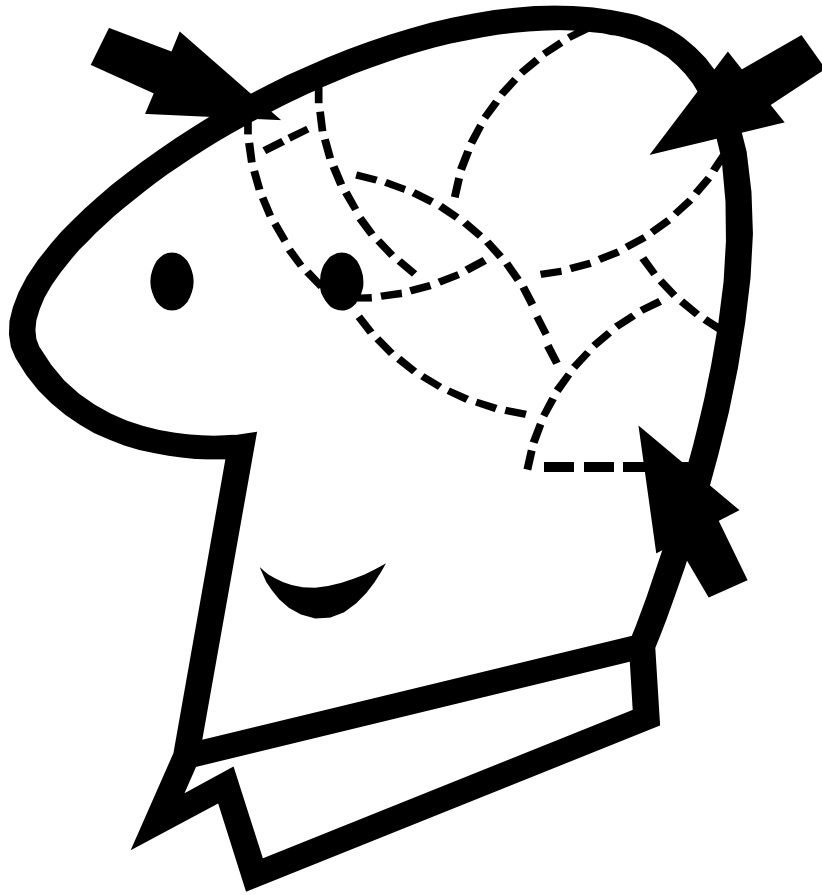


โรคหลอดเลือดสมอง

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติ (หรือผู้ดูแล)



เอกสารให้ความรู้ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนประกอบในการสอนญาติ หรือผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกิดจากผลงานวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (2551) ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (2552) และความเครียดและความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (2553) โดยเนื้อหาในเอกสารฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเอกสารให้ความรู้แก่ญาติ หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และเพื่อให้นักศึกษานำไปใช้เป็นส่วนประกอบของการให้ความรู้แก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โดยเนื้อหาที่สังเคราะห์เกิดจากปัญหาที่พบจากการทำการวิจัย และความต้องการของผู้ให้การดูแลเอกสารฉบับนี้ได้เขียนเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย และได้ทดลองให้ญาติผู้ดูแลอ่านโดยมีการปรับแก้เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติตาม รูปภาพที่ใช้ได้นำมาประกอบเป็นวิทยาทานแก่ผู้อ่านท่านนั้นมิได้เจตนาเป็นการละเมิดลิขสิทธิ์แต่อย่างใด

กลุ่มงานวิจัย และศูนย์โรคเรื้อรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ตุลาคม 2553

บทที่หนึ่ง

หัวข้อเรื่อง

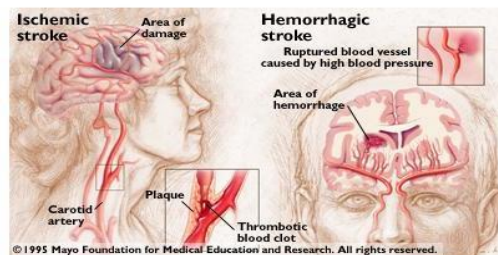
- โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร
- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร

- โรคหลอดเลือดสมองคือการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างทันทีทันใด สาเหตุเกิดจากก้อนเลือดอุดตันในสมอง หรือเลือดออกในสมอง
- โรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดอย่างกะทันหันในช่วงเวลาไม่กี่นาที จำนวนเก้าในสิบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดในสมองออกโดยไม่มีสาเหตุ
- อาการของโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดได้หลายอาการต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกกระทบกระเทือน



© 1995 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



© 1995 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



© 1995 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Stroke

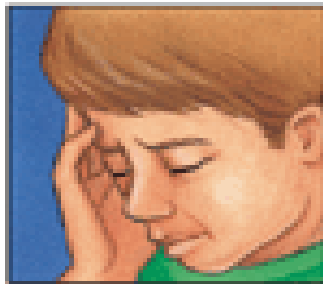
(รูปภาพนำมาจาก <http://www.swmed.edu/stars/images/neurodissslides/Slide38.JPG>. วันที่ 15

กุมภาพันธ์ 2548)

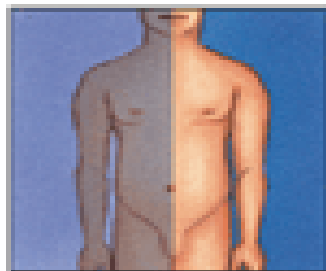
อะไรเกิดขึ้นได้บ้างกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขณะที่มี โรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยอาจมีอาการดังต่อไปนี้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ภายในเวลาไม่กี่นาที่ถึงเป็นชั่วโมงกว่าจะเกิดอาการ

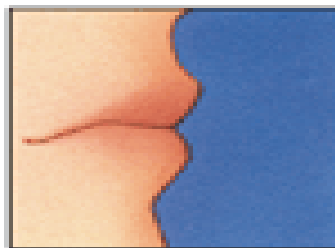
- ปวดศีรษะอย่างทันทีทันใด



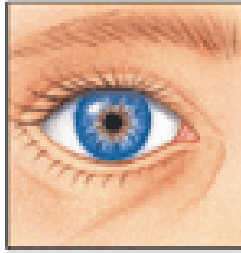
- ร่างกายซีกหนึ่งอ่อนแรง (หรือไม่สามารถเคลื่อนไหว) ได้อย่างทันทีทันใด



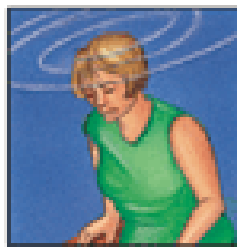
- มีความลำบากในการพูด พูดไม่ชัด และ/หรือ เข้าใจ



- มีความลำบากในการมองเห็นด้วยตาข้างเดียว หรือสองข้าง อาจมองเห็นภาพไม่ชัด



- มีความลำบากในการทรงตัว หรือการประสานกล้ามเนื้อ



- มีอาการชา (หมดความรู้สึก) ตามใบหน้า แขน ขา โดยเฉพาะบริเวณด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย
- มีความลำบากในการกลืน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกัน

1. การติดเชื้อในปอด หรือปอดบวมจากการสำลัก

การติดเชื้อในปอดหมายถึงอะไร

- การติดเชื้อในปอดเกิดขึ้นได้เมื่อมีการสำลักอาหารหรือของเหลวเข้าสู่ปอด
- โดยทั่วไปการติดเชื้อในปอดเกิดจากการหายใจ(สำลัก) หรือขย้อน กรดหรืออาหารจากกระเพาะอาหาร อาหารหรือของเหลวที่ตกลงไปในปอดสามารถทำให้ปอดเสียหายหรือขัดขวางการทำงาน เมื่อภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปอดบวมหรือมีภาวะน้ำคั่งในปอดได้ และจะทำให้เกิดการติดเชื้อในปอด
- ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก หรือไอ จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมจากการสำลัก หรือการติดเชื้อในปอด

อาการการติดเชื้อในปอดมีอะไรบ้าง

อาการแสดงของภาวะติดเชื้อในปอดอาจสิ่งผู้ป่วยสำลักเข้าไป และถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในปอด ท่านควรมีความสามารถในการสังเกตอาการดังต่อไปนี้

- ไอบ่อยครั้ง (ผู้ป่วยอาจไอและมีกลิ่นเหม็น) เสมหะจากปอดอาจมีหนอง หรือมีลิ่มเลือดปน
- หายใจถี่หรือหายใจเสียงดัง
- มีไข้ หรือ หนาวสั่น และมีภาวะเหงื่อออก
- เจ็บอกขณะไอ หรือเมื่อหายใจลึกๆ
- กลืนลำบากหรือรู้สึกคล้ายมีอะไรติดในลำคอ
- รู้สึกมึนงง หรือสับสน
- รู้สึกว่าหายใจไม่เต็มปอด
- ผิวหนัง ริมฝีปาก หรือเล็บมือ ซีด (หรือ ขาว/เขียว)

หากท่านสังเกตพบอาการดังกล่าวมันเป็นสิ่งสำคัญมากที่ท่านนำ ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที หรือโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลเพื่อพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์ควรเห็นผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการลำคอล์มมันมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรจะอยู่ในโรงพยาบาล เขาอาจ อาจจะต้องการออกซิเจน และเริ่มให้ยาแก้ไอเสบ (หรือยาปฏิชีวนะ) อย่างไรก็ตามจำไว้ว่าปอดบวมจากการลำคอล์สามารถป้องกันได้ถ้าบุคคลสามารถที่จะกลืนอย่างปลอดภัย

เราจะสามารถป้องกันการติดเชื้อในปอดได้อย่างไร

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีเศษอาหารตกลงไปในหลอดลมในกรณีที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการกลืน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยกลืนลำบาก แพทย์อาจให้ใส่สายยางให้อาหาร (รายละเอียดอยู่ในบทที่สอง)
- ในขณะที่รับประทานอาหารควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง และหลังรับประทานควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง(1-2 ชั่วโมง)
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากที่ดี โดยตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีอาหารค้างอยู่ในปากภายหลังจากรับประทานอาหาร (รายละเอียดอยู่ในบทที่สอง)

2. ภาวะข้อติด

ภาวะข้อติดคืออะไร

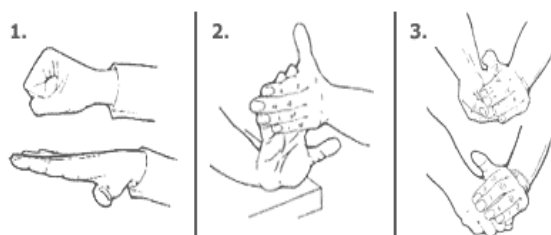
ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยกระดูกและส่วนต่อกระดูกเรียกว่าข้อ ข้อเชื่อมระหว่างกระดูก เช่น ข้อกระดูกที่แขน และขา ข้อกระดูกแต่ละข้อหุ้มด้วยกล้ามเนื้อ เอ็น เส้นเอ็น และถุงหุ้มข้อกระดูก การหดตัวของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือเส้นเอ็นเรียกว่าการดึงรั้ง ข้อติดเป็นผลจากการที่ข้อมีการเคลื่อนไหวน้อยลง เช่น ข้อมือ ข้อเข่า ข้อไหล่ หรือข้อศอก

เราสามารถป้องกันการป้องกันภาวะข้อติดได้อย่างไร

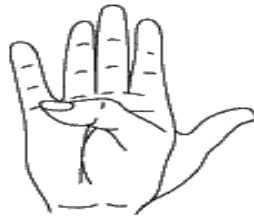
ภาวะข้อติดสามารถป้องกันได้โดยการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวผ่านการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ หรือช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ อย่างน้อยวันละ สองครั้ง

ฉันจะช่วยบุคคลให้ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้อย่างไร

- **นิ้วมือ** เปิดมือผู้ป่วยให้นิ้วทั้งห้าเหยียด (อาจใช้มือของท่านช่วยประคองมือผู้ป่วยจากนั้น ม้วนทุกนิ้วลงให้แน่น โดยใช้นิ้วมือทั้งห้าแตะส่วนบนสุดของฝ่ามือ ทำซ้ำ



- **หัวแม่มือ** แบนมือ นิ้วทั้งห้าเหยียด งอนิ้วหัวแม่มือเข้าโดยให้ปลายนิ้วหัวแม่มือสัมผัสกับส่วนฐานของนิ้วก้อย จากนั้นยืดกลับที่เดิม ทำซ้ำ



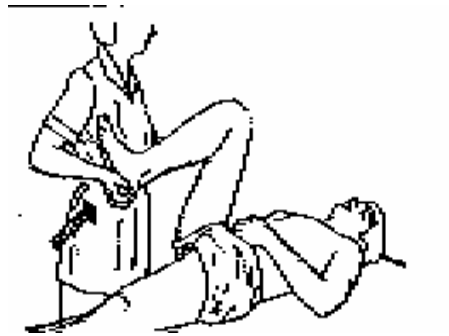
- **ไหล่** ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ดูแลใช้มือข้างหนึ่งประคองข้อศอก อีกข้างหนึ่งจับข้อมือ จากนั้นยกแขนข้างหนึ่งของผู้ป่วยขึ้นเหนือศีรษะ โดยข้อศอกต้องเหยียดตรงและแขนแนบชิดกับใบหูผู้ป่วย จากนั้นค่อยๆ ยกแขนของผู้ป่วยกลับลงข้างลำตัว ทำซ้ำอย่างเดิมกับแขนอีกข้าง



- **ข้อศอก** ใช้มือหนึ่งจับต้นแขน และใช้อีกมือหนึ่งจับที่ด้านหลังของแขน งอข้อศอกของผู้ป่วยเข้าหาหัวไหล่จนกระทั่งมือของผู้ป่วยแตะหัวไหล่ จากนั้นเหยียดแขนผู้ป่วยให้ตรง



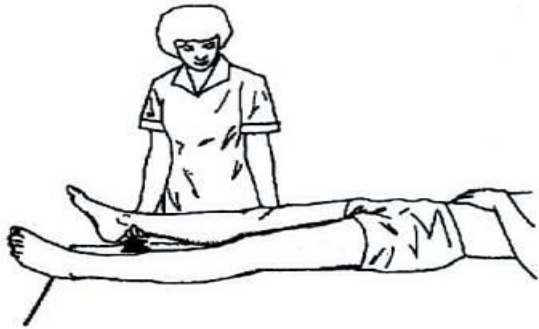
- **สะโพกและเข่า** ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ เข่าข้างหนึ่งงอ อีกข้างหนึ่งเหยียดตรงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ใช้มือข้างหนึ่งของท่านประคองใต้เข่าของผู้ป่วยในขณะที่มืออีกข้างหนึ่งจับที่ส้นเท้า งอเข่าของผู้ป่วยเข้าหาหน้าอก โดยลูกสะบ้าควรจะเป็นมุมฉากกับเพดานเท้า



- **การหมุนสะโพก:** ใช้มือข้างหนึ่งของท่านจับบริเวณต้นขาผู้ป่วย และใช้มือของท่านอีกข้างหนึ่งประคองที่บริเวณใต้เข่า (ตรงจุดที่ลูกศรชี้ในภาพ) งอเข่าผู้ป่วยครึ่งทางจากหน้าอก ดึงน่องที่สะโพก และเข่าจะเป็นแบบ 90 องศา มุมฉาก ดึงขาผู้ป่วยเข้าหาตัวท่าน จากนั้นผลัดไป ไปอีกข้าง จากนั้นค่อยๆเหยียดขาตรงราบกับที่นอน ทำซ้ำ



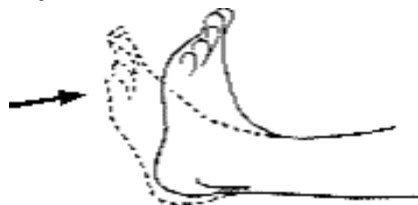
- **การกางสะโพก** วางมือข้างหนึ่งของท่านใต้เข่าผู้ป่วย และมืออีกข้างหนึ่งของท่านได้สัมผัสเท้าของผู้ป่วย ให้เข่าผู้ป่วยเหยียดตรง จากนั้นเลื่อนขาของผู้ป่วยเข้าหาตัวท่าน และห่างจากขาอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำ



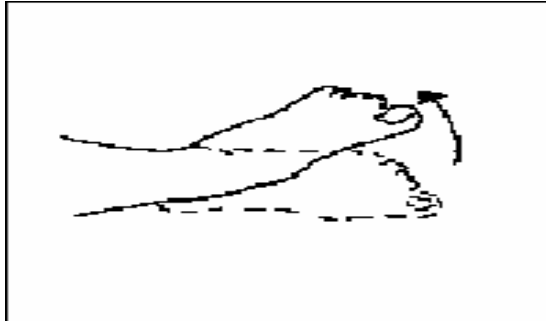
- **การยืดแฮมสตริง(กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง)** ใช้มือของท่านประคองเข่าและส้นเท้า และใช้มืออีกข้างหนึ่งของท่านยกขาผู้ป่วยขึ้นช้าๆ พยายามให้เข่าผู้ป่วยตรง และค่อยๆ วางขาของผู้ป่วยลง ทำซ้ำ



- **การงอนิ้วหัวแม่เท้าและเหยียดนิ้วหัวแม่เท้า** จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย เข่าตรง ใช้มือข้างหนึ่งของท่านตรึงเท้าของผู้ป่วยข้างที่จะบริหารหัวแม่เท้า ในขณะที่เดียวกันให้ใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ งอนิ้วเท้าของผู้ป่วยไปด้านหน้าและด้านหลังอย่างนุ่มนวล ทำซ้ำ



- การหมุนข้อเท้า ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงจัดให้เข่าตรง ใช้มือข้างหนึ่งของท่านจับที่ข้อเท้า ในขณะที่เดียวกันใช้มืออีกข้างจับเท้าผู้ป่วยและค่อย ๆ ขยับเข้าออกช้าๆ ทำซ้ำ



ควรออกกำลังกาย หรือบริหารข้อบ่อน้ำไขโพ

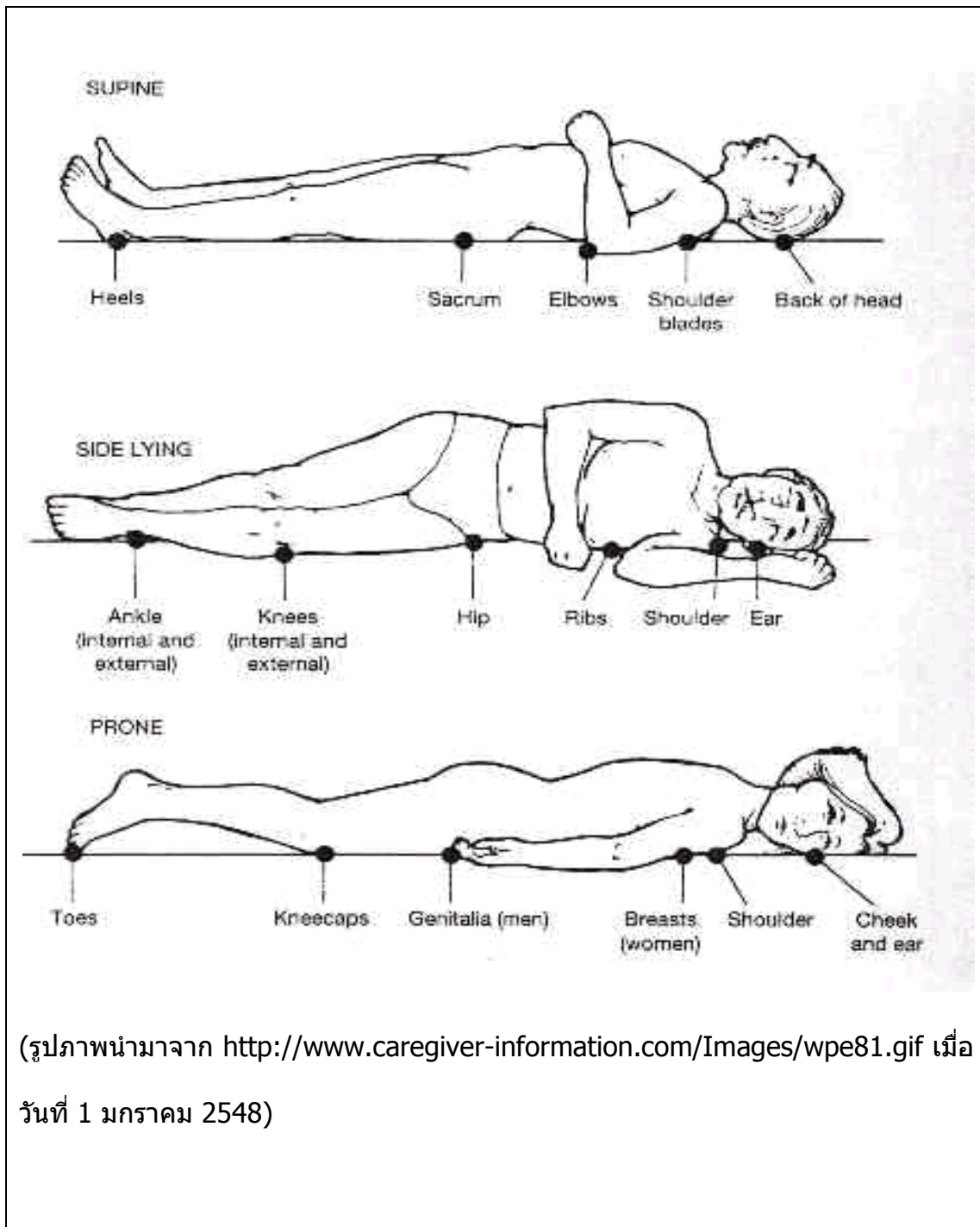
- ควรทำอย่างน้อยวันละสองครั้ง
- ทำแต่ละท่าช้ากันอย่างน้อยห้าครั้ง
- ควรจะทำได้ด้วยความนุ่มนวลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ไม่ควรมีอาการปวดใดๆขณะออกกำลังกาย
- ควรใช้มือประคองข้อต่อบริเวณเข่าหรือขาที่อยู่ใต้ข้อที่กำลังเคลื่อนไหวอยู่

3. แผลกดทับ

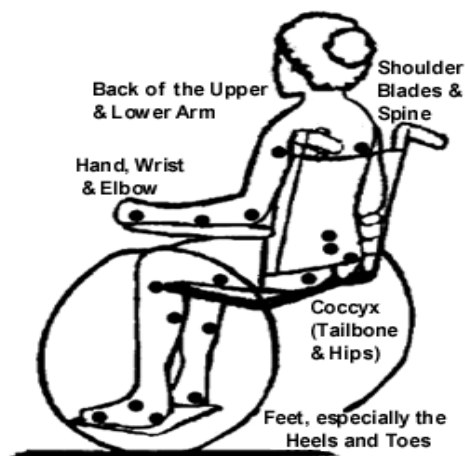
แผลกดทับคืออะไร

- แผลกดทับคือ เกิดจากการที่น้ำหนักของร่างกายกดลงบนพื้นผิวที่สัมผัสกับเตียง ส่งผลให้ ส่วนนั้นๆ ของร่างกายขาดเลือดมาเลี้ยง ผิวหนังแตกและเกิดเป็นแผลกดทับขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการทำลายผิวหนัง เนื้อเยื่อ และกระดูก
- แผลกดทับสามารถเกิดขึ้นได้ภายในเวลาหนึ่งหรือสองชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และต้องนอนบนเตียงหรือนั่งบนเก้าอี้ทำเดี่ยวเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย
- แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณที่มีแรงกดทับระหว่างกระดูกกับผิวหนัง เช่น ก้นกบ ไหล่ สะโพก สันเท้า ข้อศอก ศีรษะด้านหลัง เข่า เท้า ไขว้ และ ข้อเท้า
- อาการแสดงเริ่มแรกของแผลกดทับคือ ผิวหนังบริเวณนั้นซีดหรือขาว หรือแดง โดยผู้ป่วยอาจบ่นว่ามีอาการปวดหรือแสบร้อนบริเวณนั้นๆ

ภาพแสดงบริเวณ หรือส่วนต่างๆ ของร่างกายที่สามารถพบแผลกดทับได้บ่อย

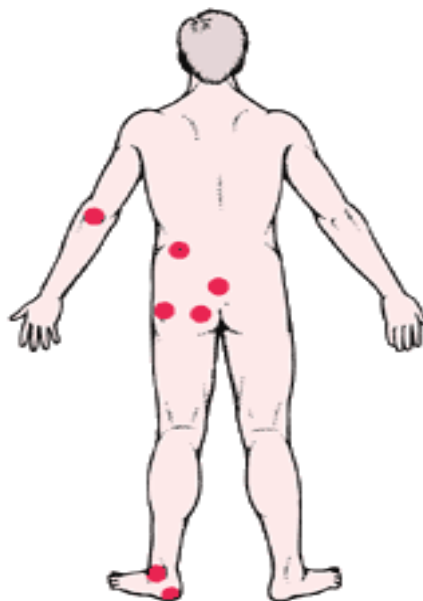


ภาพแสดงบริเวณ หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สามารถพบแผลกดทับได้บ่อย



(รูปภาพนำมาจาก http://www.ldhpmcd.com/images/DU_wheelchair_small.gif.

เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2548)



(รูปภาพนำมาจาก http://phc-online.com/images/hn_pressreareas.gif. เมื่อวันที่

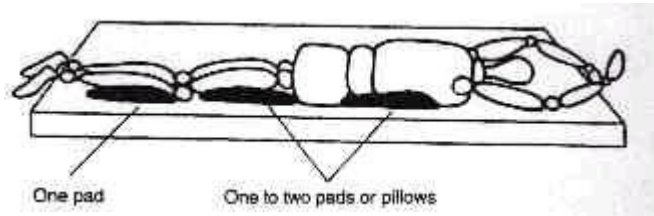
5 มีนาคม 2548)

ท่านจะสามารถป้องกันแผลกดทับได้อย่างไร

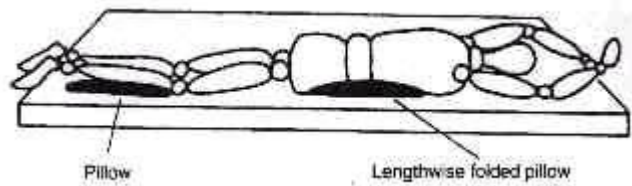
- ตรวจสอบบริเวณผิวหนังผู้ป่วยหลาย ๆ ครั้งใน 1 วันโดยสังเกตดูสีผิวว่าซีด หรือ ขาว หรือ แดง หรือไม่
- รักษาผิวหนังให้สะอาด แห้ง ความชื้นจากเหงื่อ สารคัดหลั่งจากแผล หรือ ปัสสาวะสามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการทำลายผิวหนัง
- ป้องกันผิวหนังที่แห้ง(บริเวณผิวหนังที่แห้งง่ายเช่น บริเวณข้อศอก ขา ตาตุ่ม และส้นเท้า) ด้วย สารให้ความชุ่มชื้น
- ผิวหนังหรือบริเวณที่สัมผัสกับเตียง หรือจุดที่ไวต่อการเกิดแผลกดทับควรรองด้วยหมอน หรือ โฟมเพื่อลดการสัมผัสโดยตรงระหว่างผิวหนังและบริเวณที่ได้รับการรองรับ (ดูรูป ภาพประกอบ)
- ทำความสะอาดเมื่อมีปัสสาวะกระปริดกระปรอย (เตียงเปียกหรือชื้น) เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ผ้าปูที่นอนควรเรียบตึง
- เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้วิธียก ไม่ควรดึงหรือลาก การเปลี่ยนท่าหรือพลิกตัวควรทำด้วย คน 2 คน
- กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดโดยการออกกำลังกาย แขนขาด้วยวิธีการบริหารข้อต่อต่างๆ
- ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนทุกๆ สองชั่วโมงท่านอาจมีการจัดการบันทึกการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย
- ระวังอย่าผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก
- ห้ามใช้แอลกอฮอล์ หรือผลิตภัณฑ์ที่ทำให้ผิวแห้งกับผิวหนัง

บริเวณที่ช่วยลดแรงกด

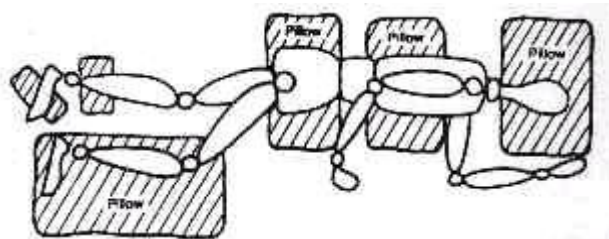
ท่านอนคว่ำ



ท่านอนคว่ำแบบกึ่งคว่ำ กึ่งตะแคง



ท่านอนตะแคง

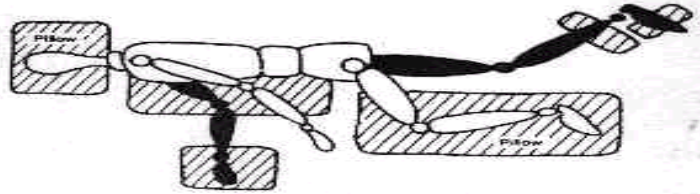


(รูปภาพนามาจาก www.caregiver-information.com/strokepositioning/Images.

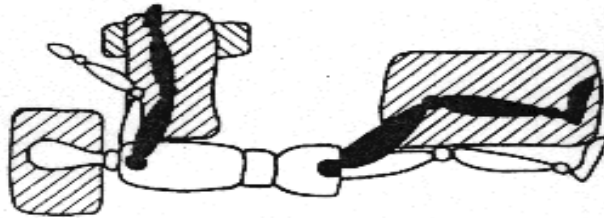
เมื่อวันที่ 3มกราคม 2548)

บริเวณที่ลดแรงกดสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

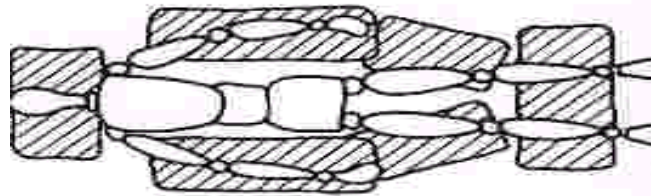
ทำหอนตะแคงทับด้านที่เป็นอัมพาต(ด้านที่หมดความรู้สึกอยู่ด้านล่าง)



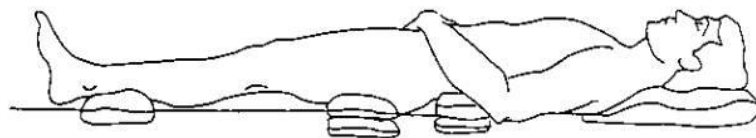
ทำหอนตะแคงทับด้านปกติ(ด้านที่หมดความรู้สึกอยู่ด้านบน)



ทำนอนหงายในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก



ทำป้องกันเท้าตก (ใช้หมอนรองใต้ข้อเท้าเพื่อยกสันเท้าให้ลอยจากเตียง)



(ภาพที่ 1-3 นำมาจาก www.caregiver-information.com/stroke-positioning/Images. วันที่ 3 มกราคม 2548 และภาพที่ 4 จาก www.scscia.org/psupport/skincare/ps2ski23.jpg. วันที่ 5 มีนาคม 2548)

4. ภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกคืออะไร

ภาวะท้องผูกเกิดเมื่อการถ่ายอุจจาระ (การเคลื่อนไหวน้ำของลำไส้) เป็นไปได้ยาก และแห้ง หรือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้แม้ว่าจะนั่งห้องน้ำเป็นเวลานาน คนบางคน อาจถ่ายทุกวัน หรือบางคนอาจถ่ายอุจจาระทุกสามวัน หรือทุกห้าวัน ภาวะท้องผูก อาจมีอาการปวดมากร่วมด้วยและต้องเบ่งอุจจาระด้วยความยากลำบาก โดยผู้ป่วยอาจจะ รู้สึกว่าปวดถ่ายอุจจาระและไม่สามารถถ่ายออกมาได้ ภาวะท้องผูกเป็นปัญหาอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทำอย่างไรจึงจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะท้องผูก

- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละหกถึงแปดแก้ว (นอกจากถ้ามีการจำกัดน้ำดื่ม ให้สอบถามจากแพทย์เจ้าของไข้)
- ผู้ป่วยควรกินอาหารที่มีกากใยสูง กากใยคือส่วนของผลไม้ ผัก และเมล็ดพืชต่างๆ ซึ่งไม่สามารถย่อยสลายได้ในร่างกาย อาหารที่มีกากใยสูงจะทำให้อุจจาระนิ่มและมีจำนวนมากพอที่จะกระตุ้นการขับถ่ายได้ อาหารที่ได้รับความนิยมผลไม้ และผักหลายๆ อย่าง
- ถ้าเป็นไปได้ควรช่วยให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว หรือออกกำลังกาย
- หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดและอาหารที่ทำจากนม
- ถ้ามีภาวะท้องผูกมากให้ผู้ป่วยรับประทานลูกพรุน หรือดื่มน้ำลูกแพร์ และท่านอาจต้องปรึกษาแพทย์หรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ยา

5. อาการปวดไหล่

อาการปวดไหล่คืออะไร

อาการปวดไหล่เป็นปัญหาที่พบบ่อยหลังจากมีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง อาการปวดไหล่สามารถเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลง การปวดไหล่มักเกิดจากแขนข้างที่อ่อนแรงถูกดึง การวางมือ การจัดทำ และการเคลื่อนย้ายประจำวันอาจก่อให้เกิดการดึงตัวของไหล่ข้างที่อ่อนแรงได้

ทำอย่างไรจึงจะป้องกันการปวดไหล่ได้

- ดูแลไม่ดึงแขนข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย เมื่อต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองควรจะใช้การเคลื่อนไหวนะบริเวณสะบักผู้ป่วยแทนการดึงแขนของผู้ป่วย
- ควรใช้หมอนรองแขนข้างที่อ่อนแรง เวลานอน
- ขณะนั่ง ยืน หรือเดิน ใช้มือด้านที่ดี (หรือใส่อุปกรณ์ช่วยประคองแขนดังกล่าว) ประคองแขนด้านที่อ่อนแรงหรือไม่มีแรงไว้
- ไหล่หรือแขนข้างที่อ่อนแรงหรือไม่มีแรงควรอยู่ด้านหน้าลำตัวและได้รับการประคอง



โรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพาต) กลับมาเป็นอีกได้หรือไม่?

ได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพาต) สามารถกลับเป็นอีกได้อีก

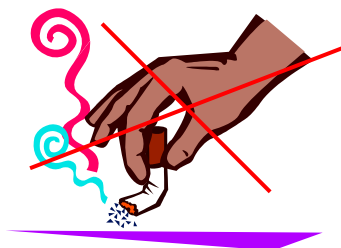
ทำอย่างไรจึงจะป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

- **ควบคุมความดันโลหิต** ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเสี่ยงที่สุดที่อาจทำให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพาต) ได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมควรได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงนั้น (๑๔๐/๙๐ mmHg หรือสูงกว่า) เป็นภาวะเสี่ยงที่สุดที่อาจทำให้เกิดภาวะ โรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพาต) ได้ ดังนั้น ควรดูแลการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์



- **ลดปัจจัยเสี่ยง** เช่น การสูบบุหรี่ กินอาหารเค็ม หรืออาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว คีมี เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

- **ไม่สูบบุหรี่**

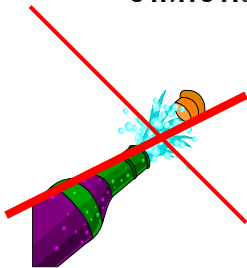


- **รับประทานอาหารสุขภาพ** ตัวอย่างเช่นอาหารที่มีเกลือต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว (ไขมันซึ่งมีการแข็งตัวที่อุณหภูมิห้อง) และควรรับประทานผลไม้ หรือผักสด 5 ส่วน ในแต่ละวัน



- **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** การออกกำลังกายสามารถลดภาวะความดันโลหิตสูงได้ และช่วยในการลดน้ำหนักส่วนเกิน การออกกำลังกายยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (หรืออัมพาต) อย่างไรก็ตามก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกายควรปรึกษาแพทย์

- **จำกัดจำนวนแอลกอฮอล์** โดยไม่ดื่มมากกว่าสองแก้วเล็กในแต่ละวัน



- **ควบคุมน้ำหนัก** รักษาสมดุลของน้ำหนักให้พอดีกับส่วนสูงและอายุ



บทที่สอง

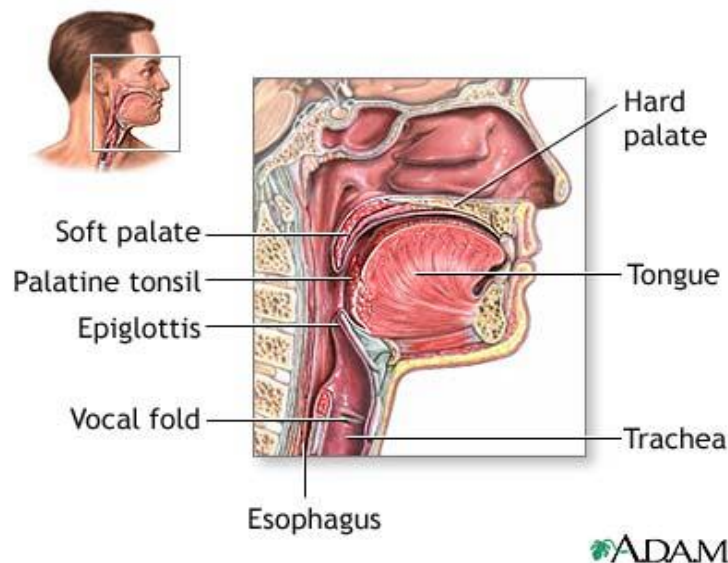
หัวข้อเรื่อง

- การคงไว้ซึ่งอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ
- การระบุภาวะการกลืนลำบาก
- การกลืนอย่างปลอดภัย การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก และ การให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้อง และการดูแลสายยาง สำหรับให้อาหาร

โรคหลอดเลือดสมอง(หรืออัมพาต) มีผลต่อการกินอาหารและ

โภชนาการอย่างไร

- หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(หรืออัมพาต) ความสามารถ ในการกินอาหารของผู้ป่วยจะ ถูกกระทบโดยมีความยากลำบากในการให้อาหารตนเองเนื่องจากภาวะอัมพาตครึ่งซีก ความอ่อนเพลีย และไม่มี ความอยากอาหาร
- โรคหลอดเลือดสมอง(หรืออัมพาต) สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการ กลืนถ้าโรคมีผลกระทบต่อกล้ามเนื้อที่ปาก ลิ้นและคอ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมักมีปัญหาใน การกลืน
- ปัญหาการกลืนอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากกล้ามเนื้อของลิ้นอ่อนแรง หรือลิ้นเคลื่อนไหวนอ กจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมี สัมพันธกัน ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระพุ้งแก้ม และฟัน นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจมี น้ำลายไหลซึมเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปิดริมฝีปากได้สนิท



อะไรคือผลที่ตามมาจากการกลืนลำบาก

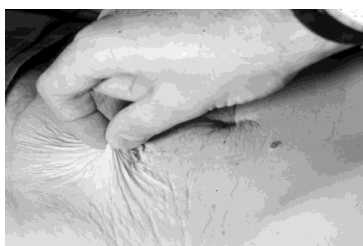
การกลืนลำบากทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังนี้

- ภาวะขาดน้ำ (ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับน้ำและของเหลวอย่างเพียงพอ) และภาวะทุโภชนาการ
- การติดเชื้อในช่องอก(ปอดบวมจากการสำลัก)

การดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการ

การกลืนลำบากเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดสารน้ำและอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(หรืออัมพาต) ดังนั้นจึงสำคัญมากที่จะปฏิบัติดังนี้

- แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (25-35 ml/กก/วัน) เพื่อป้องกันปัญหาการขาดน้ำและอาหาร
- ส่งเสริมและจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ให้ดื่มน้ำก่อนอาหารเพื่อช่วยในการผลิตน้ำลายและให้ความชุ่มชื้นในปาก
- แยกจัดเตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก
- เปลี่ยนชนิดของอาหารและความเหนียวของสารน้ำ อาหารน้ำที่เหนียวข้นขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารง่ายขึ้นและป้องกันการสำลัก
- ให้อาหารเสริม(ควรปรึกษาแพทย์)
- จัดวางน้ำในตำแหน่งที่ใกล้มือข้างที่ปกคิของผู้ป่วยที่สามารถเอื้อมถึง และควรเป็นน้ำที่ผู้ป่วยชอบ
- ควรรักษาความสะอาดปากให้ผู้ป่วยโดยล้างปากของผู้ป่วยก่อนและหลังอาหารทุกมื้อ เนื่องจาก จะช่วยให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลาย และทำความสะอาดต่อมรับรส
- ตรวจสอบติดตามการมีน้ำหนักลดและอาการของการขาดน้ำเช่น ปากแห้งหรือน้ำลายเหนียว ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มี ปัสสาวะสีเหลืองเข้มจัด ตาลึกโป้ และผิวแห้ง เมื่อมีอาการเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์



จะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก

ต่อไปนี้เป็นอาการที่ควรจะต้องสังเกตในระหว่างมื้ออาหารหรือขณะรับประทานอาหาร หากผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก

- น้ำลายออกมามากผิดปกติ หรือไม่สามารถจัดการกับสารคัดหลั่ง
- เสียงเปลี่ยน (เสียงแหบ หรือเสียงมีเสมหะในลำคอ)
- กระแอมบ่อยครั้งในระหว่างรับประทานอาหารและหลังอาหาร
- สำลักอาหาร หรือน้ำขึ้นจมูก หรือ ฝืนอาหารออกจากปาก
- ต้องกลืนหลายครั้งเมื่อมีอาหารในปาก
- กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงหรือมีอัมพาตของลิ้นและริมฝีปาก
- มีอาหารในกระพุ้งแก้มและใต้ลิ้น
- ไอหรือสำลักขณะกินอาหาร
- ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาหารติดในลำคอ
- ใช้เวลานานกว่าปกติในการกิน เคี้ยว หรือกลืน
- ไม่ต้องการทานอาหารบางชนิด หรือไม่ต้องการกินเลย
- น้ำหนักลดและ/หรือมีอาการของภาวะขาดน้ำ
- มีภาวะปอดบวม(ปอดอักเสบ)บ่อยครั้ง

ท่านจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากได้อย่างไร

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบากมีข้อปฏิบัติดังนี้

- ผู้ป่วยต้องนั่งหลังตรงขณะรับประทานอาหาร ขาเหยียดตรงกับพื้น ศีรษะตั้งตรงกับลำตัว
- ถ้าผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ให้ยกศีรษะสูงโดยใช้หมอนรองบริเวณศีรษะ ลำคอ
- ผู้ป้อนอาหารควรนั่งในระดับแนวสายตาหรือต่ำกว่าระดับสายตาของผู้ป่วย
- วางอาหารให้ผู้ป่วยในด้านที่ลิ้นใช้งานได้ดี ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัสดูว่าอาหารวางไว้ที่ไหน
- แนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารในด้านที่มีกล้ามเนื้อแข็งแรงกว่า
- ผู้ป้อนอาหารควรวางชิ้นหรือส้อมในปากบนลิ้นของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยใช้ปากและริมฝีปากกวาดอาหารออกจากช่องขณะที่ผู้ป้อนดึงชิ้นออก
- อาหารแต่ละคำควรมีปริมาณ 1/2 ถึง 1 ช้อนโต๊ะ แล้วตามด้วยน้ำประมาณ 10 ซีซี
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำลำคอและปากให้โล่งทุกครั้งหลังได้อาหารแต่ละคำ
- ดูแลให้ผู้ป่วยขจัดอาหารที่ค้างในกระพุ้งแก้มด้วยนิ้วมือ โดยผู้ดูแลจะช่วยผู้ป่วยได้โดยการใช้กระจกส่องให้ผู้ป่วยเห็นว่ามียังมีอาหารค้างอยู่ในปากบริเวณใด
- ทำอาหารให้นิ่มและลื่นเพื่อให้กลืนง่าย ตัวอย่างเช่นอาหารอ่อน ไข่แก้มือซึ่งเป็นอาหารที่กลืนง่าย ผู้ป้อนอาหารสามารถช่วยผู้ป่วยได้โดยตัดให้อาหารชิ้นเล็กลง หรือบดอาหารโดยใช้เครื่องปั่นหรือเครื่องบด
- ท่านอาจลองให้อาหารเหลวข้นขึ้น ตัวอย่างเช่นผสมอาหารกับผงที่ทำให้ข้นหรือแป้งข้าวโพด อาหารเหนียวข้นและอาหารอ่อนเหมาะสำหรับผู้ป่วยมากกว่าอาหารเหลว เนื่องจากอาหารเหลวทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเมือก เช่นนม
- สร้างบรรยากาศที่ดีเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากขึ้น ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนน้อย และใช้เวลาผู้ป่วยมากพอในการรับประทานอาหาร เพลงเบาๆ อาจช่วยในการสร้างบรรยากาศได้
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืน ควรมีผู้ดูแลใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร
- หลังรับประทานอาหารทุกมื้อควรจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งประมาณ 30-60 นาที
- ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยแปรงฟันและบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
- ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์จะช่วยท่าน)

ข้อควรจำในการป้อนอาหารผู้ป่วย

ข้อควรปฏิบัติ

- เพื่อความปลอดภัยในการกินอาหารและดื่มน้ำ ถ้าผู้ป่วยอยู่บนเตียง ควรอยู่ในท่านั่งตัวตรงถ้าอยู่ในเตียง และงอเข่า



- ถ้าผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ เท้าทั้งสองข้างควรวางราบกับพื้น



- ผู้ป้อนควรเผชิญหน้ากับผู้ป่วยขณะป้อนอาหาร



สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง

- ขณะป้อนอาหารไม่ควรยืนสูงกว่าผู้ป่วย เพราะทำให้ผู้ป่วยต้องแหงนหน้ามองผู้ป้อน



- ถ้าอยู่ในเตียงควรตรวจสอบว่าหลังรับประทานอาหารผู้ป่วยอยู่ในท่าเอนหลังเพียงเล็กน้อย



อะไรจะเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกินหรือกลืนอาหารได้

ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำ หรือไม่สามารถกลืนอาหาร หรือการกลืนไม่ปลอดภัย มันมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ ผู้ป่วยควรได้รับอาหารและของเหลวโดยวิธีการอื่น การได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำกิจวัตรประจำวัน และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในผู้ป่วยดังกล่าวแพทย์จะมีแผนให้ อาหารทางสายยางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ส่งเสริมให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินและดื่มได้ทางปาก
- ให้ของเหลวและยาตามแผนการรักษาของแพทย์
- คงไว้ซึ่งความสุขสบายของผู้ป่วย
- ป้องกันการติดเชื้อในปอด (ปอดอักเสบจากการสำลัก)

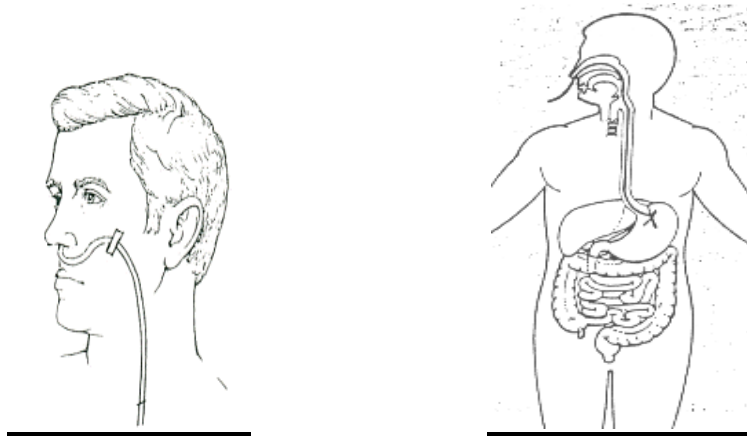
ชนิดของสายยางให้อาหาร

สายยางที่ใช้ในการให้อาหารมี 2 ชนิด

1. สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นสายยางที่ใส่ทางจมูกผ่านเข้าไปยังกระเพาะ
2. สายยางให้อาหารทางกระเพาะ เป็นสายยางที่ใส่ผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปถึงกระเพาะอาหาร
วิธีการนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารทางสายยางเป็นเวลานาน

ฉันจะให้อาหารแก่ผู้ป่วยผ่านทางสายยางได้อย่างไร

1. การให้อาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก



ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนและไม่สามารถกินอาหารทางปากได้ แพทย์จะเป็นผู้สั่งให้อาหารผ่านทางสายยาง การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกมักจะใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 30 วัน ท่านจะได้รับการสอนวิธีการเตรียมอาหารสำหรับให้อาหารทางสายยางจากนักโภชนาการในโรงพยาบาล แพทย์หรือนักโภชนาการจะเป็นผู้กำหนดปริมาณของอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์หรือพยาบาลจะเป็นผู้เปลี่ยนสายยางให้อาหารตามเวลา โดยสายพีวีซีจะต้องเปลี่ยนทุกสัปดาห์ และสายโพลียูรีเทน หรือซิลิโคนต้องเปลี่ยนทุก 1-3 เดือน อย่างไรก็ตามควรตรวจสอบกับแพทย์และพยาบาลเพื่อความแน่ใจอีกครั้ง

อะไรบ้างที่ฉันต้องการเพื่อที่จะให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก

1. กระบอกจดยาสำหรับให้อาหารปริมาณ 50 ซีซี
2. น้ำที่อุณหภูมิห้อง 50 ซีซี
3. อาหาร หรือของเหลวเฉพาะสำหรับให้อาหารทางสายยาง
4. ตัวหนีบ
5. เขี่ยอกสำหรับบรรจุอาหาร

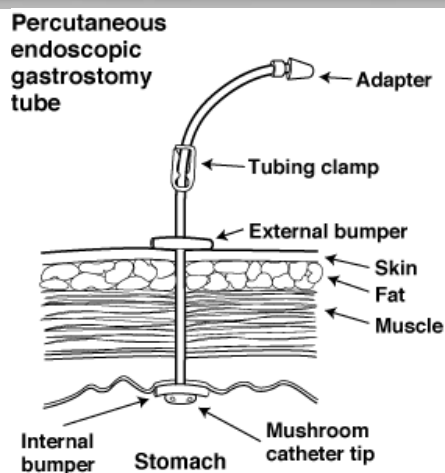
เราจะให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกได้อย่างไร

1. ล้างมือก่อนการเตรียมอาหารสำหรับให้อาหารทางสายยาง
2. เตรียมอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการอาหาร ทุกอย่าง ควรมีอุณหภูมิเท่าอุณหภูมิห้อง
3. ล้างมือและเช็ดมือให้แห้งก่อนให้อาหารผู้ป่วย
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ฝาเท้าราบกับพื้น ศีรษะตั้งตรงต่อลำตัว
5. ถ้าผู้ป่วยอยู่บนเตียง ควรจัดหัวผู้ป่วยให้สูงขึ้นโดยหนุนศีรษะ และคอ
6. ทำความสะอาดปากก่อนให้อาหาร
7. ตรวจสอบสายยางว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดย
 - ตรวจสอบตำแหน่งที่ทำเครื่องหมายไว้บนสายยางว่าอยู่ชิดกับจมูกของผู้ป่วยพอดี
 - ตรวจสอบว่าสายยางไม่ขดม้วนอยู่ด้านหลังในปากของผู้ป่วยโดยตรวจสอบภายในปากผู้ป่วย
 - ใช้กระบอกฉีดยาค่อย ๆ ค้างน้ำในกระเพาะ อาหารออกมาตรวจดูเพื่อให้แน่ใจว่าปลายสายยางอยู่ในกระเพาะของผู้ป่วย ยท่านจะเห็น น้ำย่อย ซึ่งโดยปกติจะมีสีเหลือง - เขียว แสดงว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย
 - ถ้าของเหลวที่ดูดได้จากกระเพาะ อาหารมากกว่า 50 ซีซี ยังไม่ให้อาหารผู้ป่วยในมือนั้น ค่อย ๆ คั้นน้ำที่ดูดได้กลับเข้าไปในกระเพาะ อาหาร ควรตรวจสอบอีกครั้งภายใน 1-2 ชั่วโมง และควรปรึกษาแพทย์ถ้ามีอาการค้างในกระเพาะบ่อย ๆ
8. ปล่อยให้แกนของกระบอกฉีดยาเลียบลงตามแรงโน้มถ่วงของโลก การให้อาหารจะเป็นไปอย่างช้าๆ (ไม่ต้องใช้แรงดันขณะให้อาหาร)
9. ให้น้ำตามเพื่อล้างสายยางให้อาหาร (ตรวจสอบถ้าผู้ป่วยมีการจำกัดน้ำ) หรือให้น้ำทุก 4-8 ชั่วโมง
10. หนีบปลายสายยาง หรือใช้จุกอุดปลายสาย
11. หลังได้รับอาหารผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งต่อไปอย่างน้อย 30-60 นาที
12. ถ้าผู้ป่วยมีอาการท้องเสียในการให้อาหารทางสายยางควรปรึกษาแพทย์

วิธีการดูแลสายยางให้อาหารผ่านทางจมูกและการทำความสะอาดในปาก ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

- ทำความสะอาดปาก และฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
- เช็ดจมูกด้านที่ใส่สายยางด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำอุ่นทุกวัน
- เปลี่ยนลวดสายยางทุกวันเว้นวัน หรือเปลี่ยนเมื่อลวดสายยางเริ่มหลุด
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าพลาสติกที่จมูกอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยตลอดเวลา
- ถัดสายยางให้อาหารเลื่อนหลุดออกมาให้พบแพทย์
- เพื่อป้องกันสายยางให้อาหารอุดตันควรให้น้ำประมาณ 50-100 ซีซีทุกครั้งหลังให้อาหาร หรือให้ยา

2. การให้อาหารทางสายยางให้อาหารทางกระเพาะ



ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารทางสายยางระยะยาว แพทย์จะสั่งให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้อง ท่านจะได้รับการสอนวิธีการเตรียมอาหารเพื่อให้อาหารจาก นักโภชนาการ ของโรงพยาบาลสายให้อาหารผ่านทางหน้าท้อง เป็นสายยางบางๆ ที่ทำให้ท่านสามารถให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารได้โดยตรง แพทย์จะเป็นผู้ใส่สายยางนี้ โดยการเจาะรูเล็ก ๆ บนผิวหนังบริเวณท้องส่วนบนเหนือสะดือเพื่อเป็นทางผ่านของสายยาง ปลายสายยางข้างหน้าจะอยู่ในกระเพาะอาหาร และปลายอีกด้านหนึ่งจะมีกระเปาะฟองน้ำเล็ก ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้สายหลุดออกมา ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้หลังการใส่สายแล้ว 2 สัปดาห์ สายยางชนิดนี้ถูกออกแบบให้อยู่ในตำแหน่งดังกล่าว ได้ในระยะยาว โดยปกติสามารถอยู่ได้มากกว่า 2 ปี ก่อนที่จะต้องเปลี่ยนอันใหม่ แพทย์จะเป็นผู้ถอดสายยางออกเมื่อไม่ต้องการ

ฉันท้องการอุปกรณ์อะไรบ้างในการให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้อง

1. อาหารเหลวที่ใช้สำหรับให้ทางสายยางผ่านทางหน้าท้องโดยเฉพาะ ระดับความร้อนที่อุณหภูมิห้อง
2. เข็อกสำหรับบรรจุอาหาร
3. กระจกชนิดยาสสำหรับให้อาหาร 50 ซีซี
4. น้ำที่อุณหภูมิห้อง
5. ตัวหนีบสาย

การให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้องทำอย่างไร

1. ล้างมือก่อนการเตรียมอาหารพิเศษสำหรับให้อาหารทางสายยาง
2. เตรียมอาหารที่ใช้สำหรับให้ทางสายยางผ่านทางหน้าท้องตามคำแนะนำของนักโภชนาการ และอาหารสำหรับให้ทางสายยางควรมีระดับความร้อนที่อุณหภูมิห้อง
3. ล้างและเช็ดมือให้แห้งก่อนให้อาหารผู้ป่วย
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง ผ่าเท้าราบกับพื้น ศีรษะตรงกับลำตัว
5. ถ้าผู้ป่วยอยู่บนเตียง ยกศีรษะให้สูงขึ้น โดยหนุนศีรษะและคอ
6. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยาง โดยดึงสายเบา ๆ เพื่อให้แน่ใจว่ากระเปาะอากาศอยู่ที่ผนังกระเพาะ
7. ใส่ น้ำ 50 ซีซี ผ่านทางสายยางเพื่อทดสอบ
8. หนีบสายยางด้วยตัวหนีบ ดึงจุกปลายสายยางออก และต่อปลายสายกับกระจกให้อาหาร
9. ระวังไม่ให้อากาศผ่านเข้าไปในกระเพาะอาหาร
10. ควรปล่อยให้อาหารไหลผ่านท่อสู่กระเพาะอาหารตามแรงโน้มถ่วงของโลก โดยการยกปลายสายให้สูงขึ้นเล็กน้อย ไม่ควรใช้แกนกระจกให้อาหารดันอาหาร
11. ถ้าผู้ป่วยรู้สึกอึด มีอาการท้องเสีย หรือท้องอืด ควรหยุดให้อาหาร และถ้าจำเป็นปรึกษาแพทย์
12. ให้น้ำตามหลังอาหาร
13. หลังอาหารจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน ท่านั่ง เดิม ประมาณ 30-60 นาที
14. ถ้าสายยางตัน
 - ล้างสายยางด้วยน้ำอุ่นประมาณ 30-50 ซีซี
 - ใช้กระจกชนิดยาสสำหรับให้อาหาร (ไซริงค์) ดูดสิ่งอุดตันออก
 - หลีกเลียงการใช้แรงดันผ่านท่อเสมอ
15. ดูแลให้ผู้ป่วยล้างปากทุก 2-4 ชั่วโมง และแปรงฟัน เข็อก และลิ้นทุกวัน

การดูแลบริเวณตำแหน่งที่ใส่สายให้อาหารผ่านทางหน้าท้องอย่างไร

1. สองสัปดาห์แรกหลังการใส่สายให้อาหารทางกระเพาะ ห้ามผู้ป่วยอาบน้ำและควรปิดบริเวณแผลตำแหน่งสายยางไว้ด้วยผ้าปิดแผลตลอดเพื่อตลอดเวลา **ผู้ป่วยจะสามารถอาบน้ำได้ (2 สัปดาห์หลังใส่สายให้อาหาร)**
2. ภายหลังสัปดาห์ที่ 2 ไม่จำเป็นต้องปิดแผลถ้าบริเวณดังกล่าวแห้งและสะอาด แต่ถ้าบริเวณแผลตำแหน่งสายยางมีคราบสกปรกควรทำความสะอาด
3. ตรวจสอบบริเวณแผลตำแหน่งสายยางว่าสะอาดและแห้ง เช็ดทำความสะอาดรอบๆแผลตำแหน่งสายยางวันละสองครั้งด้วยน้ำสบู่ และเคให้แห้ง
4. ห้ามใส่แปรงบริเวณรอยต่อของสายยางกับผิวหนัง
5. ตรวจสอบบริเวณที่ใส่สายยางเกี่ยวกับการถูหรือเสียดสีผิวหนังบริเวณท้อง เนื่องจากการเสียดสีของสายยางกับผิวหนังบริเวณท้องของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายได้
6. ทุกวันควรตรวจสอบเครื่องหมายบนสายยางว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง
7. ตรวจสอบผิวหนังรอบๆ สายยาง ทุกวันว่ามีอาการ แดง ปวด มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ และการบวม ถ้ามีควรขอคำปรึกษาจากแพทย์

วิธีการให้น้ำผ่านทางสายให้อาหารมีอย่างไร

1. ควรให้น้ำถ้าเลือกได้
2. ถ้าหาน้ำไม่ได้ ควรบดยาเม็ดให้ละเอียดเป็นผงแล้วผสมน้ำ
3. ถ้ายาอยู่ในรูปแคปซูล ไม่ควรใส่แคปซูลที่ห่อหุ้มยาลงในสายให้อาหาร
4. ต่อกระบอกให้อาหารกับสายให้อาหารให้แน่นก่อนปลดตัวหนีบสาย และเติมน้ำลงในกระบอกเล็กน้อย จากนั้นใส่ยาที่ผสมแล้วลงในกระบอก คนให้เข้ากันอย่างรวดเร็ว แล้วจึงปลดตัวหนีบสาย (ถ้ามีน้ำให้ใส่น้ำก่อน แล้วตามด้วยน้ำเปล่า)
5. ล้างสายให้อาหารด้วยน้ำ 50 ซีซี
6. หนีบหรืออุดสายไว้
7. ไม่ควรผสมยากับอาหารที่จะให้ผู้ป่วย

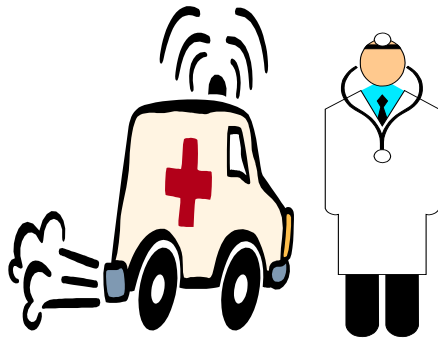


ควรพบแพทย์ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถแก้ปัญหากรณีสายยางให้อาหารอุดตัน
- ถ้าสายยางให้อาหารผ่านทางจมูกเคลื่อน หรือท่าน ไม่แน่ใจว่าปลายสายอยู่ในกระเพาะอาหาร
- ถ้าสายยางให้อาหารผ่านทางหน้าท้องไม่อยู่ในตำแหน่ง หรือไม่สามารถใช้งานได้
- เมื่อมีสิ่งคัดหลั่งซีมออกมารอบ ๆ บริเวณสายยางมากกว่าปกติ หรือ มีสิ่งคัดหลั่งสีเทาเฟ สีเลือด หรือมีกลิ่นเหม็นเน่า

ควรพบแพทย์ทันทีทันใดในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยล้มหรือมีอาการหายใจลำบากระหว่างการให้อาหารให้หยุดให้อาหารและโทรแจ้ง **1669**
- ถ้าสายให้อาหารทางกระเพาะหลุด
- ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ท้องเสีย ท้องอืด รู้สึกไม่สบาย หรือขาดน้ำ
- ผิวหนังบริเวณรอบที่ใส่สายมีสีแดง บวม และมีการร้าวซีม
- ท้องบวม ตึง แข็ง



บทที่สาม

หัวข้อเรื่อง

- การถ่ายภาพปัสสาวะ และอุจจาระในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการป่วย การดูแล สายสวนปัสสาวะ การฝึกการถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ
- การจัดทำ การเคลื่อนไหว และ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- การดูแลตัวเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีอะไรเกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยหลายคนมักไม่สามารถที่จะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

ต่อไปนี้เป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับกระเพาะปัสสาวะหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้
- ไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา และปัสสาวะราด
- ปัสสาวะราดโดยที่ไม่รู้ตัว
- มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ

ต่อไปนี้เป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับการขับถ่ายอุจจาระหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ท้องผูก
- ท้องเสีย
- ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้

คำที่ใช้โดยทั่วไป

- ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อผู้ป่วยมีความยากลำบากในการควบคุมการไหลของปัสสาวะ
- ผู้ป่วยมีภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่เมื่อผู้ป่วยมีความยากลำบากในการควบคุมการถ่ายอุจจาระ

ฉันควรจะทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

- แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเป็นเวลา (ทุก 2 ชั่วโมงในเวลากลางวันถ้าเป็นไปได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกไม่อยากเข้าห้องน้ำ)
- ใช้อุปกรณ์ช่วยเช่น กระบอกปัสสาวะสำหรับผู้ชายให้วางไว้ใกล้ผู้ป่วย หรือใช้แผ่นรองขับใส่ในกางเกงชั้นในทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีภาวะโรคหลอดเลือดคดสมอง
- ผู้ชายอาจใช้ถุงยางอนามัยต่อกับถุงปัสสาวะ
- ไม่ควรลดปริมาณ การดื่มน้ำหรือของเหลวสำหรับผู้ป่วย เพราะอาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือภาวะขาดน้ำได้
- เปลี่ยนแผ่นรองขับ เสื้อผ้า และผ้าปูเตียงทันทีเมื่อเปียกเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง
- ถ้าปัสสาวะมีกลิ่นหรือปวดหรือแสบขณะถ่ายปัสสาวะอาจมีการติดเชื้อ ให้พบแพทย์
- การฝึกขับถ่ายปัสสาวะสามารถช่วยควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
- สำหรับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการทำให้กระเพาะ ปัสสาวะว่าง บางครั้งอาจมีความจำเป็นต้องใช้สายสวนปัสสาวะ

มีวิธีการใดที่จะสามารถช่วยทำให้อาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ดีขึ้น

มี การฝึกควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการขับถ่ายอุจจาระจะสามารถช่วยได้

แผนการฝึกควบคุมการกลั้นปัสสาวะ

- ให้ผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วยจดบันทึกเวลาที่ถ่ายปัสสาวะ เมื่อมีปัสสาวะไหล หรือเมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง ควรทำ 3 วัน
- พิจารณาถึงช่วงเวลาที่สั้นที่สุดในระหว่างการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง
 - ถ้าระยะเวลาระหว่างการถ่ายปัสสาวะ หรือปัสสาวะรดแต่ละครั้งมากกว่า 1 ชั่วโมง ควรจัดตารางการฝึกปัสสาวะเป็นทุก 1 ชั่วโมงในช่วงกลางวัน
 - ถ้าระยะเวลาระหว่างการถ่ายปัสสาวะ หรือปัสสาวะรดแต่ละครั้งน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ควรจัดตารางการฝึกปัสสาวะเริ่มที่ทุก 30 นาที
- จากนั้นจัดตารางเวลาสำหรับการถ่ายปัสสาวะ เช่น ถ้าผู้ป่วยมีตารางต้องเข้าห้องน้ำทุก 60 นาที ตารางเวลาการเข้าห้องน้ำของผู้ป่วยควรเป็น 8, 9, 10, 11 นาฬิกาเป็นต้น

- หากผู้ป่วยต้องการเข้าห้องน้ำก่อนเวลาที่กำหนดควรหันเหความสนใจผู้ป่วย เช่นการให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ ๆ ทางปากจนกระทั่งอาการปวดบีบสภาวะลดลงหรือหายปวดบีบสภาวะ
- แนะนำให้ผู้ป่วยยี่ระยะเวลาในการเข้าห้องน้ำออกไปอีกครั้งละ **15** นาที จนกระทั่งถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้าห้องน้ำในครั้งต่อไป
- เมื่อทำสำเร็จครบ **1** สัปดาห์ เพิ่มช่วงระยะเวลาให้นานขึ้นอีก **30** นาที
- เป้าหมายคือผู้ป่วยมีช่วงระยะห่างของเวลาในการปวดสภาวะตอนกลางวัน **2-4** ชั่วโมง และเวลากลางคืน **6** ชั่วโมง และไม่เกิดปวดสภาวะราด

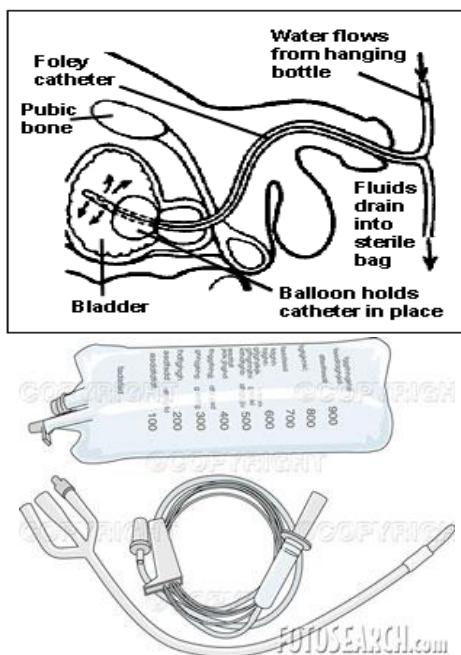
การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ

การฝึกการขับถ่ายอุจจาระจะช่วยในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของลำไส้ ในผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถกลืนอุจจาระได้ การฝึกการขับถ่ายช่วยฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวที่ปกติ และสามารถทำได้โดย

- กำหนดตารางเวลาเข้าห้องน้ำอย่างเป็นแบบแผน เวลาที่เหมาะสมที่สุดคือหลังอาหารเช้า โดยอาจพิจารณาจากอุปนิสัยในอดีตของผู้ป่วย
- ปฏิบัติตามตารางเวลาอย่างสม่ำเสมอ ท่านอาจช่วยโดยให้ ผู้ป่วยนั่งในห้องน้ำประมาณ **30** นาทีหลังอาหาร
- จัดอาหารที่มีกากใย (เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักใบเขียว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อให้อุจจาระนิ่ม (2000 - 2400 ซีซีต่อวัน ในรายที่ไม่มีอาการจุกคั่งน้ำ)
- เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระทันที เนื่องจากการปล่อยให้อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นาน ๆ ทำให้ลำไส้ดูดน้ำกลับ อุจจาระจะแข็งขึ้นทำให้ถ่ายลำบาก
- ปรึกษาแพทย์ถ้าผู้ป่วยต้องการให้อุจจาระนิ่มขึ้น

การดูแลสายสวนปัสสาวะอย่างไร

สายสวนปัสสาวะเป็นสายยางเส้นเล็ก และนุ่ม โดยมีลูกโป่งอยู่ปลายสาย สายจะถูกใส่ผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ เพื่อเป็นทางให้ปัสสาวะไหลผ่านออกจากกระเพาะปัสสาวะ ลูกโป่งที่อยู่ปลายสายจะช่วยให้สายปัสสาวะคาอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ (ดูภาพประกอบ)



- ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติโดย ทำความสะอาดบริเวณนอกทางเดินปัสสาวะ ด้วยน้ำสบู่อุ่นและเช็ดให้แห้ง
- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำได้ ควรช่วยผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดบริเวณรอบ ๆ ที่ใส่สายสวน
- น้ำประปามีความสะอาดพอที่จะใช้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ในรายที่ไม่จำกัดน้ำ
- ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งทับสายสวนปัสสาวะ
- ถุงใส่ปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ
- ยึดสายสวนปัสสาวะไว้ที่ต้นขา
- เมื่อถุงใส่ปัสสาวะใกล้เต็มให้เทปัสสาวะออก
- ล้างมือก่อนและหลังเทปัสสาวะออกจากถุง และหรือเปลี่ยนถุงปัสสาวะทุกครั้ง
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าปัสสาวะไหลออกดี และป้องกันการอุดตันของสายโดยการนวด คลึงสายสวนปัสสาวะเป็นบางครั้ง
- ควรตรวจสอบคู่มือของปัสสาวะ ปัสสาวะควรมีสีเหลืองใส

- ควรสังเกตว่ามีรอยร้าวหรือซีมรอบสาย ตรวจสอบลูกโป่งว่ายังพองและตรวจสอบสายว่าขาดตันหรือไม่ ถ้าเป็นไปได้ให้แก้ไข แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ต้องเปลี่ยนสายอันใหม่
- พยายามเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้อย่างน้อย **1** ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่าถ้าจำเป็น
- จำไว้ว่าสายสวนปัสสาวะเป็นสิ่งเปราะบางของร่างกาย ดังนั้นจึงต้องพิจารณาว่าอาจเป็นการเสี่ยงต่อ การติดเชื้อในร่างกายได้ ดังนั้นจึงควรรักษาความสะอาด ควรต้องทำตลอดเวลา ไม่ควรปล่อยให้ท่อจาระเกาะติด หรือติดรอบๆ สาย สวนปัสสาวะ ทำความสะอาดทันทีทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ
- เปลี่ยนถุงปัสสาวะสัปดาห์ละครั้ง

ฉันจะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบบ่อยเมื่อมีการใส่สายสวนปัสสาวะ ดังนั้นมันมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลควรรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยตรวจดูปัญหาดังต่อไปนี้

- สังเกตสีและกลิ่นของปัสสาวะถ้ามีภาวะติดเชื้อปัสสาวะจะมีกลิ่นเหม็นและมีตะกอนในปัสสาวะ
- มีไข้ หนาวสั่น หรือมีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นกว่าปกติ
- มีอาการปวดหรือแสบขณะถ่ายปัสสาวะ
- รู้สึกไม่สบาย
- มีเลือดหรือหนองปนในปัสสาวะ
- รู้สึกอ่อนเพลีย

เมื่อมีอาการดังกล่าวทั้งหมดหรือบางข้อควรให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่ และต้องปฏิบัติเช่นไร



การจัดทำ การเคลื่อนไหวก และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

โดยทั่วไปสิ่งที่ควรรู้เมื่อช่วยผู้ป่วยในการจัดทำ เคลื่อนไหว และเคลื่อนย้ายมีดังนี้

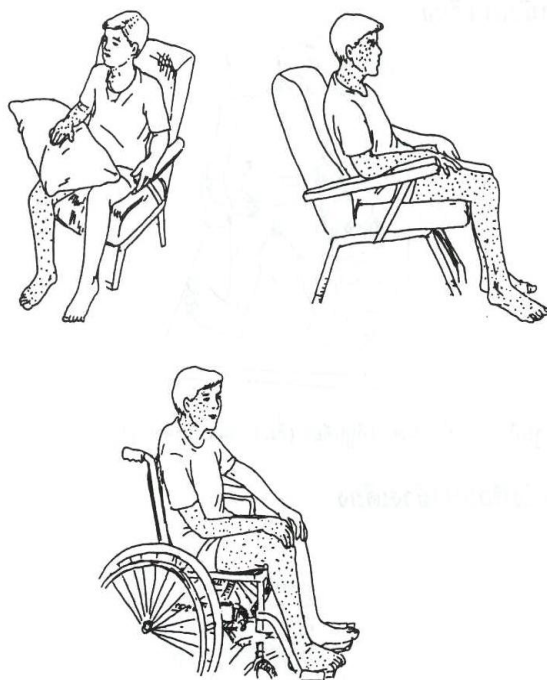
- เป้าหมายคือการคงไว้ซึ่ง ความปลอดภัยและความสบาย ของผู้ป่วย และ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และนุ่มนวล
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- ห้ามดึงแขนผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านที่ไม่มีความรู้สึก(เป็นอัมพาต)
- เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งควรจัดวางแขน ข้างที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วยไว้ที่พนักวางแขน หรือรองแขนด้วยหมอน
- ไม่ลุกหรือดึงผู้ป่วย
- ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปนั่งบนรถเข็น ควรตรวจเบรครถให้เรียบร้อย พร้อมทั้ง ยกที่วางแขนและที่พักเท้าออก
- เริ่มเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อย่างถูกท่า โดยให้ผู้ป่วยเลื่อนสะโพกมาชิดที่บริเวณขอบเตียงให้มากที่สุด โดยค่อยๆขยับทีละนิด
- ท่านควร ยืนใกล้ผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยแน่ใจว่า ท่าน จะไม่ขวางทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ถ้าหากท่านไม่แน่ใจ ให้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือผู้ดูแลด้านสุขภาพ

การจัดท่า

การจัดท่าสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

1. ท่านั่ง

- มีการประคอง แขนด้านที่อ่อนแรง โดยปรับระดับให้สัมพันธ์กับโต๊ะหรือเก้าอี้ ถ้าพนักเก้าอี้ต่ำเกินไปท่านอาจใช้หมอนรอง(ถ้าอยู่ในเตียงใช้หมอนหลายๆ ใบ
- ถ้านั่งบนเก้าอี้การประคองหลังใช้เก้าอี้ จัดให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรง หลัง ชิดพนักพิง (ถ้าผู้ป่วยอยู่ในเตียงให้ใช้หมอนหลายๆ ใบรองหลัง)
- จัดให้เท้าราบกับพื้นในท่านั่ง จัดเท้าตั้งตรงในท่านอน
- ใช้น้ำหนักลงที่ก้นทั้งสองข้างเท่ากัน



2. การนอนตะแคงทับข้างที่ปกติ

- ศีรษะและลำตัวตรง
- ใช้หมอนประคองส่วนหลัง
- ไหล่สองข้างและโค้งเชิงกราน โน้มไปด้านหน้า
- แขนและขาข้างที่อ่อนแรงจัดวางไปข้างหน้าวางบนหมอน



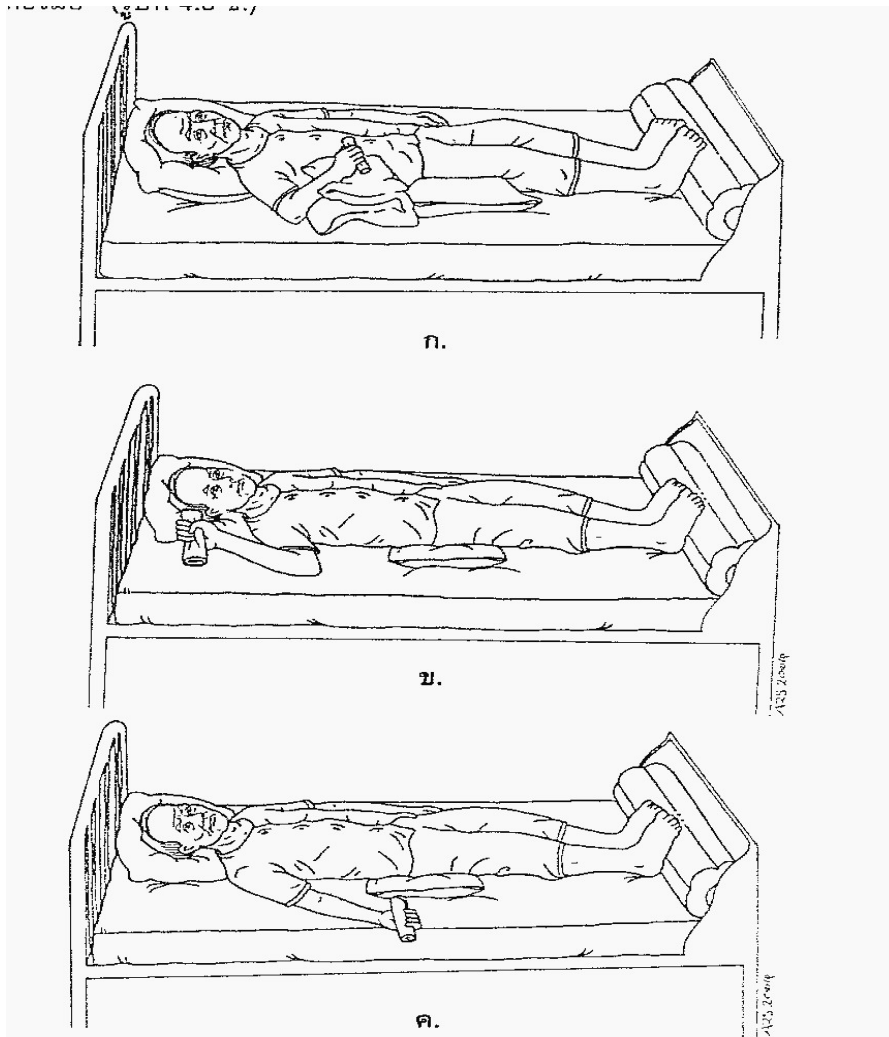
3. การนอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง

- กางไหล่ด้านที่อ่อนแรงไปข้างหน้า
- แขนที่อ่อนแรงวางราบกับเตียงโดยหงายฝ่ามือขึ้น
- ขาข้างที่ปกติงอไปด้านหน้าเล็กน้อย วางบนหมอนหนึ่งหรือสองใบ



4. ทำนอนหงายบนเตียง

- ใช้หมอนรองใต้แขนด้านที่อ่อนแรง
- ป้องกันแผลกดทับที่ส้นเท้าโดยใช้หมอนรอง



การเคลื่อนไหวน

1. การเคลื่อนไหวนหรือขยับผู้ป่วยไปข้างเตียงด้านใดด้านหนึ่ง

เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้กับท่านให้เข้าใจไว้ว่าผู้ดูแลควรขอเช่าเล็กน้อย และหลังตรง

1. สอดมือทั้งสองข้างเข้าไปด้านหลังส่วนบนของผู้ป่วย จนกระทั่งมือของท่านอยู่ใต้ไหล่ของผู้ป่วยอีกด้าน จากนั้นเลื่อนไหล่ของผู้ป่วยเข้ามาใต้แขนของท่าน ใช้แขนของท่านเหมือนสายพานระหว่างผู้ป่วยและผ้าปูเตียง
2. เลื่อนมือทั้งสองข้างของท่านไปให้ไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ ใต้สะโพกผู้ป่วย และเลื่อนสะโพกเข้าหาตัวท่าน
3. ยกและเคลื่อนขาของผู้ป่วยด้วยวิธีเดียวกัน



2. การพลิกตะแคงผู้ป่วยไปยังด้านใดด้านหนึ่ง

1. ยืนอยู่ข้างเตียงด้านที่ท่านต้องการให้ผู้ป่วยตะแคงหน้า
2. จัดขาผู้ป่วยข้างที่อยู่ใกล้ตัวไว้บนขาข้างที่อยู่ใกล้ตัวและงอเข่า
3. เอื้อมมือข้ามตัวผู้ป่วย มือด้านบนของท่าน ประคอง ไหล่ส่วนมืออีกข้างหนึ่ง ประคอง สะโพกผู้ป่วย
4. ค่อย ๆ หมุนผู้ป่วยเข้าหาตัวท่าน



3. การจัดทำผู้ป่วยจากท่านอนเป็นท่านั่ง

ท่านควรถามผู้ป่วยให้ทำเอง(ท่านอาจช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าดังกล่าวด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ท่านอาจต้องช่วยเหลือ)

- งอเข่าทั้งสองข้างของผู้ป่วยขึ้น
- ยกและหมุนศีรษะของผู้ป่วยไปในด้านที่ต้องการ
- หมุนตัวไปในด้านที่ต้องการไม่ล้มแขนข้างที่เป็นอัมพาตด้วย
- ยกสะโพกของผู้ป่วยขึ้นในท่านั่ง(ยกเข่าให้จรดอก)
- เลื่อนเท้าผู้ป่วยทั้งสองข้างลงที่ขอบเตียง
- ประคองแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยขึ้น
- นั่งในท่าตรง

4. การเปลี่ยนท่าจากท่านั่งเป็นท่านยืน

ท่านควรถามผู้ป่วยให้ทำเอง(ท่านอาจช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าดังกล่าวด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ท่านอาจต้องช่วยเหลือ) นอกจากนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยต้องเท้าเปล่า ผู้ป่วยไม่ควรสวมถุงเท้าบนพื้นเพราะอาจทำให้ลื่น และเกิดอันตรายได้

- เลื่อนสะโพกผู้ป่วยเข้ามาใกล้ขอบเก้าอี้หรือเตียง
- จัดท่านั่งหลังตรง
- จัดเท้าทั้งสองข้างให้วางราบกับพื้น โดยความกว้างของเท้าทั้งสองข้างเท่ากับช่วงไหล่ สันเท้าตรงได้เข้าทั้งสองข้าง และควรแน่ใจด้วยว่าสันเท้าทั้งสองข้างแตะพื้น
- ให้ผู้ป่วยโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อยและมองตรงไปข้างหน้า หลังตรง(ลำตัวและคอแขนงสะโพก) จัดไหล่โน้มมาด้านหน้าตรงกับเข่าทั้งสองข้าง
- ค่อยๆ ยืนขึ้น โดยทิ้งน้ำหนักลงที่ขาทั้งสองข้างเท่าๆ กัน
- ยืนตัวตรง
- ยืนนิ่งประมาณ 2-3 นาทีจนกระทั่งมีการทรงตัวได้ดี จากนั้นใช้มือจับ โครงโลหะช่วยเดินก่อนที่จะเริ่มเดิน

5. การเริ่มต้น

ให้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้

- ยกโครงโลหะช่วยเดินขึ้น และวางไกลออกไปประมาณ 1 ฟุตข้างหน้า
- วางขาที่อ่อนแรงไปข้างหน้า ลงน้ำหนักขาตามคำแนะนำของแพทย์ สลับการลงน้ำหนัก ระหว่างขาหน้าและหลัง
- ลงน้ำหนักที่แขนทั้งสองข้าง เลื่อนขาที่ดีไปข้างหน้า ขาคควรอยู่ตรงกลางของ โครงโลหะช่วยเดิน
- ทำซ้ำอย่างเดิม

6. การเดินขึ้นบันได

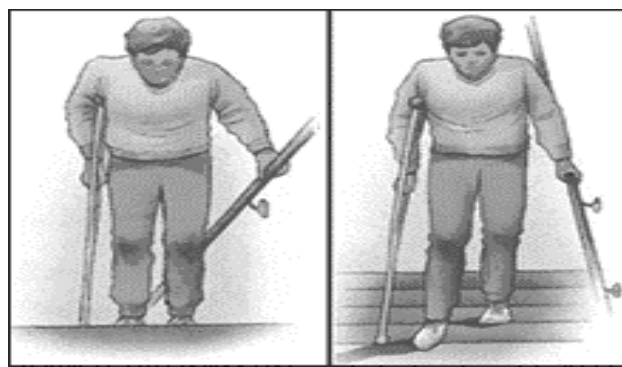
ข้อควรจำ เดินขึ้นด้วยขาดี และ เดินลงด้วยขาที่อ่อนแรง ไม่ควรใช้โครงโลหะช่วย
เดินในการขึ้นลงบันได

การเดินขึ้นบันได

1. ก้าวแรกด้วยขาที่ดี
2. เลื่อนไม้เท้าแล้วใช้ไม้เท้ายัน ก้าวตามด้วยขาที่อ่อนแรงในเวลาเดียวกัน
3. ทำทีละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง

การเดินลงบันได

1. เลื่อนไม้เท้า/ไม้ยัน ก้าวขาที่อ่อนแรงลง 1 ชั้น
2. ก้าวตามด้วยขาที่ดีไปที่ข้างไม้เท้า/ไม้ยัน กับขาข้างที่อ่อนแรง
3. ทำทีละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง



การเคลื่อนย้าย

การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงสู่เก้าอี้

1. ช่วยพลิกผู้ป่วยให้นอนตะแคง จัดเท้าห้อยข้างเตียง จากนั้นใช้มือประคองผู้ป่วยขึ้นในท่านั่ง
2. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย และใส่รองเท้ายึดจำเป็น
3. เตรียมรถนั่งให้พร้อม ขยับรถนั่งให้ด้านข้าง พนักแขนของรถนั่งชิดกับขอบเตียง เอาที่พักเท้าออกเพื่อให้มีเนื้อที่มากที่สุด เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการชนที่พักเท้า และห้ามล้อ
4. เตรียมตัวท่านให้พร้อมโดยจัดเท้าข้างหนึ่งของท่าน อยู่ระหว่างเท้าของผู้ป่วย (โดยเท้าทั้งสองข้าง ของผู้ป่วย วางราบกับพื้น) เลื่อนเท้า อีกข้าง ของท่านจัด วางในทิศทางที่ จะเคลื่อนไหว และจัดมือทั้งสองข้างของท่าน โอบด้านหลังของผู้ป่วย
5. เตรียมพร้อมในการเคลื่อนย้าย โดยบอกผู้ป่วยก่อนที่กำลังจะย้ายผู้ป่วย ทำหลังของท่านให้ตรง เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเพื่อยกผู้ป่วยจากเตียง และหมุนตัวผู้ป่วยให้นั่งบนรถนั่งอย่างนุ่มนวล และควบคุมได้
6. จัดเอนตัวผู้ป่วยไปข้างหน้า เลื่อนก้นผู้ป่วยให้ชิดกับพนักพิงของเก้าอี้ จัดให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรง
7. จัดที่วางแขนและที่พักเท้าให้อยู่ในตำแหน่งเดิม จัดเท้าผู้ป่วยให้อยู่บนที่พักเท้าในท่าที่ สะดวกสบาย จัดเสื้อผ้าให้เข้าที่ และปลดเบรคล้อรถเข็น

บทบาทของผู้ดูแล

ในการเป็นผู้ดูแลท่านสามารถช่วยผู้ป่วยแต่ท่านต้องดูแลตัวท่านเองอย่างดีด้วยในฐานะผู้ดูแลท่านต้องปฏิบัติดังนี้

1. เข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองด้วยการสังเกตผู้ป่วย นำความรู้ความเข้าใจของท่านไปยังผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมทำอย่างระมัดระวังเนื่องจากท่านมีสัมพันธ์ภาพเฉพาะกับผู้ป่วย จะช่วยให้ท่านเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย และความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างดี
2. ท่านสามารถร่วมในกระบวนการฟื้นฟูโดยท่านควรจะแน่ใจว่าท่านได้ข้อมูลเพียงพอจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย
3. มีความอดทนผู้ป่วยหลังป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการเวลาในการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ท่านต้องส่งเสริม ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยใช้เวลากับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองระลึกเสมอว่าวัตถุประสงค์ของท่านคือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

การดูแลตนเอง

1. จัดและเตรียมแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วย ท่านไม่จำเป็นต้องทำทุกอย่างด้วยตัวเอง ถ้าท่านสามารถจ่ายได้ ท่าน อาจขอความช่วยเหลือจาก การจ้างผู้ดูแลทางสุขภาพ หรือถ้าท่านไม่สามารถจ่ายได้ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว
2. คำนึงถึงข้อจำกัดของตนเอง การเป็นผู้ดูแลไม่ได้หมายความว่า ท่านต้องทุ่มเทเวลาทั้งหมดให้กับผู้ป่วย ท่านต้องรู้ว่าเมื่อใดท่านควรจะหยุดพัก
3. มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ท่านไม่ควรแยกตัวเอง หรือผู้ป่วยออกจากสังคม การเชิญเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวให้มาที่บ้านจะช่วยให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น
4. ดูแลความรู้สึกตัวเองโดยพูดคุยกับเพื่อนสนิท หรือผู้ที่มีภาวะคล้ายๆ กันที่เขาสามารถฟังท่านได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์พบว่าช่วยคลายเครียดได้
5. หยุดพักให้เวลากับตัวเอง อย่างสม่ำเสมอสิ่งนี้อาจทำได้โดยการ เดิน อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือการไปวัด เป็นต้น
6. ไม่ควรลงใจที่จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนถ้าคุณต้องการพัก
7. ไม่ควรกังวลใจว่าผู้ป่วยจะลืมหิวถ้าไม่มีท่าน ท่านควรพยายามที่จะส่งเสริมการเป็นอิสระสำหรับผู้ป่วย
8. พิจารณาการให้คำปรึกษา ในบางครั้งคุณอาจมีความรู้สึกมีคม น ในระยะนี้ท่านควรแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากร ทางสุขภาพ การแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอาจจะช่วยให้ท่านจัดการกับความยากลำบากต่างๆ ได้
9. ไม่ควรรู้สึกผิดถ้าท่าน ไม่ได้ทำทุกอย่าง