

รายการอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. 11 กรกฎาคม : วันประชากรโลก. สารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 6 (สิงหาคม - กันยายน 2545): 3.
2. รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ. การรักษาโรคอัลไซเมอร์. เอกสารการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กันยายน 2544): 22-26.
3. รัชฎา รักษานาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. โรคสมองเสื่อม ; สภาวะของสังคมไทยในอนาคต. สารประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2 (ธันวาคม 2546 - มกราคม 2547) : 4-5.
5. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ภาวะสมองเสื่อม. ใน มาโนช หล่อตระกูล บรรณาธิการ, คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. 35. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด, 2544.
6. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โรคสมองเสื่อม. กรมการแพทย์, เอกสารเผยแพร่ (ม.ป.ป.): 5.
7. กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค. สมองเสื่อมโรคหรือวัย : รวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์และการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2540 .
8. สมชาย จักรพันธ์. จิตเป็นนาย. วารสารหมออนามัย 4 (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2544) : 8.
9. พันธ์ ธีบุญกิจไพศาล. โรคสมองเสื่อม Alzheimer's ในทัศนะของประสาทแพทย์. ใน พันธุ์ ธีบุญกิจไพศาล บรรณาธิการ, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพีเค โพรมิเนนท์, 2544.
10. ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย. ใน บุรณี กาญจนถวัลย์ และนันท์กา ทวีชาชาติ บรรณาธิการ, พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
11. วรณวิภา สมนาวรรณ. การสำรวจภาวะของครอบครัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

12. Michael Glasser, Susan Rubin and Mary Dickover. The Caregiver Role : Review of Family Caregiver - physician Relations and Dementing Disorders. In Sidney M. Stahl, editor. The Legacy of Longevity Health and Health Care in Later Life. 326. London : Sage Publications, 1990.
13. American Association for Geriatric Psychiatry . Geriatric and mental health - The Fact Health[Online]. Available from : http://www.aagppa.org/prof/fact_mh.asp [2002, Apr 12]
14. Alzheimer's Association. Caregiver Stress [Online]. Available from : <http://www.Intelihealth.com/IH/ihtl.../35681.Htm?d=dmContent> [2002, Oct 19]
15. David P. Elliot. Caregiver issues in Patients with Dementia [Online]. Available from : <http://www.Ascp.com/public/pubs/cc/index.shtm/> [2002 , May 14]
16. Diagnosis and natural history of dementia : The recognition, assessment and....[Online]. Available from : <file:///a:/Diagnosis%20and%20natural%20history%20of%20dementia%20T>. [2002, May 14]
17. Dunkin และ Anderson - Hanley. Caregiver Issues in Patients with Dementia [Online]. Available from : [file:///A:/clinical Consult.htm](file:///A:/clinical%20Consult.htm) [2002, May 14]
18. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. เอกสารเผยแพร่การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. (ม.ป.ท.,ม.ป.ป.).
19. Bertram J. Cohler, William Borden and Lawrence Lazarus. Caring for Family Members with Alzheimer's Disease. In Enid Light and Barry D. Lebowitz editor, Alzheimer's Disease treatment and Family Stress. 51. New York : Hemisphere publishing corporation,1990.
20. จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ. โรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อม : คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง จำกัด, 2544.
21. Alzheimer's Disease [Online]. Available from : [//A:/Revisiting Alzheimer's Disease – Neuroscience History.htm](//A:/Revisiting%20Alzheimer's%20Disease%20-%20Neuroscience%20History.htm) [2003, Aug 5]
22. Alzheimer's Disease Epidemic ? [Online]. Available from : [//A:/1Up Health - Alzheimer's Disease Epidemic Description.htm](//A:/1Up%20Health%20-%20Alzheimer's%20Disease%20Epidemic%20Description.htm) [2003, Aug 5]
23. Clinton earmarks \$ 50 million for Alzheimer's research [Online]. Available from :

- ... \ CNN_com - Health - Clinton earmarks S 50 million for Alzheimer's research - July 16,2000.ht [2003, Aug 5]
24. Who is affected by Alzheimer's Disease [Online]. Available from :
 ... \ Health Library - Who is affected by Alzheimer's Disease. Ht [2003, Jul 27]
25. P M Kemp, C Holmes, SMA Hoffmann, L Bolt, J Rowden and J S Fleming. Alzheimer's Disease: differences in technetium - 99 m HMPAO SPECT Scan finding between early onset and late onset dementia. Journal of neurology neurosurgery & psychiatry 74 (June 2003) : 715.
26. Alzheimer's Disease [Online]. Available from : //A:\ Alzheimer's Disease.htm [2003, Aug 5]
27. Alzheimer's Disease [Online]. Available from : //A:\ AD4.HTM [2003,Aug 4]
28. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เวียนแก้วการพิมพ์. 2545 : 167-170.
29. สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
30. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เวียนแก้ว, 2542 : 56.
31. กรมสุขภาพจิต. ความรู้เรื่อง โรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2545 : 47.
32. ศิริพันธ์ สาสัตย์. การดูแลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย. เอกสารการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (กันยายน 2544) : 2-3.
33. Season Seminars, Inc. [Online]. Available from
 file://A:\Season%20 Seminars,%20Inc.htm [2002, Dec14]
34. Tip to meet daily challenges [Online]. Available from :
http://www.alz.co.uk/caregivers/body_tips_to_meet_daily_challenges.html
 [2002, Jul 18]
35. รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภาราเลิศ และ ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ. ใน พันัส ธีญะกิจไพศาล บรรณาธิการ, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี เค โปรมิเนนท์, 2544 : 62.
36. เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. วิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. 2543.

37. If You Are the Caregiver [Online]. Available from :
<file:///A:/If%20You%20Are%20the%20Caregiver.htm> [2002, Dec 14]
38. Alzheimer Society of Canada. Alzheimer Care : Caregiver Support, Reducing Caregiver Stress [Online]. Available from :
<http://www.alzheimer.ca/english/care/caregivers-reducingstress.htm> [2002, Oct 19]
39. Bertram J. Cohler, Leslie Groves, William Borden and Lawrence Lazarus. Caring for Family Members with Alzheimer's Disease. In Enid Light and Barry D. Lebowitz, editor. Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress. New York : Hemisphere Publishing corporation, 1990.
40. The National Women 's Health Information Center. Caregiver Stress [Online]. Available from :
[http : www.4 woman.gov/faq/caregiver.htm](http://www.4woman.gov/faq/caregiver.htm) [2002, Oct 19]
41. Mona Wasow. Caring for the Body While the Brain Dies : Group Experiences for Caregivers of Alzheimer's Disease. In Milton Seligman and Laura E. Marshak, editor. Group Psychotherapy Interventions with Special Populations. New York : Allyn and Bacon, 1990.
42. Randon House Webster' s Colledge Dictionary. New York ,1991 : 1322.
43. William R. Lovallo. Stress and Health : Biological and Psychological Interaction. London : Sage Publications,1997 : 27-33 .
44. สุวรรณภา อนุสันติ. บริหารความเครียด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
45. มุกดา สุขสมาน. มนุษย์ : ภาวะกายและจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537 : 15.
46. พะยอม อิงคตานูวัฒน์. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศิลปการพิมพ์, 2525.
47. กรมสุขภาพจิต. รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. กรมสุขภาพจิต, 2542.
48. Jane Cranwell - Ward. การบริหารความเครียด Thriving on Stress. แปลโดย มนูญ ตนะวัฒนา. กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุ๊กคอนเนคชั่นจำกัด, 2537.
49. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2543.
50. อัมพร ไอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด, 2538 : 25.

51. Michael King, Gordon Stanley and Graham Burrows. Stress:Theory and Practice. Sydney : Grune & Stratton Inc.Harcourt Brance Jovanovich Publishers,1987.
52. กรมสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ "การให้บริการในคลินิกคลายเครียด." (ม.ป.ท.,ม.ป.ป.) :1.
53. เทอดศักดิ์ เดชคง. วิธีแห่งการคลายเครียด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน, 2545 : 21-22.
54. สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้และผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
55. Irving L.Janis. Psychological Stress. New York : John Willy& Son.1952 :13.
56. นันทิกา ทวิชาชาติ. ปฏิกริยาเฉียบพลันต่อความเครียดและการปรับตัวที่ผิดปกติ ใน บุรณิ กาญจนถวัลย์ และนันทิกา ทวิชาชาติ บรรณาธิการ, พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
57. Darley, J.M., Glucksbert, S.K., and Kinchla, R.A. Psychology. 3rd ed. Englewood Gliffs, New Jersey ; Prentice-Hall, Inc., 1986 : 531-535.
58. นิภา แก้วศรีงาม. ความเครียด :อาการที่สามารถป้องกัน แก้ไขและบำบัดได้ ใน ชะอรสิณ สุขศรีวงศ์ และคณะ บรรณาธิการ, กลยุทธ์คลายเครียด. กรุงเทพมหานคร : บริษัทนิวไทยมิตร การพิมพ์(1996) จำกัด, 2541 : 99-103 .
59. ทศนีย์ ตันทวิวงศ์. การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม. นนทบุรี :โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2542.
60. เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยบริเวณ ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
61. Joyee Testa Salhoot. Group Strategies with the Severely Physically Handicapped. In Milton Seligman,editer. Group Counseling and Group psychotherapy with Rehabilitation clients. New York : Allyn and Bacon Boston,1990 : 154 - 155.
62. Babara W. Posthuma. Small Group in Therapy Setting: Process and Leadership. New York : Allyn and Bacon Boston, 1988.
63. David Capuzzi , Douglas R. Gross. Introduction to the Counseling Profession. New York : Allyn and Bacon, 2001 : 170.

64. Lawrence M. Brammer , Everett L. Shostrom and Philip J. Abrego. Therapeutic Psychology Fundamentals of Counseling and Psychotherapy. New York : Prentice - Hall International, Inc, 1989 : 231.
65. Morton A Lieberman. A Group Therapist Perspective on Self - Help Groups. In Milton Seligman and Laura E. Marshak, editor. Group Psychotherapy Intervention with Special Population. New York : Allyn and Bacon Boston, 1990.
66. Irvin D. Yalom. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4th ed. New York : BasicBooks, 1995 : 276.
67. อรพรรณ ทองคำ. ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
68. กนกวรรณ ทาสอน. ผลของกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
69. ปราโมทย์ เชาวศิลป์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์, 2534 : 51.
70. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์แบบกลุ่ม. กรมสุขภาพจิต, 2539.
71. Kahan, J Kemp, B. Staples and F.R. Brummel Smith. Decreasing the Burden in Families Caring for Relative with a Dementing Illness : A controlled Study. J.M.Geriatric.Soc 33 (October 1985) : 664.
72. ปรียานุช เทียมดาว. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
73. Siriphan Sasat. Caring for Dementia in Thailand: A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society. Doctoral dissertation, University of Hull, 1998.
74. สมฤดี สิทธิมงคล. ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

75. Henry Brodaty, Meredith Gresham and Georgina Luscombe. The Prince Henry Hospital Dementia Caregivers Training Programme. International Journal of Geriatric Psychiatry 12 (1997) : 183 - 192.
76. ธวัชชัย วรพงษ์ธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540 : 432.
77. นันทิกา ทวิชาชาติ , อรรถพล สุคนธาภิรมย์ , สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และพวงสร้อย วรรณกุล . โครงการวิจัยเรื่องการสร้างแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรองโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
78. Linda Teri , Paula Truax , Rebecca Logsdon, Jay Uomoto, Steven Zarit and Peter P. Vitaliano. Assessment of Behavioral problems in Dementia : The Revised Memory and Behavior problems Checklist. Psychology and Aging 7 (1992) : 622 - 631.
79. John W. Best. Research in Education. 3rd ed. Engle Wood Clift : NJ printice Hall, 1977.
80. American Medical Association. Caregiver Self - assessment Questionnaire Background [Online]. Available from : <http://www.Ama-assn.org/ama/pub/category/5037.html> [2002, Dec16]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามเพื่อค้นหาความเจ็บป่วยทางจิต (Screening Test)

คุณเคยมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือไม่ (Neurosis)

อาการ	ใช่	ไม่ใช่
1. ปวดหัวบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เบื่ออาหารกินข้าวไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ตกใจง่าย ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. มือสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. รู้สึกเครียด กังวล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท้องผูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สมองตื้อ คิดอะไรไม่ออก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. รู้สึกไม่มีความสุข	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ร้องไห้บ่อยผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ต้องฝืนใจทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลตนเอง งานบ้าน ฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ตัดสินใจลำบาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ทำอาชีพการงานได้ไม่ดีเท่าเดิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. หหมดความสนใจในเรื่องต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. หหมดความสนใจไม่มีค่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. คิดสั้น หรือทำร้ายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ท้องอืด อืดอืด ไม่สบายในท้อง เหมือนอาหารไม่ย่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. เห็นอย่างง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (Psychosis)

	ใช่	ไม่ใช่
1. รู้สึกว่ามีคนปองร้าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. รู้สึกว่ามีความสามารถพิเศษเหนือคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เคยมีคนบอกว่าคุณทำอะไรแปลกๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. หูแว่วได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. เคยทำงานไม่ได้นานเป็นเดือน ๆ เพราะไม่สบายทางจิตใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

คุณเคยมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันหลายๆ วัน หรือไม่ (Mania)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. มีอารมณ์ครื้นเครง สนุกสนาน ไร้ใจ ตลอดทั้งวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายตลอดทั้งวันจนทำลายข้าวของ
หรือมีปากเสียงชกต่อยกับคนอื่น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

คุณเคยมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันหลายๆ วัน หรือไม่

(Obsessive compulsive symptom)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. มีความคิดที่ตนไม่ชอบมีเหตุผล และไม่อยากคิด แต่ผ่านเข้ามา
ในใจรบกวนคุณซ้ำบ่อย ๆ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลผ่านเข้ามาในใจของคุณอยู่บ่อย ๆ
ถึงแม้จะพยายามต่อต้านก็หยุดไม่ได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

แบบสอบถาม

ลำดับที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยการทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. เชื้อชาติ.....
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.
 5. ปวส. อนุปริญญา
 - 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง 5. แยกกันอยู่
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
7. การรักษา
 1. มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก 2. มาพบแพทย์สม่ำเสมอ
 3. มาพบแพทย์เฉพาะเวลามีอาการ 4. ยุติการรักษามานาน.....เดือน
8. โรคทางกายอื่นๆ
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....
9. ผู้ป่วยมีเงินบำนาญหรือเงินสะสมดูแลยามเจ็บป่วย
 1. ไม่มี 2. มี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยการทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.
 5. ปวส. อนุปริญญา
 - 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง 5. แยกกันอยู่
5. อาชีพ
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 2. แม่บ้าน
 3. ค้าขาย / ประกอบธุรกิจส่วนตัว
 4. ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5. รับจ้างรายวัน
 6. ลูกจ้างบริษัท/โรงงาน
 7. ข้าราชการบำนาญ
 8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ท่านต้องลาออกจกงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย
 1. ไม่ใช่
 2. ใช่ ระบุ ออกจกงานมา.....ปี.....เดือน
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 1. พอใช้มีเหลือเก็บ
 2. พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ
 3. ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้
 4. ไม่พอใช้เป็นหนี้
8. ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย
 1. เบิกค่ารักษาได้
 2. เบิกค่ารักษาไม่ได้

ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายนี้

 1. เป็นภาระ
 2. ไม่เป็นภาระ

9. ลักษณะครอบครัว

1. ครอบครัวมีเฉพาะพ่อ-แม่-ลูก (ไม่มีบ้านญาติอยู่ใกล้)
2. ครอบครัวมีพ่อ-แม่-ลูกและญาติอยู่ในบ้านเดียวกัน(ไม่มีบ้านญาติอยู่ใกล้)
3. ครอบครัวมีเฉพาะพ่อ-แม่-ลูก และ/หรือญาติอยู่รวมในบ้านเดียวกัน รวมทั้งมีบ้านญาติอื่น ๆ อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน

10. สมาชิกในครอบครัวมีจำนวน..... คน

11. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นของผู้ป่วย

- | | | |
|------------------------|----------------|---------------------------|
| 1. คู่สมรส | 2. บุตร | 3. หลาน |
| 4. บุตร / หลาน บุญธรรม | 5. ญาติพี่น้อง | 6. บุตร / หลานเขย / สะใภ้ |
| 7. อื่น ๆ ระบุ..... | | |

12. ท่านให้การดูแลผู้ป่วย

1. ตั้งแต่เริ่มป่วยเรื่อยมา
 2. หลังป่วยมาระยะหนึ่ง
- คิดเป็นเวลา.....ปี..... เดือน

13. การดูแลผู้ป่วย

1. ท่านดูแลผู้ป่วยตามลำพัง
2. สมาชิกในครอบครัวมีการผลัดเปลี่ยนกันดูแล โดยมีท่านเป็นผู้ดูแลหลัก
3. สมาชิกในครอบครัวต่างช่วยกันดูแลโดยไม่มีผู้ดูแลหลัก
4. ท่านดูแลผู้ป่วยโดยจ้างคนช่วยดูแลด้วย
5. อื่น ๆ ระบุ.....

14. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในบ้านตามลำพังในช่วงกลางวันเนื่องจากสมาชิกต่างมีภารกิจ

1. ไม่ใช่
2. ใช่

15. จำนวนเวลาที่ท่านใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน คิดเป็น.....ชั่วโมงต่อวัน

1. 8 - 12
2. 13 - 16
3. 17 - 24

16. ท่านมีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี ระบุจำนวนวันหยุด.....วันต่อเดือน

17. ก่อนมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สุขภาพกายของท่าน

1. แข็งแรงดี /ไม่มีโรคประจำตัว
2. ไม่แข็งแรง /มีโรคประจำตัว

ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความจำที่พบในผู้ป่วย

รายการปัญหาต่อไปนี้อาจพบในผู้ป่วย ขอให้ท่านระบุปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความจำของผู้ป่วยที่พบในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา และท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจผิดหวังกับพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ของพฤติกรรม (พฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อย) และความรู้สึกที่ท่านมีต่อปัญหาพฤติกรรมนั้น

ปัญหาพฤติกรรมและความจำ		ความถี่ของพฤติกรรมในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา					ความรู้สึกของท่านที่มีต่อพฤติกรรม				
		ไม่เคย เกิดขึ้น เลย	ไม่เกิดขึ้น ในรอบ สัปดาห์	เกิดขึ้น 1-2 ครั้ง	เกิดขึ้น 3-6 ครั้ง	เกิดเป็น ประจำ/ บ่อยมาก	ไม่รู้สึก อะไรเลย	รู้สึกเล็ก น้อย	รู้สึกปาน กลาง	รู้สึกมาก	รู้สึกมากที่สุด
1.	ถามคำถามเดิม ๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก										
2.	มีปัญหาในการจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็วๆ นี้ (เช่น ข่าว หรือเรื่องต่างๆ ตามหน้าหนังสือพิมพ์หรือโทรทัศน์)										
3.	มีปัญหาในการจำเหตุการณ์สำคัญในอดีต										
4.	ทำของหายหรือจำไม่ได้ว่าเอาไปไว้ที่ไหน										
5.	จำวันไม่ได้ไม่รู้ว่าวันนี้เป็นวันอะไร										
6.										
7.										
8.										
9.										

ภาคผนวก ข.

แผนการให้การศึกษาแบบกลุ่มสำหรับกลุ่มทดลอง

วันที่ 1	
8.30 - 9.00 น.	- ลงทะเบียน
9.00 - 9.45 น.	- เปิดกลุ่ม
	- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
9.45 - 10.00 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
10.00 - 12.00 น.	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึก (1)
12.00 - 13.00 น.	- พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 13.15 น.	- ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการนวดตัวเอง
13.15 - 14.45 น.	- การบรรยาย ความรู้ เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ การดูแลรักษา ความสำคัญของผู้ดูแล
14.45 - 15.00 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 - 16.00 น.	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึก (2)
วันที่ 2	
9.00 - 10.15 น.	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึก (3)
10.15 - 10.30 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
10.30 - 12.00 น.	- การบรรยาย ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
12.00 - 13.00 น.	- พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 13.15 น.	- ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการนวดตัวเอง
13.15 - 14.30 น.	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึก (4)
14.30 - 14.45 น.	- พักรับประทานอาหารว่าง
14.45 - 16.00 น.	- การบรรยาย ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (ต่อ)
วันที่ 3	
9.00 - 10.15 น.	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึก (5)
10.15 - 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30 - 12.00 น.	- การบรรยายความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเองของ ผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 13.15 น.	- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
13.15 - 14.30 น.	- ปิดกลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนข้อเสนอแนะ และตอบแบบสอบถาม

กิจกรรมกลุ่มให้การศึกษสำหรับกลุ่มทดลอง

วันที่ 1

กิจกรรม เปิดกลุ่ม

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยกับสมาชิก
 2. เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัย
 3. เพื่อขอความร่วมมือจากสมาชิกในการอยู่ร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยตลอด

วิธีดำเนินการ สมาชิก ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งล้อมเป็นวงกลม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งฝั่งตรงข้ามกัน ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดเรื่องทั่วไป แนะนำตัว และแนะนำผู้ช่วยผู้วิจัย แนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดการและรายละเอียดของกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสามวันต่อจากนี้ พร้อมขอความร่วมมือให้สมาชิกอยู่ร่วมกิจกรรมกลุ่มตลอด ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

กิจกรรม กลุ่มสัมพันธ์

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักและคุ้นเคยกัน
 2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง
 3. เพื่อเตรียมความพร้อมของสมาชิกในการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่อไป

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนั่งหลับตา มือสองข้างประสานกันวางไว้ที่หน้าท้อง ให้หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ ทำติดต่อกันประมาณ 5 ครั้ง หลังจากนั้นให้ทำต่อไปอีกประมาณ 3 ครั้ง โดยให้บอกกับตนเองว่าหายใจเข้ามีความสุข หายใจออกพ้นทุกข์ ให้นั่งหลับตาต่อไปและนึกถึงข้อดีของตนเอง 2 ข้อ นึกถึงแล้วรู้สึกอย่างไร ให้สัมผัสความรู้สึกนั้น ให้ลืมตาช้าๆ หลังได้ยินเสียงผู้วิจัยนับ 1 ถึง 3 จบลง ให้สมาชิกค่อยๆ ลืมตา ยิ้มให้กับตนเอง ยิ้มให้สมาชิกที่นั่งอยู่ด้านข้าง และยิ้มให้สมาชิกทุกคนในกลุ่ม

หลังจากนั้นให้สมาชิกทุกคนออกมาหยิบป้ายชื่อของสมาชิกท่านอื่นซึ่งวางรวมกันอยู่บนโต๊ะข้างกลุ่มคนละ 1 ป้ายชื่อ ให้สมาชิกนำป้ายชื่อนั้นไปติดให้กับสมาชิกเจ้าของชื่อ ต่อจากนั้นให้สมาชิกกลับมานั่งเป็นวงกลมเหมือนเดิม ให้สมาชิกท่านหนึ่งบอกชื่อสมาชิกที่ตนหยิบป้ายชื่อได้ สมาชิกที่ถูกเอ่ยชื่อให้บอกข้อดีของตนเอง 2 ข้อ ที่คิดได้ขณะหลับตาในกิจกรรมก่อนหน้านี้ เมื่อบอกข้อดีของตนแล้วให้บอกชื่อของสมาชิกคนต่อไปที่ตนหยิบป้ายชื่อได้ สมาชิกที่ถูกเอ่ยชื่อบอกข้อดี

ของตน 2 ข้อ แล้วบอกชื่อของสมาชิกคนที่ตนหยิบป้ายชื่อได้ ทำเช่นนี้ต่อไปจนครบทุกคน สรุปประโยชน์ของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ สนับสนุนให้สมาชิกดูแลสมาชิกที่ตนหยิบป้ายชื่อได้ระหว่างการอบรม

กิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 1

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้เล่าเรื่องราวและระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย
 2. เพื่อให้สมาชิกเป็นกำลังใจให้แก่กัน

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กติกาการเข้ากลุ่ม ได้แก่ การให้พูดทีละคน เน้นย้ำในเรื่องการรักษาความลับ และการเปิดเผยเรื่องราวเท่าที่สะดวกใจจะเปิดเผย หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละท่านเล่าถึงเรื่องราวของตนเองตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มล้มป่วย ผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวและครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ความรู้สึกเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ความรู้สึกต่อผู้ป่วย ความรู้สึกต่อตนเอง ตลอดจนการจัดการจัดการกับความรู้สึกและปัญหาต่างๆ

ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการดำเนินกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้เล่าเรื่องของตนเอง จับประเด็น ถามคำถาม สะท้อนความรู้สึก ทวนความ สรุปและเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเป็นกำลังใจให้แก่กัน ตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังมีบทบาทเป็นคนกลาง และช่วยอำนวยความสะดวกให้สมาชิกได้อภิปรายกันเอง

ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันในกลุ่ม

กิจกรรม การฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการนวดตัวเอง

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศให้สมาชิกได้ผ่อนคลาย
 2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการนวดตัวเอง

วิธีดำเนินการ ให้สมาชิกแบมือข้างซ้ายขึ้นมา ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดลงบนกลางฝ่ามือด้านซ้ายในขณะที่ 4 นิ้วที่เหลือประคองด้านล่างของฝ่ามือซ้าย จะรู้สึกว่ามี การเดินตุ๋นๆ บริเวณที่กด นับ 1 - 10 หลังจากนั้นให้กดบริเวณร่องกระดูกระหว่างนิ้วต่างๆ ที่ฝ่ามือ กดขึ้นลงจนครบทุกร่อง ต่อมาให้กดนิ้วบริเวณเนื้อนุ่มระหว่างข้อนิ้วของนิ้วนั้นๆ แต่ละนิ้ว (ไม่กดที่ข้อนิ้ว) ซึ่งมีจำนวน 3 แห่งในแต่ละนิ้ว กดขึ้นจากโคนนิ้วขึ้นไปปลายนิ้วแล้วกดไล่ลงมาหาโคนนิ้ว ทำเช่นนี้จนครบ 5 นิ้วของมือซ้าย หลังจากนั้นใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางและนิ้วก้อยของมือขวาทั้งหมดนวดทาบบฝ่ามือซ้ายขึ้นลงทั่วๆ

ต่อมาขนาดแขนซ้าย โดยยื่นแขนซ้ายไปด้านหน้า ใช้ฝ่ามือขวา กดไปตาม แขนซ้ายจากข้อมือกดไล่ขึ้นไปถึงต้นแขนไหล่ซ้าย แล้วใช้นิ้วชี้ถึงนิ้วนางซ้ายกดไป ตามสะบักไหล่ซ้าย กดไล่ขึ้นไปบริเวณต้นคอด้านซ้าย รอยต่อระหว่างต้นคอกับ กะโหลกศีรษะ แล้วไล่กดบริเวณรอบๆ หูซ้าย หลังจากนั้นนวดย้อนกลับทิศทาง เดิมจนถึงข้อมือซ้าย จากนั้นเปลี่ยนมานวดฝ่ามือขวาทำเช่นเดียวกันทุกประการ กับด้านซ้าย โดยทำตรงข้ามกันคือใช้มือซ้ายกด เสร็จแล้วใช้นิ้วมือนวดบริเวณ ขมับทั้งสองข้างเบาๆ ตามความพอใจ แล้วปิดตาทั้งสองแน่นๆ นับ 1-20 เปิดตา ปิดหูทั้งสองข้างแน่นๆ นับ 1 - 20 เปิดหู ให้สมาชิกเปิดตาเปิดหูพร้อมที่จะรับฟัง ความรู้ต่อไป

กิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ ความสำคัญของผู้ดูแล

- วัตถุประสงค์**
1. ให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลรักษา
 2. ให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ สมาชิกนั่งเรียงเป็นแถวโค้งเล็กน้อย หันหน้าไปด้านหน้าของห้อง ซึ่งมีฉาก สำหรับแสดงข้อมูลที่ส่งมาจากเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม PowerPoint ผู้นำกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ความเป็นมา ลักษณะอาการสำคัญ และการดำเนินโรค กลไกการเกิดโรค การดูแลรักษา และความสำคัญของผู้ดูแล ต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยการซักถาม ขอความคิดเห็นและประสบการณ์สลับกับการให้ความรู้ นอกจากนี้ ยังคอยตอบข้อซักถามเป็นระยะๆ

กิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก (2)

- วัตถุประสงค์**
1. ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนปัญหาพฤติกรรมและความจำของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ปัญหาการดูแล และความรู้สึก
 2. ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา
 3. ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค

วิธีดำเนินการ สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและความจำของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์ ปัญหาการดูแล และความรู้สึก ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาการดูแล ผู้ป่วยที่ผ่านมา และความคิดเห็นหลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว

ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการดำเนินกลุ่มเช่นเดียวกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์
และความรู้สึก (1)

วันที่ 2

กิจกรรม หัวข้อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 3

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย
หลังได้รับความรู้ไปเมื่อวานนี้
 2. เพื่อได้พูดถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
 3. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ทบทวนกติกาการเข้ากลุ่ม หลังจากนั้น
ให้สมาชิกแต่ละท่านเล่าถึง

- ประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค
และความสำคัญของผู้ดูแล
- ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ยังมีอยู่ ให้
สมาชิกช่วยกันแก้ไข

ผู้นำกลุ่มดำเนินกลุ่มตามวัตถุประสงค์ และใช้ประโยชน์ของกระบวนการ
กลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล เช่นเดียวกับประสบการณ์ 1

หัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่พบทั่วไปในชีวิตประจำวัน

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิกรู้และเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาการดูแลที่พบทั่วไป
ในชีวิตประจำวันตลอดจนสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
 2. เพื่อให้สมาชิกรู้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาการดูแล
 3. เพื่อให้สมาชิกรู้ถึงแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ร่วมกับญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิก
ช่วยกันหยิบยกปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มสรุปปัญหาและ
ตั้งประเด็นเข้าสู่ปัญหาการดูแลที่จะพูดถึง ถามสมาชิกถึงสาเหตุและที่มาของปัญหานั้น
ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากกลุ่ม และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและที่มาของพฤติกรรม
ตลอดจนสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ความรู้ร่วมกับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ถึงวิธีการ
แก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ให้
สมาชิกมีโอกาสร่วมซักถามแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นระยะๆ

ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันในกลุ่ม ให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้ไปทดลอง
ปฏิบัติเป็นการบ้านและให้นำเสนอในสัปดาห์ต่อไป

หัวข้อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 4

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก่อน
 2. เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม หลังจากนั้นให้วิทยากรเสริมผู้ซึ่งมีประสบการณ์การดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแต่ละท่านเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการดูแลที่ได้ผล

ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการดำเนินกลุ่มเช่นเดียวกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก (1)

หัวข้อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 5

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับความรู้ไปบ้างแล้ว
 2. เพื่อให้สมาชิกได้เล่าปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่พบ
 3. เพื่อให้สมาชิกช่วยกันแก้ไขปัญหา

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละท่านเล่าถึง

- ประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยตลอดจนวิธีการดูแลตนเอง
- ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้สมาชิกช่วยกันแก้ไข ร่วมกับผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

ผู้นำกลุ่มดำเนินกลุ่มตามวัตถุประสงค์ และใช้ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล เช่นเดียวกับประสบการณ์ (1)

หัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง
 2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย
 3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ว่าตนเองมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วและรู้วิธีผ่อนคลายความเครียด

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มทบทวนปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่พบจากการเข้ากลุ่มที่ผ่านมา กระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง

การดูแลตนเองของสมาชิกที่ผ่านมา การรับรู้ได้ว่าตนเองกำลังเครียด วิธีการที่สมาชิกใช้ในการจัดการกับความเครียด ให้สมาชิกแต่ละท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้น ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากกลุ่ม และเพิ่มเติมวิธีการที่ยังขาดหายไป พร้อมบรรยายวิธีการลดความเครียดของผู้ดูแล ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม

หัวข้อ ปิดกลุ่ม

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกได้พูดถึงสิ่งที่ได้รับตลอดจนความรู้สึกที่มีต่อการเข้ากลุ่ม
 2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้น ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ในการจัดกิจกรรม

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนพูดถึงสิ่งที่ได้รับตลอดจนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดขึ้น ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ในการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยตอบคำถามที่ยังค้างคาใจ กล่าวขอบคุณสมาชิกที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ให้สมาชิกนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปปฏิบัติ โดยผู้นำกลุ่มขอเชิญสมาชิกมาพบกันอีกครั้งหนึ่งตามวันและเวลาดำหนดเพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาการดูแลผู้ป่วย แจกเอกสารสรุปการบรรยายในแต่ละหัวข้อ

การติดตามผล

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วยของสมาชิก
 2. เพื่อให้ความช่วยเหลือแนะนำการดูแลผู้ป่วย
 3. เพื่อให้สมาชิกช่วยกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนพูดถึงประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคตลอดจนความรู้สึกของสมาชิกต่อการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับความรู้ไปแล้ว ผู้นำกลุ่มทบทวนความรู้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ และตอบปัญหาที่พบจากการเข้ากลุ่มในวันนี้ โดยมีวิทยากรซึ่งเป็นพยาบาลมาให้ความรู้เสริมเกี่ยวกับการพยาบาลปัญหาที่พบในการดูแล เช่น การฝึกการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย และเล่าประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น ให้สมาชิกช่วยกันแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่พบ ขอบขอบคุณสมาชิกทุกคนที่มาเข้ากลุ่มในวันนี้ แจ้งเรื่องการตอบแบบสอบถามครั้งสุดท้าย ขอเชิญสมาชิกมาพบปะกันในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

ภาวะสมองเสื่อม หรือโรคสมองเสื่อม (Dementia)

- ▶ กลุ่มอาการที่แสดงถึงความเสื่อมหรือถดถอยของการทำงานของสมอง
- ▶ พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 6 - 12 ของผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป
- ▶ สาเหตุ
 - โรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 40 - 70
 - ความผิดปกติของเส้นเลือด
 - โรคสมองเสื่อมแบบผสม

โรคอัลไซเมอร์



- ▶ พบโดยแพทย์ชาวเยอรมันชื่ออ็อลไฮเมอร์ ในปี พ.ศ. 2449
- ▶ เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของสมองซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุ
- ▶ โรคนี้อาจทำลายเซลล์ประสาทในสมองอย่างช้า ๆ ในตำแหน่งเฉพาะที่
 - ความรอบรู้ ตติปัญญา ความคิด พฤติกรรม
 - ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตด้วยตนเอง
- ▶ ส่วนใหญ่เริ่มเมื่ออายุ 65 ปี ขึ้นไป

★ ลักษณะอาการที่สำคัญ ★

1. ความผิดปกติในด้านความจำ
2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา
3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้ทิศทาง เวลา
4. ความผิดปกติอื่น ๆ เกี่ยวกับ ความเฉลียวฉลาด ความมีเหตุผล
5. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหว และท่าหน้าที่ การประสานกันระหว่างสายตา และการเคลื่อนไหว
6. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ

1. ความผิดปกติในด้านความจำ

- ปัญหาความจำระยะสั้น ความสามารถเรียนรู้หรือรับข้อมูลใหม่. ความสามารถรักษาลึ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้ว การผสมผสานข้อมูลใหม่เข้ากับความรู้ที่มีอยู่ได้

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา

- ไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องเหมาะสมในการเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ
- จำสิ่งของได้แต่นึกชื่อไม่ได้
- ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา
(เนื่องจากไม่สามารถจำสิ่งของและบุคคลได้
ไม่รู้ว่าจะสิ่งทีมองเห็น ไต่ยั้น หรือสัมผัสได้เป็นอะไร)

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้ทิศทาง เวลา

- หลงทาง ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
- การหลับการตื่นผิดปกติ

4. ความผิดปกติอื่น ๆ

เกี่ยวกับความเฉื่อยฉวยลด ความมีเหตุผล การคำนวณ การแปลสภาพ การทราบความเหมือนกันความแตกต่างกันของสิ่งของ การทำงานให้เป็นขั้นตอน การสูญเสียทักษะต่างๆ

5. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหว และท่าหนักที่ การประสานกันระหว่างสายตา และอวัยวะเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยจะไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายตามที่ต้องการได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อ และประสาทการรับรู้ เป็นปกติ

6. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ :

ซึมเศร้า เฉื่อยชา วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อถอย
หวาดกลัว อิจฉาริษยา หวาดระแวง ไร้น่วย

พฤติกรรมที่ผิดปกติ :

ขาดความคิดริเริ่ม ขาดความสนใจสิ่งที่เคยชอบ ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ อยู่ไม่นิ่ง ทำอะไรซ้ำๆ เก็บซ่อนเงิน แสดงออกทางสังคมที่ไม่เหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ :

ปฏิกิริยาจากการสูญเสียความสามารถทางสติปัญญา หรือ ผลของการสูญเสีย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุโดยตรงจากความผิดปกติทางสมอง

พฤติกรรมที่ผิดปกติ :

มีอิทธิพลจากอารมณ์ ความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเลื่อมของสมอง ความผิดปกติด้านขบวนการคิดเชิงเหตุผล ปัญหาในการทำงานให้สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยอาจหยุดการดำเนิน กิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้

ลักษณะการดำเนินโรค

แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะเริ่มแรก (1 - 3 ปี)

- ความจำระยะสั้น
- การใช้ภาษา
- ความสามารถเชิงโครงสร้าง
- เริ่มหลงทิศทาง และหลงทาง
- ปัญหากิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อนเริ่มบกพร่อง
- บางรายมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
- การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่สอง (2 - 10 ปี)

- ความอึดแอ้มมากขึ้น ความอดทนจะเริ่มเสื่อมย้อนหลังไป
- การใช้ภาษา
- การดูแลตัวเองจะบกพร่อง
- การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันเริ่มลำบากมากขึ้น
- มีอาการทางอารมณ์ พฤติกรรมอาการทางจิต
- อาจออกไปนอกร้านโดยไม่มีจุดหมาย และหลงทาง กลับบ้านไม่ถูก
- ไม่สนใจเกี่ยวกับความจำที่เสื่อมอย่างมาก
- การตรวจร่างกายจะพบความคิดผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ ความผิดปกติในการตรวจสอบองค์ประกอบที่ตาต่อ หรือตรวจคลื่นสมอง

ระยะสุดท้าย (3 - 12 ปี)

- ผู้ป่วยสูญเสียความจำมาก
 - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้
 - กลืนอาหารโดยที่ไม่รู้จักการเคี้ยว
 - ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่าย
 - ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเป็นคำ ๆ ตามผู้อื่น
 - ระยะสุดท้ายจะนั่งเฉย ไม่พูด ไม่เคลื่อนไหว
- จะนอนติดเตียง (การเสียชีวิตมักมีสาเหตุจากโรคปอดบวม เนื่องจากสำลักอาหารหรือเสมหะ โรคหัวใจ การขาดน้ำหรือภาวะทุพโภชนาการ และติดเชื้อจากแผลกดทับ)

กลไกการเกิดโรค



โรคอัลไซเมอร์

ทำลายเซลล์ประสาทซึ่งเป็นตัวส่งข่าวสารของสมอง ส่งงานไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำหน้าที่ เซลล์ประสาทจะรับข้อมูลแล้วส่งต่อไปยังเซลล์ข้างเคียงโดยผ่านทางของสารเคมีที่เรียกว่า "สารสื่อประสาท" เมื่อเซลล์ประสาทถูกทำลาย ทำให้สารสื่อประสาทลดลง หรือปราศจากสารสื่อประสาท การส่งข้อมูลจะขาดตอน ซึ่งจะ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองได้

อัลไซเมอร์จะไปทำลายเซลล์ประสาทในตำแหน่งต่าง ๆ ของสมองซึ่งควบคุมการทำงานของร่างกายหรือจิตใจที่แตกต่างกัน

สาเหตุการตายของเซลล์

ทฤษฎีหลักในการอธิบายสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ตามความถี่เห็นของนายแพทย์ดีคอสกี มี 2 ทฤษฎี คือ

๑ ทฤษฎี หล้าคัก

๒ ทฤษฎี ความผิดปกติของโครงสร้างเซลล์ประสาท

มีผลทำให้สมองขาดสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งเรียกว่า อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งเป็นสารตัวหนึ่งในกลุ่มเซลล์ประสาทที่ทำให้เกิดระบบประสาทโคลีน (Cholinergic) ซึ่งเป็นระบบที่มีผลต่อความจำ และการเรียนรู้ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ระบบประสาทนี้และเซลล์ประสาทจะถูกทำลายมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

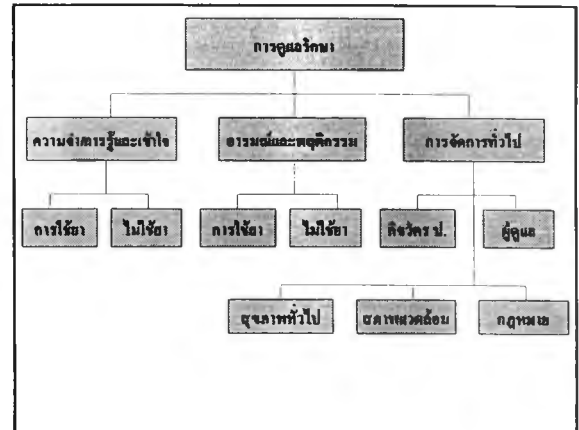
เป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ

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

วิธีการรักษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น

☆☆☆ มี 3 ประการ คือ ☆☆☆

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา
2. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ
3. การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม



1. หลักการรักษาโดยไม่ใช้ยา



- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด
- ทางเลือกในการรักษาต่างๆ
- แหล่งที่สามารถหาความรู้และความช่วยเหลือเพื่อลดความเครียด และอารมณ์เศร้าของญาติหรือผู้ดูแล

2. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำของผู้ป่วย

- การใช้ยาเพื่อรักษาตามอาการ

ตามที่ได้กล่าวถึงกลไกการเกิดโรคอัลไซเมอร์ มาจากการขาดหรือปราศจากสารสื่อประสาทที่เรียกว่า acetylcholine ดังนั้นยาที่พัฒนามาเพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงมุ่งไปในทิศทางที่จะเพิ่มสารเคมีดังกล่าวในสมอง



การใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง

- ยาต้านอนุมูลอิสระ เช่นวิตามิน E , selegiline
- ฮอโมน เอสโตรเจน
- ยาต้านการอักเสบ
- สมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย
- โกลจิเน



การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม มียา 3 ประเภท

1. ยาต้านโรคจิต มีฤทธิ์กล่อมประสาทและช่วยปรับอารมณ์ ความเกิดและพฤติกรรมให้ปกติ
- ผลข้างเคียง คือ ทำให้ซึม ความดันโลหิตลดลง สายตาพร่ามัว ปากแห้ง ท้องผูก อากาศสั้น ตัวเกร็งแข็ง และใบหน้าไร้ความรู้สึก



2. ยากลายกังวล หรือยากล่อมประสาทอย่างอ่อน

ช่วยลดความกังวลและภาวะเครียดได้ดี

ผลข้างเคียง คือ ง่วงซึม อ่อนเพลียและการทรงตัวไม่ดี

อาจมีเวียนศีรษะ ตาพร่า หูตึงไม่ชัด ภาวะคลื่นตัว อยู่ไม่สุข

หงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียว ประสาทหลอน สับสน ซึมเศร้า

และไวต่อการถูกกระตุ้น

3. ยาต้านซึมเศร้า

ผลข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปากแห้ง ตาพร่า การเดินไม่มั่นคง

มือสั่น สับสน ประสาทหลอน อยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่าย

ความจำเสื่อม

 **ความสำคัญของผู้ดูแล** 

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

- การมีชีวิตอยู่กับโรคสมองเสื่อมเป็นความยากลำบากสำหรับผู้ป่วย
- ผู้ป่วยต้องพึ่งพาชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพาใคร
- ผู้ป่วยต้องอยู่ในโลกที่ซับซ้อน แปลกตา และน่าสะพรึงกลัว
- ผู้ป่วยต้องการการดูแลแทบจะ 24 ชั่วโมง เนื่องจากขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม

ผู้ดูแลนั้นถือได้ว่าเป็นศูนย์กลางการดูแลทางการแพทย์

- ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น เมื่อมีช่วงหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลคือการดูแลลดลง หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ผู้ที่จะให้ข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการรักษา
- บ่อยครั้งเป็นผู้ที่ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ

การดูแลผู้ป่วยมีทั้งการดูแลทางกาย จิตใจ และสังคม

ทางกาย

- การดูแลเรื่องความเจ็บป่วย อากาที่จัดการ
- การดูแลในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน
- การดูแลในเรื่องของการเคลื่อนไหว
- การดูแลในเรื่องของโภชนาการ ความสะอาด และความปลอดภัย

ทางด้านจิตใจ

- การดูแลในเรื่องความรู้สึกสับสน วิดกกังวล ความกดดัน ความเครียด ความโกรธ ซึมเศร้า การสูญเสียความเป็นอิสระ การสูญเสียสัมพันธภาพ การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการได้รับกำลังใจ

ทางสังคม

- การได้รับการยอมรับ มีผู้เห็นความสำคัญ ชีวิตมีความหมาย
- การจัดการเรื่องมรดก

การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก

- งานที่ต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่ทรุดลงทุกวัน

ต้องเผชิญและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าทุกวันเช่นกัน

- งานดูแลเกือบจะ 24 ชั่วโมง

การขาดความรู้ในการดูแลจะทำให้การทรุดและการะงัดขึ้น

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์



การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

1. เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่หนักที่สุด
เรียนรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
2. ครอบครัวยุติกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. การเตรียมบ้านให้ปลอดภัยและมั่นคง
4. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสับสน
5. การจัดวางสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นตา

ความรู้สึกของผู้ป่วย

- รู้สึกสับสน รู้ดีว่าความจำเสื่อมมากขึ้น และสมรรถภาพการทำงานเสื่อมไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไร
- มีความกดดัน ความเครียดสูง เพราะมีความพยายามจะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้
- โกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่นๆ
- ความกลัวที่มีการเปลี่ยนแปลงแก่ตนเอง และไม่สามารถช่วยตัวเองได้
- โหม่งในใจในอนาคต
- ซึมเศร้า หมกหมัวในอนาคต

หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

1. การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการพึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุด
2. การช่วยลดหรือป้องกันพฤติกรรมที่รบกวน



การปฏิบัติต่อผู้ป่วย

- ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีศักดิ์ศรี
- เป็นนักฟังที่ดี สนับสนุนให้ออกาสผู้ป่วยได้ระบาย
- ให้ความหวังแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยยังหาความสุขในชีวิตที่เหลือได้
- ให้ความรู้สึกอบอุ่น มีคนดูแล ไม่ทอดทิ้ง

สร้างกรรສือสารที่ได้ผล

- พูดช้าๆ สงบ และนุ่มนวลเหมือนผู้ใหญ่พูดกับผู้อื่น
- รักษาช่วงการพูดให้ช้า และนำเสนอข้อมูลที่ละน้อย
- พูดซ้ำข้อมูล และแสดงเป็นตัวอย่างให้เห็น

ควรมีเครื่องช่วยความจำ

- ปฏิทินอยู่ใกล้ตัว เพื่อให้รู้วัน เดือน ปี
- มีสมุดพกจดบันทึกนัดหมาย
- ป้ายบอกชื่อวัตถุสิ่งของที่ใช้ประจำ
- เขียนรายการที่เป็นกิจวัตรประจำวัน
- เขียนเดือน

กิจกรรมของผู้ป่วยควรมีดังนี้

- ให้ออกกำลังกายเป็นประจำ
- ให้เข้าสังคม
- ให้มีโอกาทำงานอะไรด้วยตนเอง
- พาไปเที่ยวสถานที่ให้ความรื่นรมย์ทางธรรมชาติ



วิธีช่วยให้ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

- ทำงานกับผู้ป่วยในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง คงความเคารพ
- รักษาสภาพแวดล้อมให้ง่าย และโล่งสะอาดตา
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยตัวเอง
- พยายามทำอะไรเป็นตารางเวลา
- ยืดหยุ่นและอดทน
- ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ง่ายและชัดเจน
- ยอมรับผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

เมื่อผู้ป่วยต่อต้าน

- สนใจปฏิกิริยาของผู้ป่วย
- ตอบสนองอารมณ์ของผู้ป่วย
- หันเหความสนใจของผู้ป่วย
- พยายามอีกครั้งในภายหลัง

การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม

- ตรงตามเวลาทุกวัน ในสถานที่เดิมทุกครั้ง
- ให้รู้สึกเพลิดเพลิน ไม่เร่ง
- อาหารมีคุณค่าครบถ้วน บำรุงสุขภาพ
- ดูแลไม่ให้รับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป ปัญหา
- ไม่รู้ว่าควรรับประทานอาหารประเภทใด
- การรับรสเปลี่ยน ไม่รู้สึกอยากอาหาร ถ้าไม่ได้ว่ารับประทานอาหารแล้ว
- อาจไม่รู้สึกลึกถึงความร้อนเย็นของอาหาร
- อาจลืมวิธีใช้ช้อน

แก้ไข

- จำกัดประเภทอาหารให้เลือกน้อยลง
- ช่วยเลือกอาหาร
- รับประทานอาหารที่ละเอียด
- ควบคุมปริมาณแต่ละมือ
- หั่นอาหารชิ้นพอดีคำ
- ไม่สริฟอาหารร้อนจัด
- ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม
- ให้อาหารเพียงพอในการรับประทานอาหาร

การอาบน้ำ

- กำหนดตารางเวลาอาบน้ำที่เหมาะสมและบุคคลิกภาพเพียงคนเดียว
- ซึ้นชมและสนับสนุนเมื่ออาบน้ำเสร็จ
- อาจรู้ว่าจำเป็นต้องอาบน้ำแต่ไม่รู้อาจะทำอย่างไร
- การอาบน้ำที่ง่ายให้ผู้ป่วยทำเอง
- ผู้ป่วยอาจรู้สึกอายขณะอาบน้ำ
- วิธีการอาบน้ำที่ไม่คุ้นเคย หากผู้ป่วยปฏิเสธให้หลีกเลี่ยง
- หากปฏิเสธให้ลองใหม่เมื่ออารมณ์เปลี่ยนไป

การสวมใส่เสื้อผ้า

- ปัญหา - ไม่รู้จะใส่เสื้อผ้าอย่างไร
- นี้ก็ไม่ออกความจำเป็นต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า
- แก้ไข - จำกัดเครื่องแต่งกายที่ผู้ป่วยจะเลือกใส่ สิ่งไม่จำเป็นกันออก
- ลดจำนวนเสื้อผ้าให้สั้นน้อยลง
 - เลือกเสื้อผ้าให้และวางให้ใส่เป็นชุดๆ
 - เสื้อผ้า รองเท้าง่ายต่อการใส่และถอด
 - ให้อาหาร บรรเทาอาการหงุดหงิดความเป็นส่วนตัว
 - เตรียมเสื้อผ้าที่เหมือนกันหลายชุด หากชอบใส่ตัวเดิม

การเข้าห้องน้ำการปัสสาวะรด

สาเหตุ

- ความสับสน ไม่รู้ห้องน้ำอยู่ที่ไหน
- สูญเสียความสามารถในการนึกว่าเมื่อไรควรไปห้องน้ำ จะทำอะไรเมื่ออยู่ในห้องน้ำ . ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย

แก้ไข

- ติอน ช่วยเหลือเล็กน้อย ติดสัญลักษณ์ที่ห้องน้ำ ปล่อยให้ประตูปิดออกง่ายต่อการหา เสื้อผ้าถอดได้ง่าย จำกัดน้ำดื่ม สร้างตารางการเข้าห้องน้ำ จัดบันทึก สังเกตพฤติกรรมเป็นนัย

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ถามและมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ

แทนการตอบคำถามซ้ำแล้วซ้ำเล่า ให้พยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย โดยจัดการเขียนคำตอบลง ถ้าคำถามเดียวกันออกมาอีกคุณสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยเขียนคำตอบลง พยายามหันเหความสนใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเรื่อง กอด ผู้ป่วยถ้าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ปัญหาการนอน

สาเหตุ

- ตื่นมาเข้าห้องน้ำ
- ผื่นร่าย
- การรับรู้เรื่องเวลาของผู้ป่วยเสียไป

การแก้ไข

- การหางานประจำที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าง เป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ
- ควบคุมการจับหลับช่วงระหว่างวัน
- ไม้ให้อาหารหนักในมือเย็น
- หลังกิจกรรมช่วงกลางวัน ทำช่วงเวลายื่นให้สงบ และผ่อนคลาย

- ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ยกและเข้าห้องน้ำก่อนนอน
- เมื่อใกล้เวลานอนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายที่สุดด้วยห้องที่นำอนและอุ่น ให้ฟังเพลงเบา ๆ
- ถ้ามาตรวจการเหล่านี้ไม่ประสบผล จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับช่วย ซึ่งโดยทั่วไปควรเลี่ยงการใช้ยานี้กับผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์

การที่ผู้ป่วยติดผู้ดูแล

สาเหตุ

ความต้องการความปลอดภัยในโลกที่แปลก น่ากลัว กลัวว่าผู้ดูแลจะหนีไปไม่กลับมาหรือไม่สามารถจำได้ว่าผู้ดูแลจะกลับมา

การแก้ไข

เมื่อไรก็ตามที่ผู้ดูแลต้องจากผู้ป่วย ต้องบอกผู้ป่วยว่าจะกลับมา หรือให้เขียนบอก หรือหาอะไรให้ผู้ป่วยทำเพื่อหันเหความสนใจ

ท่าของหาย

สาเหตุ

ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยร่วมกับการสูญเสียการควบคุม

และความทรงจำ

การแก้ไข

ให้ตอบสนองการกล่าวหาว่าของหาย โดยเห็นด้วย ช่วยหาผู้ป่วยอาจจะซ่อนของไว้ในที่ที่ป้องกันไม่ให้มันหายอีก แล้วลิสที่ซ่อนนั้นอีก ถ้ามองให้ติดาจะพบที่ซ่อน

ควรเก็บสำเนา สำรองของที่สำคัญ จำกัดจำนวนของมีค่า และเงินที่เหลือในบ้าน ตรวจสอบตราขยะเสมอ ๆ ก่อนทิ้ง

พฤติกรรมวุ่นวาย ไม่มีจุดหมาย ไม่ยอมอยู่กับที่ เดินไปมา เดินปะปะ

สาเหตุ

- บางครั้งการเดินปะปะอาจจะหลงเหลือมาจากชีวิตที่ผ่านมา
- อาจเกิดจากรอยโรคในสมอง ส่วนที่ควบคุมการรับรู้สถานที่ และทิศทาง
- รู้สึกโดดเดี่ยว เหนงหรือสับสน หรือขาดการกระตุ้น

- ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป
- กิดถึงกิจกรรมที่เคยทำในอดีตเป็นประจำ
- ผลจากผู้ป่วยเกิดความสับสน มองสถานที่ผิดไป มองหาห้องนา
- รู้สึกเบื่อหรือรู้สึกเหมือนอยู่ในกับดัก
- อาจเกิดจากรอคอยหรือ ยานต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
- สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป
- ปึงอัยทางอารมณ์ต่าง ๆ

การแก้ไข

- พยายามลดอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรม โดยไม่ต้องผูกมัดผู้ป่วย
- ดูแลเรื่องสภาพแวดล้อมไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย
- ให้ผู้ป่วยทำตามพฤติกรรมของตนเองในขอบเขตที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย
- พูดปลอบโยน ไม่พูดในทำนองขัดขวาง หรือขัดใจ
- พาผู้ป่วยกลับมามีเวลา สถานที่แห่งความเป็นจริง
- เบี่ยงเบนความสนใจโดยให้มีกิจกรรมทำ
- ปรึกษาเพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบเมื่อไม่มีทางควบคุม

พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

สาเหตุ :

- รู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรืออยากเข้านอน
- อายกลับไปห้องน้ำ
- สวมเสื้อไหม้ซึ่งไม่คุ้มภัย

การแก้ไข :

- พยายามไม่แสดงปฏิกิริยามากเกินไป และไม่ลืมว่าเป็นผลจากการเจ็บป่วย
- ห้ามให้สามีเฝ้ากิจกรรมอื่น
- หาเหตุผลเพื่อจัดพฤติกรรมเหล่านั้น ช่วยเหลือให้สวมเสื้อผ้าอีกครึ่งหนึ่ง
- ถามผู้ป่วยว่าต้องการอะไร และคอยให้ความช่วยเหลือ
- ถ้าผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าให้หยุดพฤติกรรมโดยเร็วด้วยท่าทีสุภาพ และสงบ และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมอื่น

ความรุนแรง และความก้าวร้าว

สาเหตุ

- ไม่ชอบการได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เขาทำได้อีก
- รู้สึกกับข้อใจ เนื่องจากทำอะไรไม่ได้
- เสียการควบคุมทางสังคม และการตัดสินใจไม่ดี
- ไม่สามารถแสดงความรู้สึกในแง่ลบอย่างปลอดภัย

- ไม่สามารถเข้าใจท่าทางและความสามารถของกันอื่น
- รู้สึกถูกข่มขู่ มีความหวาดระแวง
- รู้สึกหงุดหงิดถ้าทำอะไรไม่พบ
- จำไม่ได้ว่ากำลังถูกพาไปไหน
- ต้องการคำอธิบายอย่างช้า ๆ ว่าเกิดอะไรขึ้น

การแก้ไข

- ระมัดระวังเก็บสิ่งของเข้าที่เข้าทางเรียบร้อยอยู่เสมอ
- กวราหาและหลีกเลี่ยงสาเหตุของปฏิกิริยาที่ไม่ต้องการนั้น
- สงบและพยายามไม่แสดงความกลัว หรือ ระงับ
- ให้พื้นที่บริเวณแก่ผู้ป่วย
- ห้ามเหวี่ยงอารมณ์ไปทำกิจกรรมที่สงบ
- กวรอธิบายช้า ๆ และชัดเจนว่าจะเกิดอะไรขึ้น
- ถ้าความรุนแรงเกิดขึ้นบ่อย จบเป็นต้องหาผู้ช่วย

ซึมเศร้า วิตกกังวล และเก็บตัวไม่มีความสุข

สาเหตุ

- สูญเสียความจำ และความสามารถ

การแก้ไข

- ไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากภาวะซึมเศร้าในทันที
- ให้ความรัก และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยมากขึ้น
- ติดต่อแพทย์

ประสาทหลง และหลงผิด

สาเหตุ

- สัมพันธ์กับการเห็นที่ไม่ชัดเจน
- ยาที่ใช้อยู่

การแก้ไข

- ไม่ปล่อยปละละเลย
- หันเหผู้ป่วยโดยให้สนใจสิ่งอื่นที่เป็นจริงในห้องแทน

- พาไปพบอายุแพทย์

- เช็กกับแพทย์เรื่องยาที่กำลังใช้อยู่

- สำหรับผู้ป่วยแล้วความหลงผิดเป็นเรื่องจริง และทำให้รู้สึกกลัว และอาจเป็นผลให้มีพฤติกรรมกำบังตัวเอง

- ไม่ได้เลียง ให้ความมั่นใจ และให้กลับมามีโลกความเป็นจริง

- การจัดการกับพฤติกรรมจะต้องใช้ความอดทน ควบคุมตัวเอง เข้าใจ ยึดหยุ่น และแก้ไขปัญหามาซึ่งสร้างสรรค์

สรุปการดูแลผู้ป่วย

1. Restrict : พ เป็นอันตรายที่ต้องปล่อย
2. Reassess : คิดหาสาเหตุที่น่าจะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น เกิดจากผลของยา ป่วย ไม่สบาย มองไม่เห็นในแสงสว่าง หรือได้ยินเสียงรบกวน
3. Reconsider : พยายามมองอะไรในมุมมองของผู้ป่วย และตระหนักว่าคนเราอาจจะไม่รู้และไม่เข้าใจว่าอะไรที่ต้องทำ

4. Rechannel : ชี้แนะใหม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ปลอดภัยกว่า ในทางที่ไม่เป็นการทำลาย

5. Reassure : ให้เวลาที่ทำให้ผู้ป่วย (ที่เสียใจ โกรธ หรือกลัว) สงบลง

6. Review : คิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ เราจัดการอย่างไรจึงได้

สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ !

สิ่งที่ควรทำ

- จำไว้เสมอว่า โรคเป็นสาเหตุของพฤติกรรม ไม่ใช่ความผิดของผู้ป่วย
- คงไว้ซึ่งความสงบ
- มีความอดทน
- หันเหผู้ป่วยด้วยกิจกรรม หรือสิ่งของอื่น
- พูดกับผู้ป่วย
- ฟังผู้ป่วย
- ให้ความมั่นใจและความรัก

- พุดประโยคง่าย ๆ และสั้น
- ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และกิจกรรมสนุกสนาน
- จำกัดทางเลือกให้เหลือเพียง 2 ทาง
- รักษากิจวัตรประจำวันให้มีความง่าย
- แบ่งกิจกรรมเป็นหลายขั้นตอนง่าย ๆ

- ชื่นชมว่าทำอะไรสำเร็จ
- มุ่งเน้นไปที่สิ่งที่ผู้ป่วยยังคงทำได้อยู่
- หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดี
- คงไว้ซึ่งอารมณ์ขัน

สิ่งที่ไม่ควรทำ

- ชื่นเสียงหรือโกรธ
- ด่า
- โต้แย้ง
- ทำอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยประหลาดใจ
- อาย
- ทำอะไรให้มากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ
- มุ่งเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้อีกแล้ว

การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล



วิธีการลดความเครียด

1. เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการให้การดูแล
2. ยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรค
3. ยอมรับความจริงเกี่ยวกับตัวเอง
4. ยอมรับความรู้สึกของตัวเอง
5. แบ่งปันความรู้สึกของตัวเอง

วิธีการลดความเครียด (ต่อ)

6. มองหาสิ่งที่ดี
7. ดูแลตัวเอง
8. มองหาอารมณ์ขัน
9. หาความช่วยเหลือ
10. การวางแผนในอนาคต

การดูแลตัวเองของผู้ดูแล

- ดูแลตนเอง
- ดูแลภาวะสุขภาพร่างกาย
- การออกกำลังกาย
- อาการปวดหลัง
- การนอนหลับ
- ภาวะจิตใจ
- ภาวะเครียด
- อาการหงุดหงิดรำคาญ

สิ่งที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมี

- การหยุดพักจากภาระที่รับผิดชอบชั่วคราว
- ถามตนเองว่า มีความรู้สึกอย่างไร มีใครอีกไหมที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเห็นอกเห็นใจ เพื่อว่าจะได้ไม่ต้องแบกรับภาระอยู่คนเดียว
- ไม่ควรรู้สึกผิดในการพูดถึงความต้องการของตัวเอง

- ควรมีทัศนคติที่ดีกับการกระทำสิ่งเหล่านี้
 - ไม่ละเลยในความต้องการของตัวเอง
 - ไม่แยกตัว คงสัมพันธ์ภาพอย่างใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัว
 - ระลึกเสมอว่าผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างคอบเนื่อง ได้ดีก็ต่อเมื่อ ได้ในสิ่งที่ต้องการก่อน
 - ถ้าจะแสดงอารมณ์ออกมาบ้างก็ไม่ใช่อะไรผิด
 - ผู้ดูแลควรรักษาการมีกิจกรรมต่างๆ นอกบ้านของตัวเองไว้
 - ติดต่อหาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ
 - กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ขอบคุณค่ะ

หน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์**สถานพยาบาลศุขเวชเนอสซิ่งโฮม**

รามคำแหง 21 โทร 02-319-5865

ห้องรวมพัสดลม	14.000	บาท/เดือน
ห้องรวมแอร์	15.500	บาท/เดือน
ห้องเดี่ยวพัสดลม	17.000	บาท/เดือน
ห้องเดี่ยวแอร์	23.000	บาท/เดือน

จิรวชเนอ์ซิ่งโฮม

บางใหญ่ หมู่บ้านมิตรประชาวิลล่า โทร 02 - 9228635

ดูแลที่บ้าน	8.000	บาท/เดือน
ดูแลที่ศูนย์	15.000	บาท/เดือน (ราคาพิจารณาตามอาการ)

ศูนย์เบทเทอร์แคร์เนิร์สซิ่งโฮม

พหลโยธิน 48 ซอยสายหยุด โทร 02 - 971-3890

ดูแลที่บ้าน		
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้	6,500	บาท/เดือน
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	7,000	บาท/เดือน

บ้านคาร์มิลเลียนโซเซียลเซอร์เวออร์

อ้อมใหญ่ จ.สมุทรสาคร โทร 02 - 429 - 0022

บ้านคาร์มิลเลียน

สมาพราน จ. นครปฐม โทร 02-8125140 - 4

มูลนิธิเทียนฟ้า (สำหรับผู้ป่วยนอนติดเตียง)

เยาวราช ใกล้โรงหนังนิวโอเดียนเก่า โทร 02 -2330955

ค่าเตียง สามัญ	500	บาท/วัน
พิเศษ	800	บาท/วัน

โรงพยาบาลจวจิน (สำหรับผู้ป่วยนอนติดเตียง)

รองเมืองซอย 4

ค่าเตียง สามัญ 13 เตียง	400	บาท/วัน
พิเศษ	1.020	บาท/วัน

มูลนิธิก่วงฮิว (สำหรับผู้ป่วยนอนติดเตียง)

ใกล้ สน.พลับพลาไชย เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ โทร 02 - 2218487 , 02 - 222 - 8869

คาเตียง สามัญ 230 บาท/วัน

พิเศษ 690 บาท/วัน

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

โทร 02 - 880 - 8542 . 02 - 8807538

ศูนย์ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลางวัน (9.00 - 15.00 น.) 02 - 437 - 7061

กลางคืน (16.00 - 8.00 น.) 02 - 439 - 0392

- โรงพยาบาลศรีธัญญา

02 - 526 - 3342

ความรู้เรื่อง

โรคอัลไซเมอร์



จัดทำโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



เรื่องน่ารู้ สมองเสื่อม



อยู่กับผู้ป่วย
โรคอัลไซเมอร์
อย่างไรไม่ให้เครียด



รศ.บพ.ทิเชธ อุดมรัตน์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



- ผู้ทรงคุณวุฒิ** แบบวัดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความจำที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม
1. แพทย์หญิงสิรินธร ฉันทศิริกาญจน์
 2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ
 3. นายแพทย์พนัส รัญญะกิจไพศาล
- ผู้ทรงคุณวุฒิ** แบบสอบถามวัดความเครียดของผู้ดูแล
1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ
 2. อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล
 3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์
- ผู้ทรงคุณวุฒิ** ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลแบบสอบถามจากอังกฤษเป็นภาษาไทย
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์
- ผู้ทรงคุณวุฒิ** กิจกรรมกลุ่มให้การศึกษา
1. แพทย์หญิงสิรินธร ฉันทศิริกาญจน์
 2. นางสาวรจนา กุลรัตน์

รายนามผู้ช่วยผู้วิจัย

1. นางมาลี แจ่มพงษ์
2. นางสาวฉัตรสุดา รักษาบุญ
3. นางสาวรัตนะวรรณ มอบนรินทร์
4. นางสาวทัศนาวงศ์สาโรจน์

รายนามวิทยากรเสริม

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นางเยาวรัตน์ สร้อยสนธิ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา
(ผู้มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
และทำงานให้กับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย) |
| 2. นางสาวกนกวรรณ บุญอริยะ | พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
(ผู้มีประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม) |
| 3. นางสาวจิตรณภา วาณิชวิโรตม์ | ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม |
| 4. นางโกสุม วาณิชวิโรตม์ | ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม |
| 5. นางมะลิ ชูโต | นักสังคมสงเคราะห์ 8 ว. วิทยากรนวดคลายเครียดด้วยตนเอง |

รายนามผู้สนับสนุนค่าอาหารและของว่างระหว่างการทดลอง

1. บริษัท เอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด
2. บริษัท โนวาร์ทีส (ประเทศไทย) จำกัด



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเยาวภา ยงดีมิตรภาพ เกิดเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2500 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2522 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544 โดยได้รับทุนการศึกษาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ระดับ 7 ว. สังกัดศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ช่วยราชการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา