

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการจัดการ ข้อมูลจาก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

<http://hp.anamai.moph.go.th/>

บทที่ 1 กลไกการทำงานของร่างกาย และสาเหตุที่เกิดภาวะช่วยตัวเองไม่ได้

ทุกชีวิตถือกำเนิดมาจากเซลล์ของพ่อและแม่ มารวมกันเป็นเซลล์แรก ที่จะมีการแบ่งตัวและพัฒนาต่อเนื่องจนกลายเป็นทารกในครรภ์ ในขั้นตอนนี้ หากมีความผิดปกติอยู่ในส่วนของเซลล์พ่อหรือแม่ ก็อาจถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ไปสู่ลูก กลายเป็นทารกที่พิการไม่ครบ 32 ประการได้ และจากทารกที่ต้องเจริญในครรภ์มารดา นานถึง 9 เดือน หากมีสิ่งมากระทบต่อสุขภาพของแม่ ก็อาจส่งผลถึงทารกได้โดยง่าย เช่นกัน เมื่อทารกคลอดออกมาสู่ภายนอก การเลี้ยงดูในช่วง 2 ปีแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะ เป็นช่วงที่สมองเด็กเจริญเร็วมากเมื่อเทียบกับร่างกายส่วนอื่น หลังจากนั้น เด็กจะเติบโตทางร่างกาย และมีการรับรู้ทางด้านจิตใจ ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ทางวิชาการ จนเข้าสู่วัยรุ่นที่ร่างกายมีความสมบูรณ์เต็มที่ ต่อเนื่องเป็นวัยเจริญวัย ที่ร่างกายต้องทำงานหนักเพื่อสร้างครอบครัว จนเข้าสู่วัยชรา ซึ่งร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะถดถอยลง ทั้งด้าน โครงร่างภายนอก และการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในต่างๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

- ความสามารถในการทำงานของหัวใจและปอดลดลง
- ร่างกายมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง
- ความสามารถในการออกกำลังกายหรือทำงานหนักลดลง
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง และล้าได้ง่าย
- มีการเสื่อมของกระดูก ข้อต่อ และเอ็น
- มีการทรงตัว และการประสานสัมพันธ์กันของกล้ามเนื้อลดลง
- การเห็นและการได้ยินเสื่อมลง
- มีอาการหลงลืมจากภาวะสมองที่เริ่มเสื่อมลง

หลักการสำคัญในการดูแลผู้ที่มีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ที่บ้าน ประกอบด้วย

- การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น อาหาร ความสะดวกของร่างกาย และช่องปาก

- การดูแลเกี่ยวกับโรคที่ป่วยไม่ให้อุณหภูมิลดลงด้วยการพาไปตรวจพบแพทย์ตามความจำเป็นให้กินยา อย่างสม่ำเสมอ และระวังการเกิดโรคแทรกซ้อน
- การดูแลด้านจิตใจ ไม่ให้เกิดภาวะเครียด จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายที่แย่ออยู่แล้วให้ยังอุณหภูมิลดลง เพราะ “ใจไม่สู้” เสียแล้ว
- การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับสภาพของโรคทางกาย และสร้างบรรยากาศที่ดีขึ้นสำหรับผลทางใจ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุ
- การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อติด และกล้ามเนื้อลีบ ส่งเสริมการออกกำลังกายในส่วนที่ยังดี เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และปอดแต่ทั้งนี้ ผู้ดูแล จะต้องเตรียมความพร้อมใน 2 เรื่องสำคัญ คือ

1. เตรียมใจ ในการยอมรับและเข้าใจปัญหาผู้ป่วย เข้าใจภาวะจิตใจ ปฏิกริยา และพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่แสดงออกภายใต้ภาวะเครียด และท้อแท้สิ้นหวัง หากผู้ดูแลก็มีอารมณ์เครียด หรือหงุดหงิดด้วยจะยิ่งทำให้สภาพแย่งทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกครอบครัวทั้งหมด
2. เตรียมความรู้ ในเรื่องโรค และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งการหาความรู้จากเอกสาร หนังสือ แผ่นพับ ต่างๆ

การเตรียมของใช้ที่จำเป็นเฉพาะโรค และการระวังการติดเชื้อกรณีต่างๆ

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังบางโรค จำเป็นต้องมีการทำกิจกรรมพิเศษ และใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงจำเป็นต้องเตรียมของใช้ที่ใช้ประจำวันแล้วยังต้องเตรียมของใช้อื่นๆ ที่จำเป็นให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อความสะดวก และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ในที่นี้ จะยกตัวอย่างการเตรียมของใช้ที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ โรคที่พบบ่อยๆ ดังนี้

1. การเตรียมของใช้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลทั่วไป วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีดังนี้

- ผ้าก๊อชสะอาดที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- สำลีก้อนสะอาดที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- ไม้พันสำลีขนาดกลางสะอาดที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- ปากคีบมีเขี้ยว

- ปากคิบบไม่มีเชื้อ
- ขั้นตอนนิยมนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 นิ้วครึ่ง 2 – 4 อัน
- น้ำเกลือสำหรับชำระแผล (น้ำเกลือ 0-9 %)
- แอลกอฮอล์สำหรับเช็ดแผล (แอลกอฮอล์ 70 %)
- ยาป้ายแผลเบต้าดีน / โพรวีดีน
- ถุงพลาสติกพร้อมที่รองรับขยะจากการทำแผล
- พลาสเตอร์ปิดแผล

หมายเหตุ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์จะขึ้นกับชนิดของบาดแผลรายการ 4 – 0 ต้มในน้ำเดือดมาเชื่อก่อนใช้

2. การเตรียมของใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อหายใจที่คอ

ในการทำแผลเจาะคอจากที่มีท่อหายใจเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทุกอย่างเหมือนบาดแผลทั่วไป และสิ่งที่เพิ่มเติมคือ

- ผ้าก๊อชตัดเป็นรูปตัว Y ที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- ผ้าก๊อชพับเป็นเส้นยาว สำหรับเปลี่ยนสายผูกท่อเจาะคอ
- สายคูดเสมหะ ซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อแล้วบรรจุในซองที่ปิดมิดชิด
- เครื่องคูดเสมหะ หรือลูกสูบยางแดงขนาดใหญ่
- ปากคิบบสะอาดพร้อมขวดเล็กปากกว้างสำหรับใส่ปากคิบบที่ต้มฆ่าเชื้อแล้ว โดยต้มในน้ำเดือด 30 นาที
- ขวดปากกว้าง 1 ใบ สำหรับใส่น้ำสะอาดผสมผงซักฟอกเพื่อล้างสายคูดเสมหะ

3. การเตรียมตัวของใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลจากการผ่าตัด และมีวัสดุอุปกรณ์เสริม

3.1 ผู้ป่วยที่มีแผลเปิดเอาลำไส้ ออกทางหน้าท้อง (Colostomy bag) เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เหมือนทำแผลโดยทั่วไปสิ่งที่เพิ่มเติมคือ

- แผ่นหรือแป้นติดกับผิวหนังบริเวณรอบรูเปิดของลำไส้
- ถุงรองรับของเสียออกจากร่างกาย

- ครีมหรือผงป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนัง
- กรรไกรปลายโค้ง
- พลาสเตอร์ชนิดกันน้ำได้

3.2 ผู้ป่วยที่มีท่อระบายออกจากไต , ท่อไต หรือมีท่อล้างไตทางช่องท้อง เตรียมวัสดุอุปกรณ์เหมือนทำแผลทั่วไปสิ่งที่เพิ่มเติมคือ

- ผ้าก๊อชตัดเป็นรูปตัว Y ที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว
- ถูรองรับสิ่งที่ระบายออกในกรณีที่เป็นนิ่วตกอนขุ่นควรเปลี่ยนใหม่

4. การเตรียมของใช้ในผู้ป่วยที่มีสายยางให้อาหารผ่านจมูก

- สายยางให้อาหารทางจมูกเบอร์ 16 หรือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย
- กระจกให้อาหารทางสายยางขนาด 50 ซีซี
- อาหารเหลว หรืออาหารของสำเร็จรูปที่เตรียมให้ผู้ป่วย
- น้ำต้มสุกสำหรับให้ผู้ป่วยหลังให้อาหารสายยางเรียบร้อยแล้ว
- พลาสเตอร์สำหรับเปลี่ยนที่จมูกเมื่อเปื้อน
- สารหล่อลื่น (K-Y jelly ถ้ามี่)

5. การเตรียมของใช้ในผู้ป่วยที่มีสายสวนคาปัสสาวะ

- สายสวนคาปัสสาวะที่ปลอดเชื้อ เบอร์ 14 16 หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วย
- ถูรองรับน้ำปัสสาวะ
- สารหล่อลื่น K – Y jelly
- พลาสเตอร์สำหรับติดสายสวนปัสสาวะ
- น้ำยาฆ่าเชื้อโรคสำหรับทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ที่นิยมใช้คือ เซฟลอน 1 : 100
- ถูมือปราศจากเชื้อ 2 คู่

- ชุดสวนปัสสาวะ (เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านเตรียม)
- กระบอกฉีดยาชนิดปราศจากเชื้อ 10 ซีซี ถึง 2 อัน
- น้ำกลั่นปราศจากเชื้อ ขวดละ 20 ซีซี

- ถุงพลาสติกสำหรับใส่ขยะ

- ผ้ายางรองกัน (ถ้ามี) ในกรณีที่ไม่มีอาจใช้ผ้าปูหรือผ้ารองที่สะอาดแทน

6. การเตรียมของใช้ในผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราวที่บ้าน

- สำลีสะอาดปราศจากเชื้อ โรค

- น้ำยาเชพลอน 1 : 100 (น้ำต้มสุก 100 ซีซี ผสมในเชพลอนเข้มข้น 1 ซีซี)

- สายยางแดง หรือชุดสายสวนปัสสาวะด้วยตนเองของต่างประเทศซึ่งอยู่ในหลอดพลาสติก เฉพาะแช่น้ำยาได้ และมีหูแขวน

- สารหล่อลื่น เช่น K-Y jelly / วาสลีน / กลีเซอริน

- ภาชนะสำหรับรองรับน้ำปัสสาวะ

7. การเตรียมของใช้ในผู้ป่วยชายที่สวมปลอกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการขับถ่ายปัสสาวะ

- ถุงยางอนามัย

- ขากรรไกร

- ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ

- สบู่และน้ำสำหรับทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

บทที่ 2 การทำแผล

การทำแผลเป็นการช่วยส่งเสริมการหายของแผล ในการทำแผลที่ถูกวิธี จะช่วยให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น และลดการติดเชื้อเพิ่มเติม

การทำแผลแบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การทำแผลชนิดแห้ง ใช้ทำแผลชนิดที่ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดที่แพทย์เย็บขอบแผลติดกัน แผลมีท่อระบาย
2. การทำแผลชนิดเปียก ให้ทำแผลชนิดที่ปากแผลเปิด เช่น แผลกดทับ แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อแล้วขอบแผลแยก แผลผ่าตัดที่เย็บขอบแผลแต่ไม่ผูกค้ำยหรือไหมที่เย็บเข้าหากัน

1. วิธีทำแผลชนิดแห้ง

- ดูขนาดของแผลว่าต้องใช้วัสดุ อุปกรณ์อะไรบ้าง
- จัดทำนอนผู้ป่วยให้เหมาะสม เปิดเฉพาะตำแหน่งที่มีแผล
- ล้างมือให้สะอาด ถูกต้องตามวิธีการและเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการทำแผล ตามความเหมาะสมกับแผลของผู้ป่วย
- จัดวางชุดทำแผลให้ใกล้และสะดวกสำหรับทำแผล เป็นตำแหน่งที่ผู้ทำไม่ทิ้งสำลีใช้แล้ว ข้ามกรายของใช้ในชุดทำแผล จัดวางภาชนะสำหรับรองรับเศษสำลี ผ้าก๊อช จากการทำแผลไว้ใกล้ๆ ขณะทำแผล
- เปิดชุดทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อแล้วเตรียมน้ำยาสำหรับทำแผล ถ้าเป็นแผลชนิดแห้ง ใช้เพียงแต่แอลกอฮอล์ 70 % เพียงอย่างเดียว
- ใช้มือจับผ้าด้านนอกของชุดทำแผลเพื่อยกค้ำปากคิบบนแล้วหยิบปากคิบบนออกจากชุดทำแผล
- ใช้ปากคิบบนมีเชื้อในชุดทำแผลหยิบผ้าปิดแผลด้านในที่ชิดตัวแผลออกแล้วทิ้งลงในภาชนะที่เตรียมไว้ให้สังเกตว่าแผลมีอาการบวมแดง กดเจ็บ และสิ่งที่ไม่ไหลออกจากแผล ซึ่งติดอยู่กับผ้าปิดแผลที่เอาออก
- ใช้ปากคิบบนไม่มีเชื้อหยิบสำลีชุบ แอลกอฮอล์ 70% และใช้ปากคิบบนมีเชื้อจับสำลีให้ปากคิบบนมีเชื้ออยู่ด้านล่างบิดหมาดๆ แล้วใช้ปากคิบบนมีเชื้อจับสำลีดังกล่าว เช็ดแผล และผิวหนังรอบๆ แผลเท่านั้น เช็ดจนแผลและผิวหนังรอบๆ แผลสะอาด โดยเช็ดบริเวณด้านในออกมาด้านนอก

- ใช้ปากคิบบไม่มีเขี้ยวหีบผ้าก๊อชปิดแผลให้มีขนาดใหญ่กว่าแผลโดยรอบประมาณ 1 นิ้ว ปิดคลุมบนแผล ห้ามวางลงข้างแผลแล้วดึงเลื่อนมาปิดแผล
- ปิดพลาสติกตามแนวทางขวางกับลำตัวของผู้ป่วย จัดท่านอนผู้ป่วยให้เรียบร้อย
- เก็บเครื่องใช้ในการทำแผล แล้วนำไปแช่ในภาชนะที่เตรียมน้ำผงซักฟอกไว้ล้างมือให้สะอาดหลังจากกิจกรรมกับผู้ป่วย

หมายเหตุ การเช็ดชุดทำแผลที่ใช้แล้ว แช่นานประมาณ 30 นาที จึงได้ถุงมือสะอาดแล้วนำภาชนะมาล้างให้สะอาด ผึ่งตากแดดให้แห้ง นำมาห่อหนึ่งต่อไป

2. วิธีการทำแผลชนิดเปียก

ขั้นตอนการปฏิบัติเหมือนทำแผลชนิดแห้ง ข้อ 1-7 แตกต่างในเรื่องการเตรียมน้ำยาสำหรับทำแผล ขึ้นอยู่กับปัญหาของแผลโดยทั่วไป จะต้องมีส่วนผสมแอลกอฮอล์ 70% น้ำเกลือสำหรับล้างแผล อาจเพิ่มเติมโพวิดีนสำหรับทำความสะอาดหรือ ทาแผล ในกรณีที่แผลบวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกมาในกรณีมีหนอง อาจต้องเพิ่มน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เป็นต้น

ขั้นตอนการทำแผลเปียกมีดังนี้

- ใช้ปากคิบบในชุดทำแผลหีบปิดแผลด้านในที่ชิดตัวแผลออกทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ ถ้าพบเลือดแห้งติดแน่นให้ราดเกลือ 0.9% ไปที่ผ้าก๊อชให้เปียกก่อนดึงออก ขณะเดียวกันให้สังเกตลักษณะแผล ว่ามีอาการบวมแดง กดเจ็บและสิ่งที่ไม่ไหลออกจากแผล ซึ่งติดอยู่กับผ้าปิดแผลที่เอาออก
- ใช้ปากคิบบหีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% บิดพอหมาดเช็ดผิวหนังบริเวณรอบๆ แผล โดยให้เริ่มเช็ดจากส่วนที่ชิดแผลก่อน แล้วจึงเช็ดบริเวณรอบนอกห่างออก 3 นิ้ว
- ใช้ปากคิบบหีบสำลีชุบน้ำเกลือ หรือน้ำยาล้างแผลตามความเหมาะสม บิดพอหมาดแล้วเริ่มเช็ดจากบริเวณในสุดก่อน ใช้สำลีก้อนใหม่ทำซ้ำจนแผลสะอาด (ถ้าแผลมีหนองหรือเนื่อตาย หรือพบสิ่งผิดปกติ ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำการเยี่ยมบ้านได้)
- คิบบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดผิวหนังที่ขอบแผลและบริเวณรอบๆ แผลอีกครั้งหนึ่งวางก๊อชชุบน้ำเกลือหรือน้ำยาอื่นๆ ตามแผนการรักษาไว้ในแผลอย่างหลวมๆ ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช และถ้าแผลเปียกชื้นมากอาจใช้ผ้าก๊อชหุ้มสำลี ปิดทับอีกชั้นหนึ่ง ปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำแผลชนิดแห้ง ข้อ 10 – 12

บทที่ 3 การรักษาความสะอาดและความสบายของร่างกาย

วิธีการทำความสะอาดร่างกายปรับได้ตามสภาพของผู้ป่วย และวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ ร่างกายที่สะอาดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว และทำให้สบายใจตามมาด้วย การทำความสะอาดปากฟันในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป การทำความสะอาด ปาก ฟัน ด้วยวิธีแปรงฟัน หรือ บ้วนปากเป็นการขจัดเศษอาหาร และเชื้อโรคภายในช่องปาก ที่เป็นสาเหตุให้เกิด ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือโรคในช่องปาก

ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้บ้าง ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง โดยคอยช่วยเหลือจัดให้ผู้ป่วยนั่ง คลีฟ้ำเช็ดตัวคลุมหน้าอกบีบยาสีฟันใส่แปรงนำแก้วนํ้า และกระโถน หรือ กะละมังขนาดเล็ก ๆ มาให้บ้วนปากและกระตุ้นให้มีการแปรงฟันให้ถูกวิธี หลังแปรงฟันบ้วนนํ้าล้างปากให้สะอาด ให้ผู้ป่วยเช็ดปากให้แห้ง แล้วทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้ง การทำความสะอาดปาก และฟันผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้

เครื่องใช้ที่จำเป็น ตะกร้าขนาดเล็กสำหรับใส่เครื่องใช้ ประกอบด้วย

- นํ้ายาบ้วนปาก หรือนํ้าเกลือ
- แก้วนํ้า 3 ใบ ใส่ยาสีสะอาด 1 ใบ นํ้ายาบ้วนปาก 1 ใบ และขันใส่นํ้าสะอาด 1 ใบ
- ปากคิบบิมิเขียว 1 อัน ถ้าไม่มีใช้ไม้ฟันสำลิก้านยาว 4-5 อัน ฟ้กก้อช หรือ ฟ้ขาวบาง
- ชามรูปไต หรือกะละมังพลาสติกขนาดเล็ก
- ลูกสูบยางแดงหรือกระบอกฉีดขนาด 10 ซีซี

ขั้นตอนการปฏิบัติ เลือกวิธีปฏิบัติตามสภาพของผู้ป่วย :

- ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมของเครื่องใช้ไปที่เตียงผู้ป่วยให้พร้อม (รวมทั้งเครื่องใช้ในการเช็ดตัวผู้ป่วย) เสื้อผ้าผู้ป่วย ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และชุดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทั้งนี้เพื่อความสะอาดและไม่เสียเวลาเดินกลับไป กลับมา)
- บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดให้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้

- เลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง และตะแคงหน้ามาหาผู้ดูแล คลี่ผ้าเช็ดตัวคลุมบนหน้าอกและหมอน ด้านที่จะทำความสะอาดให้ แล้ววางชามรูปไต หรือ กะละมังพลาสติกเล็กกรองใต้คาง เพื่อรองรับน้ำที่ล้างปาก
- เทน้ำยาบ้วนปากใส่สำลี หรือ ไม้พันสำลีที่อยู่ในแก้วน้ำให้ชุ่มเล็กน้อย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้อ้าปาก ถ้าไม่รู้สีกตัว ผู้ดูแลใช้มือซ้ายดึงคางผู้ป่วยลง เพื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก ใช้ปากคีบ คีบสำลีที่ชุบน้ำยาบ้วนปากให้แน่น บีบสำลีให้หมด แล้วเช็ดในปาก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ฟัน ลิ้น ทำซ้ำจนสะอาด การคีบสำลีให้แน่นเพื่อ ป้องกันสำลิตกไปอุดหลอดลม
- การขจัดเศษอาหารที่ร่องฟัน ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ใช้แปรงสีฟันเด็กชนิดขนแปรงอ่อน ใส่ง่ายลิ้น
- ให้ผู้ป่วยอ้าปาก ผู้ดูแลแปรงฟันให้ตามร่องฟันทุกซี่ เสร็จแล้วให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำล้างปาก
- ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือช่วยอ้าปากได้น้อย ให้ใช้ลูกสูบยางแดง หรือกระบอกฉีดยาคุณน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากเจือจางพอประมาณ แล้วบีบน้ำยาเข้าไปล้างที่ละน้อย ใต้น้ำยาไหลลงชามรูปไต แล้วใช้ลูกสูบยาง หรือกระบอกฉีดยา คุณน้ำออกจากปากให้หมด การใช้ใช้น้ำน้อยเพื่อป้องกันผู้ป่วยสำลักน้ำเข้าไปในหลอดลม เพราะผู้ป่วยไม่สามารถบ้วนออกมาเองได้
- เช็ดตัวผู้ป่วยให้แห้ง ทาครีมฝึปากด้วยวาสลีนหรือลิปสติกชนิดมัน เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตก
- เลื่อนตัวผู้ป่วยไปนอนกลางเตียง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สุขสบาย
- นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดเก็บเข้าที่
- ในกรณีที่จะต้องเช็ดตัวผู้ป่วยต่อ ยังไม่ต้องทำความสะอาดเครื่องใช้ทันทีให้ยกเครื่องใช้อุปกรณ์ทั้งหมดออกจากโต๊ะข้างเตียง ผู้ดูแลไปล้างมือให้สะอาด เพื่อกลับมาเช็ดตัวผู้ป่วยต่อไป

การเช็ดตัวหรือการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง

การทำความสะอาดผิวหนังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ การอาบน้ำเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็นประจำ เพื่อขจัดสิ่งสกปรก และของเสียที่ขับออกจากผิวหนัง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสดชื่น ผ่อนคลายความตึงเครียด และยังกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ช่วยให้หายอ่อนเพลียและป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ผู้ป่วยควรได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือเช็ดตัวในรายที่ไม่สามารถอาบน้ำได้ ควรอาบน้ำก่อนหรือหลังอาหาร 1 ชั่วโมงในตอนเช้า หรือตอนเย็น ผู้ป่วยบางคนสามารถเคลื่อนย้ายตัวไปห้องน้ำโดยรถเข็นนั่ง หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน และอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือบ้าง ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือได้ตามความเหมาะสม เช่น การเตรียมเก้าอี้สำหรับให้นั่งอาบน้ำ เตรียมสบู่ ผ้าเช็ดตัว และเสื้อผ้าให้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่

สามารถเดินไปห้องน้ำได้ หรือมีข้อจำกัดไม่สามารถเคลื่อนย้ายไปอาบน้ำที่ห้องน้ำได้ เช่นผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยอัมพาตหรือผู้สูงอายุมากๆ เป็นต้น ก็จะต้องให้ผู้ป่วยอาบน้ำบนเตียง

การอาบน้ำบนเตียง มี 2 แบบ คือ

1. การอาบน้ำบนเตียงโดยผู้ป่วยเอง เช่น ไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ แต่สามารถนั่งเช็ดตัวข้างเตียง หรือบนเตียงได้เอง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือโดยการเตรียมอุปกรณ์มาที่เตียงและช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเช็ดตัวเอง เพื่อให้ได้ออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถนั่งบนเตียงได้ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลต้องช่วยเช็ดตัวหรืออาบน้ำบนเตียงให้ผู้ป่วย

วิธีการเช็ดตัวหรืออาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง

- เตรียมเครื่องใช้ ได้แก่ ตะกร้าใส่เครื่องใช้ สบู่ถูตัว แป้ง ทวี โลชั่น ผ้าเช็ดตัว 1 ผืน ผ้าถูตัว 2 ผืน ผ้าคลุมตัว เสื้อผ้า ตะกร้าใส่ผ้าเปื้อน และกะละมังใส่น้ำประมาณ 2/3 ของกะละมัง อุณหภูมิของน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป ทดสอบโดยใช้หลังมือผู้ดูแล แตะในน้ำอุ่นให้รู้สึกพอทนได้
- บอกให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการอาบน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
- เตรียมของเครื่องใช้ให้พร้อมแล้วยกไปที่เตียงผู้ป่วยจัดวางของเครื่องใช้ในตำแหน่งที่จะหยิบจับได้สะดวก
- ปิดประตูหน้าต่าง หรือกั้นม่านให้มิดชิด เพื่อป้องกันไม่ให้ลมโกรก และไม่เป็นการเปิดเผยผู้ป่วย
- ทำความสะอาดช่องปาก ให้ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก่อนอาบน้ำ และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เพื่อป้องกันการเปื้อนหลังอาบน้ำแล้ว และป้องกันการขัดจังหวะระหว่างอาบน้ำ
- เลื่อนผู้ป่วยมาชิดขอบเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ เพื่อความสะดวก และป้องกันอาการปวดหลังของผู้ดูแลจากการเอื้อมแขนมากเกินไป
- ใช้ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย แล้วถอดเสื้อผ้าออกให้หมด เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วยและทำความสะอาดให้ทั่วถึง
- รองใต้ศีรษะด้วยผ้าเช็ดตัว ใช้ผ้าถูตัวชุบบิดพอหมาดแล้วพันผ้ารอบมือโดยเหน็บชายผ้าในอุ้งมือ เช็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก หน้า คอ และหู อย่างนุ่มนวลจนสะอาด แล้วใช้ผ้าเช็ดตัว ซับให้แห้ง (ในกรณีที่ต้องการเช็ดด้วยสบู่ ให้ใช้ผ้าถูตัวผืนที่ 1 ฟอกสบู่ถูตัวผู้ป่วย จากนั้นใช้ผ้าผืนที่ 2 ชุบน้ำเช็ดให้สะอาดจนหมดสบู่ แล้วซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัว)

- วางผ้าเช็ดตัวทับผ้าคลุมบริเวณทรงอก เลื่อนผ้าคลุมลงมาจนถึงเอวเพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย
- ทำความสะอาดบริเวณทรงอก โดยใช้ผ้าถูตัวผืนที่ 1 ฟอกสบู่สอดเข้าใต้ผ้าเช็ดตัว เช็ดบริเวณ ทรงอก ท้อง จนถึงขาหนีบ แล้วใช้ผ้าผืนที่ 2 ชุบในอ่างน้ำบิดพอหมาดเช็ดคราบสบู่ออกจนสะอาด แล้วซับให้แห้ง ดึงผ้าคลุมให้ผู้ป่วยตามเดิม เปลี่ยนน้ำ
- ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้าน ไกลตัว จับข้อมื่อยกขึ้นเช็ดจากปลายแขนเข้ามาหาลำตัวจนถึงรักแร้ แล้วใช้ผ้าผืนที่ 2 ชุบน้ำสะอาด บิดพอหมาดเช็ดคราบสบู่จนสะอาด แล้วซับให้แห้ง ดึงผ้าคลุมตามเดิม ย้ายมาเช็ดแขนด้าน ใกล้ตัว เสร็จแล้วแฉ่มือในอ่างน้ำฟอกชอกนิ้ว เล็บ และล้างมือให้สะอาด ซับให้แห้ง แล้วแฉ่มือด้าน ไกลตัวเช่นเดียวกับ เปลี่ยนน้ำ
- เช็ดขาด้าน ไกลตัว โดยคลุมผ้าปิดรองต้นขา และบริเวณฝีเย็บให้มีมิติชิด ปูผ้าเช็ดตัวใต้ขา ใช้ผ้า
- ฟอกสบู่ถูตัวตั้งแต่ปลายขาจนถึงขาหนีบ แล้วเช็ดสบู่ออก จนสะอาดซับให้แห้ง
- เช็ดขาด้าน ใกล้ตัวโดยวิธีเดียวกัน
- แฉ่เท้าในกะละมัง โดยงอขาตั้งเข้าไว้คอยก้ากันเองฟอกสบู่ตามชอกนิ้วออก ซับเท้าให้แห้ง เปลี่ยนน้ำ (ถ้าเล็บเท้ายาว ให้ตัดหลังจากอาบน้ำเสร็จแล้ว)
- เดินไปพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้หันหน้าไปด้านตรงกันข้ามแล้วกลับมาด้าน ไต่ข้างเตียง ปูผ้า เช็ดตัว แนบกับหลัง และคอ ทำความสะอาดหลังตั้งแต่ก้นหู คอ หลัง จนถึงสะ โปกและก้นกดด้วยสบู่แล้วเช็ดด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง นวดหลังให้ผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด และผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทาแป้งให้ผู้ป่วย
- สวมเสื้อ ใส่แขนด้านบน และทำเตียงโดยเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ผ้ายาง ผ้าวางเตียง ด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ให้เสร็จ
- จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ทาแป้ง หากผิวหนังแห้งให้ทาโลชั่นให้ใส่เสื้อแล้วใส่ผ้าถุงหรือใส่กางเกงให้เรียบร้อย
- ใช้ผ้าเช็ดตัว รองศีรษะผู้ป่วย แล้วหวีผมเสร็จแล้วเอาผ้าเช็ดตัวออก
- พลิกตัวผู้ป่วยมาทางด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ แล้วผู้ดูแลเดินอ้อมไปทำเตียงอีกด้านให้เรียบร้อย
- จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย
- นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดเก็บเข้าที่
- จัดเตียงและ ไต่ข้างเตียงให้เรียบร้อย

บทที่ 4 การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เป็นบริเวณที่มีการหมักหมมของสิ่งคัดหลั่ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ได้ การดูแลทำความสะอาดบริเวณนี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างหนึ่ง การทำความสะอาดควรทำอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง และหลังจากถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้ง ในผู้ป่วยที่สามารถทำความสะอาดด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำเอง แต่ถ้าหากผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ทำให้

เครื่องมือที่จำเป็น ในการทำความสะอาด :

- ตะกร้าสีเหลี่ยม 1 ใบ สำหรับใส่เครื่องมือใช้
- เข็ยอกน้ำขนาด 500 ซีซี บรรจุน้ำสะอาด พร้อมขันน้ำ และน้ำสบู่หรือน้ำยา
- อับใส่สำลีแห้ง 1 อับ
- ถูมือ 1 ถู หรือปากกิบ 1 อัน
- ภาชนะใส่กระดาษชำระ เช่น กระโถน หรือถาดกระดาษ
- ผ้าคลุม ผ้าयरองกั้น ผ้าปิดตา
- หม้ออนอนชนิดแบน

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- นำของใช้ไปที่โต๊ะข้างเตียง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
- ปิดประตู หรือกั้นม่าน และปิดตา เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย และปิดตาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกระดากอาย
- ปูผ้าयरองบริเวณสะโพก
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายชันเข่า ให้ปลายเท้าและขาแยกออกจากกัน การแยกขาออกเพื่อ เปิดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้เต็มที่ ซึ่งสะดวกต่อการทำความสะอาด และได้ทำความสะอาดได้ทั่วถึง
- ห่มผ้าที่ตัวผู้ป่วย ผู้หญิงดึงผ้าถุงขึ้นไปที่เอว ผู้ชายดึงกางเกงลงล่างคลุมผ้าที่บริเวณขาให้มิดชิด ปิดผ้าบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไว้ก่อน เพื่อป้องกันการเปิดเผยส่วนของร่างกาย

- ใ้ผู้ป่วยยกกันขึ้น หรือช่วยผู้ป่วยยกกันขึ้น แล้วสอดหมอนนอนที่ได้กั้น และใ้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะใ้ เรียบร้อย
- หยิบกระโถนหรืออุ้งกระดาศมาวางใ้เตียงใกล้หมอนนอนเพื่อทิ้งสำลีใ้แล้วใ้สะควก
- คีบสำลี 6 – 8 ก้อนจากอับสำลีลงในขันน้ำสบู่น้ำยา

ทำความสะดวกอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกดังนี้

ก. เพศหญิง

- เปิดผ้าใ้คลุมระหว่างขาขึ้น
- ใ้ถุงมือ เพื่อป้องกันไม่ให้มือสัมผัสกับน้ำค้ดหลังซึ่งอาจมีเชื้อ โรคปนเปื้อนอยู่
- เทน้ำราดไปใ้ขาหนีบเล็กน้อยอย่างเบามือ ต่อใ้ปราศน้ำเบาๆ ลงใ้ที่หัวหน้า และใ้ห้ว้วัยวะสืบพันธุ์เพื่อใ้ผู้ป่วยรู้สึกตัว และใ้ห้ว้วัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเป็ยก
- ใ้ปากคีบคีบสำลีชุบน้ำสบู่ หรือน้ำยาบิวดพอหมาดเช็ดบริเวณค้ดต่อไปนี้ เพื่อให้การเช็ดกำจัคสิ่งสกปรกออกได้ ง่าย
- สำลีก้อนที่ 1 เช็ดบริเวณหัวหน้าจากซ้ายไปขวาแล้วทิ้งสำลีลงในอุ้งกระดาศ
- สำลีก้อนที่ 2 , 3 เช็ดแคมใหญ่ด้านไกลตัวก่อน 1 ก้อน และไกล้ตัว 1 ก้อน โดยเช็ดจากด้านบนลงด้านล่าง
- การเช็ดค้ดนี้ จะช่วยป้องกันมิใ้เชื้อ โรคจากทวารหนัก ใ้สู่วับริเวณปากช่องคลอด และรูเปิดของท่อปัสสาวะ
- สำลีก้อนที่ 4 , 5 เช็ดแคมเล็กด้านไกลตัว และไกล้ตัวบริเวณละ 1 ก้อน จากด้านบนลงล่าง
- สำลีก้อนที่ 6 เช็ดตรงกลางจนถึงทวารหนัก
- สำลีทุกก้อนเมื่อเช็ดเสร็จใ้ทิ้งลงในอุ้งกระดาศเทน้ำสบู่น้ำยาที่เหลือลงบนอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกใ้ สกปรก หรือสิ่งค้ดหลังต่างๆ จะถูกชะล้างลงไปใ้หมอนนอนจนสะอาด

ข. เพศชาย

- เปิดมมผ้าใ้คลุมระหว่างขาขึ้น

- ใส่งู่มือเพื่อป้องกันไม่ให้มือไปสัมผัสกับน้ำค้ดหลัง ซึ่งอาจจะมีเชื้อ โรคปนเปื้อนอยู่ เป็นการป้องกันเชื้อโรคติดต่อมายังผู้ดูแล เหน้าราดลงไปท้ขาหนีบเล็กน้อยอย่างเบามือ ต่อไปราดน้ำให้ทั่วอวัยวะสืบพันธุ์
- ใช้มือซ้ายข้างที่ไม่ถนัดจับองคชาติตั้งขึ้น มือขวารูดหนังหุ้มปลายให้เปิดออก หยิบสำล้ชุบน้ำสบู่ หรือน้ำยาในขันบีดหมาดๆ ทำความสะอาดรูเปิดท่อบัสสาวะโดยเช็ดจากรูเปิดวนรอบองคชาติ ไปทางเดียวจนถึงโคนองคชาติ (เป็นการเช็ดจากบริเวณที่มีการเปื้อนน้อย ไปหาส่วนที่เปื้อนหรือสกปรกมาก เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่รูท่อบัสสาวะ) จากนั้นทิ้งสำล้ลงในถังกระดาษทำสำจันสะอาด
- ใช้สำล้แห้งซับส่วนปลายให้แห้ง แล้วดึงหนังหุ้มปลายองคชาติกลับมาปิดเหมือนเดิม
- คีบสำล้บีดหมาดๆ เช็ดทำความสะอาดบริเวณลูกอัณฑะแล้วเช็ดผิวหนังข้างใต้ลูกอัณฑะจนถึง ทวารหนักให้สะอาด (ถ้าสกปรกมากเช่น เปื้อนอุจจาระต้องใช้สำล้ชุบน้ำเช็ดอุจจาระออกให้หมดก่อน แล้วจึงจะใช้สำล้ชุบน้ำสบู่ทำความสะอาด)
- เหน้าสบู่หรือน้ำยาที่เหลือในขันลงบนอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อชำระล้างอีกครั้งเพื่อให้สะอาดช่วยป้องกัน และลดการติดเชื้อในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
- ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้งด้วยกระดาษชำระด้านบนลงล่าง เพื่อให้รู้สึกสบาย ไม่รำคาญจากความเปียกชื้น และลดการระคายเคือง
- เลื่อนหม้อนอนออกให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและแก้มก้มทั้งสองข้าง แล้วใช้กระดาษชำระซับให้แห้ง
- จัดทำให้อนหงาย เอาผ้าปิดตาออก นุ่งกางเกงให้เรียบร้อยแล้วจัดให้อนในท่าที่สบาย
- นำของเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

บทที่ 5 การประเมินสภาพผู้ป่วยและการดูแลเบื้องต้น

การประเมินผู้ป่วย ถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งการวัดชีพจร การเต้นของหัวใจ การวัดความดันโลหิต ซึ่งกล่าวมาแล้วทั้งหมดจะบอกได้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้รวมไปถึงการสังเกตสีผิว เล็บ การเกร็งของกล้ามเนื้อ มีตัวเย็นผิวหนังมีเหงื่อออก กระสับกระส่าย การตอบสนองต่อการกระตุ้น หรือซึมมาก มีอาการปากเขียว น้ำลายฟูมปาก หน้าเขียว การประเมินจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติในระหว่างการดูแล เพื่อสามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยมีสภาพเช่นไร ถ้าพบอาการผิดปกติ จะได้ให้ช่วยเหลือ และสามารถป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนได้แต่เนิ่น ๆ

ตัวอย่างเช่น การมีไข้สูง ปวด 40 องศา-เซลเซียส ตัวร้อนริมฝีปากแห้ง หนาวสั่น ควรเช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำมากๆ กินยาลดไข้พาราเซตามอล ถ้ามีอาการหวัด กินยาแก้หวัดคลอเฟนิลามีน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น ผิวหนังเย็น ชีพจรเบา เร็ว ถ้าเป็นผู้ป่วยเบาหวานควรให้อ่อนพักดื่มน้ำหวาน หรือโอวัลติน เนื่องจากอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่คาหลอดช่วยหายใจมีอาการหน้าเขียว ใจสั่น กระสับกระส่ายให้คิดถึงการอุดตันจากเสมหะ อุดในท่อหายใจ ถ้าพบให้ช่วยดูดเสมหะออก ถ้าอาการไม่ดีให้รีบนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปวดศีรษะอย่างแรง หน้ามืด ควรให้อ่อนพัก ถ้าไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้อาหารทางสายยางสำคัญมีอาการ หน้าเขียว ควรนึกถึงการเคลื่อนออกของสายยางออกจากกระเพาะอาหารมาถึงหลอดลมได้ ควรพับสายยางแล้วดึงออกก่อนเพื่อจะใส่ใหม่ ผู้ป่วยใส่สายปัสสาวะคาไว้ ท้องน้อย แข็ง ตึง ถึงควรนึกถึงการอุดตันของท่อทางเดินปัสสาวะ บางครั้งมีปัสสาวะขุ่นมาก มีตะกอนขาวควรนึกถึงการได้รับน้ำเพียงพอหรือไม่และบิบสายยางให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วยมีไข้สูงหลังเช็ดตัวแล้วไข้ไม่ลด ให้กินยาลดไข้พาราเซตามอล 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง และให้ดื่มน้ำมาก ๆ ผู้ป่วยท้องเสีย อุจจาระเหลวเป็นน้ำ ถ่ายบ่อยครั้ง ให้ดื่มน้ำเกลือแร่โดยใช้น้ำดื่มสุกเย็นแล้ว 1 ขวด (750 ซีซี) น้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ และเกลือครึ่งช้อนชา ผสมลงในขวดเขย่าให้เข้ากันดื่มบ่อยๆ แทนน้ำ หรือ ดื่มน้ำชาแก่ๆ รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ผู้ป่วยปวดท้อง ท้องอืด จุกเสียด ให้กินยาแก้ท้องอืด หรือยาธาตุน้ำแดง 1-2 ช้อนโต๊ะเมื่อมีอาการ หรือวันละ 3 เวลา หลังอาหาร เขย่าขวดก่อนรับประทาน ผู้ป่วยไอ มีเสมหะ ให้กินยาแก้ไอ น้ำคำ ครั้งละ 1-2 ช้อนชา วันละ 3-4 ครั้ง ผู้ป่วยมีผดผื่นคัน ทาบริเวณที่เป็นด้วยยาลาลาไมน์ หรือยาทาแก้ผดผื่นวันละ 3-4 ครั้ง

บทที่ 6 อาหารสำหรับผู้ป่วย

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องมีสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณ และคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพความต้องการ ทางร่างกายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีการสูญเสียพลังงาน และร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ทั้งนี้ สาเหตุอาจเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ในขณะที่เจ็บป่วย

สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายนั้นแบ่งออกเป็น 6 หมวด ดังนี้

1. โปรตีนมีในอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม
2. คาร์โบไฮเดรตมีในอาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล หัวเผือก หัวมัน
3. วิตามินมีในอาหารจำพวกพืชผักชนิดต่างๆ เช่น ผักสีเขียว สีเหลือง สีแดง
4. เกลือแร่และวิตามินมีในอาหารจำพวก ผลไม้ต่างๆ รวมทั้งผลไม้ที่รับประทานดิบและสุก
5. ไขมันจากพืชและสัตว์มีในอาหารจำพวก ไขมันจากสัตว์และไขมันจากพืช
6. น้ำดื่ม

การให้อาหารทางสายยาง

การให้อาหารทางสายยาง เป็นวิธีการให้อาหารเมื่อมีปัญหาในการให้อาหารทางปาก แต่ระบบทางเดินอาหารยังทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือ การย่อยและการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายดี แต่ผู้ป่วยมีปัญหา เช่น กลืนลำบาก กลืนแล้วสำลัก ร่างกายอ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ขาดอาหาร ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เช่น โรคทางสมอง หรือได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับปาก ในผู้ป่วยที่ยังคงต้องอาหารผ่านทางสายยางที่บ้าน ญาติจะต้องเรียนรู้วิธีการเตรียมอาหารเหลว ที่จะให้ทางสายยาง และวิธีการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการสังเกตอาการของผู้ป่วย ขณะป้อนอาหารด้วย

วิธีการให้อาหารทางสายยาง

- เตรียมของเครื่องใช้ในการให้อาหารทางสายยาง อาหารเหลวที่เตรียมให้ผู้ป่วย รวมทั้งยาของผู้ป่วยที่มีให้หลังอาหารให้พร้อม (ตามวิธีการเตรียมของเครื่องใช้ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง)
- จัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะอยู่สูงอย่างน้อย 45 องศา ในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวควรให้หนุนหมอน ตั้งแต่หลังจนถึงศีรษะ โดยใช้หมอน 2 ใบใหญ่หรือจัดให้ผู้ป่วยนั่งพิงพนักเตียงหรือให้นั่งเก้าอี้
- ผู้ที่จะให้อาหารต้องล้างมือให้สะอาดตามวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง

- ในผู้ป่วยที่เจาะคอมีท่อหายใจ ให้ดูดเสมหะในหลอดลมคอก่อนเพื่อป้องกันผู้ป่วยไอ จากการมีเสมหะมาก ขณะให้อาหารทางสายยาง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร
- ล้างมืออย่างถูกวิธีภายหลังดูดเสมหะให้ผู้ป่วย
- ดึงจุกที่ปิดหัวต่อปลายสายให้อาหารออก ขณะเดียวกันใช้นิ้ว พับสายคิบบเอาไว้ เพื่อป้องกันลมเข้า กระเพาะอาหารผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืดได้
- ใช้สำลิจับน้ำต้มสุก เช็ดบริเวณจุกให้อาหารทางสายยาง
- เอากระบอกให้อาหาร พร้อมลูกสูบต่อกับหัวต่อและปล่อยนิ้วที่คิบบสายออก ทำการทดสอบดูว่า ปลายสายยางให้อาหาร ยังอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่โดย ใช้กระบอกให้อาหารดูดอากาศหรือน้ำออกจากกระเพาะ ถ้ามีมากเกิด 50 ซีซี ให้คืนอาหาร น้ำกลับคืนไปอย่างช้าๆ และเลื่อนเวลาออกไปครั้งละ 1 ชั่วโมง แล้วมาทดสอบดูใหม่ ถ้ามีไม่เกิน 50 ซีซี ให้คืนอาหาร น้ำกลับคืนไปอย่างช้าๆ และให้อาหารได้ถ้าดูดออกมาแล้ว ไม่มีอาหารตามขึ้นมาเลย ให้ดูดลมเข้ามาในกระบอกอาหาร ประมาณ 20 ซีซี แล้วต่อเข้ากับสายให้อาหาร พร้อมกับเอาฝามืออีกด้านหนึ่ง หรือหูแนบเข้ากับได้ชายโครงด้านซ้าย คั่นลมในกระบอกให้เข้าไปใน กระเพาะอาหารอย่างช้า ถ้าสายอยู่ในกระเพาะอาหาร จะรู้สึก หรือได้ยินเสียงลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร จากนั้นให้ดูดลมออกด้วย อาจประมาณ 20 ซีซี ก็ไม่เป็นไร ถ้าดูดออกมาแล้วได้ของเหลวสีน้ำตาลเข้ม ๆ ควรปรึกษาพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาแผลในกระเพาะอาหารได้ พับสายยาง ปลดกระบอกให้อาหารออก เอาลูกสูบออกจากกระบอกแล้วต่อกระบอกเข้ากับสายให้อาหารใหม่ เทอาหารใส่กระบอกครั้งละประมาณ 50 ซีซี ยกกระบอกให้สูงกว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุต ปล่อยให้อาหารไหลตามสายช้าๆ อย่าให้อาหารไหลเร็ว ถ้าเร็วมากต้องลดกระบอกให้ต่ำลง เพราะการให้อาหารเร็วมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือท้องเดิน
- เติมอาหารใส่กระบอกเพิ่มอย่าให้อาหารในกระบอกลดระดับลงจนมีอากาศในสาย เพราะอากาศจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืดได้
- เมื่ออาหารกระบอกสุดท้ายเกือบหมดให้เติมน้ำและยาหลังอาหารที่เตรียมไว้ เติมน้ำ ตามอีกครั้ง จนยาไม่ติดอยู่ในสายยาง และไม่ควรมีน้ำเหลือค้างอยู่ในสาย
- พับสาย ปลดกระบอกให้อาหารออก เช็ดหัวต่อด้วยสำลิจับน้ำต้มสุกปิดจุกหัวต่อให้เรียบร้อย
- ให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงหรือนั่งพักหลังให้อาหารต่อไปอีกประมาณ 1 ชั่วโมง

บทที่ 7 การดูแลพิเศษผู้ป่วยเรื้อรัง และการจัดการ

- กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- ที่มีภาวะอ่อนแรง/อัมพาต
- แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตรายหนึ่ง ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยที่สุด จำเป็นต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น นอกจากนั้นการฟื้นฟูนี้ ยังควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเสร็จสิ้นการรักษาจากโรงพยาบาล และต้องกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยควรนำโปรแกรมการออกกำลังกาย และวิธีการฟื้นฟูต่างๆ ทางกายภาพบำบัดไปฝึกทำต่อที่บ้าน โดยมีความช่วยเหลือจากญาติ หรือผู้ดูแลบ้านในบางกรณี ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เอกสารชุดนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความรู้ เกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะอ่อนแรง/อัมพาตที่บ้าน ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยควรทราบ และสามารถนำไปฝึกต่อเองที่บ้านเองได้ โดยได้นำเนื้อหาที่เป็นการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้ปฏิบัติเป็นส่วนมากมานำเสนอ

ชนิดของผู้ป่วยอัมพาต

“อัมพาต” ไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนขาหรือลำตัว สาเหตุจากการมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาท และกล้ามเนื้อ ซึ่งได้แก่ สมองไขสันหลัง เส้นประสาท และกล้ามเนื้อ อาการอ่อนแรงนี้ จะเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย ขึ้นกับตำแหน่งของระบบประสาท ที่เกิดพยาธิสภาพ โดยทั่วไปอาการอัมพาตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ตามส่วนของร่างกายที่มีอาการ อ่อนแรงได้แก่

1. อัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนและขา ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย
2. อัมพาตครึ่งท่อน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของลำตัวและขาทั้ง 2 ข้าง โดยการ อ่อนแรงของลำตัว จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่เกิดพยาธิสภาพ
3. อัมพาตทั้งตัว หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของลำตัว และแขนขา ทั้ง 4 ข้าง

วิธีการทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายที่แนะนำ

- การบริหารการหายใจ
- การจัดทำ
- การบริหารข้อต่อ/กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย

- การขยับข้อ
- การฝึกกิจกรรมประจำวัน

การบริหารการหายใจ

ทำอย่างไรจึงหายใจได้เองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยภาวะอ่อนแรง/อัมพาตมักมีอาการเหนื่อยง่าย รู้สึกหายใจไม่อิ่ม หรือไม่ทั่วท้องถ้ากล้ามเนื้อกระบังลมเพียงแค่อ่อนแรง เราสามารถฝึกให้แข็งแรงและคงทนต่อการอ่อนล้าได้ด้วยวิธีง่ายๆ

ขั้นตอน การบริหารการหายใจ

1. นอนหงาย หมอนรองใต้เข่าและรู้สึกผ่อนคลาย หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ ทางจมูกจนสุดและหน้าท้องโป่งออก กลั้นหายใจชั่วคราว (นับ 1 ถึง 3) ปลดปล่อยลมหายใจออกทางปาก (หน้าท้องยุบ) ทำซ้ำ 5-6 ครั้งแล้วพัก เมื่อกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น หายใจสะดวกขึ้น
2. นอนหงาย เอาถุงทราย / ถุงน้ำหนัก 1 – 2 กิโลกรัม หรือหนังสือเล่มใหญ่ๆ วางที่หน้าท้องได้ต่อลิ้นปี พยายามหายใจเข้าลึกๆ เช่นเดิม แต่คราวนี้จะรู้สึกหายใจเข้ายากเพราะมีน้ำหนักด้านอยู่ควรฝึกทำบ่อยๆ เช่น ทุกชั่วโมง บางครั้งต้องฝึกใช้กล้ามเนื้ออื่นด้วย เช่นกล้ามเนื้อบริเวณคอ/บ่า ด้วยการฝึกยกไหล่ และเกร็งกล้ามเนื้อคอ เวลาหายใจเข้า เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วปล่อยให้ คลายเวลาหายใจออก

การจัดท่านอนในผู้ป่วยอัมพาต

การจัดท่าต้องคำนึงถึง เติงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรงความสูง พิจารณาโดยสังเกตจากเมื่อผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาบนเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี ที่นอน ต้องเป็นที่นอนเนื้อแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป ผ้าปูที่นอนจึงดีไม่มีรอยย่น รอยพับเพื่อถนอมไม่ให้ เกิดการถูไถผิวหนัง อันจะนำสู่การเกิดแผลกดทับได้ ท่านอนในผู้ป่วยอัมพาต เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เพราะการนอนทับแขน หรือขาข้างที่เป็นอัมพาตนานๆ จะทำให้เกิดการบวมเกิดข้อต่อยึดติดได้ง่าย หรือการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ เป็นสาเหตุให้เกิด แผลกดทับขึ้น ดังนั้นญาติ หรือผู้ดูแลต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

1. การจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

- ท่านอนหงาย ศีรษะหนุนหมอนใบเล็ก ๆ ไม่ให้สูงเกินไปให้หน้าหันไปด้านที่เป็นอัมพาต จัดลำตัวให้ตรงใช้หมอนใบเล็กหนุนที่ไหล่และแขนข้างที่อัมพาต การจัดท่าวางแขนทำได้ 3 แบบ ส่วนมือและข้อมือวางอยู่ในท่าปกติ ข้อสะโพกใช้หมอนบางๆ หรือผ้าม้วน วางใต้สะโพกข้างอัมพาตเพื่อถนอมไม่ให้

ขาเบะออก เข้าเหยียดตรง หรืองอเล็กน้อยโดยใช้หมอนใบเล็กรองใต้เข่า ได้ทำให้แผ่นไม้กั้นไม่ให้ ปลายเท้าตก

- **ทำนอนตะแคงข้างอัมพาตขึ้น** นอนตะแคงเต็มตัว ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง แขนข้ามอัมพาตจัดให้ใหญ่ข่มไปทางด้านหน้าใช้หมอนรองแขน มีอวางบนหมอน ขาข้างอัมพาตจัดให้ สะโพกงอ เข่างอ อยู่บนหมอนเท้ารองรับไว้บนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อกั้นไม่ให้ ข้อเท้าบิด
- **ทำนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต** จัดศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า ลำตัวตรง แขนใหญ่ ข้างที่เป็น อัมพาตห่อมาทางด้านหน้าช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ ขาด้านหลัง ข้างอัมพาตจับเหยียดข้อ สะโพกตรงเข่างอเล็กน้อย ขาข้างคืออยู่ด้านบนงอไปทางด้านหน้าใช้หมอนรองรับไว้

บทที่ 8 กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

- กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ที่มีภาวะอ่อนแรง/อัมพาต
- แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตรายหนึ่ง ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ และเป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยที่สุด จำเป็นต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น นอกจากนั้นการฟื้นฟูนี้ ยังควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเสร็จสิ้นการรักษาจากโรงพยาบาล และต้อง กลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยควรนำโปรแกรมการออกกำลังกาย และวิธีการฟื้นฟูต่างๆ ทางกายภาพบำบัดไปฝึก ทำต่อที่บ้าน โดยมีความช่วยเหลือจากญาติ หรือผู้ดูแลบ้าน ในบางกรณี ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้อย่าง สมบูรณ์ เอกสารชุดนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความรู้ เกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะอ่อนแรง/อัมพาตที่ บ้าน ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยควรทราบ และสามารถนำไปฝึกต่อเองที่บ้านเองได้ โดยได้นำเนื้อหาที่เป็น การ ออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ใช้ปฏิบัติเป็นส่วนมากมานำ

ชนิดของผู้ป่วยอัมพาต

“อัมพาต” ไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนขาหรือลำตัว สาเหตุจากการมีพยาธิสภาพที่ระบบ ประสาท และกล้ามเนื้อ ซึ่งได้แก่ สมองไขสันหลัง เส้นประสาท และกล้ามเนื้อ อาการอ่อนแรงนี้ จะเกิดที่ส่วน

ใดของร่างกาย ขึ้นกับตำแหน่งของระบบประสาท ที่เกิดพยาธิสภาพ โดยทั่วไปอาการอัมพาตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ตามส่วนของร่างกายที่มีอาการ อ่อนแรงได้แก่

1. อัมพาตครึ่งซีก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนและขา ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย
2. อัมพาตครึ่งท่อน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของลำตัวและขาทั้ง 2 ข้าง โดยการ อ่อนแรงของลำตัว จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่เกิดพยาธิสภาพ อัมพาตทั้งตัว หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของลำตัว และแขนขา ทั้ง 4 ข้าง

วิธีการทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายที่แนะนำ

- การบริหารการหายใจ
- การจัดทำ
- การบริหารข้อต่อ/กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย
- การขยับข้อ
- การฝึกกิจวัตรประจำวัน

การบริหารการหายใจ

ทำอย่างไรจึงหายใจได้เองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยภาวะอ่อนแรง/อัมพาตมักมีอาการเหนื่อยง่าย รู้สึกหายใจไม่อิ่ม หรือไม่ทั่วท้องถ้ากล้ามเนื้อกระบังลมเพียงแค่อ่อนแรง เราสามารถฝึกให้แข็งแรงและคงทนต่อการอ่อนล้าได้ด้วยวิธีง่าย ๆ มีขั้นตอน ดังนี้

1. นอนหงาย หมอนรองใต้เข่าและรู้สึกผ่อนคลาย
2. หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ทางจมูกจนสุดและหน้าท้องโป่งออก
3. กลั้นหายใจชั่วคราว (นับ 1 ถึง 3)
4. ปลดปล่อยลมหายใจออกทางปาก (หน้าท้องยุบ) ทำซ้ำ 5-6 ครั้งแล้วพัก
5. เมื่อกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น หายใจสะดวกขึ้น

การนอนหงาย เอาถุงทราย / ถุงน้ำหนัก 1 – 2 กิโลกรัม หรือหนังสือเล่มใหญ่ๆ วางที่หน้าท้องใต้คอขึ้นไป พยายามหายใจเข้าลึกๆ เช่นเดิม แต่คราวนี้จะรู้สึกหายใจเข้ายากเพราะมีน้ำหนักดันอยู่ควรฝึกทำบ่อย ๆ เช่น ทุก

ชั่วโมง บางครั้งต้องฝึกใช้กล้ามเนื้ออื่นด้วย เช่นกล้ามเนื้อบริเวณคอ/บ่า ด้วยการฝึกยกไหล่ และเกร็งกล้ามเนื้อคอ เวลาหายใจเข้า เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วปล่อยให้ คลายเวลาหายใจออก

การจัดทำนอนในผู้ป่วยอัมพาต การจัดทำต้องคำนึงถึง ดังนี้

1. เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรงความสูง พิจารณาโดยสังเกตจากเมื่อผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาบนเตียงแล้ว เท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี
2. ที่นอน ต้องเป็นที่นอนเนื้อแน่น ไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป ผ้าปูที่นอนจึงตึงไม่มีรอยย่น รอยพับเพื่อกันไม่ให้ เกิดการถูไถผิวหนัง อันจะนำไปสู่การเกิดแผลกดทับได้
3. ทำนอนในผู้ป่วยอัมพาต เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เพราะการนอนทับแขนหรือขาข้างที่เป็นอัมพาดนานๆ จะทำให้เกิดการบวมเกิดข้อต่อยึดติดได้ง่าย หรือการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ เป็นสาเหตุให้เกิด แผลกดทับขึ้น ดังนั้นญาติ หรือผู้ดูแลต้องเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

การจัดทำที่ถูกต้องของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

1. ทำนอนหงาย ให้ศีรษะหนุนหมอนใบเล็กๆ ไม่ให้สูงเกินไปให้หน้าหันไปด้านที่เป็นอัมพาต จัดลำตัวให้ตรงใช้หมอนใบเล็กหนุนที่ไหล่และแขนข้างที่อัมพาต การจัดทำวางแขนทำได้ 3 แบบ ส่วนมือและข้อมือวางอยู่ในท่าปกติ ข้อสะโพกใช้หมอนบางๆ หรือผ้าม้วน วางใต้สะโพกข้างอัมพาตเพื่อกันไม่ให้ขาเบะออก เข่าเหยียดตรง หรืองอเล็กน้อยโดยใช้หมอนใบเล็กรองใต้เข่า ได้ทำให้แผ่นไม้กั้นไม่ให้ปลายเท้าตก
2. นอนตะแคงข้างอัมพาตขึ้น นอนตะแคงเต็มตัว ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย ลำตัวตรง แขนข้ามอัมพาตจัดให้ใหญ่ๆ ไปทางด้านหน้าใช้หมอนรองแขน มือวางบนหมอน ขาข้างอัมพาตจัดให้สะโพกงอ เข่างอ อยู่บนหมอนเท้ารองรับไว้บนหมอนเช่นเดียวกัน เพื่อกันไม่ให้ ข้อเท้าบิด
3. ทำนอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต จัดศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า ลำตัวตรง แขน ใหญ่ ข้างที่เป็นอัมพาตห่อมาทางด้านหน้าช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ ขาด้านหลัง ข้างอัมพาตจับเหยียดข้อสะโพกตรงเข่างอเล็กน้อย ขาข้างที่อยู่ด้านบนงอไปทางด้านหน้าใช้หมอนรองรับไว้