

คู่มือ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับญาติ

ที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



สนับสนุนโดย



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คู่มือ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สนับสนุนโดย





คำนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาที่จุใจคนไทยปีหนึ่งๆ หลายหมื่นราย คำว่า “จุใจ” น่าจะสื่อถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงจากคนที่สมองเคยคิด-พูด-ทำ ได้ตั้งใจหมาย แต่เพียงวินาที สมองคนนั้นก็ทำงานไม่ได้เหมือนเดิมเพราะหลอดเลือดซึ่งมาเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลทันทีต่อร่างกาย บางรายอาจถึงแก่ชีวิต แต่คนไทยซึ่งยังต้องมีชีวิตอยู่ต่อในสภาพร่างกายไม่เหมือนเดิมนับรวมแล้วน่าจะหลายแสนคน!

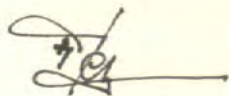
ทุกข์อันเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง มิใช่จะบั่นทอนสมรรถภาพทางกายเท่านั้น ยังบั่นทอนสุขภาพจิต สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (หรือสุขภาพสังคม) และสุขภาพทางปัญญา (อันหมายถึงความสามารถในการไตร่ตรอง รู้เท่าทัน) ของบุคคลนั้นๆ อีกด้วย แต่ถ้ามีกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องถูกต้อง สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สุขภาพของคนรอบข้าง น่าจะค่อยปรับสู่ “สมดุล” ใหม่ แม้จะต่างจากสุขภาพก่อนเจ็บป่วยไปบ้าง แต่ท่ามกลางความไม่เต็มร้อย ก็มีสมดุล มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างยิ่ง หรือเป็นพระเอกนางเอกตัวจริงที่จะฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้กลับมาได้ ในปี

หนึ่งๆ คนไทยป่วยด้วยโรคนี้จำนวนไม่น้อย ประสบการณ์จริงซึ่งคณะ
ผู้จัดทำได้รวบรวมนำเสนอผ่านหนังสือเล่มนี้ มุ่งที่จะสนับสนุนผู้ดูแลให้
ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีหลักวิชาซึ่งผ่านการพิสูจน์มาแล้ว เพราะการดูแล
ระดับประคองชีวิตบุคคลหนึ่งบุคคลใด มีโชงานที่ทำแล้วจบๆ ไป แต่
จำเป็นต้องทุ่มกายทุ่มใจให้

ผู้ซึ่งทุ่มกายทุ่มใจให้กันและกันอย่างจริงจังต่อเนื่อง คงไม่มีผู้ใดทำ
หน้าที่นี้เหมาะสมเท่าสมาชิกในครอบครัว หวังว่าหนังสือนี้คงสนับสนุน
ผู้ดูแลให้กระทำหน้าที่นั้นได้โดยไม่ต้องรอโชคชะตา หรือลองผิดลองถูก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เชื่อมั่น
ว่าแม้ร่างกายจะเจ็บป่วย แต่ปัญญาอ่อนชี้ นำให้ชีวิตหาจุดสมดุลได้เสมอ



(นพ.ชาตรี เจริญศิริ)

คณะกรรมการแผนโครงการเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



คำนำ

ตำราคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านฉบับนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาได้จัดเรียงไปตามลำดับ เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติที่ดูแลทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ จึงได้คู่มือฯ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมมา ณ โอกาสนี้ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยและช่วยสนับสนุนในการเผยแพร่

คณะผู้จัดทำ



คณะผู้จัดทำ

ISBN 978-616-235-010-8

รายนามคณะผู้จัดทำ

น.ส.บรรณทวารวณ นิริฎุเคราะห์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
นางสุพัศตรา อังศุโรจน์กุล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
นางพรพชร กิตติเพ็ญกุล
โรงพยาบาลบ้านโป่ง
นางลัดดา ลากศิริอนันต์กุล
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

เจ้าของ สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6)

รายนามที่ปรึกษา

ผศ.ดร.ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางสาววิภาววรรณ อريانนท์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ผศ.ทศพร พิชัยยา
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.ดร.ปิยะ ตริวิทยา
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่
พญ.พาดณี สุธัมนาทพงศ์
โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
คุณวรรณีย์ ลัดคนาโชค
หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

บรรณาธิการ

คุณงามจิตต์ จันทรสาทิต
ผู้อำนวยการสำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สสส.

รูปเล่ม

คุณกิติพัฒน์ ตามาพงษ์

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
979/116-120 ชั้น 34 อาคาร เอส. เอ็ม. ทาวเวอร์
ถ.พหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2298-0500 โทรสาร 0-2298-0499

พิมพ์ที่

THE SUN GROUP : 0-2885-4881-2, 0-2433-4192

พิมพ์ครั้งที่ 1

มกราคม 2554 จำนวนพิมพ์ 4,000 เล่ม



สารบัญ

คำนำ	
คณะผู้จัดทำ	
สารบัญ	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	8
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร	10
ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล	11
การป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ	19
การจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	22
การดูแลด้านจิตใจ	26
การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	28
การจัดท่า	34
การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย	40
การออกกำลังกายโดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้	41
การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง	50
การเคลื่อนไหวบนเตียง	54
การฝึกการเคลื่อนย้าย	60
การฝึกการใช้รถเข็น	65
การใส่เสื้อผ้า	66
การฝึกพูด	69
บรรณานุกรม	71

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง



โรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร ?

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากมีหลอดเลือดตีบอุดตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ ซึ่งเรียกกันว่าโรคอัมพาตหรือโรคอัมพฤกษ์

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสาเหตุใหญ่ๆ ได้ 2 ชนิด คือ

➔ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

➔ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมองพบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด





อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจและการรับรู้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย แต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ตำแหน่งของส่วนต่างๆ ของสมองและขนาดบริเวณหรือเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังจากพ้นภาวะวิกฤต อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ได้แก่

- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่สะดวก อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
- การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งลดลงหรือสูญเสียไป ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด เกิดภยันตรายต่อเนื้อเยื่อ
- การสื่อสารบกพร่อง ได้แก่ ฟัง พูด อ่าน เขียน เช่น พูดซ้ำ พูดไม่ชัด หรือไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิดของตนเองได้ หรืออาจฟังคำพูดของผู้อื่นไม่เข้าใจ รับรู้ได้ยาก
- การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระผิดปกติ



จากอาการและอาการแสดงต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาต่างๆ และผลกระทบในระยะยาวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลช่วยเหลือ/แก้ไข ด้วยวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ





การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพมีวิธีการหลายอย่าง โดยเฉพาะการให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำแนะนำในเรื่อง ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล การป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำ การฝึกการเคลื่อนไหว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับอาการของโรคที่เป็นอยู่

ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่จะช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้



ปัญหาที่พบบ่อย

และการดูแล



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดหลายด้านจากอาการและอาการแสดงดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ และปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแล คือ

I. แพลกกับ

สาเหตุ

จากการที่ผู้ป่วยนอนนานๆ และเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผิวน้ำหนักโดนกดทับบริเวณปุ่มกระดูกนานๆ ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง จะสังเกตเห็นผิวน้ำหนักบวมแดงซ้ำ ต่อมาผิวน้ำหนักถลอกมีแผลเกิดขึ้น และจากแรงเสียดทานระหว่างผิวน้ำหนักกับพื้นรองรับ การเสียดสีกับผ้าปูที่นอนที่ไม่เรียบ มีรอยย่น และการเปียกชื้นที่เกิดจากน้ำ จากเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้เกิดแผลเกิดขึ้นได้ และตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย คือ บริเวณปุ่มกระดูกสะโพก กระดูกก้นกบ ตาตุ่มด้านนอก สันเท้า หัวไหล่ ไบหู ท้ายทอย (ดังรูป)





การดูแล

1.1 ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และผิวหนังมีการไหลเวียนของโลหิตดี

1.2 พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เพื่อลดการกดทับเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ และในบริเวณที่มีรอยแดงตามผิวหนังเกิดขึ้นให้ใช้นิ้วมือนวดเบาๆ เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นมากขึ้น และผู้ดูแลควรตรวจสอบผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณปุ่มกระดูกทุกวันหรือทุกครั้งเมื่อพลิกตัว

1.3 ป้องกันภาวะเปื่อยขึ้นของผิวหนังจากเหงื่อ หรือหลังจากขั้บถ่าย บั้สสาวะและอุจจาระ โดยทำความสะอาดผิวหนังและขั้บให้แห้งสะอาด อยู่เสมอ ไม่อับชื้น และสวมเสื้อผ้าที่มีเนื้ออ่อนนุ่ม ไม่หนาจนเกินไป ไม่อบ ความร้อน และดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอน ให้แห้งสะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ

1.4 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้วิธียกแทนการดึง/ลาก เพราะการดึง/ลาก ทำให้เกิดแรงเสียดทานมาก ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย

1.5 ไม่นวดหรือใช้ความร้อนประคบหรือใช้สมุนไพร/สารเคมีกับผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง เพื่อลดการระคายเคืองที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลายมากขึ้น

1.6 ควรใช้ที่นอนที่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนฟองน้ำ ถ้าไม่มีให้หาอุปกรณ์ที่รองรับตามปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ฟองน้ำ หมอนใบเล็กๆ



ในกรณีที่มีแผลกดทับเกิดขึ้น

การดูแล ระยะเริ่มแรกของการเกิดแผลกดทับ

ระยะผิวหนังจะเริ่มแดงซ้ำ ควรรีบแก้ไขดังนี้

- นวดเบาๆ ให้เนื้อเยื่อส่วนนั้นมีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงให้พอเพียง
- ละเว้นการนอนทับส่วนนั้นๆ ไปชั่วคราว
- ระวังไม่ให้ส่วนนั้นๆ อบหรืออับชื้น ควรแห้งและสะอาดอยู่เสมอ

อาจต้องเปิดส่วนนั้นๆ ได้ถูกกลม หรืออากาศภายนอกบ้าง

การทำแผลกดทับ

หากการกดทับนั้นเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดแผล ต้องทำแผลโดยใช้หลักความสะอาดปราศจากเชื้อโรค

1. ล้างรอบแผลให้สะอาดด้วยน้ำยาจากโรงพยาบาลหรือน้ำต้มสุก ใช้สำลีชุบให้ชุ่มแล้วค่อยๆ เช็ดรอบๆ แผลก่อนแล้วเช็ดภายในแผลให้สะอาดด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุกอีกครั้ง

2. ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อตามความเหมาะสมหรือตามคำแนะนำแพทย์ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าไปในแผล

3. ปิดแผลไว้ด้วยผ้าทำแผล แต่หากแผลแคบเข้าและเริ่มแห้งขึ้น อาจเปิดแผลไว้เพื่อกระตุ้นให้แผลแห้งเร็วขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของแผลที่เป็นด้วย และควรสังเกตว่าหลังเปิดแผลแล้ว แผลหายเร็วขึ้นหรือไม่





หมายเหตุ

1. สาลี, ผ้าทำแผล, น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดจะต้องสะอาดปราศจากเชื้อโรค คิมต้องสะอาดปราศจากเชื้อโรค โดยนึ่งหรือต้มฆ่าเชื้อในน้ำเดือดนาน 30 นาที
2. ปัจจุบันมีแผ่นบางชนิดสามารถปิดทับแผลกดทับไว้ได้ 3 - 7 วัน ต่อ 1 แผ่น โดยไม่ต้องเปิดทำแผลทุกวัน สามารถใช้ได้ใบนแผลขนาดเล็กหรือเริ่มเป็นได้ มีประโยชน์ด้านการป้องกันการซึมเปื้อนและการระคายเคืองจากภายนอกแผล เช่น ป้องกันแผลเปื้อนอุจจาระ, ปัสสาวะ และป้องกันการครูดถูกแผลได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะแผลว่าเหมาะสมเพียงใดหากแผลไม่แห้งมีน้ำซึมไหล หรือแผลอยู่ในตำแหน่งส่วนพับของร่างกาย การใช้แผ่นยาอาจทำให้แผ่นยาด้านริมเปิดออกง่ายทำให้ไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร

ในกรณีที่มีแผลกดทับขนาดใหญ่

ควรดูแลทำความสะอาดบาดแผลด้วยวิธีการที่ถูกต้อง หรือติดต่อให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยใกล้บ้าน มาทำความสะอาดแผลให้ผู้ป่วย และจัดท่านอนไม่ให้ทับบริเวณที่เกิดแผลกดทับ เพื่อป้องกันไม่ให้แผลลุกลามและเกิดการติดเชื้อ ส่งผลถึงความผิดปกติของแผล เช่น แผลกดทับอยู่ในระดับที่ลึกเป็นหลุมหรือโพรงมีสิ่งคั่งหลังจากแผลมาก แผลมีกลิ่นเหม็น (ดังรูป) ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์





2.ภาวะข้อติดแข็ง

สาเหตุ

ภาวะข้อติดแข็งหรือการติดเกร็งของแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรง จากการที่ไม่ได้ใช้งานหรือไม่ได้เคลื่อนไหวตามปกติ ทำให้เกิดการตึงรั้งของเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อต่อ เอ็น กล้ามเนื้อ และข้อที่ติดยึดมากที่สุดคือ ข้อไหล่ และจะติดอยู่ในท่าบิดเข้าใน และแขนมักจะติดในท่าคว่ำมือ

การดูแล

2.1 จัดทำนอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา นอนหงาย สลับไปมาตามความเหมาะสม (ดูรายละเอียดในการจัดทำนอน)

2.2 จัดกิจกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวรอบข้อและบริหารข้อต่อต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยการใช้แขนหรือขาข้างปกติช่วยกระตุ้นให้มีการเหยียดแขน - ขา (ดูรายละเอียดในการบริหารข้อ)

3. ภาวะท้องผูก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาเรื่องท้องผูกเกือบทุกราย สาเหตุของท้องผูก มีทั้งจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและทางสมอง เช่น การขับถ่ายช้าโดยเฉพาะผู้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย, ถ่ายอุจจาระไม่หมดจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม, ละเลยต่อการปวดถ่ายอุจจาระ การได้รับอาหารน้อยลง การดื่มน้ำน้อย การได้รับยาบางชนิด อาจทำให้การขับถ่ายนานออกไป เช่น ยานอนหลับ ยาลดกรดบางชนิด เป็นต้น





ภาวะท้องผูกแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. การมีอุจจาระเต็มในลำไส้ใหญ่ และมีของเหลวคล้ายอุจจาระขี้มออยู่รอบทวารหนัก แต่ขับถ่ายอุจจาระไม่ออก มักมีสาเหตุมาจากขาดความเคลื่อนไหว
2. การมีอุจจาระแห้งแข็งอยู่ในลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดอุจจาระแต่ไม่สามารถบีบตัวให้อุจจาระถูกขับออกมาได้ มักมีสาเหตุจากการขาดน้ำ
3. ขาดสุนทรีย์ในการฝึกการขับถ่าย โดยไม่สนใจจะเลยการขับถ่าย ย่อมก่อให้เกิดปัญหาท้องผูกได้ (มักเกิดร่วมกับรับประทานอาหารไม่มีกากและดื่มน้ำน้อยด้วย)

(ผู้ป่วยมักพบอาการท้องผูกเช่นในข้อ 1 เป็นส่วนใหญ่ แต่ในข้อที่ 2 และ 3 ก็สามารถพบได้เช่นกัน ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรมีการสังเกตลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยให้ชัดเจน)

การดูแล

- 3.1 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มาก ประมาณวันละ 2,000 มล.
- 3.2 รับประทานอาหาร ได้เพียงพอแก่ร่างกายและควรเป็นอาหารที่มีกากใย เช่น ผักและผลไม้
- 3.3 ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา
- 3.4 กระตุ้นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวเท่าที่จะทำได้

ในกรณีจำเป็นต้องใช้ยาถ่าย

- ถ้าอุจจาระแข็งควรใช้ยาประเภทที่ดูดน้ำไว้ในตัวเป็นการเพิ่มจำนวน และทำให้อุจจาระอ่อนตัว



- ไม่ควรใช้ยาถ่ายพวกหล่อลื่นเป็นเวลานานเพราะจะขัดขวางการดูดซึมอาหาร และน้ำมันจะซึมออกทางทวารหนัก
- การเหน็บยาควรใช้เป็นครั้งคราว เพราะจะติดนิสัยทำให้การทำหน้าที่ตามปกติของลำไส้เสียไป

อนึ่ง ในรายที่ท้องผูกและได้รับประทานยาระบายมามากแล้ว อุจจาระยังไม่ออก สวนอุจจาระแล้วน้ำที่สวนยังไม่ออก ห้ามสวนอีกเพราะลำไส้ใหญ่อาจทะลุได้ ควรช่วยด้วยวิธีใช้นิ้วช่วยล้วงอุจจาระออกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. การเกิดอุบัติเหตุ

สาเหตุ

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก อาจเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น หกล้ม ตกเตียง แขนขาครูดขณะเคลื่อนย้าย เนื่องจากการขาดการรับรู้สัมผัสและการมองเห็นผิดปกติหรือจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็ง การตัดสินใจ ความคิดความจำด้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาตามมาคือ กล้ามเนื้อฉีกขาด กระดูกหัก และมีเลือดออกในสมองฯ

การดูแล

4.1 ผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนอิริยาบถ หรือเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การเข้าห้องน้ำ การเดินขึ้น-ลงบันได หรือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำตัวเอง



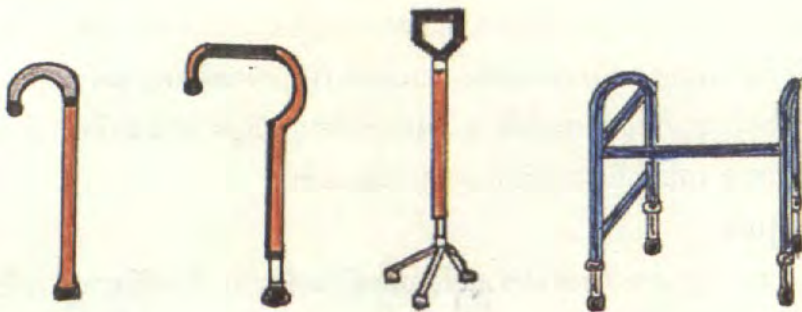


4.2 ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น เก็บสิ่งของที่อาจเกิดอันตรายให้พ้นมือ ไม้วางของเกะกะบนพื้นหรือทางเดิน ภายในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ เก็บสายไฟฟ้า สายโทรศัพท์ให้เรียบร้อย ดูแลพื้นไม่ให้ลื่น

4.3 ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง

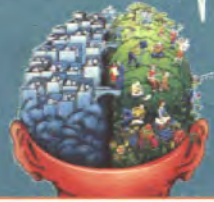
4.4 ล้อคล้อรถเข็นทุกครั้งที่ยื่น-ลงจากเตียงและเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี (ดูรายละเอียดในการฝึกการใช้รถเข็น)

4.5 ในระยะแรกอาจทำราวเดินให้ผู้ป่วยเกาะ ถ้าผู้ป่วยเดินในราวได้ มั่นคงดีแล้วจึงออกเดินนอกราว หรือมีเครื่องช่วยเดินในการเดิน เช่น ไม้เท้า ขาเดียว ไม้เท้า 3 ขา ไม้เท้า 4 ขา (ดังรูป) แล้วแต่ความมั่นคงของการเดิน ในผู้ป่วยแต่ละรายในขณะที่เดินสังเกตความผิดปกติของศีรษะ ลำตัว แขน และขาในระหว่างการเดินเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ



การป้องกัน

ไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ



เนื่องจากหลอดเลือดในสมองมีหลายแขนง หล่อเลี้ยงสมองในหลายส่วน ดังนั้นการเกิดปัญหาของหลอดเลือดในสมองส่วนหนึ่งอาจเกิดขึ้นกับหลอดเลือดในสมองในตำแหน่งอื่นๆ ได้อีก จึงพบผู้ป่วยอัมพาต แม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็มีโอกาสเกิดโรคอัมพาตซ้ำได้อีก ดังนั้นจึงควรสนใจในด้านป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย แม้ว่าจะเคยเป็นอัมพาตอยู่ก่อนแล้วก็ตาม การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากโดยจะต้องควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น หากควบคุมโรคได้ไม่ดีจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลับซ้ำ การกำเริบของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ คือ

การรับประทานยา

๖ รับประทานยาที่ใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือยาที่รักษาโรคที่เกิดขึ้นร่วมตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง, ยาโรคหัวใจ, ยาลดไขมันในเส้นเลือด, ยารักษาโรคเบาหวาน เป็นต้น





๑ รับประทานยาสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

โดยรับประทานยาอย่างเคร่งครัด และควรสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ การมีเลือดออกง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และอาการที่สำคัญที่สุดได้แก่ การระคายเคืองกระเพาะอาหาร

การงดสูบบุหรี่

๑ งดการสูบบุหรี่


๑ ออกกำลังกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

๑ มีวิธีการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกทำสมาธิ ทุกอิริยาบถหรือก่อนเข้านอน โดยการหายใจเข้าออก ลึกๆ ยาวๆ ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ มีสติรู้ทุกการเคลื่อนไหว ไม่ยึดติด ไม่คิดฟุ้งซ่าน

๑ ควรมีการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักนอนไม่หลับ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เครียดเรื่องปัญหาต่างๆ ได้แก่ เรื่องเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความไม่สุขสบายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่อำนวยให้หลับ อากาศร้อนหรือหนาวเกินไป เสียงดังเกินไป แสงสว่างมากเกินไป รวมทั้งชุดนอนไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรค้นหาและขจัดสาเหตุของการนอนไม่หลับให้หมดไป ดีมึนมาก่อนเข้านอนเพราะนมมีสารที่ทำให้ง่วงนอนส่งเสริมการนอนหลับ



➤ มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เช่น ในกรณีที่ถูกเดินไม่สะดวก ต้องนั่งนอนอยู่บนเตียง ควรทำงานอดิเรกที่ชอบและสามารถทำได้ เช่น เล่นหมากรุก อ่านหนังสือเบาสมอง ดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุรายการที่ดูใจ

➤ ไปตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง หรือไปพบแพทย์ ทันทีที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ซา และซึมลง 

และที่สำคัญยิ่ง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำ คือ การจัดเตรียมอาหารและอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้





การจัดเตรียมอาหาร สำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

ในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลควรเตรียมอาหารและน้ำให้เพียงพอับความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับหรือหลีกเลี่ยงถูกต้องตามสภาวะโรคของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้บ้าง

➔ ผู้ดูแลจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง

➔ จัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตา ที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้

➔ ควรให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่มีน้ำมาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ แต่ไม่ขัดกับโรค ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาว ควรตัดให้สั้น เพื่อให้กลืนได้สะดวก

➔ ให้ผู้ป่วยกลืนให้เป็นจังหวะ ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย และดื่มน้ำตามทุกครั้ง

➔ ควรใช้หลอดดูดน้ำหรือใช้ช้อนป้อนครั้งละน้อยๆ



ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

- ผู้ดูแลควรเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ผู้ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูง ขณะรับประทานอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำโดยใช้หลอดดูดแทน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องได้รับความรู้และทักษะ รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

➤ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน มันหมู มันวัว หนังเป็ด หนังไก่ เครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ ไข่แดง และอาหารทะเลจำพวก กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เพราะมีไขมันแฝงแทรกอยู่มาก



➤ รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือถ้าจะรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว ควรเลาะมันออกให้หมด ถ้ารับประทานไก่ ควรเอาหนังออกให้หมด ฉะนั้นเนื้อปลาจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุด เพราะมีปริมาณไขมันต่ำกว่า เนื้อหมู เนื้อวัว และเนื้อไก่





➔ **รับประทานอาหารเพื่อช่วย**

ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ ป้องกันภาวะท้องผูกได้แก่ อาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมไขมันลดลง



➔ **ในการปรุงอาหารควรใช้**

น้ำมันพืชชนิดกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย แทนน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว จะทำให้ไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น



➔ **หลีกเลี่ยงอาหารประเภท**

ทอด ขนมหวานต่างๆ ครีม เนย กะทิ

➔ **ลดหรือหลีกเลี่ยง** อาหาร

จำพวก กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหยอง กะปิ เนย ครีม และหลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือสารปรุงรสต่างๆ ลงไปในอาหาร เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ผงชูรส น้ำตาล





➤ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม และโปแตสเซียมในปริมาณสูง เช่น อาหารที่มีรสเค็ม ผักผลไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง

➤ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือจำพวก ชา หรือกาแฟ เพราะมีสารคาเฟอีน (ดังรูป)



สิ่งที่ได้รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า เพราะผักเหล่านี้มีแคลอรีต่ำมากหรือไม่มีเลย แต่จะให้กากใยสูง ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลได้ อาหารแป้ง (คาร์โบไฮเดรต) ควรเลือกรับประทานชนิดที่ผ่านกระบวนการแปรรูปน้อยที่สุด เพราะจะมีกากใยอาหารอยู่มาก เช่น ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ





การดูแล

ด้านจิตใจ

นอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้ว สิ่งหนึ่งที่นับว่าสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ “การดูแลด้านจิตใจ” ผู้ดูแลจึงควรเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องมาจากสาเหตุในสมองและร่างกายเปลี่ยนแปลงไป สภาพของอารมณ์และจิตใจผู้ป่วยย่อมต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย บางรายอาจก้าวร้าวขึ้น บางรายซึมเศร้า หรือบางรายเฉยเมยและแยกตัวเอง การนอนไม่หลับจะเป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วย หรือบางรายอาจมีอาการหัวเราะ หรือร้องไห้โดยควบคุมไม่ได้ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ขณะนั้น

สิ่งที่ผู้ดูแลจะช่วยผู้ป่วยได้ มีดังนี้

- อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและอบอุ่น
- พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ค่อยตอบโต้ก็ตาม เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆ ให้ฟัง เช่น ข่าวสาร เรื่องของญาติเพื่อนฝูงอย่างปกติ
- ควรเข้าใจถ้าผู้ป่วยมีอาการอัมพาตครึ่งซีก ตาซีกที่อัมพาตจะสูญเสียการมองเห็น และขาดความสนใจในร่างกายซีกนั้นในระยะเวลาแรกๆ ของการเกิดโรค, ดังนั้นระยะแรก ควรยื่นพูดคุยด้านที่อัมพาตหรืออ่อนแรง



ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูร่างกายซีกที่อ่อนแรง เพื่อความสนใจต่อร่างกาย และสิ่งแวดล้อม

➔ หากผู้ป่วยพูดไม่ได้ พูดซ้ำไม่ชัด หรือพูดผิด ผู้ดูแลจะมีส่วนอย่างมาก ในการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดได้อย่างถูกต้อง และรอฟังคำตอบอย่างใจเย็น อย่าเร่ง ให้ผู้ป่วยพูด หรือรีบพูดแทน และไม่ควรทำให้ผู้ป่วยอายต่อการพูดผิดปกติ

➔ ชมเชยผู้ป่วยทุกครั้งที่สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ดีขึ้นในทุกๆ ระยะ และให้กำลังใจเสมอว่าจะสามารถทำได้ดีขึ้นเรื่อยๆ

➔ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตัวเองได้ เช่น ตักอาหารเอง หวีผมเอง แปรงฟันเอง ลูกนั่งเอง เป็นต้น ญาติเพียงดูแลเพื่อ ป้องกันอุบัติเหตุ หรือเตรียมอุปกรณ์ให้ และควรใจเย็นรอให้ผู้ผู้ป่วยทำเอง โดยไม่ เร่ง หรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยเพียงเพื่อต้องการให้เสร็จเร็วๆ

➔ งานบางชนิดผู้ป่วยบางรายอาจช่วยทำได้ แต่ต้องปรับเปลี่ยนให้ เหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานและอาการของผู้ป่วยแต่ละรายแต่ควร ใช้เวลาในการปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป

➔ อย่าเคียดแค้นผู้ผู้ป่วยหรือตำหนิผู้ผู้ป่วยจนเกินไป ควรให้เวลาและให้ โอกาสเขาเสมอ

➔ ระมัดระวังอุบัติเหตุ และไม่ควรประมาทปล่อยผู้ผู้ป่วยไว้คนเดียว แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม

➔ ครอบครัวควรให้ความรัก ความเข้าใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ ว่าตนยังเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ซึ่งจะเป็นพลังให้ผู้ผู้ป่วย ต่อสู้กับโรคหรืออาการที่เป็นได้





การช่วยเหลือ

กิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน

1. การทำความสะอาดร่างกาย

จุดประสงค์ เพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและเพื่อความสบายของผู้ป่วย นอกจากนั้น ยังมีผลพลอยได้ คือ ทำให้ข้อและกล้ามเนื้อต่างๆ ได้เคลื่อนไหว เพราะต้องมีการขยับแขนขาเพื่อทำความสะอาดทุกส่วนของร่างกาย ประกอบกับการถอดหรือใส่เสื้อผ้า นั้น จะช่วยให้มีการขยับและหมุนข้อต่างๆ ของแขนขาในขั้นต้นเป็นประจำทุกวัน

ดังนั้นจึงควรใส่เสื้อผ้าผู้ป่วยตามปกติเพียงแต่ปรับให้เสื้อผ้าใส่สบายขึ้น ไม่ควรใช้วิธีคลุมผ้าแทนการใส่เสื้อผ้า เพราะจะทำให้การขยับของข้อต่างๆ ลดลง จนไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าตามปกติได้อีกและอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ปวดข้อ, ข้อติดและผิวหนังอักเสบ - เปื่อยแดง เป็นต้น

1.1 การอาบน้ำ เป็นวิธีทำความสะอาดร่างกายที่ดีและเหมาะสมที่สุด มีผลพลอยได้ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการไหลเวียนโลหิตอย่างชัดเจน อนึ่งเมื่อผู้ป่วยอาบน้ำแล้วเกิดความสดชื่น จะเกิดผลด้านจิตใจตามมาอย่างมาก ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถไป



ห้องน้ำได้ หรือมีปัญหาที่จะก่อให้เกิดการแทรกซ้อนจากการอาบน้ำ เช่น มีผลในตำแหน่งที่หลีกเลี่ยงน้ำจากการอาบน้ำไม่ได้ เป็นต้น

ข้อควรระวัง คือ การลื่นหกล้มในห้องน้ำ ดังนั้น ควรจัดให้ผู้ป่วยอัมพาตนั่งอาบน้ำบนเก้าอี้ หรือบนรถเข็น มีบริเวณสะดวกในการหยิบจับอุปกรณ์อาบน้ำ เช่น สบู่ ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น โดยควรมีญาติอยู่ใกล้ขณะอาบน้ำด้วย

1.2 การแปรงฟัน หรือการทำความสะอาดช่องปาก ปกติบุคคลทั่วไปใช้วิธีแปรงฟัน หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับประทานอาหารทางปากก็ควรแปรงฟัน เช่น บุคคลทั่วไป แต่การแปรงฟันอาจต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตามสภาพ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรับประทานอาหารทางสาย ควรดูแลช่องปากโดยการใช้ผ้า หรือสำลีชุบน้ำยาเช็ดปากหรือชุบน้ำเกลือ (น้ำเกลือหรือเกลือผสมน้ำ มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรคได้ในระดับหนึ่ง) แล้วใช้คีมคีบสำลีนั้นเข้าไปเช็ดทำความสะอาดในช่องปาก

1.3 การเช็ดตัว ทำในผู้ป่วยที่ไปอาบน้ำไม่ได้ ควรใช้สบู่อ่อนและเช็ดสบู่อกให้หมด หลังจากนั้นเช็ดตัวให้แห้ง โดยเฉพาะจุดที่อับชื้นง่าย เช่น รักแร้, ใต้ราวนม, ขาหนีบ, ซอกกัน เป็นต้น แล้วจึงโรยแป้งหรือหากจะใช้ครีมหรือโลชั่นก็ได้ตามปกติ เพื่อป้องกันผิวน้ำหนัก หรือคันได้

ข้อควรระวัง เมื่อผิวน้ำหนักตามซอกร่างกายที่อับชื้น, เปื่อยแดง, เป็นขุยหรือคัน ควรพอกสบู่, ล้างน้ำให้สะอาดเช็ดให้แห้ง แล้วจัดบริเวณนั้นๆ ให้โปร่ง ไม่ใส่เสื้อผ้าทับบริเวณนั้นๆ ชั่วคราว เช่น ถ้าเป็นที่รักแร้ก็ให้ยกแขนข้างนั้นขึ้นเป็นระยะๆ เพื่อให้อากาศไหลเวียนถูกผิวหนัง ทำให้ผิวน้ำหนัก





ลดการอักเสบขึ้นลง หากทำเช่นนี้ 2 - 3 วันอาการไม่ดีขึ้น จึงควรปรึกษาแพทย์ เพราะผิวหนังอาจมีเชื้อรา อาจต้องใช้ยาทาพร้อมด้วย เป็นต้น

ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรับประทานอาหารทางสาย ควรดูแลช่องปากโดยการใช้น้ำ หรือสำลีชุบน้ำยาเช็ดปากหรือชุบน้ำเกลือ (น้ำเกลือหรือเกลือผสมน้ำ มีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรคได้ในระดับหนึ่ง) แล้วใช้คีมคีบสำลีนั้นเข้าไปเช็ดทำความสะอาดในช่องปาก (คีมนั้นควรมีที่กดล็อกเพื่อป้องกันสำลีหล่นในช่องปาก ซึ่งอาจหลุดไปอุดหลอดลมได้)

1.4 การชำระล้างบริเวณทวาร หากผู้ป่วยอาบน้ำการชำระบริเวณนี้ ก็ทำเช่นปกติ แต่หากเช็ดตัวหรือผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบนเตียงควรล้างทวารโดยใช้หม้อนอนรองกันไว้ ล้างชำระด้วยน้ำและสบู่ ใช้มือหรือคีมชนิดยาวคีบสำลีเช็ดบริเวณทวารแล้วล้างด้วยน้ำให้สะอาด ซับสำลีแห้งหรือผ้าแห้งอีกครั้งหนึ่ง และไม่ควรรีบแป้งก่อนซับผิวหนังให้แห้ง เพราะจะทำให้ผิวหนังอักเสบได้ง่าย

1.5 การชำระล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหรือในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก อาจเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะมากจนทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกยืดขยาย ทำให้ปัสสาวะเหลือคั่ง เป็นแหล่งสะสมเชื้อแบคทีเรีย หรือในผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนักทำให้เกิดการติดเชื้อได้ หรือในผู้ป่วยสูงอายุ มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย จากภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง ประกอบกับปัสสาวะคั่งค้าง



การดูแลโดยการ

- กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนักทุกครั้งหลังการขับถ่าย
- วางแผนจัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
- ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรสังเกตและประเมินอาการคั่งค้างของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ โดยการใช้มือคลำบริเวณหัวหน่าว หากพบว่กระเพาะปัสสาวะเริ่มตึงเล็กน้อยจะต้องให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ ในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่ายปัสสาวะโดยการจัดให้นั่งเก้าอี้นั่งถ่าย หรือสอดใส่หม้อนอนหรือหม้อปัสสาวะให้ผู้ป่วย

กรณีปัสสาวะไม่ออก และจำเป็นต้องใส่สายปัสสาวะกลับบ้าน มีหลักการดูแลและทำความสะอาดดังนี้

ต้องระบายปัสสาวะให้ไหลสะดวกตลอดเวลา

- ➔ ระวังไม่ให้สายปัสสาวะหักงอหรือนอนทับสาย
- ➔ ติดพลาสติกเครื่องตรึงสายปัสสาวะให้แน่นกับหน้าขาเพื่อลดการระคายเคือง และลดการตึงรั้งจากการเคลื่อนไหวของสาย ควรเปลี่ยนพลาสติกและย้ายที่ติดพลาสติกทุกวัน เพราะการติดนานๆ และตำแหน่งเดิมๆ อาจทำให้เกิดแผลได้





ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

- เมื่อสังเกตพบว่าปัสสาวะขุ่น - เข้ม หรือเป็นตะกอน ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อระบายสิ่งตกค้าง และทำให้ปัสสาวะใสขึ้น
- ควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุกเดือนหรือทุกครั้งที่มีปัญหาในการระบายปัสสาวะ
- เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะต้องสะอาดและปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน ดึงน๊อตจุกเปิด - ปิดนั้น หลังเทปัสสาวะออกแล้วต้องปิดสนิททุกครั้ง เพื่อป้องกันการเชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกาย
- ถุงรองรับปัสสาวะต้องอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะหรือต่ำกว่าท่อน้ำของผู้ป่วยเสมอ หากจำเป็นต้องยกให้ถุงสูงกว่าท่อน้ำของผู้ป่วย ก็ควรหักพับสายปัสสาวะส่วนใดส่วนหนึ่งไว้ก่อนเพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนเข้าไปในร่างกาย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้
- ซ้ำระล้างบริเวณช่องปัสสาวะและบริเวณโดยรอบให้สะอาดอยู่เสมอ

กรณีปัสสาวะรด

เนื่องจากปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือรองปัสสาวะไม่ทันนั้น จะทำให้เกิดผิวหนังขึ้นแฉะ เปื่อยแดงและคัน เป็นเหตุให้เกิดแผลหรือมีเชื้อราได้ สามารถดูแลโดยวิธีต่างๆ ดังนี้



การดูแลโดยการใส่ผ้าอ้อม

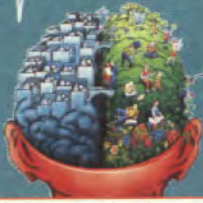
ปัจจุบันมีผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ โดยเลือกขนาดให้พอเหมาะกับขนาดตัวของผู้ป่วยโดยผ้าอ้อมผู้ใหญ่มี่ทั้งแบบของผู้ชายและผู้หญิง มีขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก

➡ ควรเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่ปัสสาวะ หรือหากเป็นผ้าอ้อมที่สามารถซับปัสสาวะได้หลายครั้ง ก็ควรพิจารณาเปลี่ยนโดยดูจากปริมาณปัสสาวะในแต่ละครั้ง

➡ หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมควรเช็ดผิวหนังให้สะอาดแล้วเช็ดผิวหนังให้แห้งก่อนห่อผ้าอ้อม

➡ การใส่ผ้าอ้อมบางครั้งต้องพับผิวหนังให้สัมผัสกับอากาศบ้าง ไม่ควรห่อไว้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการอับชื้น หรือเกิดแผลจากรอยติ่งรังของผ้าอ้อมได้





เนื่องจากผู้ป่วยมักจะนอนในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดท่าทางผู้ป่วยที่ถูกต้องจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ การหดสั้นของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการยึดติด ผิดรูปของข้อต่างๆ เกิดอาการข้อติดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น และในการจัดทำทางให้ถูกต้องจะต้องพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

เตียงนอน : ควรเป็นเตียงที่แข็งแรง เตียงควรมีความสูงพอเหมาะ ควรสูงจากพื้นประมาณ 50 - 60 เซนติเมตร เพราะจะทำให้เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี หรืออาจเป็นเตียงที่สามารถปรับระดับสูงต่ำของเตียงได้

ที่นอน : ต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป

ผ้าปูที่นอน : ต้องตึง ไม่มีรอยย่น รอยพับ เพื่อไม่ให้เกิดการถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย อันจะนำมาสู่การเกิดแผลกดทับขึ้นได้

ท่านอน : การจัดท่านอนสำหรับผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการนอนทับแขน หรือขาข้างที่อ่อนแรงแทนๆ เพราะจะทำให้เกิดการบวมของแขนและขา เกิดข้อยึดติดได้ง่าย



วิธีการจัดท่านอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ท่านอนหงาย



รูปท่านอนหงาย

- ➡ ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง
- ➡ หนุนหมอนที่ไม่เตี้ย หรือสูงจนเกินไป
- ➡ จัดตัวให้ตรง อย่าให้เอียงไปทางด้านที่อ่อนแรง
- ➡ ใช้หมอนบางๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรง
- ➡ ใช้หมอนบางๆ หนุนหรือวางใต้สะโพกข้างที่อ่อนแรง
- ➡ แขนข้างอ่อนแรงสามารถจัดให้อยู่ในท่าหงายแขนขึ้น, งอแขนเข้าเล็กน้อยหรือเหยียดกางออกเล็กน้อย หงายฝ่ามือขึ้น





1



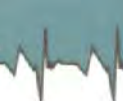
2



3



รูปแสดงลักษณะการจัดวางแขนข้างที่อ่อนแรง



1.2 ท่านอนตะแคง ควรจัดให้นอนตะแคงทั้ง 2 ข้าง แต่ควรรอนตะแคง
ทับข้างปกติมากกว่าข้างที่อ่อนแรง

1.2.1 ท่านอนตะแคงทับด้านที่ปกติ

- ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป
- ตะแคงตัว ดึงสะบักแขนข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกาง
แขนออก ใช้หมอนรองใต้แขนข้างอ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่ามือให้แขนเหยียด
ตรง (หมอนที่ใช้รองแขนนี้ ไม่ควรเตี้ยมาก เพราะจะทำให้ช่วงแขนต่ำกว่า
ระดับตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ข้อไหล่ได้)

- รองหมอนใต้ขาข้างที่อ่อนแรงตลอดจนถึงฝ่าเท้า งอสะโพกและเข้า
ไขว้ขาไปข้างหน้าเพื่อให้สะโพก
บิดไปข้างหน้า และเป็นการยึด
กล้ามเนื้อข้างลำตัวและสะโพก

- เท้าข้างอ่อนแรง
วางบนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อ
ป้องกันไม่ให้ข้อเท้าบิด

- ขาข้างปกติ เหยียด
สะโพกไปด้านหลัง (ดังรูป)



1.2.2 ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง

- ผู้ป่วยนอนศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป
- ดึงสะบักข้างอ่อนแรงมาข้างหน้า พร้อมกับกางแขนออก เพื่อ
ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับไปบนหัวไหล่ ช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ





- ขาข้างที่อ่อนแรง จับเหยียดสะโพกตรง เข่างอเล็กน้อย
- ขาข้างปกติอยู่ด้านบน งอสะโพกและเข่า ไขว้ขาไปทางด้านหน้า

ใช้หมอนรองรับไว้ ตลอดจนถึงฝ่าเท้า (ดังรูป)



1.3 ทำนั้ง

1.3.1 การจัดทำนั้งบนเตียง

- ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง
- จัดให้นั่งโดยมีพนักพิงหลังและศีรษะ หรืออาจปรับหัวเตียงขึ้น

ก็ได้ (หากเป็นเตียงชนิดปรับได้) หากไม่มีใช้หมอนหนุนรองหลังและศีรษะไว้

- แขนข้างที่ อ่อนแรงวางไว้บนหมอน หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ





- ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ยันตั้งฉากกับแผ่นกระดาน หรือผ้าม้วน เพื่อป้องกันเท้าตก (ดังรูป)

1.3.2 การจัดทำนั่งบนเตียงหรือนั่งบนรถเข็น

- ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง
- ผู้ป่วยนั่งบนเตียง วางแขนข้างอ่อนแรงไว้บนหมอน ถ้าหมอนที่รองแขนต่ำไปให้ใช้หมอนรองอีกชั้นหนึ่ง (ดังรูป 1)
- ผู้ป่วยนั่งบนรถเข็น ให้วางแขนทั้งสองข้างไว้บนหมอนหนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ (ดังรูป 2)
- เท้าควรจัดให้วางบนพื้นเต็มฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ถ้าเตียงหรือเก้าอี้สูงเกินไปจนเท้าลอยพ้นพื้น ให้ใช้กล่องไม้เตี้ยๆ รองเท้า

1



2





การฝึก

การเคลื่อนไหวร่างกาย



การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง เป็นการออกกำลังกายเพื่อการรักษา

การออกกำลังกายเพื่อการรักษา เป็นการออกกำลังกายเพื่อคงความสามารถของการเคลื่อนไหวของข้อในแขน - ขาข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย การฝึกการเคลื่อนไหวข้อควรทำท่าละ 20 - 30 ครั้ง ทำอย่างน้อยวันละ 2 รอบ เช้า - เย็น ไม่ควรทำหลังอาหารภายใน 1 ชั่วโมง และการเคลื่อนไหวแต่ละครั้งควรทำช้าๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอและนุ่มนวล และให้สุดองศาของการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะของด้านที่เสียไปตามกำลังความสามารถ และช่วยให้ข้อต่างๆ ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อและช่วยให้การไหลเวียนของเลือดสะดวกขึ้น การออกกำลังกายสามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

- ➡ การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้
- ➡ การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง

การออกกำลังกาย

โดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้



การออกกำลังกายโดยญาติที่ดูแลเป็นผู้ทำให้ ผู้ดูแลจะต้องพุงส่วนที่จะทำการเคลื่อนไหวอย่างดี มือของผู้ทำต้องจับอย่างมั่นคง การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยจะเริ่มจาก ผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวจากส่วนต้นไปส่วนปลายเสมอ

การเคลื่อนไหวในส่วนแขน ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือและบริหารข้อมือ

การเคลื่อนไหวในส่วนขา ส่วนที่ต้องทำการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อสะโพกและข้อเข่า ข้อเท้า และนิ้วเท้า

ต่อไปนี้เป็นคำอธิบายพร้อมภาพประกอบสำหรับการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ โดยในที่นี้ได้สมมุติให้ผู้ป่วยในแต่ละภาพเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงแด้านขวา การเคลื่อนไหวต่างๆ มีวิธีการดังต่อไปนี้

(สำหรับการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยที่อ่อนแรงแด้านซ้ายก็จะทำในลักษณะเดียวกันนี้ เพียงแต่ผู้ทำจะต้องเปลี่ยนมือในการจับต้องผู้ป่วยเป็นด้านตรงข้าม)



1.1. การเคลื่อนไหวข้อไหล่ เริ่มต้นผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณ

ข้อศอกของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วยค่อยๆ ยกแขนของผู้ป่วยขึ้น ช้าๆ จนถึงศีรษะ และค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยลงข้างลำตัว ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)

1



2



1.2 การกางแขนและหุบแขน เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อ

มือและมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย ค่อยๆ กางแขนผู้ป่วยออกจากลำตัว โดยการสลับเปลี่ยนเลื้อนมือของผู้ดูแล มือขวาจับบริเวณข้อศอก และมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนจนถึงศีรษะระงับอย่าให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บปวดแขน และค่อยๆ จับแขนผู้ป่วยหุบลงเข้าหาตัว ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)

1.3 กางหมุนข้อไหล่ผู้ป่วยขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับ

ข้อศอกและมือซ้ายจับข้อมือผู้ป่วย โดยให้แขนกางตั้งฉากกับลำตัว ค่อยๆ



ยกแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบนโดยให้แขนและข้อศอกยังคงอยู่แนวตั้งฉาก ยกขึ้นจนต้นแขนแนบกับที่นอนและแขนส่วนปลายหงายขนานกับศีรษะ ยกแขนกลับมาอยู่ในท่าเริ่มต้น และคว่ำปลายแขนลงให้ขนานกับลำตัว ยกขึ้นกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)



1.4 การกางแขนและไขว้แขนข้ามลำตัว เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย กางแขนผู้ป่วยออกมา 90 องศา แล้วยกแขนผู้ป่วยข้ามลำตัวให้มือไปแตะไหล่ด้านตรงข้าม แล้วนำกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)





1.5 การงอและเหยียดข้อศอก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อมือและมือขวาพุงบริเวณด้านหลังข้อศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้า (พับแขนเข้า) สลับกับเหยียดออกทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)



1.6 การกระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่างอข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อมือ มือขวาพุงบริเวณอุ้งมือของผู้ป่วย ค่อยๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยขึ้นจนเริ่มรู้สึกตึง ค่อยๆ กระดกข้อมือผู้ป่วยลงจนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)





3



1.7 การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก เริ่มต้นผู้ดูแลจัดแขนผู้ป่วยยกแขนให้ตั้งฉากกับลำตัว ในท่างอข้อศอกตั้งฉาก 90 องศา มือซ้ายจับบริเวณข้อนิ้วมือที่ต้องการเคลื่อนไหว มือขวาจับที่ได้ข้อมือของผู้ป่วยค่อยๆ งอนิ้วมือลง และเหยียดนิ้วมือออกจนเริ่มรู้สึกตึง สลับกัน ทำซ้ำท่าเดิม (ดังรูป)

1



2



1.8 การงอขาเข้าและเหยียดขาออก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณต้นเท้าผู้ป่วยให้กระชับ มือซ้ายประคองบริเวณใต้เข่า เคลื่อนไหว



ทิศทางงอเข้า งอสะโพกและเหยียดขาผู้ป่วยออกกลับสู่ท่าตั้งต้น ทำซ้ำ
ท่าเดิม (ดังรูป)



1.9 การหมุนข้อสะโพกเข้าในและหมุนออกนอก เริ่มต้น ผู้ดูแล
ใช้มือขวาจับข้อเท้าของผู้ป่วย มือซ้ายจับบริเวณเข่า ยกต้นขาขึ้นให้ตั้งฉาก
กับลำตัว งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขาค่อยๆ หมุนปลายขาออกด้านนอก
จนเริ่มรู้สึกตึง หมุนปลายขาเข้าด้านในจนรู้สึกตึง ทำซ้ำท่าเดิม (ดังรูป)





3



4



1.10 การกางขาและหุบข้อสะโพก เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองบริเวณใต้เข่า มือขวาจับบริเวณใต้ข้อเท้าของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวทิศทางค่อยๆ กางขาข้างขวาของผู้ป่วยออกจนผู้ป่วยรู้สึกตึงและหุบเข้าในจนชิดขาอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)

1



2



1.11 การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณสันเท้าให้กระดก ใช้หน้าแขนแนบไปตามฝ่าเท้าของผู้ป่วย มือซ้าย





จับเหนือข้อเท้า ทิศทางการเคลื่อนไหว ยึดเอ็นร้อยหวายของผู้ป่วยในลักษณะกระดูกข้อเท้าขึ้น ผู้ดูแลโน้มตัวมาทางศีรษะของผู้ป่วยจนรู้สึกตึง ค้างไว้สักครู่แล้วผ่อน กระดูกข้อเท้าลงโดยมือซ้ายของผู้ดูแลเลื่อนมาจับบริเวณปลายเท้าของผู้ป่วยกระดูกข้อเท้าลง ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)



1.12 การบิดข้อเท้าเข้าด้านในและออกด้านนอก เริ่มต้น ผู้ดูแล

ใช้มือขวาจับสันเท้าเอียงมาทางตาตุ่มด้านในและหน้าแขนเอียงมาทางด้านหัวแม่เท้าผู้ป่วย มือซ้ายจับด้านบนข้อเท้าผู้ป่วย ค่อยๆ เคลื่อนข้อเท้าโดย





ออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยเข้าตามการวางมือ จนเริ่มรู้สึกตึงแล้วค่อยๆ
ออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยออกจนเริ่มรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)

1



2



1.13 การกระดกนิ้วเท้าขึ้นและลง เริ่มต้น ผู้ดูแลใช้มือขวา
จับบริเวณนิ้วเท้าผู้ป่วยให้กระชับ มือซ้ายจับเหนือข้อเท้า ทิศทางการ
เคลื่อนไหวค่อยๆ กระดกนิ้วเท้าขึ้นจนรู้สึกตึง ค่อยๆ กระดกนิ้วเท้าลง
จนรู้สึกตึง ทำซ้ำทำเดิม (ดังรูป)

1



2





การออกกำลังกาย

โดยผู้ป่วยทำเอง

การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเองนี้ ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องฝึกกระทำ เพื่อให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะฝึกทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความสามารถและกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้ฝึกให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และทำให้การเคลื่อนไหวต่างๆ ดีขึ้น การฝึกการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือบ้างในบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์

หลักพื้นฐานในการออกกำลังกายด้วยตนเอง

1. ต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้และจะทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้นในเวลาต่อมา
2. ทำการเคลื่อนไหวในจังหวะที่ราบรื่นและสม่ำเสมอ
3. พยายามให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่อ่อนแรงแรงร่วมด้วยเสมอ
4. ในระยะแรกควรค่อยๆ ทำทีละน้อยในท่าทางที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะๆ เพื่อไม่ให้เหนื่อยจนเกินไป ต่อไปควรฝึกทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ เช้า - กลางวัน - เย็น





การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง มีท่าต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การยกแขนขึ้นและลง การเคลื่อนไหวแขนโดยการยกแขนขึ้น ด้านบนผู้ป่วยนอนหงาย การจับมือด้านที่อ่อนแรงสามารถจับได้ทั้ง 2 แบบ คือ การประสานมือ ดังรูป (1) การจับที่ข้อมือ ดังรูป (2) การเคลื่อนไหวโดยเหยียดข้อศอกแล้วยกแขนทั้งสองขึ้นไปเหนือศีรษะอย่างช้าๆ โดยให้ข้อศอกเหยียดได้ตลอดเวลา พยายามยกแขนให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว แล้วเอาลงอย่างช้าๆ ทำซ้ำทำเต็ม 5 ครั้ง (ดังรูป)



1.2 การเคลื่อนไหวขา การออกกำลังกายขาบนเตียงด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเองมากที่สุดหรือ





ช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้เอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายในขาทั้งสองข้าง

1.2.1 ผู้ป่วยนอนราบขาเหยียดตรง จากนั้นลากขาข้างปกติขึ้นก่อน โดยให้สันเท้าติดพื้น (ชันเข่า งอสะโพกจนสุด) เหยียดคืนท่าเดิมทำ 5 ครั้ง สลับอีกข้างหนึ่ง (ให้ผู้ดูแลช่วยควบคุมทิศทางจนกว่าจะทำได้เอง) (ดังรูป)

1



2



1.2.2 ผู้ป่วยนอนราบชันเข่าทั้งสองข้าง เหยียดขาข้างปกติขึ้นให้มากที่สุดและให้เข่าตรง แล้วงอเข่ากลับมาตั้งไว้ในท่าเดิม ทำ 5 ครั้ง (ขณะที่ยกขาข้างปกติขึ้น ขาอีกข้างต้องตั้งตรงไม่ให้แบะออก) แล้วสลับกับขาข้างที่อ่อนแรง ถ้าขาข้างที่อ่อนแรงชันไม่ได้ ให้นำหมอนมารองบริเวณใต้เข่าให้สูง และพยายามเหยียดขึ้นให้มากที่สุด วางลงและทำซ้ำท่าเดิม 5 ครั้ง (ดังรูป)

1





1.3 การเคลื่อนไหวขาและลำตัวโดยการยกสะโพกผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดติดกัน (ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตั้งขาให้อยู่นิ่งได้ให้ผู้ดูแลช่วยจับเข่าทั้งสองข้างไว้ด้วยกัน) โดยวางเท้าทั้งสองราบสนิทกับที่นอนและห่างกันเล็กน้อย มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยยกสะโพกให้ลอยขึ้นจากเตียงในระดับสูงพอประมาณ หรือผู้ดูแลอาจใช้มือช่วยดันก้นกบในขณะที่บอกให้ผู้ผู้ป่วยยกสะโพกขึ้นแล้วค่อยๆ ลดสะโพกลงช้าๆ 5 ครั้ง (ดังรูป)



การเคลื่อนไหวก

บนเตียง



การเคลื่อนไหวกบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยในการช่วยตัวเองในการเปลี่ยนท่านอน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนอิริยาบถและป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวกของแขน ขา และลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกจากนอนมานั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่งและฝึกการเคลื่อนย้าย

การเคลื่อนไหวกบนเตียง ทำได้ดังนี้

1. การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย โดยการเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง เคลื่อนย้ายไปยังข้างเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายเองได้ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนด้านที่อ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น แล้วเลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างปกติชันเข้าข้างอ่อนแรง ยกเคลื่อนไป ตั้งขาข้างปกติชันพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติออกแรงกดกับเบาะที่นอนยกสะโพกเลื่อนไป เลื่อนศีรษะและไหล่ตามแล้วจัดลำตัวให้ตรง (ดังรูป)



ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย ให้





ผู้ป่วยชันเข่าขึ้นผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองที่สะบักข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย มือขวาจับที่สะโพก แล้วช่วยยกตัวผู้ป่วยให้เคลื่อนไป (ดังรูป)



2. การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียงให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การพลิกตะแคงตัวสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทั้ง 2 แบบ คือ

2.1 การพลิกตะแคงไปทางด้านอ่อนแรง (วิธีนี้จะง่ายกว่าการพลิกตะแคงไปทางด้านปกติ) ให้เริ่มจากผู้ป่วยชันเข่าข้างปกติขึ้น ใช้มือข้างปกติจับแขนข้างอ่อนแรงกางออก เพื่อไม่ให้พลิกตัวไปทับไหล่ แล้วเอี้ยวตัวให้พลิกตะแคง พร้อมกับหันศีรษะตาม จะช่วยให้พลิกตัวได้ง่าย (ดังรูป)





ในผู้ป่วยที่ตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย มือซ้ายของผู้ดูแลจับที่สะบักและมือขวาจับที่สะโพกของผู้ป่วย แล้วพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมา (ดังรูป)

2.2 การพลิกตะแคงตัวไปทางด้านปกติ ทำได้โดยผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนข้างอ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น สอดปลายเท้าข้างที่ติดได้เข้าข้างที่อ่อนแรงตั้งขึ้น แล้วค่อยๆ พลิกตะแคงไปทางด้านปกติ ยกศีรษะ ไหล่และตะแคงตัวไปทางด้านที่ดี โดยใช้แขนข้างที่ดียันลงบนที่นอน (ดังรูป)

1



2



ในผู้ป่วยที่ตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย มือขวาของผู้ดูแลจับที่สะบักและ



มือซ้ายจับที่สะโพกของผู้ป่วย แล้วพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมา (ดังรูป)

3. การฝึกการลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตัวมาริมเตียงให้ห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัวเพื่อป้องกันการตกเตียง การฝึกการลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคงสามารถลุกขึ้นได้ทั้ง 2 แบบ คือ

3.1 การลุกขึ้นนั่งทางด้านปกติ ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ขาข้างปกติสอดได้เข้าข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าที่ดีลงไปจนถึงข้อเท้า แล้วค่อยๆ ยกขาข้างอ่อนแรงลงให้พื้นเตียงแล้วค่อยๆ ตะแคงไป ยกศีรษะไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่ง พยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย

ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือขวาองใต้คอผู้ป่วยหรือมือจับที่สะบักของผู้ป่วย มือซ้ายช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยผู้ป่วยให้ลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนั่งไม่มั่นคง ผู้ดูแลช่วยประคองโดยจับที่ไหล่ของผู้ป่วย (ดังรูป)





3.2 การลุกขึ้นนั่งทางด้านอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรง วางไว้บนหน้าอก ขาข้างปกติสอดใต้ขาข้างที่อ่อนแรง แล้วยกขาทั้งสองลงข้างเตียงให้พ้นเตียง แล้วค่อยๆ ตะแคงไป ใช้มือข้างปกติยันพื้น ยกศีรษะให้สูงขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้น พยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยยันพื้นด้วย

ในผู้ป่วยที่ทำอะไรไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือซ้ายรองใต้คอผู้ป่วยหรือมือจับที่สะบักของผู้ป่วย มือขวาช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยผู้ป่วยให้ลุกขึ้นนั่ง และควรพยายามให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างช่วยยันพื้นด้วย (ดังรูป)

1



3



2



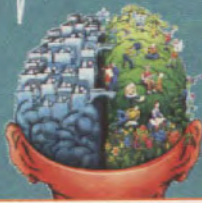
4





4. การฝึกการทรงตัวขณะนั่ง ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนอนอยู่กับเตียงนานๆ ควรปรับหัวเตียงให้สูงขึ้น (หากเป็นเตียงชนิดปรับได้) พอให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยไม่เวียนศีรษะก่อน แล้วจึงจับผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง การฝึกการทรงตัวทำนั่ง โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงบนขอบข้างเตียง เท้ายันพื้น ไม่ให้เอียงตัวไปทางด้านที่อ่อนแรง ในระยะแรกผู้ดูแลอาจจะต้องช่วยประคองหัวไหล่ข้างที่อ่อนแรง (ดังรูป) การบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ถ้าเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยดูจากการใช้กระจกส่องช่วย ผู้ดูแลฝึกหัดให้ผู้ป่วยพยายามทรงตัวไว้ให้ตรงเมื่อถูกดันไปด้านข้าง ด้านหน้าและด้านหลัง เมื่อผู้ป่วยเริ่มนั่งทรงตัวได้ดีสามารถควบคุมลำตัวได้ตรงดีแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น





การฝึก

การเคลื่อนย้าย

การฝึกการเคลื่อนย้ายจะต้องเคลื่อนไปยังที่ที่ตีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของผู้ดูแลจนกว่าแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องการฝึกการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น

ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง สามารถเคลื่อนย้ายโดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยนั่งอยู่ริมเตียง ทำทั้ง 2 ข้างแตะพื้น
- จัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางท่ามุม 30 - 45 องศา กับเตียง ล็อคล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง
- ปิดที่พีกเท้ารถเข็นขึ้นด้านบน
- โน้มตัวมาข้างหน้าใช้มือข้างปกติยันขอบเตียง
- ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาที่ดี
- เอื้อมแขนข้างปกติ เอามือมาจับพนักวางแขนของรถเข็นด้าน

นอก

- จากนั้นค่อยๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้รถเข็น
- แล้วค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งโดยใช้ขาข้างปกติเป็นแกนหมุน

(ดังรูป)





1



3



2



4



ในผู้ป่วยที่ตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

➔ ผู้ดูแลจัดรถเข็นเข้าด้านปกติของผู้ป่วยวางทำมุม 30 - 45 องศา กับเตียง ล็อคล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

➔ บัดที่พักเท้าของรถเข็นขึ้นด้านบน - จากนั้นผู้ดูแลให้เข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เคลื่อนตัวมาอยู่ริมเตียง



➔ แล้วให้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อยๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไปที่รถเข็น จัดให้ผู้ป่วยเข้าที่นั่งให้เรียบร้อย (ดังรูป)





ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้าย
ได้เอง มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

➡ จัดให้รถเข็นทำมุม 30 - 45 องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของ
ผู้ป่วยอยู่ชิดเตียง ล็อคล้อรถก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

➡ และใช้มือข้างปกติกดบนที่พนักวางแขน แล้วโน้มตัวไปข้างหน้า
ลงน้ำหนักบนขาทั้งสองข้าง (หรืออย่างน้อยบนขาข้างปกติ) แล้วยืนขึ้น
เปลี่ยนมือไปวางบนเตียงพร้อมกับหมุนตัวลงนั่งบนเตียง (ดังรูป)





ในผู้ป่วยที่ทำอะไรไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีวิธีการต่างๆ ดังนี้

- ➔ เข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาอยู่ริมรถเข็น
- ➔ แล้วให้ผู้ป่วยกอดมือข้างปกติดบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าลุกขึ้นยืน
- ➔ ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้าง แล้วค่อยๆ พยุงผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายตัวไปที่เตียง ตามลำดับ (ดังรูป)

1



3



2



4



การฝึก

การใช้รถเข็น



สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีการฟื้นตัวจำกัด ไม่สามารถที่จะช่วยตนเอง
เดินไปไหนมาไหนได้ การเคลื่อนที่ไปมากก็อาจจำกัดอยู่ที่ระดับรถเข็น โดย
อาจจะใช้มือข้างปกติช่วยผลักดันให้รถเข็นเคลื่อนที่ไป - มา (ดังรูป) หรือ
อาจใช้ขาข้างปกติวางลงบนพื้นช่วยเข็น เพื่อควบคุมไม่ให้รถเข็นหมุนไปทาง
ด้านอ่อนแรง





การใส่เสื้อผ้า

การแต่งกายในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก การแต่งกายจะใช้วิธีการที่แตกต่างจากบุคคลปกติ เนื่องจากร่างกายซีกที่อ่อนแรงของผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เพียงเล็กน้อย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้เลย

ผู้ดูแลควรให้โอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่งกายด้วยตนเองให้มากที่สุด อาจช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย แต่ควรค่อยๆ ลดการช่วยเหลือจนผู้ป่วยสามารถทำได้เองทุกขั้นตอน



การสวมเสื้อ

การสวมเสื้อ (ควรเป็นเสื้อผ่าหน้า) ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือบนเก้าอี้ วางเสื้อบนตักให้ด้านหน้าของเสื้ออยู่ด้านบน คอเสื้อวางเหนือเข่า ชายเสื้อวางชิดลำตัว





เริ่มสวมข้างที่อ่อนแรงก่อน
ดึงแขนเสื้อให้สูงพ้นข้อศอกแล้ว
เหวี่ยงตัวเสื้อไปด้านหลัง (ดังรูป)



สวมแขนข้างปกติแล้วจัด
เสื้อและติดกระดุมด้วยมือข้างที่
ปกติ (ดังรูป)

การสวมกางเกง

ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ ยกขาข้างที่อ่อนแรงวางทับขาข้าง
ปกติ (ดังรูป 1) จัดรูตขากางเกงให้สั้นก่อน แล้วนำมาสวมขาข้างที่อ่อนแรง
(ดังรูป 2)

1



2





ดึงขาทางแกงขึ้นให้สูงที่สุดจากนั้นจึงสวมขาด้านปกติ ดึงและจัด
กางเกงให้เรียบร้อย ผู้ป่วยที่สามารถยืนได้ดี ให้ดึงกางเกงขึ้นในท่ายืน
ผู้ป่วยที่ทรงตัวยังไม่ดี ยืนไม่ได้ ให้ดึงกางเกงในท่านอน โดยพลิกตัว
ดึงกางเกงขึ้นทีละข้าง (ดังรูป)



การฝึกพูด



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ ดังนั้นจึงควรได้รับการฝึกพูดเพื่อสื่อสาร จากนักอรรถบำบัดซึ่งจะช่วยสอนทักษะ และสอนผู้ดูแลเพื่อช่วยฝึกผู้ป่วย นอกจากนี้เสียงดนตรี หรือการใช้ดนตรีบำบัด ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการพูดดีขึ้น



ที่มาจาก http://www.mercynorthiowa.com/patient_info/images/I-Speak-Up2.jpg

การฝึกพูดที่บ้าน

➔ ผู้ดูแลถามคำถามที่สั้นและง่าย พูดซ้ำๆ ชัดๆ ใช้คำศัพท์ง่ายๆ และแสดงลักษณะท่าทางประกอบ



➤ ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เช่น รู้สึกหิวใช่ไหม? ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น รู้สึกอิ่มใช่ไหม? เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

➤ ผู้ดูแลควรสนทนาโดยยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรืออยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้

➤ ผู้ดูแลควรลองให้ผู้ป่วยฝึกเขียนบนกระดาษเพื่อเป็นการสื่อสารอีกช่องทางหนึ่ง

➤ ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

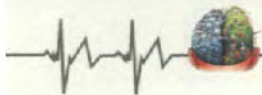
➤ บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ ผู้สนทนา/ผู้ดูแลควรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลายเป็นกันเอง ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอคำตอบ ไม่ควรตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้คำพูดที่ปกตินุ่มนวล อ่อนโยน ขณะสื่อสารผู้สนทนาควรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป



บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สาขาเทคโนโลยีการศึกษา แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลกรุงเทพฯ.
- จงกลณี ศรีจักร์โคตร. (2544). การเตรียมยาและการป้อนยาสำหรับผู้ป่วย อัมพาต. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. (พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 139 - 141). ขอนแก่นการพิมพ์.
- จงจินตน์ รัตนากินันท์ชัย, ทศพร พิชัยยา, เพียรชัย คำวงษ์, วิมล อัมสงวน, ศิริพันธุ์ คงสวัสดิ์ และอารยา บุญศิลป์. (2541). กายภาพบำบัดในผู้ป่วยทางระบบประสาท. ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้อมจิตต์ นวลเจตร. (2545). อัมพาตครึ่งซีก : ท่านสามารถช่วยเขาได้. (พิมพ์ครั้งที่ 1). หจก. เอมี เทรดดิง.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประมุขย์ ทรงจักรแก้ว และพัชรวิมล คุปต์นิรัตติกุล. (2542). ใน ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ : รามาธิบดีกรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- มัญญ บัญชรเทวกุล. (2545). การฟื้นฟูอาการอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.





ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติและมูลนิธิศูนย์
สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2546). คู่มือ
สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว : เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเกิด
อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). มปป.

สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. สถาบันประสาทวิทยา. กรุงเทพฯ : กรม
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

อรจักร โตษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคม
เวชศาสตร์แห่งประเทศไทยใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ),
ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 537 - 570).
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทคนิค 19.

Absher, J. R., & Toole, J.F. (2000). Cerebrovascular Disorders. In
B.S.Fogel, R.B. Schiffer, & S.M.Rao (Eds.) *Synopsis of
Neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott.

Gillen, G., & Burkhardt, A. (1998). *Stroke Rehabilitation : A Function-Based
Approach*. St. Louis: Mosby.

MediFocus guidebook on stroke rehabilitation. (2008). *Stroke
Rehabilitation*. [Electronic version]. (Retrieved May 9, 2008, from
[http:// www. Medifocus/stroke/guideline](http://www.Medifocus/stroke/guideline)).



คู่มือ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

