่า ผู้ป่วยอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อมอื่น ๆ นั้น ถ้าหากว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาการดำเนินโรค เกี่ยวกับทางสมองเสื่อมจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ แต่ถ้าเมื่อไรก็ตามที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาทาง สุขภาพอื่น ๆ เช่นต้องเข้าโรงพยาบาล หกล้มสะโพกหักต้องผ่าตัด เป็นหวัดปอดบวม หรือมี กล้ามเนื้อหัวใจตายต้องนอนโรงพยาบาลนาน ๆ คนไข้พวกนี้อาการสมองเสื่อมจะเลวลงอย่างมาก มีการคิดเชื่องช้าในช่วงที่พักรักษาตัวด้วยปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และถึงแม้จะรักษาโรคทางกายอื่น ๆ เหล่านี้หายเรียบร้อยแล้ว อาการทางสมอง และความจำมักจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ แต่อย่างไรก็ตามที่ เรื่องความจำก็จะยังแย่กว่าที่คนไข้เคยเป็นช่วงก่อนที่จะไม่สบาย

นอกจากนี้กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ (2555) กล่าวว่าโรคสมองเสื่อมอาจค่อยเป็นค่อยไปหรือ เสื่อมลงอย่างรวดเร็วก็ได้ขึ้นกับสาเหตุของการเกิด เช่น ถ้าเป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ไม่ได้รับการรักษา อาจใช้เวลานานถึง 5-6 ปี ในขณะที่เกิดโรคสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง เช่น เส้นเลือดใหญ่ในสมองตีบแตก หรือตันอาจใช้เวลาเป็นเดือน หรือถ้าโรคสมองเสื่อมนั้นเกิดจาก การติดเชื้อไวรัสในสมองอาจใช้เวลาเพียง 1-2 สัปดาห์ก็ได้

สรุป การดำเนินการของโรคสมองเสื่อม (Dementia) ส่วนใหญ่จะเริ่มอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักจะเพิ่มขึ้นรุดหน้าไปเรื่อย ๆ แต่บางรายก็อาจมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรวดเร็วในกรณี ที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุของสมอง ซึ่งการดำเนินการของโรคจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัย หลาย ๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น สิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น

1.7 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมต้องผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าบุคคลนั้นป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมแล้วและเข้ารับการรักษาโรคสมองเสื่อมจะมี แบบทดสอบสภาพความก้าวหน้าของสมองร่วมด้วย โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002)

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2553) ได้กล่าวถึง DSM IV ดังนี้ การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม จะมีความบกพร่องของความสามารถของสมองหลายส่วน ซึ่งจะต้องมีอาการ ความจำเสื่อม และมีอาการอื่นอีกอย่างน้อย 1 อย่าง ดังต่อไปนี้

- พุทไม่ถูก เรียกไม่ได้ ไม่รู้จะเรียกว่าอะไร เช่น เรียกทีวีเป็นตู้ขายหนัง เรียกชญาไม่ถูก แต่รู้ว่าเอาไว้ใส่หัวเวลาเล่นละคร
- ทำไม่เป็น ทั้งที่ประสาทรับความรู้สึกและกำลังแขนขาเป็นปกติและเคยทำได้มาก่อน
- ไม่รู้จัก ไม่รู้เรื่อง เช่น ไม่รู้จักคนในกระจก เลือกกุญแจไม่ถูก พยายามไขกุญแจด้วยลวด / กิ่งไม้
- มีความบกพร่องในเรื่องการบริหาร การจัดการ ได้แก่ ความคิดเป็นลำดับเป็นขั้นตอน เหตุผล การ

ตัดสินใจ ความความคิดในเชิงนามธรรม เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะแต่งตัว อย่างไร จะต้องใส่เสื้อผ้าขึ้นใจก่อน และถ้าเสื้อผ้ามีรูปแบบการใส่ที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ก็อาจจะทำไม่ได้เลยซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากระดับเดิมที่ปกติและจะต้องรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งในด้านหน้าที่การงานและสังคม ผู้ป่วยจะต้องรู้ตัวดี ห้ามให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนเฉียบพลัน (Delirium-Acute Confusional Stage) ซึ่งอาจเกิดร่วมกับความเจ็บไข้อื่น ๆ เช่น ปอดบวม โรคหัวใจขาดเลือดหรือหลังจากการผ่าตัด เป็นต้น

1.8 การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา
2. การรักษาโดยใช้ยา
3. การรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพ

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

กวี สุวรรณกิจ และคณะ (2536) กล่าวว่าเมื่อแพทย์มั่นใจแล้วว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ที่ไม่มีการรักษาเฉพาะโรค ควรประเมินผู้ป่วยในแง่พฤติกรรม อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และผู้ที่ให้การดูแล เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป โดยมีหลักการดังนี้

1. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยควรได้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การพักผ่อนที่เพียงพอและการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของร่างกาย นอกจากนี้ควรแก้ปัญหาด้านการรับรู้ของผู้ป่วยด้วย เช่น ประเมินความีปัญหาด้านสายตา ผ่าตัดต่อกระจก การใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aids) เป็นต้น

2. ถ้าผู้ป่วยเกิดโรคทางกายอื่นแทรกซ้อน เช่นการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะต้องให้การรักษาควบคู่ไปด้วยสิ่งแวดล้อม ควรเป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เป็นระเบียบ คงเส้นคงวา ไม่ทำให้ผู้ป่วยสับสน สิ่งสำคัญคือเน้นในด้าน การปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ (Orientation) เช่น ผู้ดูแลที่คุ้นเคยไม่เปลี่ยนหน้าบ่อยให้สนทนากับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องวันเวลา ฤดูกาล และข่าวสารต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยควรมีปฏิทิน นาฬิกา รูปภาพของครอบครัว ดวงไฟสำหรับเปิดทิ้งไว้กลางคืน รวมทั้งโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์เพื่อช่วยในการปรับตัว (Reorientation)

ส่วนสถาบันประสาทวิทยา (อ้างในนงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553) ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมและการกระตุ้น ที่เหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้

1. การมุ่งเน้นเชาวน์ปัญญา (Congnitive Orientation) เช่นการฝึกเพื่อคงไว้ซึ่งเชาวน์ปัญญา (Congnitive Trainning) การฝึกทักษะเพื่อจะเป็น (Skill Trainning) เพื่อรักษาทักษะจำเป็นให้คงอยู่

2. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation Oriented) โดยการรักษากิจกรรมนันทนาการของพฤติกรรมเพื่อหาแนวทางลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้น โดยการให้แรงจูงใจ การให้รางวัล ชื่นชม ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมาและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่นพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver Oriented) โดยการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (Carer Support) เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลรักษาและการปฏิบัติ การฝึกอบรมการดูแลและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (Carer Support Group) การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ (ศิริพันธ์ สาสัตย์, อ้างใน นงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553)

นอกจากนี้ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2549) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทางด้านร่างกายไว้ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะพบปัญหาต่าง ๆ ซ้ำกันอยู่เรื่อย ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแล หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยลดภาระแก่ผู้ดูแลและคงสภาพความจำของสมองผู้ป่วยไว้ให้ได้มากที่สุดโดยการดูแลในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร ดูแลให้ได้รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ผู้ดูแลควรร่วมรับประทานอาหารด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมักจะลืมว่าตนเองรับประทานอาหารแล้วหรือไม่ หากผู้ป่วยบอกว่าต้องการอาหารเพิ่มและบอกว่าตนเองยังไม่ได้รับประทานอาหาร ให้เก็บจานที่รับประทานอาหารหมดแล้วไว้ให้ดูหรืออาจต้องตักอาหารให้อีกเพียงเล็กน้อย หากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารบางอย่างซ้ำ ๆ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อขออาหารเสริมหรือวิตามินเพื่อ

ทดแทนสารอาหารที่ขาดไป ผู้ดูแลไม่ควรเข้มงวดมารยาทบนโต๊ะอาหารกับผู้ป่วย อาจปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานข้าวด้วยมือหากผู้ป่วยต้องการ แนะนำผู้ป่วยที่ละขั้นตอนขณะรับประทานหรือบางครั้งต้องป้อน ควรเป็นอาหารที่รับประทานง่าย หากเป็นเนื้อสัตว์ให้ตัดแบ่งเป็นคำ ๆ ผู้ป่วยอาจสำลักได้เนื่องจากลิ้มเคี้ยวและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวัน

1.2 การดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องใจเย็น ๆ ใช้กลวิธีการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจผู้ป่วยบางรายอาจต่อต้านบอกผู้ป่วยที่ละขั้นตอนหรือทำความสะอาดไปพร้อมกับผู้ป่วยหรืออาจต้องทำให้ผู้ป่วยดู จัดให้อาบน้ำตรงตามเวลาทุกวัน แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายด้วยวิธีการที่เหมาะสม เลือกใช้สบู่อ่อนไม่ระคายเคืองผิวหนัง จัดวางเสื้อผ้าตามลำดับการสวมใส่ และจัดหาเครื่องนุ่งห่มที่สวมใส่ง่ายไม่ยุ่งยากในการใส่และถอดออก จัดสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัยจัดตารางสำหรับการจับถ่าย เช่น เตือนหรือพาไปห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือพยายามสังเกตเวลาจับถ่ายของผู้ป่วยและพาไปห้องน้ำเวลานั้น ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในห้องน้ำให้สะดวกในการใช้งาน เช่น ก๊อคน้ำที่เปิดง่าย วางสบู่ไว้ที่มองเห็นและหยิบง่าย

1.3 การดูแลการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีทั้งไม่ขมอดนอนและนอนหลับมาก เป็นปัญหาในการนอนตอนกลางคืนจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวนวายหรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ ผู้ดูแลควรเปิดไฟให้มีความสว่างเพียงพอ ควรเปิดไฟก่อนมืดและเปิดไฟขณะนอนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การให้การดูแลควรคงสภาพสมดุลของผู้ป่วยควรจัดให้มีการพักผ่อน มีการออกกำลังกาย นันทนาการ สังคมและการสื่อสาร ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย โดยมีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายและมั่นคง ปลอดภัย ในกรณีผู้ดูแลอาจเผลอหลับก่อน ควรปิดทางเข้าออกบ้านปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เรียบร้อยก่อน (ฉวีวรรณ อุณนาภิรักษ์, อ่างในนงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553)

2. การดูแลปัญหาการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ตามปกติผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหกล้มง่าย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่าง ๆ ต่อการเคลื่อนไหวรวมทั้งการควบคุมการเคลื่อนไหว ดังนั้นผู้ดูแลควรสำรวจดูภายในบ้านว่าไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้หกล้มได้ เช่น พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง การออกแบบเก้าอี้ที่มีที่รองแขนเพื่อช่วยจับยึดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ การทำราวยึดตามทางเดินในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม ห้องน้ำควรแห้ง หากมีน้ำเลอะควรเช็ดให้แห้ง เป็นต้น

และมัธย สามเสน (2551) กล่าวถึงการดูแลรักษาทั่วไป (General Management) ในเรื่องต่อไปนี

1. กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ระดับการจัดการด้านกิจวัตรประจำวันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน และการทรงตัวขณะกำลังยืน เดิน ผู้ดูแลควรให้การดูแลในเรื่อง

1.1 การแต่งตัว : ให้เลือกเครื่องแต่งกายเองจนกว่าจะทำได้ จัดเตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกในการใส่ ถอดและทำความสะอาด และให้แนวทางในการจัดเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับกาลเทศะ แต่ต้องมีความยืดหยุ่นด้วย

1.2 การรับประทานอาหาร : ให้ประมาณปริมาณอาหารและสัดส่วนสารอาหารให้เหมาะสม แบ่งอาหารให้สะดวกที่จะเอาเข้าปาก ช้อน ส้อม มีด จับถือสะดวก ค้ำใหญ่ คู่มือ อุดหนุนอาหาร การปรับเวลาอาหารให้เหมาะสมกับการหลับนอน และเมื่อสมองเสื่อมมาก ต้องเฝ้าดูขณะกำลังรับประทานอาหารด้วย เพราะบางคนกินแต่ข้าวไม่กินกับข้าวหรืออาจสลับกันคือกินแต่กับข้าวไม่กินข้าว บางคนจับช้อน ส้อมไม่ถูกต้อง หรือจับถูกแต่ใช้ไม่เป็น

1.3 การอาบน้ำ : ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ มีกำหนดเวลาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวกไม่สลับซับซ้อน ระวังน้ำร้อนลวก และเปิดให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำเองให้มากที่สุดแต่ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะกำลังอาบน้ำและต้องคอยตรวจสอบดูเรื่องความสะดวกด้วย

1.4 การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ : จัดเวลาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมีอาหาร ปรับแต่งให้ห้องขับถ่ายมีความสะดวก มองหาและไปถึงสะดวก อยู่ไม่ไกลจากที่พักประจำ ปรับอาหารและเครื่องดื่มนำเข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจัดเวลาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมีอาหาร ปรับแต่งให้ห้องขับถ่ายมีความสะดวก มองหาและไปถึงสะดวก อยู่ไม่ไกลจากที่พักประจำ ปรับอาหารและเครื่องดื่มนำเข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้อาจกำหนดเวลาไปห้องน้ำเป็นระยะแม้จะยังไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ

1.5 การยืน การเดิน และการเคลื่อนไหวในร่างกาย : ทดสอบความสามารถในการยืน การเดิน โดยเฉพาะเรื่องการทางตัว ละเว้นการจำกัดการเคลื่อนไหวและการเดินของผู้ป่วย เลือกเวลาทางเดินให้ปลอดภัยและสร้างเสริมสุขภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เดิน ได้เคลื่อนไหวด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กรณียืนไม่ได้ เดินไม่ได้ การแนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าอนึ่ง ๆ บนเตียงเมื่อถึงระยะที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่สลับซับซ้อนและให้การช่วยเหลือด้านวาจาและทางร่างกายอย่างง่าย ๆ และเป็นขั้นตอนทั้งเรื่องการยืนและการเดิน

1.6 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม : อาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ได้อาหารครบ ทั้ง 5 หมู่ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือการขาดอาหารโปรตีน ทำให้กล้ามเนื้อที่

ขา แขน ขาดมวลและขาดพลังงาน กระตุ้นเท่าใดก็ไม่มีการพัฒนา เมื่อขาดอาหาร โปรตีนต้องขาดเซด้วยอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ เท่านั้น จึงจะได้ผลและต้องเพิ่มปริมาณอาหารทั้งหมดเพื่อให้ได้จำนวนแคลอรีที่เพียงพอควบคู่ไปด้วย มีการควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคและสภาพของผู้ป่วย การดูแลและการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาด้วย การป้องกันโรคแทรกซ้อน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ หลีกเลี่ยงโรคติดต่อ ลูกหลานที่เป็นไข้หวัดไม่ควรมาเยี่ยมชิดใกล้ขณะมีอาการ ดูแลสุขภาพจิต หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะความตึงเครียด และควรหาโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่นการได้พบเพื่อนหรือญาติหรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและพอใจ

2. สิ่งแวดล้อม(Environment) แนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมในเรื่องต่อไปนี้

2.1 ความปลอดภัย : ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ไม่ลื่น เลี่ยงสิ่งของที่มีล้อ ทางเดินพื้นบันได โถง สะดวก ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จากอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่นปลั๊กไฟ อุปกรณ์ไฟฟ้า เตาแก๊ส เครื่องทำน้ำร้อน ยาและสารเคมี จัดเก็บในที่มิดชิด เก็บสิ่งของชิ้นเล็ก ๆ ที่อาจเอาเข้าปากและจุ่มก ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้ และห้องน้ำควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียกเพื่อป้องกันการลื่น อุปกรณ์อาบน้ำควรอยู่ในระดับสายตา เพื่อให้ใช้สะดวก มีราวสำหรับจับ ยึด เกาะ ไม่มีธรณีประตูหรือทางลาดในห้องน้ำ

2.2 บรรยากาศภายในและภายนอกห้อง : ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เลี่ยงการตกแต่งด้วยกระจกเงา และสีห้องและม่านควรเป็นสีโทนเดียว สบายตา ไม่มีลวดลาย ในช่วงแรกและช่วงกลางของโรคสมองเสื่อม ไม่ควรย้ายที่อยู่อาศัยหรือปรับย้ายเครื่องเรือนหลักเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนมากขึ้น ความสามารถสมองส่วนอื่น ๆ จะลดลงตามด้วย

การรักษาโดยใช้ยา

จุฑามณี สุทธิสีสังข์ (2552) กล่าวว่ากลุ่มยามีใช้รักษาโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันมี 2 กลุ่ม

1. กลุ่มยาที่ช่วยเพิ่มความจำ

1.1 ยาในกลุ่มโคลีนเอสเตอเรสอินฮิบิเตอร์ (Cholinesterase Inhibitor)

1.2 ยาปรับการทำงานของสารสื่อประสาทตามเทท

การรับประทานยา ควรเริ่มด้วยยา ขนาดต่ำ อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน แล้วค่อย ๆ ปรับขนาดยาขึ้นประสิทธิภาพในการรักษา จะเห็นผลหลังจากรับประทานยา อย่างน้อย 1-2 เดือน อาการข้างเคียงที่อาจพบ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งพบได้ในระยะแรกที่เริ่มใช้ยา ควรระวังการเกิดปฏิกิริยาร่วมกับยาอื่น เช่น ยารักษา อาการหวัด หรืออาการปวดเมื่อย เป็นต้น

2. กลุ่มยาที่ใช้ควบคุมพฤติกรรมทางจิต

เพื่อควบคุมพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกึ่งเกียรติ ภาวะกั้นทราก (2552) กล่าวถึงยาที่ใช้เพื่อรักษาปัญหาทางสมอง และความจำของผู้ป่วยสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. ยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ อะเซทิล โคลีน เอสเทอเรส (Acetylcholine Sterase Inhibitor) ปัจจุบันมีอยู่ 3 ตัว คือ กาแลนตามีน (Glutamine) โดเนพีซิล (Donepezil) ไรวาสติกมิน (Rivastigmine) ใช้รักษาโรคสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะปานกลาง

1.1 มีประโยชน์ในการรู้คิดระดับสติปัญญา ความสามารถในการดำรงกิจวัตรประจำวันปรับอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ

1.2 มีข้อควรระวังในเรื่องคลื่นไส้ อาเจียน แต่หากมีการปรับขนาดยาที่ถูกต้องก็จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้

1.3 ยา กาแลนตามีน สามารถใช้ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองดับหรือแตกหรือตัน หรือใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ยาที่ใช้ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทผ่านทางเอ็นเอ็มดี เอ รีเซปเตอร์ (NMDA Receptors) หรือ แมนทีน (Memantine) ใช้ในการรักษา ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้ายหรือมีอาการรุนแรง อาการข้างเคียงที่ควรระวัง คือ ง่วงซึม นอนไม่หลับ

สรุป การรักษาโรคสมองเสื่อมจะรักษาไปพร้อม ๆ กัน ทั้งทางด้านของแพทย์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด โดยมากจะเน้นในการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาจะมีมาก ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทร่วมในเรื่องการรักษาด้วยการรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพ

มัยธัช สามเสน (2553) กล่าวว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประกอบด้วย

1. การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (Physical Rehabilitation)
2. การฟื้นฟูสมองเสื่อมด้านจิตใจ (Mental Rehabilitation)
3. การฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพ (Physical Rehabilitation)

โดยทั่วไปการฟื้นฟู (Rehabilitation) หมายถึง ขบวนการที่พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตร ด้วยตนเองโดยเฉพาะในกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือที่ญาติต้องการมี 4 ประเด็นหลัก คือ ความสามารถด้านกายภาพ (Physical) ด้านสุขภาพจิต (Mental) ด้านสังคม (Social) และด้านการประกอบอาชีพ (Vocational)

ประเด็นหลักในการฟื้นฟูด้านกายภาพ

1. การให้คำแนะนำญาติในการให้การฟื้นฟูกับผู้ป่วย : เป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรปฏิบัติเพราะจะทำให้ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ดูแลก็จะมีสุขภาพจิตดีขึ้นและมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาการให้คำแนะนำกับญาติผู้ดูแลขณะที่เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัดออกทำการ โดยให้คำแนะนำในด้านการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านกายภาพและสังคมของผู้ป่วย พบว่านอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมน้อยกว่า ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีกว่าและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วย เมื่อติดตามผลที่เวลา 3 เดือนหลังการศึกษา

2. การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน : ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจรับการฝึกฝนให้ปฏิบัติกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลแต่ละราย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (Instrumental ADL) เช่นการฝึกการบริหารยาได้เอง มัชช สามเสน(2553) ได้ทำการศึกษาโดยฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรร่วมกับการกระตุ้นความจำไปพร้อมกัน พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ดีขึ้นชัดเจนกว่าผลที่ได้จากการฝึกกระตุ้นความจำ กรณีนี้อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตร เช่น คอกเดิน (Working Frame) ในการเดินไปมาภายในบ้าน กล้องจัดยาเป็นรายวันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเอง เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aid) แว่นตาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้ การปรับรองเท้าให้เหมาะสมกับการเดินของผู้ป่วยและการแนะนำญาติให้กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสการรับรู้ของผู้ป่วยโดยการบีบ จับ นวด กระตุ้นการรับรู้รสของผู้ป่วยโดยการสังเกตอาหารที่ชอบและหามาให้รับประทาน เปลี่ยนอาหารให้หลากหลาย เป็นต้น

3. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว : จุดมุ่งหมายในการออกกำลังกายเพื่อการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อ

- การคงพิสัยของข้อ (Range of Motion Exercise)
- เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strengthening Exercise)
- เพิ่มความคงทนของกล้ามเนื้อ (Muscle Endurance)
- ความแข็งแรงของระบบไหลเวียนเลือด (Cardiovascular Endurance Exercise)
- พัฒนาการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อและการทรงตัว (Balance Exercise)

มัชช สามเสน (2553) ได้ทำการศึกษาวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านกายภาพที่บ่งถึงผลดีของการให้การฟื้นฟูด้วยวิธีการต่าง ๆ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นเวลา 6 เดือนเช่น กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) กายภาพบำบัด (Physiotherapy) และอรรถบำบัด (Speech

Therapy) หรือแม้แต่การให้อาสาสมัครที่เป็นนักเรียนมากระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่เป็นอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น พบว่าทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นรวมทั้งความแข็งแรงของร่างกาย (Physical Fitness) และถ้าให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายในบ้านร่วมกับการสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วยในด้านการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นตลอดจนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยก็ลดลง โดยทั่วไป ขบวนการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมีวิธีการที่นิยมใช้ได้แก่

1. การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย

1.1 กายภาพบำบัด (Physical Therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ การจัดทำทางเพื่อป้องกันข้อติด (Joint Contracture) การฝึกลุกจากเตียงมานั่งบนเก้าอี้ได้เองหรือมีญาติช่วยเหลือบ้าง การฝึกใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเดิน เช่น ไม้เท้าคอกช่วยเดิน (Walker) รถเข็น ซึ่งการรักษาอาจประกอบด้วยวิธีการบำบัด (Hydrotherapy) การดึงกล้ามเนื้อ (Traction) การประคบร้อนหรือเย็น การใช้คลื่นเสียง (Sound Diathermy) และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

1.2 กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เพื่อเน้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองให้มากที่สุดโดยฝึกการใช้แขนและมือ การฝึกประสานสัมผัส โดยเน้นความสามารถที่ต้องใช้ในกิจวัตรประจำวัน เช่น การบิดลูกบิดประตู การชงเครื่องดื่ม และการสอนให้ญาติปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ที่บ้าน

1.3 นันทนาการบำบัด (Recreational Therapy) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์เป็นเวลานาน ควรจัดให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อความบันเทิงบ้าง เช่น กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมเข้าจังหวะ การทำงานศิลปะ เหล่านี้เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยการให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเพิ่มตัวอย่างกิจกรรม

2. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม : เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตได้ในบ้านของตนเองได้ด้วยความปลอดภัย เช่นการจัดให้ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องน้ำ การปิดห้องที่ไม่ได้ใช้หรือไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย การติดรูปหน้าห้องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจดจำได้ง่าย การไม่ใช้กลอนประตูแบบล้อจากด้านในที่บุคคลนอกห้องไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ การใช้ภาพที่มีตัวเลขขนาดใหญ่มองเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมยังมีความสำคัญที่ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปใช้เตาแก๊ส การป้องกันการเปิดน้ำทิ้งไว้ การป้องกันภาวะหกล้ม ได้แก่

2.1 ติดตั้งหลอดไฟชนิดเปิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินบ่อย ๆ

2.2 มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็นและต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย้ายที่บ่อย ๆ

2.3 เตียงนอน เก้าอี้และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะไม่เตี้ยเกินไป

2.4 พยายามให้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้าน ทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอดและขั้นบันไดสม่ำเสมอ

2.5 พื้นห้องสม่ำเสมอและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น โดยเฉพาะในห้องน้ำบริเวณเชื่อมต่อระหว่าง ห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสสิ่งของเกะกะ เช่น พรหมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า

2.6 หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยงเช่น สุนัข แมว ในบริเวณที่อยู่อาศัย

2. การฟื้นฟูสมองเสื่อมด้านจิตใจ (Mental Rehabilitation)

หมายถึง ขบวนการที่พยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและพัฒนา ด้านหน้าที่การทำงานของจิตใจ (Mental Function) ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติ ก่อนทำการฟื้นฟูด้านจิตใจควรประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(Basic Activities of Daily Living : BADL) และกิจวัตรขั้นสูง(Instrumental Activities of Daily Living : IADL) และการรับและการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ประสาทสัมผัสผิวหนัง การรับรู้รสและกลิ่น รวมถึงอารมณ์ และความสามารถใช้พลังงานเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยมีวิธีการฟื้นฟู ดังนี้

1. การฝึกในด้านเชาวน์ปัญญา (Cognitive Training)

เป็นการฝึกผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก โดยมีรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการฝึก หน้าที่ของสมองในด้านเชาวน์ปัญญา(Cognitive Function) ในแต่ละส่วน (Domain) เช่น การฝึกในส่วนของความจำ การมีใจจดจ่อ (Attention) หรือ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving Abilities) และการรับรู้ชื่อ วัสดุใหม่ ลักษณะของกิจกรรมจะถูกกำหนดจากวัตถุประสงค์และสภาพแวดล้อม (Setting) รูปแบบอาจเป็นการใช้การเขียนหรือ การใช้คอมพิวเตอร์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยมีการแบ่งระดับความยากง่ายในการฝึกให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การฟื้นฟูด้านเชาวน์ปัญญา (Cognitive Rehabilitations)

เป็นการใช้วิธีการต่าง ๆ ในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่น

2.1 การรักษาโดยการให้รับรู้ข้อมูลจริงในชีวิตของตัวผู้ป่วย (Reality Orientation Therapy) มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ

2.1.1 การให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง(24 – Hour Informal Process)

การให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง คือ เจ้าหน้าที่จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยในทุกปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมจะถูกจัดวางให้มีเครื่องหมายหรือสัญญาณเพื่อช่วยเตือนผู้ป่วยให้ทราบถึงสถานที่ วัน เวลา ฯลฯ

2.1.2 การจัดกลุ่มลักษณะคล้ายการเรียนรู้ (Intensive Sessions)

โดยการจัดกลุ่มลักษณะคล้ายการเรียนรู้ สำหรับผู้ป่วย 3 – 6 คน วันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

2.1.2.1 ข้อมูลพื้นฐาน (Basic) เน้นที่ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น วัน เวลา สถานที่

2.1.2.2 ข้อมูลทั่วไป (Standard) จะใช้ การกระตุ้นประสาทสัมผัส (Sensory Stimulation) เช่น การอ่าน หรือฟัง และพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีต และปัจจุบัน

2.1.2.3 ข้อมูลที่สูงขึ้น (Advanced) จัดกิจกรรมที่หลากหลาย

2.1.3 ประเภท/ชนิดของการรักษา (Category of)

ผู้ให้การรักษาควรเลือก ประเภทหรือชนิดของการรักษาแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

2.2 การบำบัดโดยใช้กิจกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน (Reminiscence Therapy) ได้แก่

2.2.1 เป็นลักษณะของการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา (Life Review)

2.2.2 ยกตัวอย่างเหตุการณ์ในอดีต (Simple Reminiscence)

อาจดำเนินเป็นกลุ่มหรือเดี่ยว อาจมีโครงสร้างชัดเจนหรือไม่มีก็ได้ บางครั้งอาจมีการพูดคุยถึงเรื่องที่ไม่สบายใจ ซึ่งผู้รักษาจะทำหน้าที่ในการประคับประคองปลอดภัย (Support) การบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยเสื่อมมากกว่าการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา (Life Review)

2.2.3 เป็นการบำบัดโดยการเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา (Life History Work) โดยเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย เป็นการบำบัดโดยการเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตโดยเน้นที่ชีวิตในช่วงปัจจุบันของผู้ป่วย ประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้อง (จดหมาย) รูปภาพ โปสการ์ด วิดีโอ ข่าวที่ตัดจากหนังสือพิมพ์ และภาพอื่น ๆ ที่สำคัญ

2.3 การใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน (Validation Therapy)

การใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกันเป็นการแสดงการยอมรับ รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้ง Verbal และ Nonverbal เช่นการสัมผัส การสบตา หรือน้ำเสียงในการพูดคุย ในกรณีของกลุ่มอาจใช้กิจกรรมอื่น ๆ เป็นวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการสับสน โดยการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยแม้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงอาจจะไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริงก็ตาม เช่น ผู้ป่วย

อาจจะพูดถึงบิดามารดาเสมือนว่าทั้งคู่ยังมีชีวิตอยู่ Validation Therapy มองว่านั่นเป็นการแสดงถึงความต้องการที่อยู่ภายในว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแล

2.4 เป็นการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification)

โดยหลักการพื้นฐานคือ การให้รางวัลสำหรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และงดรางวัลในกรณีที่เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2.5 การบำบัดโดยวิธีกระตุ้นประการสัมผัสทั้ง5 (Sensory Stimulation) ได้แก่

2.5.1 ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

2.5.2 ศิลปะบำบัด (Art Therapy)

2.5.3 สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet Therapy)

สรุป การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีวิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยา โดย การใช้ยา และจะมีการรักษาทางด้านกายภาพบำบัดร่วมกันไปด้วย ซึ่งการรักษาทั้ง 3 ด้านนี้จะรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน เช่นการรักษาโดยการไม่ใช้ยา จะเน้นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนการรักษาโดยการให้ยา จะมีทั้งการใช้ยารักษาในด้านของร่างกายและด้านจิตใจ และทางด้านกายภาพบำบัดจะทำการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกัน

2. ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ
3. ด้านสังคม

ด้านร่างกาย

จากรูวรรณ ต.สกุลและเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (อ้างในสุปราณี สมบูรณ์, 2548) กล่าวว่าโรคสมองเสื่อมจะมีการเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของสมองเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าความต้องการหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและเนิ่นนาน โดยที่ญาติผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วกับการรับภาระหนักทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น จากการศึกษาของลาบินและคณะ (Rabins et al., 1982) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักพบว่าพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่ามีความลำบากใจในการดูแล ได้แก่พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด เดินวนวายในตอนกลางคืน นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้ดูแล เกิดความเหนื่อยล้าและเครียด ซึ่งคัดคลอท แกลล์เซอร์ และคณะ (Kiecolt Glaser et al. อ้างใน จอม สุวรรณโณ 2541) กล่าวว่า

ผู้ดูแลที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อง่าย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน มีการเจ็บป่วยทางกายเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีความเครียดทางด้านร่างกายส่งผลให้มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลง(Ory, Hoffman, Yee,& Tennstedt, 1999)

ด้านอารมณ์และจิตใจ

พนัส ชาญกิจไพศาล (2544) กล่าวถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย มีหลายด้านโดยเฉพาะด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักเพราะผู้ป่วยระยะหลังอาจจำหน้าผู้ดูแล ญาติมิตรไม่ได้ นิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาและต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง จากความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง ว่าทำไมโรคนี้อันตรายเกิดกับสมาชิกในครอบครัวของตน เกิดความเบื่อหน่าย เครียด ท้อแท้ หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ครุ่นคิดถึงแต่ปัญหา

ส่วนThe Brain Killer (อ้างในกัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) กล่าวไว้ว่า เพื่อเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในต่างประเทศ จึงได้แปลและเรียบเรียงข้อมูลจากนิตยสาร นิวส์วีคเรื่องราวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา พอสรุปเป็นสังเขปได้ดังนี้คือ ประวัติของผู้ป่วย ไอนา คอร์เนอร์ ได้เริ่มป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเมื่ออายุได้ 71 ปี เธอเป็นแม่ของลูก ๆ ที่โตหมดแล้วถึง 6 คนด้วยกัน รวมทั้งเป็นย่าและยายของหลาน ๆ อีก 7 คน สำหรับลูก ๆ ของเธอนั้นนึกถึงแม่ในแง่ของผู้ที่แข็งแรงและมีจิตใจดีอยู่เสมอแต่โชคร้าย โรคสมองเสื่อมที่เธอเป็นอยู่นี้ได้ทำลายเธอไปทีละน้อย ๆ จนไม่สามารถจำได้ว่า เธอเป็นใคร อยู่ที่ไหนและเมื่อเริ่มลับสนก็มักจะกลบเกลื่อนด้วยรอยยิ้มและจะพูดด้วยประโยคที่ซ้ำ ๆ กันว่า “คุณทำได้ดีที่สุดแล้ว” สำหรับในเรื่องความจำนั้น บางครั้งเธอก็จำลูก ๆ ของเธอได้ บางครั้งก็จำไม่ได้ นึกว่าเป็นพี่สาว น้องสาวหรือญาติคนอื่น ๆ ไอนาไม่สามารถอาบน้ำได้เองเพราะเปิดฝักบัวเองไม่ได้ ฉะนั้นจึงเป็นหน้าที่ของลูกสาวและลูกชายที่จะต้องช่วยกันดูแลเธอตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (นอกจากเวลาที่เธอหลับ) ซึ่งนับว่าเป็นงานที่ต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างสูง ประกอบกับความรักความเข้าใจและจิตสำนึกในหน้าที่ที่ลูก ๆ จะพึงมีต่อผู้เป็นแม่ ระยะเริ่มแรก ไอนา เริ่มป่วยเมื่อ 4 ปีก่อนเมื่อลูก ๆ ของเธอซึ่งอยู่ห่างบ้านเธอไปเพียง 1 ชม. เริ่มสงสัยว่าเธอเป็นโรคสมองเสื่อมโดยสังเกตได้ว่าเธอเริ่มพูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ แต่ก็คิดว่าอาจจะเพราะว่าอายุมากแล้ว แต่พวกลูกหลานก็รู้สึกว่าเป็นมากขึ้นทุกที ๆ โดยเฉพาะบิล ซึ่งเป็นลูกชายคนเล็กอายุประมาณ 30 ปี ที่อยู่กับเธอนั้นพบว่าหลายครั้งที่เขากลับบ้านมาตอนตี 2 หรือ ตี 3 และพบแม่กำลังกวาดพื้นครัวอยู่และไม่ยอมไปนอน

นอกจากนั้นยังพบว่าแม่ใส่เสื้อผ้าซ้ำอยู่ทุกวัน โดยมีงานที่ทานอาหารเสร็จแล้ววางค้างอยู่ในที่เดิม และที่สำคัญคือเธอไม่สามารถจำได้ว่าใครเป็นผู้โทรศัพท์มา ทั้ง ๆ ที่ฟังวางหูลงไปใหม่ ๆ สำหรับ แคทรีย์ ซึ่งเป็นบุตรสาวอีกคนหนึ่งของไอนา มีครอบครัวแล้วและอาศัยอยู่ในซานเมื่องซึ่งมีระยะห่างออกไปประมาณ 45 นาที แคทรีย์พบว่า มีใบเสร็จที่ยังไม่ได้จ่ายเงินค้างอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งยังไม่ได้จ่ายค่าภาษีเงินได้อีกด้วย เพราะไอนานั้นยังคงทำงานอยู่ถึงแม้ว่าจะลาหยุดบ่อย และดูเหมือนสับสนและมีปัญหาในงานที่ทำมากขึ้นทุกที ทั้ง ๆ ที่ปกติแล้วเธอเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงมาก ลูก ๆ จึงเริ่มสงสัยว่าไอนาคงจะเริ่มเป็นโรคหลงลืมซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากการขาดวิตามินหรืออาการเศร้าซึมต่าง ๆ ก็เป็นไปได้ สมาชิกในครอบครัวจึงได้ปรึกษารืออกันเพื่อที่จะให้ไอนาอยู่อย่างดีที่สุด และได้จัดการให้แฟรงค์และแมรีซึ่งเป็นบุตรชายและบุตรสะใภ้ให้มาอยู่ด้วยกันกับไอนาเพื่อคอยดูแลและช่วยเหลือโดยเชื่อว่าอาการหลงลืมนั้น อาจจะหายไปถ้าได้รับการเอาใจใส่และดูแลด้วยความรักความเข้าใจตลอดจนการรักษาโดยแพทย์ที่ชำนาญทางด้านนี้ โดยเฉพาะ ส่วนลูกๆของไอนานั้นยอมรับว่าบางครั้งก็เบื่อกับที่เฝ้าดูแลแม่ตลอดเวลา เพราะแต่ละคนก็มีธุระยุ่งและมีครอบครัวตัวเองที่จะต้องดูแลเช่นกัน ฉะนั้นอนาคตจึงเป็นสิ่งที่พวกเขาทุกคนกังวลกันมากเพราะต่างก็ยอมรับว่าไอนาคงจะต้องไปอยู่ที่สถานพยาบาลสักวันหนึ่งข้างหน้า แต่ก็พยายามที่จะยืดเวลานั้นให้ออกไปมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ทราบใดที่เขาสามารถทำให้แม่เขามีความสุขสบายได้ เขาก็จะพยายามที่จะอยู่เคียงข้างเธอตลอดไป ผู้ดูแล มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า ในกรณีที่มีผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นรายหนึ่ง ก็มักจะมีผู้ป่วยที่สองเกิดขึ้นตามมาด้วยเสมอ จากการศึกษากลกระทบบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย The Brain Killer (อ้างในกัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) พบว่าผลกระทบจากความกดดันทางด้านอารมณ์ และร่างกายจะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วย คือผู้ดูแลมักจะติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้โดยง่าย

และศิริพันธ์ สาสัตย์ (2543) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นเรื่องยากยิ่งสำหรับผู้ดูแลและเป็นความยากยิ่งกว่าการต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังสามารถในการสื่อสารกับผู้ดูแล ผู้ดูแลที่จะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ดีจึงจำเป็นต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งสร้างความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอรีและคณะ (Ory et al., 1999) พบว่าผลกระทบของผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นที่ไม่ใช่โรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ได้แก่ ความเครียดทางร่างกาย ความเครียดทางอารมณ์ และความเครียดทางการเงิน และ

ยังได้มีการศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวผู้ดูแลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า และพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และร้อยละ 24 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ใช้น้ำดื่มซึมเศร้า (Clark & King, 2003) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ วรณิกา สมนาวรรณ (2537) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหา เกิดความอับอาย น้อยใจในสภาพชีวิตของตนเองและ รู้สึกผิด

ด้านสังคม

ศิริวรรณ คณะนอก (2551) ได้ศึกษาถึงผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลและเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพใน 2 ส่วน คือ ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับผู้ป่วยและปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยของโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมประสบกับปัญหาในการประกอบกับกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลและการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและเกิดความเครียดซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการทุบตีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม การทำร้ายด้วยวัตถุหรืออาวุธการผูกมัด การพุดจาข่มขู่ การขาดความเคารพยกย่อง การกระทำเหล่านี้นับว่าเป็นการทารุณกรรม (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราบิน (Rabins et al., 1998) พบว่า ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ นั่นคือเมื่อญาติคิดว่าอาการโรคของผู้ป่วยเป็นการรบกวนต่อเขาแล้วเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านั้นออกมาก็ย่อมจะทำให้ญาติมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งอาจรุนแรงจนเป็นการทารุณกรรมต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้พบว่า การที่มีผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างคนที่ เป็นโรคสมองเสื่อมกับคนอื่นในครอบครัวทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้องผู้ดูแล จนถึงขั้นทะเลาะวิวาทสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน (วรรณิกา บุญระยอง, 2543) และจากการศึกษาของ โอรีและคณะ (Ory et al., 1999) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบและร้อยละ 52 ไม่มีเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัว จากการดูแลที่ต้องใช้เวลาเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ต้องตัดขาดจากสังคมภายนอก เพราะไม่มีเวลาไปข้างนอก เช่นเดียวกับเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องให้การดูแลเกือบทั้งวันก็จะส่งผลให้ไม่สามารถออกไปทำงานหารายได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้ หรือมีรายรับน้อยลง นอกจากนี้เมื่ออาการมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลก็ต้องเพิ่ม

มากขึ้นด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องมีผลกระทบในเรื่องของค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นด้วย (พนัส ชาญญะกิจไพศาล, 2544)

สรุป ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจและด้านสังคม ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องมีความพร้อมในการดูแลในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

3. ความเครียด

3.1 ความหมายของความเครียด

ความหมายของความเครียด จากการศึกษาวิตยานิพนธ์และนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามความหมาย ความเครียด ดังนี้

รัตนภรณ์ ดวงธรรม (2547) กล่าวว่าความเครียดหมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มีคุกคามทั้งร่างกาย จิตใจ แล้วทำให้เสียสมดุลของร่างกาย ปฏิบัติการตอบสนองตอบนี้มักขณะเฉพาะในแต่ละคนไม่เหมือนกัน อาจปรากฏออกมาทางพฤติกรรมทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

เปรม วาทบัณฑิตกุล (2552) กล่าวว่าความเครียดหมายถึงภาวะที่บุคคลคิดว่าถูกคุกคามก่อให้เกิดความไม่สบายใจ สับสนวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากบุคคลรับรู้เหตุการณ์หรือประเมินสิ่งที่ผ่านมาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามในร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาหลายอย่าง เช่นการดึงกลไกป้องกันตัวออกมาใช้ การเปลี่ยนพฤติกรรมหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อทำให้ความรู้สึกบางอย่างคลายลง สบายขึ้นและรักษาสมดุลเอาไว้ให้ได้

เขวณา เชื้อเมืองพาน (2549) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดันหรือถูกบีบคั้นแล้วทำให้รู้สึกทุกข์ ทรมานใจ วิตกกังวล ว้าวุ่นใจ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติในร่างกายของคนเราไปด้วย

รัศมี รักรวงศ์ (2551) กล่าวว่าความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลขาดความสมดุลทางร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาโดยใช้ประสบการณ์เป็นสิ่งที่คุกคามหรือไม่ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาสนองตอบหลายอย่างที่แสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมและการนึกคิด

รัตติกาล ใจหมั่น (2551) กล่าวว่าความเครียด หมายถึง ความไม่สมดุลภายในบุคคล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินบุคคลซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามาในประสบการณ์และสิ่งนั้น เป็นสิ่งคุกคามและเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและความคิด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดการกับความเครียดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ให้เป็นความเครียดที่ส่งผลในทางบวก

กมลมาลย์ อุปพันธ์ (2551) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกว่าคุณกดดัน ก่อให้เกิดความวิตกกังวล สับสนไม่สบายใจ เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และแสดงความคิดปกติต่าง ๆ ในรูปแบบของเกิดการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต

3.2 สาเหตุของความเครียด

Engel (อ้างในกมลมาลย์ อุปพันธ์, 2551) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียเป็นการสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือทรัพย์สินสมบัติของตน ก็ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย สูญเสียญาติสนิท การสูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาทในสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจ โดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความซับซ้อนใจ อันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์ จิตใจ และทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ก็จะเกิดเป็นความคับข้องใจ แสดงออกมาในรูปของความเครียด เช่น ความหิว ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นต้น

Brown and Moberg (อ้างในกมลมาลย์ อุปพันธ์, 2551) กล่าวว่าความเครียดเกิดจากเรื่องต่าง ๆ หลายด้าน เช่น

1. เรื่องอาชีพการงาน ถ้าคนเรามีงานมากเกินไปหรือเป็นงานที่ย่างยากกระทำได้ลำบากหรืองานนั้นมีปัญหาและอุปสรรคมาก ก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้

2. เรื่องบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในสังคม ในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น บางครั้งคนนั้นตั้งความหวังหรือคาดหวังว่าตนจะทำอย่างนั้นให้ได้ แต่เมื่อไม่เป็นไปดังที่คาดหวังก็เกิดความเครียดในบางกรณี กลับเป็นว่าผู้อื่นคาดหวังว่าตนจะต้องมีบทบาทอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ถ้าไม่เป็นไปตามที่บุคคลอื่นหวังก็จะทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น เมื่อคนเรามีความขัดแย้งกันทำให้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ก็จะทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3. เรื่องสภาพแวดล้อม สถานที่ที่อยู่แออัดคับแคบ ขาดอิสระ คนเรารู้สึกเครียด หรือสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง การมีฝุ่นรบกวน เหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดความเครียดเช่นเดียวกัน

4. เรื่องอุปนิสัยส่วนบุคคล เป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวที่แต่ละบุคคลจะต้องปรับตัวไปตามครรลองของการดำเนินชีวิต แต่เนื่องจากมีอุปนิสัยที่ปรับตัวยากหรือมีนิสัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความขัดแย้ง ก็จะเกิดความเครียดได้ง่าย เช่น มีนิสัยใจร้อน โกรธง่าย หรือเป็นคนช่างวิตกกังวลเป็นคนเอาแต่ใจตนเอง เป็นต้น ดังนั้นในชีวิตที่มีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการเงิน การแต่งงาน การมีบุตร ฯลฯ ก็อาจปรับตัวลำบากและเกิดความเครียดได้บ่อยความเครียดเช่นเดียวกัน

3.3 ผลกระทบของความเครียด

กรมส่งเสริมสุขภาพจิต(2541) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดไว้ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) ความเครียดในระดับนี้มีน้อยและสั้นสุดในระยะเวลาอันสั้นอาจนานเพียงเสี้ยววินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องหรืออยู่กับเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยที่เกิดในชีวิตประจำวันจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา จะเพิ่มความสามารถในการทำงานให้สูงยิ่งขึ้น

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดในระดับนี้อาจยาวนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และรุนแรงกว่าระดับแรก ผลกระทบต่อบุคคลมีมากกว่าระดับแรก เช่น ความเครียดจากภาระงานที่หนัก ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในลักษณะที่ทำอะไรช้า ๆ บ่อย ๆ เช่น กินมาก นอนไม่หลับ ตลอดจนคิดยา คิดเหล้าได้

3. ความเครียดในระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะยาวนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นปี ระดับที่มีความรุนแรงมาก อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุรวมกัน เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การหย่า การถูกตัดสินจำคุก หรือการเจ็บป่วยในระยะรุนแรง ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ มากมาย ดังนี้

1.1 ผลเสียทางด้านร่างกาย เกิดจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้ระบบการทำงานของร่างกายบกพร่องด้วย ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ

เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง อาการแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง ผม่วง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน

1.2 ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ ให้การรับรู้เสื่อมลงบิดเบือนไปจากความจริง เชื่อสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงไม่สนใจสิ่งรอบตัว ความคิดสับสน ความจำลดลง สมาธิลดลง ตัดสินไม่ได้ อารมณ์แปรปรวน แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม โกรธ และหงุดหงิดง่าย แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ มีความรู้สึกด้อยค่า พฤติกรรมหวาดระแวง ย้ำคิดย้ำทำ หวาดกลัว นอนไม่หลับ สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะที่มีความเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

1.3 ผลเสียทางด้านความคิด ทำให้กระบวนการคิดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ยังเป็นโทษกับตนเองเป็นผลให้เกิดความเครียดวิตุน ความเครียดที่เกิดจากสภาพการณ์ที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

1.4 ผลเสียทางด้านพฤติกรรม ความเครียดส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางและการพูดและยังมีผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การนอนไม่หลับ กินมากกว่าปกติ ย้ำคิดย้ำทำ ปลีกตัวจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูต่อผู้อื่น มีการระบายอารมณ์ ทำงานได้น้อยลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดิทยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย

1.5 ผลเสียต่อครอบครัว บุคคลเครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความรู้สึกหรือพฤติกรรมทางลบกับคนใกล้ชิดในครอบครัวก่อให้เกิดผลเสียตามมา ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง โต้เถียงกันในเรื่องไม่เป็นเรื่อง ไม่มีความเข้าใจกัน ไม่ใช่เหตุผลในการพูดคุย

1.6 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการทำงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ทัศนาศา บัญทอง (อ่างใน จันทนา แสงสว่าง, 2546) กล่าวว่า วัฏจักรของความเครียดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่มีความเครียดเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ตลอดจนสังคมอีกด้วย ในด้านการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีผลกระทบดังนี้

1. ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย
2. ผลกระทบของความเครียดต่อด้านจิตใจ ความเครียดในช่วงแรกจะช่วยส่งเสริมสติปัญญาให้บุคคลพร้อมที่จะทำงานและมีสมาธิในการแก้ปัญหา แต่ถ้าระดับความเครียดสูงขึ้น บุคคลจะกระสับกระส่าย กระวนกระวาย มีอาการหงุดหงิดและโกรธง่าย หรือมีพฤติกรรมตรงข้ามคือเฉยชา
3. ความเบื่อหน่าย เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดอาการท้อแท้ อ่อนเพลียทางร่างกาย มีความรู้สึกความเป็นบุคคลของตนเองลดลง เป็นสาเหตุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลลดลง กลุ่มอาการเหล่านี้พบได้ในกลุ่มบุคคลมีอาชีพกับคน เช่น ครู พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

สรุปผลกระทบจากความเครียด จะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดตั้งแต่ระดับต่ำไปจนถึงระดับความเครียดสูง ซึ่งความเครียดนี้จะส่งผลกระทบไปถึงครอบครัว เศรษฐกิจและคนรอบข้าง

4. การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด เป็นวิธีการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่สมดุลของความต้องการ ความสามารถ และทรัพยากร คนส่วนใหญ่เห็นว่า ความเครียดเป็นสิ่งเลวร้าย แต่ถ้ารู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มพลังในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (อ้างใน ดร.ฉวี สิ้นสุริยศักดิ์, 2550) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียด และตระหนักถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา
2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้าย เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถจะกระทำอะไรได้ เป็นต้น

การเผชิญกับความเครียดนั้น มีอยู่ 5 วิธี คือ

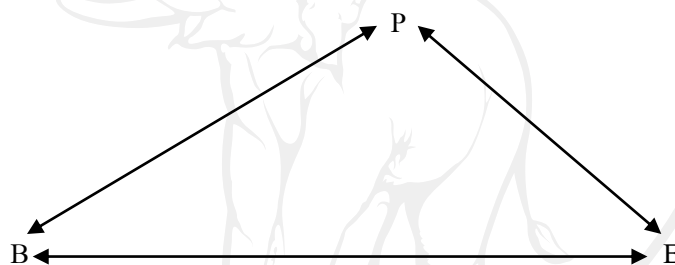
1. การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข
2. การกระทำโดยตรง (Direct Action) เป็นการกระทำ เพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
3. การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of Action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย
4. การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่าย
5. การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น ปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

สรุป การจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะแตกต่างกับความเครียดจากสาเหตุอื่น ๆ เนื่องจากผู้ดูแลต้องกลับมาอยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลต้องค้นหากระบวนการในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง โดยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุขหรือทำให้ระดับความเครียดที่มีอยู่ลดลง ตัวของผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน จึงใคร่นำเสนอ ทฤษฎีที่น่าสนใจทฤษฎีหนึ่งที่จะนำมาช่วยในกระบวนการจัดการความเครียดได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Albert Bandura ซึ่งมีรายละเอียดของทฤษฎีดังนี้

5. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) กล่าวถึงทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมว่า เป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura ซึ่งได้เสนอแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก แต่ว่าเป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ (Acquired) ให้ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว ถึงแม้ว่าจะยังไม่มี การแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ของ Bandura จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นที่จะต้องมีการแสดงออก และการแสดงออกของพฤติกรรมก็จะ

สะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ ยกตัวอย่างเช่น การที่คนที่ชอบตีเทนนิสได้ดูการแข่งขันเทนนิส และสนใจทำตีเทนนิสของนักเทนนิสที่แข่งขันพร้อมทั้งจำวิธีการตีในท่าต่าง ๆ เอาไว้ในความจำของตนเอง ซึ่งกระบวนการเพียงแค่นี้ Bandura ก็ถือว่าได้เกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้วและเมื่อบุคคลนั้นมีโอกาสที่เหมาะสม เช่น ได้ไปตีเทนนิสกับเพื่อนเขาก็อาจจะแสดงท่าทางการตีเทนนิสในลักษณะของนักเทนนิสที่เขาเคยดูก็ได้ นั่นก็เป็นการพิสูจน์ว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วจริง ๆ ส่วนในเรื่องของพฤติกรรม Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล(ปัญญา ชีวภาพและสิ่งภายในอื่น ๆ) ร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกัน ในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะเขียนได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เป็นการแสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และ ส่วนบุคคล (P) ซึ่งได้แก่ ปัญญา ชีวภาพ และปัจจัยภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

Bandura (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า การที่ทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ไม่ได้หมายความว่าทั้งสามปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

Greenough et al., (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า เพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้นจะขอพิจารณาปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันทีละคู่ คู่แรกระหว่าง P ↔ B ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจ เป็นการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก มีผลต่อการที่บุคคลแสดงพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันผลจากการกระทำของบุคคลก็จะ

เป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบสมองและการรับรู้ที่ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

การกำหนดซึ่งกันและกันของ $E \leftrightarrow P$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการสนองตอบทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบการสอนและการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันจากสภาพสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายของเขา เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ และความน่าสนใจของร่างกายที่ค่อนข้างจะแตกต่างออกไป และจากสิ่งที่เขาพูดและทำ นอกจากนี้การสนองตอบนั้นขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของเขาอีกด้วย เช่นเด็กที่ถูกมองว่าเป็นเด็กก้าวร้าวจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างไปจากเด็กที่ถูกมองว่าไม่กล้าแสดงออก เป็นต้น การกำหนดซึ่งกันและกันของ $B \leftrightarrow E$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนจะไม่มีอิทธิพลต่อเด็ก จนกว่าเด็กจะเข้าเรียน ผู้ปกครองจะไม่ชมเด็กถ้าเด็กยังไม่แสดงพฤติกรรมที่จะให้ชม เป็นต้น เนื่องจากทั้งพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดขึ้นและเป็นทั้งผลผลิตของสภาพแวดล้อมการมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการสังคมประกิดจากเดิมซึ่งมองว่าผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อเด็กเช่นใด มาเป็นทั้งผู้ปกครองและเด็กมีอิทธิพลต่อกันและกันเช่นใดแทน นอกจากนี้จะสรุปปัจจัยทั้ง 3 ที่กำหนดซึ่งกันและกันแล้ว Bandura ยังได้ขยายแนวคิดของการเสริมแรงออกไปอีก โดยที่เขากล่าวว่า การเสริมแรงมิได้ทำหน้าที่เพียงแต่ทำให้พฤติกรรมเพิ่มขึ้นเท่านั้น หากแต่แล้วยังมีหน้าที่ อื่น ๆ อีก ซึ่งเขาบอกว่าการเสริมแรงนั้นทำหน้าที่ 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ทำหน้าที่เป็นข้อมูลให้บุคคลรู้ว่าควรจะทำพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใดในอนาคต การเสริมแรงด้วยตัวของมันเองจะไม่ทำให้พฤติกรรมของบุคคลเพิ่มขึ้น แม้ว่าบุคคลนั้น จะเคยได้รับการเสริมแรงมาก่อนแล้วก็ตาม ถ้าเขามีความเชื่อ จากข้อมูลอื่น ๆ ว่าการแสดงพฤติกรรมในลักษณะเดียวกันนั้นจะไม่ได้รับการเสริมแรงในอนาคต

2. ทำหน้าที่เป็นสิ่งที่จูงใจเนื่องจากประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าการกระทำบางอย่างจะทำให้ได้รับการเสริมแรง การที่บุคคลหวังถึงผลกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนี้ก็จะกลายเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมที่จะกระทำในปัจจุบันทำให้บุคคลเพิ่มโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในเวลาต่อๆ มา

3. ทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรง นั่นคือเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม แต่ทว่าการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมได้ดั้นนั้น บุคคลจะต้องตระหนักถึงการที่จะได้รับการเสริมแรงนั้นด้วย การเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมของบุคคลที่เคยเรียนรู้มาแล้วแต่ก่อนข้างจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในธรรมชาติโดยไม่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้ Bandura จึงมีความเชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการด้วยกันคือ

1. แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulatory)
3. แนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

Bandura (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้ว ยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนี้ ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบ ๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการได้ยินและได้เห็นโดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของสังคมโดยการผ่านสื่อแทบทั้งสิ้น ตัวแบบนี้แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นลักษณะ(Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสืออนิเมชัน เป็นต้น

ซึ่งการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบของ Bandura นี้จะประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มาจากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง พบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกนั้นควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากองค์ประกอบของตัวแบบแล้วยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเก็บจำคือการเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และ โครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

3. กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้น มาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง แลการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อย ๆ ต่าง ๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของ และการประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่ง ล่อใจ ความกล้าเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคมและมาตรฐานภายในของตนเอง

การกำกับตนเอง (Self-Regulation)

Bandura (อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เรานั้น ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้ Bandura เรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง การกำกับตนเองนี้ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ความปรารถนาของคนเรายังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงถ้าขาดหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลควรจะได้รับ การฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือ บุคคลต้องรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้นส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตตนเองนั้น Bandura ได้เสนอว่าควรมีด้านต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาอยู่ 4 ด้าน คือ ในด้านของการกระทำ ซึ่งผู้ที่สังเกตตนเอง ควรจะตัดสินใจว่าจะสังเกตตนเองในมิติใดของการกระทำของตน ซึ่งมีมิติต่าง ๆ ของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกตได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณความริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรมและความเบี่ยงเบน ทั้งนี้การที่จะเลือกสังเกตที่มิติใดของพฤติกรรมนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกตและลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลักเช่นถ้าต้องการสังเกตการณ์วิ่งของนักกีฬา จะต้องสังเกตในมิติของความเร็ว หรือถ้าต้องการสังเกตว่าหลังการฝึกทักษะทางสังคมแล้ว การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นเช่นใด อาจจะสังเกตในมิติของความสามารถในการเข้าสังคม เป็นต้น การสังเกตตนเองทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการคือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่แต่การที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลาย ๆ อย่าง เช่นการวินิจฉัยตนเอง ซึ่งมักจะพบว่าคนเราไม่ค่อยจะตระหนักกับสิ่งที่ตนเองกระทำเป็นนิสัย การสังเกตตนเองจะทำให้บุคคลสามารถวินิจฉัยได้ว่าในเมื่อใจใดควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้นจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ก็ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านการจูงใจตนเอง เนื่องจากพบว่าบางครั้งการจูงใจตนเองก็นำไปสู่การเพิ่มของพฤติกรรม และการลดพฤติกรรมบางครั้งไม่มีผลต่อพฤติกรรมที่สังเกตนั้นเลย ดังนั้นก็จะขึ้นอยู่กับ

กับการจูงใจของตนเองด้วย ซึ่ง Bandura (1986) กล่าวว่า การที่คนเราจะเกิดแรงจูงใจตนเองนั้น น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง Bandura พบว่า ถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมนั้นสั้นก็ย่อมจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ ก็จะส่งผลให้คนเรารู้สึกว่าควรที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหรือไม่ อย่างเช่น ความต้องการลดความอ้วน การบันทึกจำนวนแคลอรีของอาหารที่รับประทานแต่ละมื้ออย่างทันทีทันใดจะส่งผลให้พฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังเกิดขึ้น ได้ดีกว่าบันทึกในตอนก่อนนอนของแต่ละวัน

1.2 การให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลป้อนกลับนี้ได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรจะเป็นข้อมูลป้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะถ้าข้อมูลป้อนกลับนั้นคลุมเครือก็ย่อมจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.3 ระดับของแรงจูงใจ คนที่มีแรงจูงใจสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะตั้งพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเองและประเมินความก้าวหน้าดังกล่าวด้วยตนเอง ก็จะทำให้การสังเกตตนเองมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าการที่บุคคลที่ขาดแรงจูงใจพัฒนาตนเอง

1.4 คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต แนนอนถ้าพฤติกรรมที่สังเกตนั้นมีคุณค่ามาก ปฏิบัติการสนองตอบสูงเมื่อได้เห็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองจึงจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่มีคุณค่าบุคคลก็ย่อมจะไม่สนใจมากนักต่อการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าว

1.5 การเน้นที่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว พฤติกรรมและการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจะเปลี่ยนแปลงถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การได้รับรางวัล การเน้นการสังเกตความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรมจะทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมที่ปรารถนามากกว่าที่จะไปสังเกตความล้มเหลวของการแสดงพฤติกรรม

1.6 ระดับความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมที่สังเกตนั้นถ้าบุคคลรู้ว่าอยู่ในความสามารถที่จะควบคุมได้ก็จะมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าพฤติกรรมที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สามารถจะควบคุมได้

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไม่มากนักถ้าปราศจากกระบวนการตัดสินใจถ้าข้อมูลดังกล่าว นั้นเป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมิน ปฏิบัติการตอบสนองทางสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจากการสังเกตตัวเอง ซึ่ง

Bandura ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐานจากกระบวนการตัวแบบ นอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจคือการเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคมที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเองและการเปรียบเทียบกับกลุ่มกระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อบุคคลถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคลแต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไรต่อกระบวนการตัดสินใจนั้นก็กระทำมาจากความสามารถและการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจเท่าใดนักถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self Reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจนั้นจะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ของผลที่ได้เป็นสิ่งของที่จับต้องได้หรือในแง่ของความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในของบุคคลก็จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ที่ทำให้บุคคลคงระดับการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจใฝ่ให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) กล่าวถึงงานของ Bandura ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองนั้นไว้ว่าในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถเราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่ายและจะประสบความสำเร็จใน

ที่สุด(Evans,1989) เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ Bandura ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่เกิดขึ้น (Bandura, 1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว อย่างเช่นที่นักกีฬาเชื่อว่าเขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นแต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้นไม่ได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ ซึ่งการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่นั้นมิใช่เป็นการคาดหวังผลที่เกิดขึ้นซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ

Evans(อ้างใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภามิต, 2536) ได้กล่าวไว้ว่าในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่า มีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ(Mastery Experiences)ซึ่งBandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการกระทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะ

กระทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเห็นมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Event, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่บ่อยได้ผลดีบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้นบุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

6. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

สุมนทนา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา (2555) ได้กล่าวถึงกระบวนการกลุ่มไว้ดังนี้ กระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ผู้เรียนแต่ละกลุ่มจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีแรงจูงใจร่วมกันในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยที่แต่ละคนในกลุ่มมีอิทธิพลต่อกันและกัน การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในระยะแรกเป็นไปเพื่อการฝึกทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ การพัฒนานุคลิกภาพ การให้คำปรึกษาและแนะแนว ในปัจจุบันได้มี

การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ในการเรียนการสอนวิชาต่าง ๆ หลักการสำคัญของกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ผู้เรียนจะต้องเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ และการสร้างสรรค์ความรู้โดยกลุ่มนักศึกษาและครูสามารถนำหลักการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนได้ (ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ : 2540) ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะจัดออกมาในหลาย ๆ รูปแบบดังนี้

1. เกม เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เล่น มีกฎกติกาไม่สลับซับซ้อน จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนานในการเรียน ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ ฝึกความมีน้ำใจ เป็นนักกีฬา
2. บทบาทสมมติ กลุ่มผู้เรียนจะต้องแบ่งบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่สมมติขึ้น เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ที่ดี เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง
3. กรณีตัวอย่าง เป็นการเรียนจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสถานการณ์ที่เหมือนจริง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปราย เพื่อฝึกฝนการแก้ปัญหา
4. การอภิปรายกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่กลุ่มสนใจร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มอาจมีสมาชิกประมาณ 6-12 คน โดยมีผู้ดำเนินการอภิปราย สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย การอภิปรายทำได้หลายลักษณะ ผู้สอนจะต้องเลือกตามความเหมาะสม

7.การถอดบทเรียน

เลิศชาย ปานมุข (2555) ได้ให้ความหมายของการถอดบทเรียนไว้ว่า การถอดบทเรียน คือ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่าการถอดบทเรียน ก็เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่างกรปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

รูปแบบการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ

1. การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น เป็นการถอดบทเรียนที่เน้นเฉพาะกิจกรรมสำคัญของโครงการ และสามารถนำผลการถอดบทเรียนจากกิจกรรมนั้นๆ ไปใช้ประโยชน์ในพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จในอนาคต (Best Practice)

2. การถอดบทเรียนทั้งโครงการ เป็นการถอดบทเรียนทั้งระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ความเป็นมาของโครงการ กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการการถอดบทเรียนทั้ง 2 ลักษณะ ต้องใช้การวิเคราะห์เชิงลึก เช่น วิเคราะห์ด้วย SWOT เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ผลของการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนการถอดบทเรียน ขั้นตอนการถอดบทเรียนมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน
2. ขั้นดำเนินการถอดบทเรียน
3. ขั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน
4. ขั้นติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน

1.1 สร้างทีมงานถอดบทเรียนที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริง ประมาณ 3-6 คน พร้อมทั้งทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

1.2 เรียนรู้ทีมงานถอดบทเรียนโดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในทีมงาน เน้นการเคารพซึ่งกันและกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และความเท่าเทียมกัน

1.3 วิเคราะห์โครงการ เพื่อให้ทีมงานมีความเข้าใจตรงกันในแต่ละหัวข้อในโครงการ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมในโครงการ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และงบประมาณ

1.4 กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานถอดบทเรียน ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

1.4.1 หัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อ เป็นผู้ที่ทำให้การถอดบทเรียนดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด 3

1.4.2 ผู้อำนวยการกระบวนการเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้น จึงต้องมีทักษะในการตั้งคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้วิเคราะห์สาเหตุของความสำเร็จและ อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

1.4.3 ผู้จัดบันทึก เป็นผู้จัดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน พร้อมทั้งเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่น่าสนใจตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

1.4.4 ผู้ประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือให้ทีมงานถอดบทเรียนมีความสะดวกในการติดต่อระหว่างสมาชิกทีมงานถอดบทเรียนเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างดีรวมทั้งประสานความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน

1.5 จัดทำ แผนภูมิ โครงร่างกระบวนการถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.5.1 หัวข้อกิจกรรมที่ต้องการถอดบทเรียน

1.5.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการถอดบทเรียน

1.5.3 เลือกวิธีการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

1.5.4 กำหนดขั้นตอนในการถอดบทเรียนตามลำดับก่อนหลัง

1.5.5 กำหนดประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน โดยเรียงลำดับตั้งแต่เริ่มต้น

จนกระทั่งสิ้นสุด

1.5.6 กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการถอดบทเรียน พร้อมทั้งจัดทำเอกสารถอดบทเรียน

1.6 เลือกเทคนิคการถอดบทเรียน ควรเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ทีมงานถอดบทเรียนและผู้ร่วมถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานและได้บทเรียนพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น เช่น เทคนิคการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review, AAR)

1.7 จัดทำปฏิทินการถอดบทเรียน เพื่อวางแผนการดำเนินการถอดบทเรียนของแต่ละกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยหัวข้อที่ควรปรากฏในปฏิทินการถอดบทเรียน ได้แก่ ลำดับที่ของกิจกรรม ประเด็นกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ผู้รับผิดชอบกิจกรรม และวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม

2. ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ทีมงานแจ้งกำหนดการ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะดำเนินการถอดบทเรียนให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนทราบล่วงหน้า ในขั้นนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การถอดบทเรียน และการบันทึกบทเรียน

2.1 การถอดบทเรียนมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

2.1.1 การสร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนมีความผ่อนคลายเป็นกันเอง ซึ่งอาจใช้เพลงหรือเกมในการละลายพฤติกรรม รวมทั้งผู้อำนวยกระบวนการควรชี้แจงถึงความเสมอภาคและสิทธิในการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมการถอดบทเรียน

2.1.2 การกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยกติกาควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

2.1.2.1 เป้าหมายการถอดบทเรียนคืออะไร มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร

2.1.2.2 วิธีการถอดบทเรียนใช้วิธีอะไร เช่น ใช้การระดมความคิดเห็น เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และไม่ได้เลี้ยงหรือทะเลาะวิวาท

2.1.2.3 หน้าที่ของผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นอย่างไร เช่น ทุกคนให้ข้อเสนอแนะยอมรับความจริง และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

2.1.2.4 ข้อพึงระวังในการถอดบทเรียนควรเป็นอย่างไร เช่น ไม่ตำหนิและไม่ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

2.1.3 การจัดกิจกรรมอุ่นเครื่อง ผู้อำนวยการชวนการชี้แจงให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สามารถทบทวนความทรงจำจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

2.1.4 การเข้าสู่ประเด็นสำคัญของการถอดบทเรียนเป็นขั้นตอนสำคัญในการสกัดความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.4.1 การเล่าประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

2.1.4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงานกับวิธีการปฏิบัติงานจริง

2.1.4.3 การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ทำได้เป็นอย่างดี

2.1.4.4 การให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น

2.1.4.5 การวิเคราะห์อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

2.1.4.6 การให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

2.1.4.7 ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

2.1.4.8 การประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

ทั้งนี้ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียนและจดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

2.2 การบันทึกบทเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

2.2.1 การเตรียมตัวก่อนบันทึกบทเรียน เป็นขั้นตอนที่ผู้จัดบันทึกควรเตรียมความพร้อมก่อนบันทึกบทเรียนใน 4 ประเด็นคือ

2.2.1.1 ศึกษารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน

2.2.1.2 ศึกษารายละเอียดการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกรอบแนวคิด
ขั้นตอนการถอดบทเรียน และประเด็นคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน

2.2.1.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการถอดบทเรียน

2.2.1.4 เตรียมความพร้อมด้านทางด้านร่างกายจิตใจ

2.2.2 การบันทึกข้อมูลการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ต้องจดบันทึกระหว่างการ
ถอดบทเรียน คือ

2.2.2.1 ข้อมูลขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน

2.2.2.2 ข้อมูลการเล่าเรื่อง การวิเคราะห์ และการอภิปรายของผู้ร่วม
ถอดบทเรียน

2.2.2.3 ข้อมูลบรรยากาศของระหว่างการถอดบทเรียน

2.2.3 การสรุปและรายงานการถอดบทเรียน ผู้จดบันทึกต้องอ่านรายงานการ
ถอดบทเรียนให้ที่ประชุมของผู้ร่วมถอดบทเรียนและทีมงานการถอดบทเรียนได้รับทราบข้อมูลที่
จดบันทึกไว้เพื่อให้มีการปรับแก้และเพิ่มเติมให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยบทเรียนที่ถอดได้
ต้องได้รับการสรุปให้เห็นอย่างน้อย 2 ประเด็นคือ

2.2.3.1 อะไรคือสิ่งที่ได้อยู่แล้วและควรทำต่อไปเพื่อกลับไปวางแผน
พัฒนาลงมือทำแล้วตามด้วยการวิจัยให้ก้าวหน้าต่อเนื่องเป็น D&R (Development and Research)

2.2.3.2 อะไรคือสิ่งที่ยังบกพร่องเป็นจุดอ่อน และควรจะปรับปรุง
อย่างไร มีความรู้พอที่จะปรับปรุงหรือไม่ ถ้าไม่ ควรทำวิจัยเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเป็นการวิจัย
แล้วพัฒนาแบบR&D (Research & Development) ทั้งนี้ D&Rและ R&D ควรเป็นการวิจัยแบบ
PAR (Participatory Action Research) ที่ เน้นกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด

3. ขั้นตอนเขียนรายงานการถอดบทเรียน

ในขั้นตอนนี้ควรแบ่งเป็น 3 หัวข้อ หลัก ดังนี้

3.1 ความเป็นมาของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอด
บทเรียน

3.2 การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ในข้อ 1.1-
1.7 ซึ่งได้แก่ วิธีการ ทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่
ร่วมถอดบทเรียน และปฏิทินการถอดบทเรียน

3.3 เนื้อเรื่องการดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดในข้อ 2.1.4 ซึ่ง
ครอบคลุม

3.3.1 ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน

- 3.3.2 วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน
 - 3.3.3 เปรียบเทียบความแตกต่าง
 - 3.3.4 สิ่งที่ได้เป็นข้อดีจากการปฏิบัติ
 - 3.3.5 ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น
 - 3.3.6 ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน
 - 3.3.7 ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
 - 3.3.8 ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
 - 3.3.9 ประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
4. ขั้นตอนการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

ในขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญกับการนำบทเรียนที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงานไปใช้เพื่อให้การปฏิบัติงานต่อไปมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อควรได้มีการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าได้มีการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์หรือไม่เพียงไร เพราะอะไร (รัตนา ดวงแก้ว อังใน เลิศชาย ปาน मुख, 2555)

สรุป การวิจัยครั้งนี้ผู้ทำวิจัย จะใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) มาใช้เป็นแนวทางในการสรรหากระบวนการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยเน้นแนวคิด 2 ประการด้วยกันคือ 1. แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) และแนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งกลุ่มที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 15 คน ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพื่อหาแนวทางหรือกระบวนการจัดการความเครียดโดยเริ่มจากการสังเกตจากตัวแบบ ที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) ซึ่งก็คือกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน โดยให้ทั้ง 15 คนเป็นตัวแบบของกันและกัน การเรียนรู้ของแต่ละคนจะผ่านกระบวนการ 2 ประการ คือกระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อเลือกตัวแบบ ของตนเองได้แล้ว ก็จะมีการซักถามมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแบบเพื่อเก็บจำรายละเอียดและข้อมูลของตัวแบบ เพื่อนำไปปฏิบัติจริง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยแนวคิดของความสามารถของตนเองร่วมด้วย คือผู้ดูแลต้องรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำได้ตามตัวแบบที่เลือกหรือไม่และต้องคาดหวังในผลที่จะเกิดตามมาหลังจากกระทำตามตัวแบบที่เลือกไว้ว่าผลลัพธ์จะดีขึ้นซึ่งก็คือระดับความเครียดต้องลดลงจากระดับเดิม กระบวนการจัดการความเครียดโดยผ่านทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนี้จะกระทำโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยการเรียนรู้จากเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง โดยผ่านการเล่าประสบการณ์จริงของแต่ละคนเกี่ยวกับ

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในขณะที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กระบวนการที่ใช้ในการจัดการความเครียดที่ได้ผลและไม่ได้ผลในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และสมาชิกภายในกลุ่มได้มีโอกาสได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปราย เพื่อฝึกฝนการแก้ปัญหา ร่วมกัน และทำการถอดบทเรียนของแต่ละคน ออกมา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเลือก กระบวนการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อนำไปปฏิบัติเพื่อให้ระดับความเครียดลดลง (เนื้อหา ของการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะกล่าวโดยละเอียดในวิธีการดำเนินการวิจัย)

8. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สกาวิรัตน์ เทพประสงค์ (2548) กล่าวว่าโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากร ผู้สูงอายุและมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อ ร่างกายและจิตใจไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระใน การดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอุปสรรคของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุงระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2548 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจหรือมารับยาที่แผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการทดสอบความตรงของ เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .90 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง พรรณนาผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระดับอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{x} = 8.62$, $SD = 5.02$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ดูแลมีระดับ อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ ผู้ป่วย ($\bar{x} = 12.55$, $SD = 6.21$) ด้านแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงแหล่ง ($\bar{x} = 8.21$, $SD = 5.55$) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ($\bar{x} = 7.19$, $SD = 4.57$) และด้านสังคมเศรษฐกิจ ($\bar{x} = 6.53$, $SD = 3.94$) อยู่ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงอุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงในด้านการจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ด้านแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงแหล่ง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล และด้านสังคมเศรษฐกิจผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สุปราณี สมบูรณ์ (2548) กล่าวว่าโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเสื่อมถอยทางสติปัญญาจนทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ หากผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลย่อมส่งผลต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความพร้อม ในการดูแล ของของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986, 1994) และผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือทั้งความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาผลการวิเคราะห์ ข้อมูล พบว่าความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.60$, $SD = 0.46$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกด้านมีความพร้อม ในการดูแล ระดับมากเช่นกัน คือ ด้านร่างกาย ($\bar{X}=2.67$, $SD=0.60$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.50$, $SD = 0.61$) ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ($\bar{X}=2.47$, $SD = 0.68$) ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ($\bar{X} = 2.50$, $SD = 0.64$) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ($\bar{X} = 2.70$, $SD = 0.63$) ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ($\bar{X} = 2.72$, $SD = 0.73$) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็น จากโรงพยาบาล ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.63$) และด้านการดูแลโดยรวม ($\bar{X} = 2.64$, $SD = 0.71$) ผลการศึกษาค้นนี้ ถึงแม้ว่าความพร้อมโดยรวมและรายด้านจะอยู่ในระดับมาก แต่บางด้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรจะทำให้การส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความพร้อมในด้านเหล่านี้มากขึ้น

พรณี จันทร์อินทร์(2547)กล่าวว่าการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีผลกระทบต่อ ผู้ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ การศึกษาค้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่ จำนวน 162 คน เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน มีนาคม 2547 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.98 หากำระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อันดับฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับดีมี 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และรายได้ด้านที่อยู่ในระดับพอใช้คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านกิจกรรมทางกาย

ศิริวรรณ คณะนอกร(2551)กล่าวว่าโรคสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือที่ต่อเนื่องและเนิ่นนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดและเป็นภาระ การช่วยเหลือผู้ดูแลจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลและทีมสุขภาพการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองทันที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1.) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.) แบบวัดภาวะผู้ดูแล ของทีปประทีน สุขเขียว (2543) 3.) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986) และจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที แบบ 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired-samples T-test) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีคะแนนการรับรู้ภาระน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแล้ว ทำให้สามารถทราบบทบาทในการดูแลของตนเองและให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลงได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ไปใช้เพื่อเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะในการดูแลที่เป็นแหล่ง

ประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์การดูแล ทำให้การรับรู้ในด้านภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ควรได้รับการฝึกใช้โปรแกรมนี้ เพื่อประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

อรุวรรณ รอนราญ (2552) ได้วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและอาการปวดศีรษะในผู้มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด ซึ่งการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและอาการปวดศีรษะในผู้มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีอาการปวดศีรษะ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียด ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเวลา 2 วัน ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ แบบบันทึกความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ และแบบบันทึกระยะเวลาของการปวดศีรษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเครียดและอาการปวดศีรษะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าความเครียดและระดับของอาการปวดศีรษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะเวลาของอาการปวดศีรษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วันสนันท์ แสคำ (2553) ได้ ศึกษางานวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน เทศตำบล หนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเทศบาล หนองผึ้งหมู่ที่ 5 อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีอาสาสมัคร 30 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่มสำหรับการจัด กระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมประมาณ 7 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม จากกิจกรรม “กำลังใจให้เธอ” เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้สูงอายุเรียนรู้การเป็นผู้มีความใส่ใจ ห่วงใย และสามารถแสดงออกในการให้กำลังใจแก่ผู้อื่น จากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างที่ดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครอบครัวมีความตั้งใจในการทำกิจกรรม มีความคุ้นเคยกันมากกว่าสองกิจกรรมที่ผ่านมา นอกจากนั้นครอบครัวได้เรียนรู้การแสดงออกต่อผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน เล็งเห็นความสำคัญ

ของการให้กำลังใจหรือพูดคุยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายอารมณ์ ซึ่งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย และเป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องให้ความสำคัญปลูกฝังพร้อมทั้งปฏิบัติให้เป็นตัวอย่างที่ดีกับทุกคนในครอบครัว

9. กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

