



ป ิ ณ ก ะ

โปรแกรมลดความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม

นารีรัตน์ ทองอินดี, วท.ม.*

สมฤดี ชุมแก้ว, วท.ม.*

วิไลวรรณ คงกิจ, กศ.ม.*

พิมพ์พิศ สีน้อย, กศ.ม.*

อรพรรณ สวนขันธ์, ภ.ม.**

บทนำ

โรคสมองเสื่อม¹ พบบ่อยที่สุดในคนสูงอายุ เป็นชนิด อัลไซเมอร์ ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุโดยพบว่าผู้ที่อายุ 65-70 ปี พบประมาณ ร้อยละ 3 ในขณะที่ผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป จะพบสูงขึ้นถึงร้อยละ 47.2 และพบถึง ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุตามสถานพยาบาล (nursing home) จากสถิติประเทศตะวันตกพบโรคสมองเสื่อมร้อยละ 1 ของคนอายุ 65 ปี และพบบ่อยขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 5 ปี ที่อายุมากขึ้น ผู้สูงอายุ 86 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 32 ยิ่งอายุเพิ่มขึ้น โอกาสพบยิ่งมากขึ้น

โรคสมองเสื่อม² เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง ในส่วนของเปลือกสมองหรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ พยาธิสภาพใช้เวลาอย่างน้อย 1 – 2 ปี ทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิดและความบกพร่อง หลงลืมทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดทางนามธรรมผิดไป เช่น คิดเลขไม่ได้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนามธรรม มีปัญหาในการพูด พูดซ้ำๆ ซากๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือ

กิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ ทั้งๆ ที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นปกติ การแปลความรู้สึกผิดพลาดไม่สามารถบอกถึงสิ่งที่รับรู้จากการสัมผัส การได้ยิน รับรส ได้กลิ่น และการมองเห็น มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม อาการเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถทำงาน หรืออยู่ในสังคมได้

ลักษณะอาการ³

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ เป็นความผิดปกติที่เด่นชัดและพบได้บ่อย โดยมีความบกพร่องในการตัดสินใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นซ้ำๆ โดยความจำที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ใหม่ๆ และความจำระยะสั้นจะสูญเสียไปในช่วงแรกที่เกิดความเจ็บป่วย และจะค่อยๆ รุนแรงขึ้น โดยลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยเนื่องจากกระบวนการใช้ชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ที่มีลักษณะดังนี้

2.1 Anomia คือ ลักษณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ในการเรียกชื่อ

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

** เกษตรกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สิ่งของต่างๆ เช่น กุญแจ ผู้ป่วยทราบว่าเป็นกุญแจ และสามารถใช้ได้ถูกต้องแต่คิดว่ากุญแจไม่ออก

2.2 Agnosia คือ ลักษณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำชื่อสิ่งต่างๆ ได้คล้ายกับ Anomia แต่รุนแรงกว่า เนื่องจากสูญเสียความจำในเรื่องของบุคคลด้วย เช่น ผู้ป่วยอาจคิดว่ามีคเป็นหวี และพยายามเอามีคมาหวีผม เมื่อโรคเป็นมาๆ ผู้ป่วยไม่สามารถจำบุคคลใกล้เคียงได้เช่น ภรรยา

2.3 Aphasia คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน และไม่สามารถใช้การสื่อสารบอกสิ่งที่ต้องการได้ เช่น ต้องการเข้าห้องน้ำ หรือบอกความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อโรคดำเนินมากขึ้นจะพูดตามคำและคำถามที่ได้ยิน (Echolalia) ต่อมาผู้ป่วยอาจพูดซ้ำตามเป็นคำ (Parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกของคำซ้ำแล้วซ้ำอีก

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทิศทาง

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด เนื่องจากสมองของผู้ป่วยถูกทำลายไป ซึ่งจะพบลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินของตนเองได้ อาจบริจาคเงินจำนวนมากโดยไม่สมเหตุสมผล

4.2 ความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรม การรับรู้ความเหมือนและความต่างของสิ่งของ สูญเสียความมีเหตุผล และกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การคิดคำนวณ การแปลความหมาย หรือแม้แต่การเขียน

5. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหว และทำหน้าที่ควบคุมการทำงานประสานกันระหว่างการเคลื่อนไหวและสายตา เป็นความผิดปกติอันเนื่องมาจากสมองถูกทำลาย

6. ความผิดปกติทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะแสดงลักษณะไม่ใส่ใจตนเอง ขาดความ

สนใจต่อสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง แยกตนเอง มีอาการหงุดหงิด รวมทั้งมีอาการหวาดระแวง หลงผิดกลัวได้ รับอันตราย หวาดระแวงกลัวคนขโมยของ หรือกลัวว่าคู่สมรสจะนอกใจ เป็นต้น ด้านอารมณ์ก็มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะเฉื่อยชา และซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ระวังสงสัย บุคคลรอบข้าง พูดคำหยาบ มีปฏิกิริยาต่ออาการหลงผิดและภาพหลอน มีพฤติกรรมแปลก เช่น เก็บสิ่งของแปลก ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่เป็นที่แบบแผนการนอนผิดปกติ

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม⁴

1. การเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยยังไม่ทราบตัวการที่ชักนำทำให้เซลล์สมองตาย

2. ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง

3. การติดเชื้อในสมอง

4. เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และสารฟอลิกแอซิก มักพบในผู้ที่ติดสุราหรือดื่มสุรามากๆ

5. การแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป

6. การกระทบกระเทือนที่สมอง

7. เนื้องอกในสมอง

8. เกิดจากช่องในสมองขยายใหญ่ขึ้นจนน้ำเลี้ยงสมองคั่ง

9. ยาหรือสารที่เป็นพิษโดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยานอนหลับ ยากันชัก ยาคลายเครียด

การดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ขั้น ดังนี้³

1. ขั้นแรก อยู่ในระหว่าง 1-3 ปี ของการ

ดำเนินโรค จะพบความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ ด้านความจำ โดยเฉพาะปัญหาความจำระยะสั้น

2. ขั้นที่สอง อยู่ในช่วง 2 – 10 ปี ของการดำเนินโรค โดยจะปรากฏลักษณะต่างๆ คือ ความจำทั้งระยะสั้น และระยะยาวจะเสียไป จนผู้ป่วยไม่สามารถจำเรื่องราวของตนเองได้ เช่น จำเพื่อนหรือคนในครอบครัวไม่ได้ เสียการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่

3. ขั้นที่สาม ขั้นนี้จะอยู่ในช่วงการดำเนินโรครายใน 8 – 12 ปี โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิดอ่านอย่างรุนแรง และสูญเสียความทรงจำอย่างมาก ไร้ความสามารถในการสื่อสาร

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีวิธีการดูแลตามอาการดังนี้

1. ให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความจริงให้มากที่สุด โดยการฝึกให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองกินอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว

2. การกระตุ้นเตือนความทรงจำ

ผู้สูงอายุจะหลงลืมสิ่งต่างๆ ได้ง่าย ลืมว่าได้พูดอะไรไป ลืมเวลาและบางครั้งก็จะลืมว่าตัวเองอยู่ที่ไหน ผู้สูงอายุที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด เช่น การที่ผู้สูงอายุเตือนตนเองอยู่เสมอ หรือการจดบันทึกเอาไว้ นาฬิกาและปฏิทินจะช่วยเตือนให้รับรู้วันและเวลาได้ดีขึ้น จัดชีวิตประจำวันให้ง่ายและตรงต่อเวลาจะทำให้สับสนน้อยลง

3. การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

มักจะมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย สิ่งที่คนในครอบครัวควรจะทำคือ ต้องเข้าใจ และพยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลง โดยพูดหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน

4. ปัญหาของการสนทนาและสื่อสาร

ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการใช้คำและชื่อของหรือบุคคล การใช้ไวยากรณ์ผิด พูดไม่จบประโยคหรือพูดไปเรื่อยๆ ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ช่วยพูดคำต่างๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำที่ผู้ป่วยนึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดก็ลองให้เขาอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรลองเดาคำโดยบอกผู้ป่วยว่าคุณคิดว่าผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรกับคุณ โดยใช้คำหรือประโยคง่ายๆ

5. ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

ปัญหาที่พบบ่อยคือการสามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ ผู้ดูแลและมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติสิ่งต่างๆ เช่น การจัดทำราวติดกำแพงให้ผู้ช่วยยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำ พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวาง และอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้อุปกรณ์หุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก

6. ปัญหาระแวง อาการหลงผิด และประสาทหลอน เช่น เห็นสามีที่ตายไปแล้วมาเยี่ยมหรือได้ยินเสียงคนร้องไห้อยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการเหล่านี้ควรจะได้รับการศึกษาจากจิตแพทย์

7. อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์เป็นรายกรณีไป

8. การดูแลสิ่งแวดล้อมและกิจวัตรประจำวัน เช่น เก็บไม้ขีด ไฟแช็กไว้ในที่มิดชิด การติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจน ทำราวให้จับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่ ดูแลสุขภาพปากและฟัน

9. การพาผู้สูงอายุสมองเสื่อมออกนอกสถานที่พัก ต้องระวังปัญหาเรื่องการพลัดหลง เพราะ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องความจำ การสื่อสาร ผู้ที่มีอาการมากจะไม่สามารถจำตนเอง และทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญไป ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อนุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อ ได้ให้ผู้ป่วยพกไว้ติดตัวตลอดเวลา

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการดูแล⁵

1. ด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ ไปในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ในการดูแล เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมต่างๆ หรือเมื่ออยู่ในระยะท้ายๆ ของโรค ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องดูแล ทำกิจกรรมทุกอย่างให้แก่ผู้ป่วย ไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือขาดผู้ดูแลรองที่คอยช่วยเหลือในการ ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย

2. ด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็น เวลาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ตลอดจนการดูแล สภาพอาการที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดผลกระทบ ต่อผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกผิด ความรู้สึกโดดเดี่ยว

จากการศึกษาของสุปราณี สมบูรณ์และคณะ⁶ เรื่อง ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็น โรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวน ปรง โดยการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลตามแนวคิดของสจ๊วตและอาร์ชโพลด์ 8 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังเตรียมความพร้อมในการ ดูแลของญาติ ความตึงเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ลดลง ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวภา ยงดีมิตรภาพ⁷ เรื่อง การจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการ ลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบ ความเครียดจากการประเมินด้วยแบบวัดและการ

ประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังติดตามผล กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) เช่นเดียวกับของอุษา จารุสวัสดิ์⁸ พบว่า หลังการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) นอกจากนั้น อรรณพ แพนคง⁹ ศึกษาผล ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความ ผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือสมองเสื่อม โดยใช้แผนการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อน การทดลอง และคะแนนความผาสุกของผู้ดูแลสูงขึ้น กว่าก่อนการทดลอง

ส่วน Hosaka and Sugiyama¹⁰ ศึกษาเรื่อง A structured intervention of family caregiver of dementia patient โดยการทำแบบสอบถาม pre-post intervention (POMS and GHQ-30) และใช้ กระบวนการกลุ่ม self help group ผล พบว่าหลังการ ทำกลุ่ม 5 ครั้ง ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น และระดับความเครียดลดลง และคะแนน POMS and GHQ-30 ลดลง ($p < .05$) และ Andren & Elmstahl¹¹ ได้ศึกษาการบำบัดทางจิตสังคม 6 เดือนและ 12 เดือน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่ ภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมลดลง

ดังนั้นทางทีมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาจึงได้จัดทำโปรแกรม ลดความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีเนื้อหา กิจกรรมและวัตถุประสงค์ ดังตารางที่ 1 เพื่อนำไป ใช้ในการบริการแก่ญาติหรือผู้ดูแลในคลินิกสมอง เสื่อม ด้วยหวังว่าผู้ดูแลหรือญาติมีความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อีกทั้งตระหนัก ถึงความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นและรู้จักเทคนิคการ พ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 โปรแกรมลดความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ครั้งที่ 1	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
13.30-14.00 น.	ลงทะเบียน พร้อมทานอาหารว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม 2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การดูแลรักษา ความสำคัญของผู้ดูแล 3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการนวดด้วยตนเอง
14.00-15.00 น.	เปิดกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ Self help group	
15.15-15.30 น.	การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การดูแลรักษา ความสำคัญของผู้ดูแล	
15.30-16.00 น.	ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการนวดตัวเอง	
	ปิดกลุ่ม พร้อมนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป	
ครั้งที่ 2		
13.30-14.00 น.	ลงทะเบียน พร้อมทานอาหารว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม 2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง และแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการกำหนดลมหายใจ
14.00-15.00 น.	เปิดกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ Self help group	
15.15-15.30 น.	บรรยายความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง และแหล่งสนับสนุนทางสังคม	
15.30-16.00 น.	ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกกำหนดลมหายใจ	
	ปิดกลุ่ม พร้อมนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป	
ครั้งที่ 3		
13.30-14.00 น.	ลงทะเบียน พร้อมทานอาหารว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม 2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
14.00-15.00 น.	เปิดกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ Self help group	
15.15-15.30 น.	การบรรยายความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	
15.30-16.00 น.	แลกเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนข้อเสนอแนะ และตอบแบบสอบถาม ปิดโปรแกรม	

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรา วัฒนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บุญศิริการพิมพ์; 2548.
2. ลิขวรรณ อุนนาภิรักษ์, วิไลวรรณ ทองเจริญ. ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2547; 5(ม.ค.-มี.ค.): 43-48.
3. นันทิกา ทวิชาชาติ. โครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ฉบับผู้เข้ารับการอบรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ คัลเลอร์ ฮาร์โมนี; 2547.
4. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม สำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2548.
5. ภาศิญา อ่อนดี. ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม...ประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2547; 18(2): 24-35.
6. สุปราณี สมบูรณ์. รายงานการวิจัยเรื่องความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2548.
7. เขียวภา ยงดีมิตรภาพ. ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
8. อุษา จารุสวัสดิ์. ภาวะความเครียดและผลการให้คำปรึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม. วารสารกรมการแพทย์ 2548; 30(10): 510-513.
9. อรวรรณ แพนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2549; 14(1): 47-57.
10. Hosaka T, Sugiyama Y. A structured intervention of family caregiver of dementia patient. Tokai J Exp Clin Med 1999; 24(1): 35-39.
11. Andren S, Elmstahl S. Psychosocial intervention for family caregiver of people with dementia reduce caregivers' burden. Scand journal caring Sci 2008; 22(1): 98-109.