

บทความพิเศษ

สภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Received: August 24, 2020; **Revised:** September 27, 2020; **Accepted:** October 14, 2020

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท
แพทย์หญิง พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอกและ
เวชศาสตร์ครอบครัว
รพ.พระมงกุฎเกล้า ประเทศไทย

อีเมล: patsri2004@yahoo.com

บทคัดย่อ

บทความนี้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากแนวทางที่ใช้ในเวชปฏิบัติปัจจุบัน เช่น จากแนวเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม และสมาคมโรคอัลไซเมอร์ วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้เพื่อนำหลักการการจัดสภาพแวดล้อมมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ โดยหลักการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้ (1) สภาพแวดล้อมควรเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (2) ลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ (3) กระตุ้นให้มีกิจกรรมปริชาน (cognitive activities) (4) มีความสะดวกสบาย และให้เกียรติผู้ป่วย (5) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมและความสัมพันธ์ต่อกันในครอบครัว และ (6) ลดความเสี่ยงจากอันตรายที่ไม่คาดคิด โดยแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม มี 3 ขั้นตอน คือ เริ่มจากการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านอะไรที่ผู้ดูแลกังวลมากที่สุดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หลังจากนั้น ทีมสหสาขาควรไปเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจอย่างละเอียดโดยใช้แบบประเมิน และหลังการเยี่ยมบ้านควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ซึ่งควรประยุกต์ให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม สภาพแวดล้อม การประเมินสภาพบ้าน ผู้สูงอายุ

SPECIAL ARTICLE

Dementia-friendly Environment at Home

Received: August 24, 2020; **Revised:** September 27, 2020; **Accepted:** October 14, 2020

Abstract

This article reviewed current practice approaches for dementia-friendly home environments from dementia clinical practice guidelines and recommendations from the Alzheimer's Association. The main objective of this review was to apply the concepts of a dementia-friendly home environment for use in primary care. The concepts of an appropriate home for people with dementia should be (1) increasing abilities to do activities of daily living (2) decreasing behavioral and psychological symptoms of dementia (3) enhancing cognitive activities (4) promoting comfortable care and dignity (5) enhancing families' activities and relationships and (6) decreasing unpredictable accidents. There are three steps of assessment. First, medical professionals should ask the caregivers about the home environment for initial information such as "What are your biggest concerns about your home environment right now?". Then, a multidisciplinary team conducts a home visit for a thorough assessment by using a dementia-friendly environment evaluation form. Moreover, after a home visit, the multidisciplinary team should advise the family regarding an appropriate environment by applying the concepts for the dementia patient and should regularly monitor the patient's home environment.

Lt. Col. Asst. Prof.
Patsri Srisuwan, MD.

Diploma Thai Board of
Family Medicine

Outpatient and Family
Medicine Department,
Phramongkutklao
Hospital, Thailand

Email:
patsri2004@yahoo.com

Keyword: dementia, environment, home assessment, older adults

บทนำ

จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุมีประมาณ 12 ล้านคน¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555 พบว่ากลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 6.32 หากคำนวณตามจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย จะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึงประมาณ 756,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่พบบ่อย ส่งผลให้มีการเสื่อมลงของปรีชา (cognition) และความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional ability)³ ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย อุบัติการณ์การเกิดภาวะหกล้มเพิ่มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 8 เท่า⁴ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง⁵ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความเครียดสูงเนื่องจากการดูแล⁶

สภาพแวดล้อมมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยบ้านที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.15 เท่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนและกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.46 และ 1.56 เท่า ตามลำดับ⁷ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เพื่อการควบคุมโรค จึงมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือเดินทางไปต่าง ๆ ทำให้ถูกจำกัดอยู่ภายในบ้านมากขึ้น ส่งผลให้มีการเสื่อมถอยลงของร่างกายและปรีชามากขึ้น⁸

ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ชะลอความเสื่อมถอยลงของร่างกายและกระตุ้นให้มีกิจกรรมปรีชา (cognitive activities) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันบทความนี้จะรวบรวมข้อมูลแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากหลายสถาบันที่ใช้ในปัจจุบัน จากแนวเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม สมาคมโรคอัลไซเมอร์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบหลักการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อให้ทราบหัวข้อที่ควรประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน
3. เพื่อให้ทราบแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

หลักการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia-friendly environment) คือสภาพแวดล้อมทุกแห่ง ทั้งที่อยู่อาศัยและสถานที่อื่น เช่น สวนสาธารณะ วัด และโรงพยาบาล ที่เอื้อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคคลอื่นสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันได้⁹ การปรับสภาพแวดล้อมมีประโยชน์หลายอย่าง เช่น เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้^{10,11} การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัย¹² โดยเฉพาะการหกล้ม¹³ กระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย¹⁴ การปรับสภาพแวดล้อมจึงสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้^{15,16} ซึ่งมีหลักการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้¹⁷⁻¹⁹

1. เอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด เช่น การจัดเรียงของในตู้เสื้อผ้า ควรจัดเรียงเป็นระเบียบตามลำดับการใช้ก่อนหลัง ไม่มีสิ่งของที่มากเกินไปจนยากต่อการตัดสินใจเลือกใช้ จะเอื้อให้ผู้ป่วยเลือกเสื้อผ้าในการแต่งตัวได้เองมากที่สุด
2. ควบคุมสิ่งกระตุ้นได้เหมาะสม เพื่อลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น หลีกเลี่ยงการติดกระจกที่มากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเมื่อส่องกระจกแล้วจำตนเองไม่ได้ พุดคุยกับกระจกคิดว่าเป็นผู้อื่น
3. มีการกระตุ้นให้มีกิจกรรมปริชาน (cognitive activities) เช่น มีนาฬิกาซึ่งมีตัวเลขขนาดใหญ่ ปฏิทินที่เห็นได้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้วันและเวลาที่ถูกต้อง
4. มีความสะดวกสบายและให้เกียรติผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้อื่น เช่น แม้ญาติอาจต้องการมองเห็นผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่บางช่วงเวลา ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัว เช่น อาบน้ำ อาจใช้ม่านทึบกันแทนการเปิดประตูโล่ง เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงความเป็นส่วนตัว และญาติได้ยินผู้ป่วยสามารถเปิดเข้าไปโดยง่ายกรณีมีเหตุฉุกเฉิน
5. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมและความสัมพันธ์ต่อผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้อื่น เช่น มีอัลบั้มรูปภาพ เกมส และหนังสือวางบนโต๊ะในห้องรับแขก เพื่อให้ผู้ดูแลหรือญาติได้อ่านหนังสือให้ผู้ป่วยฟังหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย
6. มีความปลอดภัยโดยการค้นหาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เช่น เก็บสารเคมีให้มิดชิด เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยนำไปรับประทาน

แนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม

1. สอบถามผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้าน:

เนื่องจากผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวยังมีความสงสัย หรือต้องการความช่วยเหลือในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย²⁰ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะเอื้อให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านได้ ไม่ถูกส่งไปสถานบริบาลหรือถูกทอดทิ้ง²¹ โดยคำถามในการสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้าน ได้แก่²²

- สภาพแวดล้อมในบ้านอะไรที่คุณกังวลมากที่สุดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
- ตามความคิดของคุณ สภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอย่างไร
- มีอะไรบ้างที่คุณอยากให้เราช่วยคุณและครอบครัวในเรื่องการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

2. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมโดยละเอียด: อาจใช้

การสำรวจโดยแบบประเมินสภาพแวดล้อม บันทึกความเสี่ยง และสิ่งที่ควรดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ดังตารางที่ 1

3. หลังเยี่ยมบ้าน: ควรให้คำแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมโดย

ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย²³ ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนตามหลักการแล้ว ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและแต่ละครอบครัว ซึ่งมีลักษณะรวมถึงข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ซึ่งควรตระหนักว่าการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านหลายอย่างโดยฉับพลันโดยเฉพาะเพอร์นิเจอร์หลัก ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระยะไม่รุนแรง (mild dementia) ถึงปานกลาง (moderate dementia) จะทำให้ผู้ป่วยมีการสับสนมากขึ้นได้^{21,23} อาจไม่ยอมอาศัยภายในบ้าน เนื่องจากคิดว่าไม่ใช่บ้านตนเอง ควรปรับเปลี่ยนทีละน้อย โดยควรมีเพอร์นิเจอร์ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่บ้าง เช่น รูปติดผนัง และควรมีการติดตามประเมินสม่ำเสมอ

คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน

สิ่งที่ควรดำเนินการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เหมือนการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป เช่น สภาพแวดล้อมที่จะมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม²⁴ แต่ควรมีการประเมินและปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ตามหลักการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยเฉพาะอันตรายจากสิ่งหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น ผู้ป่วยรับประทาน น้ำยาล้างจานเนื่องจากคิดว่าเป็นน้ำผลไม้ และสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่

เพิ่มขึ้น เช่น การติดตั้งกระจกที่มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่าเป็นคนอื่น เข้ามาในบ้านตนเอง หรือเฝ้ามองผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

สภาพแวดล้อมในบ้านที่ควรประเมินและแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ประกอบด้วยความปลอดภัยทั่วไปภายในบ้าน สภาพบริเวณบ้านทั่วไป เช่น แสงสว่าง ห้องต่าง ๆ ภายในบ้านและบริเวณภายนอก บ้านซึ่งมีรายละเอียดดังนี้^{21,25-30}

ความปลอดภัยทั่วไปภายในบ้าน:

อันตรายทั่วไป: สิ่งของที่อาจเกิดอันตราย ควรนำมาเก็บไว้ในตู้ที่ปิดมิดชิดหรือเก็บให้พ้นสายตา เช่น ยา อุปกรณ์มีคม ปืน ไม้ขีดไฟ น้ำยาทำความสะอาดพื้น น้ำยาซักผ้า และสิ่งของชิ้นเล็ก เช่น ลูกบิดที่อาจนำไปรับประทานใส่จมูกหรือหู

อันตรายจากไฟ: ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ไม่ได้ใช้ ใส่ที่ปิดรูปลั๊กไฟ และควรติดตั้งเครื่องตรวจจับควันหรือความร้อนภายในบ้าน

อันตรายจากการหกล้ม: ติดตั้งราวจับบริเวณทางเดิน และบริเวณห้องน้ำ ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีความจำเป็นต้องอยู่บ้านคนเดียว ควรมีช่องทางที่จะติดต่อผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยติดต่อผู้ดูแลหรือญาติได้โดยสะดวก เช่น ควรมีปุ่มสัญญาณฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งเมื่อเกิดอันตราย และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด เช่น ติดตั้งกล้องวงจรปิด

แสงสว่าง: บริเวณหน้าต่างควรโล่ง ไม่มีสิ่งของตั้งบังแสง แสงสว่างเพียงพอ โดยที่ไม่มีบริเวณที่มืดเกินไป อาจติดตั้งหลอดไฟที่สว่างขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ และไม่มีบริเวณไฟสว่างจ้ามากเกินไป

พื้น: ห้องพักทุกส่วนมีพื้นระดับเสมอกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง เช่น สิ่งของ สายไฟตามทางเดิน วัสดุปูพื้นไม่ลื่น ไม่ขัดมันวาว ลวดลายไม่เยอะไป และราบเสมอกัน หลีกเลี่ยงผ้าหรือพรมเช็ดเท้าที่ลื่นจะทำให้เกิดการหกล้มได้ กรณีที่ใช้รถเข็น โดยเฉพาะในห้องน้ำและห้องนอน ควรมีพื้นที่เพื่อให้กลับรถเข็นได้ง่าย ความกว้างของพื้นที่ ควรกว้างอย่างน้อย 150 เซนติเมตร ในกรณีมีทางลาด อัตราส่วนของทางลาดที่เหมาะสมควรมีความสูงต่อความยาวอยู่ระหว่าง 1:12 ถึง 1:20 ทางลาดเข้าบ้านควรยาวตั้งแต่ 12-20 เมตร เพื่อไม่ให้ชันมากเกินไปจนเกิดอันตรายโดยเฉพาะกรณีใช้รถเข็น

ประตู: ควรมีป้ายชื่อหรือสัญลักษณ์ของห้องต่าง ๆ ติดที่หน้าประตู โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยมักหลงทางภายในบ้าน เช่น ออกจากห้องนอนเพื่อมาเข้าห้องน้ำ แล้วกลับห้องนอนไม่ถูก กลอนหรือลูกบิดติดตั้งในตำแหน่งที่เหนือหรือใต้ระดับสายตา หรือควรพรางประตูในกรณีที่ผู้ป่วยมักออกนอกบ้านและพลัดหลง หลีกเลี่ยงประตูที่ลื่นจากด้านในห้องเพื่อ

ป้องกันผู้ป่วยลืดอกห้องแล้วไม่สามารถเปิดออกได้ ในกรณีผู้ที่ไม่สามารถใช้ที่ลืดอกประตู อาจใช้บานบริเวณห้องน้ำ หรือจากกันบริเวณห้องนอน หากมีประตูกระจกภายในบ้าน ควรติดสติ๊กเกอร์หรือทำสัญลักษณ์ให้เห็นชัด และกรณีใช้รถเข็น ประตูควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เพื่อให้รถเข็นเข้าออกได้โดยง่าย

บันได: ควรให้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน หรือไม่ควรปล่อยให้ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เนื่องจากจะเพิ่มโอกาสในการหกล้ม โดยทางเดินและบันไดควรมีราวจับตลอด และชั้นบันไดสม่ำเสมอ ติดเส้นหรือแถบสีที่แตกต่างบริเวณขอบบันไดให้เห็นชัดเจน กรณีผู้ป่วยมักขึ้นลงบันไดบ่อย อาจติดตั้งประตูขวางบริเวณบันไดด้านบนและด้านล่าง หรือนำสิ่งของมาขวางบริเวณบันได และไม่ควรวางพรมหรือผ้าเช็ดเท้าบริเวณบันไดเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม

เฟอร์นิเจอร์: ควรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง หลีกเลี่ยงแบบมีล้อและมีเท้าที่จำเริญ สูงจากพื้น มองเห็นง่าย สีควรสดใสและแตกต่างกับผนังห้องและพื้น หลีกเลี่ยงเฟอร์นิเจอร์ที่มีลวดลายเยอะเก๋นไปที่มักกระตุ้นให้เกิดอาการสับสน ควรติดอุปกรณ์กันกระแทกบริเวณมุมเฟอร์นิเจอร์ที่มีเหลี่ยมมุมแข็ง เขียนชื่อหรือทำสัญลักษณ์ในเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ เช่น ตู้ชั้นวางของ จะช่วยทำให้จำได้มากขึ้น และควรใช้เฟอร์นิเจอร์หรือของใช้ที่บ่งบอกตัวผู้ป่วยหรือความหลังหากเป็นไปได้ เช่น รูปที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ภาพบุคคลที่เป็นที่รัก คนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

ห้องรับแขกหรือห้องที่ทำกิจกรรมกลางวัน: หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป เช่น การเปิดโทรทัศน์หรือวิทยุจนกระตุ้นให้มีอาการทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง แก้อัควรมีความมั่นคงและมีที่วางแขนเพื่อช่วยในการลุกนั่ง ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับรถได้อย่างปลอดภัยให้กุญแจรถให้พ้นสายตาและมิดชิด และโทรศัพท์ควรใช้งานง่าย ควรมีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแล ครอบครัว และเพื่อน ติดให้เห็นชัดเจน อาจใช้รูปแทนชื่อในกรณีที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการอ่าน

ห้องครัวหรือห้องรับประทานอาหาร: ควรติดเครื่องตัดแก๊สอัตโนมัติ และติดฝาครอบ ปุ่มเตาไฟฟ้าหรือเตาอบ กรณีเก็บของใส่กล่อง ควรใส่ในกล่องพลาสติกใส เขียนวันที่ซื้อ วันหมดอายุติดไว้บริเวณกล่องให้เห็นชัดเจน วางสิ่งของที่ใช้อยู่ให้อยู่ในตำแหน่งที่หยิบใช้งานง่าย เก็บสิ่งของมีคมหรือสิ่งที่แตกง่ายให้มิดชิด เลือกใช้เป็นภาชนะพลาสติกแทนภาชนะแก้ว และหลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยวัสดุเหมือน เช่น ผลองุ่นปลอม ที่อาจทำให้เข้าใจผิดนำไปรับประทานได้

ห้องน้ำ: ชักโครกหรือฝาชักโครก อ่างล้างมือ อ่างอาบน้ำ ควรมีสื่อที่แตกต่างจากพื้นหรือผนัง เพื่อให้เห็นโดยง่าย ควรตั้งอุณหภูมิเครื่องทำน้ำอุ่นไม่ให้ร้อนเกินไป อุปกรณ์อาบน้ำ

ควรอยู่ในระดับสายตา จัดเรียงลำดับการใช้เพื่อให้ใช้สะดวก และไม่มีอุปกรณ์หรือ สิ่งของ ที่มากเกินไป ลดความสับสนในการใช้ ควรแยกส่วนแห้ง ส่วนเปียก ไม่มีขั้นหรือ ส่วนที่สูง ขึ้นมามากจนผู้ป่วยมีโอกาสสะดุด พื้นควรใช้วัสดุที่ป้องกันการลื่นและควรกว้างพอสำหรับการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

ห้องนอน: ในกรณีสวิตช์ไฟฟ้าไกลจากเตียงนอน ควรมีโคมไฟบริเวณหัวเตียงเพื่อ ป้องกันการหกล้มเมื่อปิดไฟแล้วเดินกลับมาเตียงนอน บรรยากาศในห้องนอนควรเงียบ สงบและมืด กรณีที่ผู้ป่วยมักตื่นเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน ควรเปิดไฟในมุมที่สว่างพอ มองเห็น เช่น แสงไฟสีเหลือง (amber-colored LED lighting) หลีกเลี่ยงการเปิดไฟ จากหลอดฟลูออเรสเซนต์ ซึ่งรบกวนวงจรการนอนหลับ ควรมีห้องน้ำหรืออุปกรณ์การขับ ถ่ายใกล้เตียงนอน เตียงนอนมีความสูงพอเหมาะ คือเมื่อนั่งริมเตียงความสูงประมาณข้อ พับเข่าของผู้สูงอายุโดยที่เท้าวางราบกับพื้นได้ จัดห้องด้วยสิ่งของที่คุ้นเคย สีห้องควร เป็นสีโทนเดียวสบายตา ไม่มีลวดลาย และสีผนังควรเป็นสีทึบบังแสงได้ดี กรณีผู้ป่วย นอนคนเดียวและมักตื่นขึ้นเดินในเวลากลางคืน ควรมีระบบตรวจจับการเคลื่อนไหว หรือ เสียงไปยังห้องผู้ดูแล หรือแวนกระดิ่งไว้ที่ลูกบิดประตูให้ผู้ดูแลได้ยิน

ภายนอกบ้าน: ควรจัดให้มีบริเวณทำกิจกรรม เช่น ปลูกต้นไม้ และเก้าอี้นั่งพัก หลีกเลี่ยง การปลูกต้นไม้ที่มีพิษหรือหนามแหลมคม ทางเดินเรียบ ไม่มีก้อนหินหรือต้นไม้กีดขวาง หากมีโรงรถที่ปิดล็อกได้ ควรปิดล็อก พรางประตูและล็อกประตูรั้วบ้าน โดยเฉพาะเวลา กลางคืน เพื่อป้องกันผู้ป่วยเดินออกนอกบ้าน

สรุป

การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความ สำคัญ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะเอื้อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ ลดการเกิดอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ กระตุ้นให้มี กิจกรรมปรีชาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ควรประเมิน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จากการสอบถามผู้ดูแลหรือใช้แบบประเมิน เพื่อให้การ แนะนำและติดตามการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน แต่ละบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2020TH.pdf>
2. World Health Organization. Dementia: a public health priority [Internet]. 2012 [cite 2020 Aug 22]. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

3. Thompson GN, Roger K. Understanding the needs of family caregivers of older adults dying with dementia. *Palliat Support Care* 2014; 12(3):223-231.
4. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. *PloS One* 2009;4(5):e5521. doi: 10.1371/journal.pone.0005521.
5. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3):212-219.
6. De Fazio P, Ciabrone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, Talarico A, Lacava R, Gareri P, Segura-García C. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: demographic variables and burden. *Clin Interv* 2015;10:1085-1090. doi: 10.2147/CIA.S74439. eCollection 2015.
7. Ganz DA, Latham NK. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *N Engl J Med* 2020; 382(8):734-743.
8. Lim W, Liang C, Assantachai P, Auyeung TW, Kang L, Lee W, et al. COVID-19 and older people in Asia: Asian Working Group for Sarcopenia calls to actions. *Geriatr Gerontol Int* 2020; 20(6):547-558.
9. Lin Shih-Yin, Lewis FM. Dementia friendly, dementia capable, and dementia positive: Concepts to prepare for the future. *Gerontologist* 2015;55(2):237-244.
10. Trahan MA, Kuo J, Carlson MC, Gitlin LN. A systematic review of strategies to foster activity engagement in persons with dementia. *Health Educ Behav* 2014; 41(Suppl 1):S70-S83.
11. Woodbridge R, Sullivan MP, Harding E, Crutch S, Gilhooly KJ, Gilhooly M, et al. Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia (London)* 2018; 17(5):533-572.
12. Amjad H, Roth DL, Samus QM, Yasar S, Wolff JL. Potentially unsafe activities and living conditions in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(6):1223-1232.
13. Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD003600.
14. Marquardt G, Johnston D, Black BS, Morrison A, Rosenblatt A, Lyketsos CG, et al. A descriptive study of home modifications for people with dementia and barriers to implementation. *J Hous Elderly* 2011; 25(3):258-273.
15. Horvath KJ, Trudeau SA, Rudolph JL, Trudeau PA, Duffy MA, Berlowitz D. Clinical trial of a home safety toolkit for Alzheimer' Disease. *Int J Alzheimers Dis* 2013; 2013: 913606. doi: 10.1155/2013/913606.
16. Struckmeyer LR, Pickens ND. Home modifications for people with Alzheimer's Disease: A scoping review. *Am J Occup Ther* 2016; 70(1):700127002Op1-9.doi:10.5014/ajot.2015.016089. PMID: 26709430.
17. Alzheimer's Association. Alzheimer's Association Dementia Care Practice Recommendations [Internet]. 2018 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations
18. Guideline Adaptation Committee, Sydney. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia [Internet]. 2016 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/LAVER_Dementia_Guidelines_recommendations_PRVW5.pdf
19. Calkins MP. From research to application: Supportive and therapeutic environments for people living with dementia. *Gerontologist* 2018; 58(suppl 1):S114-S128.

20. Bronner K, Perneczky R, McCabe R, Kurz A, Hamann J. Which medical and social decision topics are important after early diagnosis of Alzheimer's Disease from the perspectives of people with Alzheimer's Disease, spouses and professionals? *BMC Res Notes* 2016;9:149. doi:10.1186/s13104-016-1960-3.
21. Callahan CM. Alzheimer's Disease: Individuals, dyads, communities, and costs. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(5):892-895.
22. Unwin BK, Andrews CM, Andrews PM, Hanson JL. Therapeutic home adaptations for older adults with disabilities. *Am Fam Physician* 2009;80(9):963-968.
23. Sanders AE, Nininger J, Absher J, Bennett A, Shugarman S, Roca R. Quality improvement in neurology: Dementia management quality measurement set update. *Am J Psychiatry* 2017;174(5):493-498.
24. สุกัญญา หังสพฤกษ์. สภาพบ้าน. ใน: สุกัญญา หังสพฤกษ์, สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล, บรรณาธิการ. คู่มือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ. นครปฐม: เอส พี กราฟฟิกส์; 2561. หน้า 20-4.
25. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สู่สังคมไม่ทอดทิ้งกันบนเส้นทางสร้างสรรค์สภาพแวดล้อม ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
26. Wesson J, Clemson L, Brodaty, Lord S, Taylor M, Gitlin L, Close J. A feasibility study and pilot randomised trial of a tailored prevention program to reduce falls in older people with mild dementia. *BMC Geriatr* 2013;13:89. doi: 10.1186/1471-2318-13-89.
27. Davis R, Weisbeck C. Creating a supportive environment using cues for wayfinding in dementia. *J Gerontol Nurs* 2016;42(3):36-44.
28. Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The multidisciplinary approach to Alzheimer's Disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. *Front Neurol* 2018;9:1058. doi: 10.3389/fneur.2018.01058.
29. Alzheimer's Society. Making your home dementia friendly [Internet]. 2015 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://dementia.ripfa.org.uk/wp-content/uploads/Alzheimer_s_Society_Dementia_Friendly_Home_booklet_web.pdf
30. Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Professionals Working in a Home Setting [Internet]. 2009 [cite 2020 Mar 22]. Available from: https://www.alz.org/national/documents/phase_4_home_care_recs.pdf