



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยในสถานชิวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สถานชิวาภิบาล

- Elderly Care
- Long Term Care
- Palliative Care

สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

คู่มือการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล
ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
ปี พ.ศ. 2567



การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะประคับประคองในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ที่ปรึกษา

นพ.ทวีศิลป์	วิษณุโยธิน	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นพ.ขวัญชัย	วิศิษฐานนท์	รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นายสมศักดิ์	กรีชัย	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

จัดทำโดย

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จัดพิมพ์โดย

กลุ่มงานวิชาการเวชกรรมไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญในการวางรากฐานระบบบริการสุขภาพใหม่ในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ในการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดี และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาวเกิดประโยชน์สูงสุด ปัจจุบันสถานการณ์โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 5 อันดับแรกของประชากรไทยที่มากขึ้นทุกปี เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากโรคมะเร็งยังมีระยะสุดท้ายของโรคอื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะยาว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง จำนวน 178,390 คน และมีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง และได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า Advance Care Planning จำนวน 45,654 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.59 (ข้อมูลจาก HDC – Report วันที่ 1 มิถุนายน 2566) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้เริ่มเข้าไปมีบทบาทร่วมเติมเต็มในทีมสุขภาพที่ช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระบบสาธารณสุข โดยระยะแรกได้มุ่งเน้นในการผลักดันการเติมเต็มด้านความรู้เชิงวิชาการให้แก่บุคลากรแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถ พร้อมสำหรับการเข้าไปมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพในการรับมือกับสถานการณ์ของระบบสุขภาพที่มีกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในช่วงปี 2562-2566 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ รวมถึงจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้ปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และได้จัดอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อขยายผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนแบบบูรณาการรูปแบบโมเดลวัดคำประมง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดบริการคลินิกกัญชาแบบบูรณาการในคลินิก Palliative care หรือคลินิกบริการปฐมภูมิ (PCC) นำร่อง 12 เขต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดบริการและเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายในการดูแลแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ และการอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายบุคลากรแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองให้ครอบคลุม 76 จังหวัด ทั่วประเทศ ขณะนี้มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับการอบรมดังกล่าวแล้ว คิดเป็นร้อยละ 96 ของพื้นที่ระดับจังหวัด ที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยในการดูแลแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ ซึ่งผลของการจัดอบรมนี้ได้ทำให้แพทย์แผนไทยมีความพร้อมด้านวิชาการ ทักษะ และความมั่นใจ สำหรับการเข้าไปทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ส่งผลให้การขับเคลื่อนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยได้มีบทบาทเติมเต็มในระบบสุขภาพได้อย่างไร้รอยต่อยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในระยะประคับประคอง (Palliative care) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 – 2566 มีจำนวน

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 0.05, 0.13 และ 0.59 ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2566) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจะมีโครงสร้างการจัดบริการทีมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แพทย์ จิตแพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร จิตอาสา ผู้นำทางศาสนา

ทั้งนี้ แพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย และสามารถที่จะทำงาน บูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรมการแพทย์แผนไทยฯ จำเป็นต้องพัฒนา บุคลากรแพทย์แผนไทยให้เป็นผู้มีสมรรถนะ เพื่อรองรับการปฏิบัติงานดังกล่าว จึงเห็นควรจัดทำ “คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก”

คณะผู้จัดทำ

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้สำเร็จลุล่วงได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วด้วยความร่วมมือร่วมใจของคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลและผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณ คณาจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคณาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการจัดทำคู่มือให้มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ในการเอื้อเฟื้อบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในด้านวิชาการ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมดำเนินงานในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สุดท้ายนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ สหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	จ
บทนำ	1
❖ ที่มาและความสำคัญ	1
❖ วัตถุประสงค์	2
❖ นิยามศัพท์	3
ส่วนที่ 1 กระบวนการจัดบริการ	6
❖ กระบวนการจัดบริการของส่วนกลาง กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กบรส.)	6
❖ กระบวนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	12
ส่วนที่ 2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลแบบบูรณาการ	14
❖ การดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุติดบ้าน	14
❖ การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลสุขภาพพระยะยาว	23
❖ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย	35
ส่วนที่ 3 หลักธรรมานามัยกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	50
ส่วนที่ 4 ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	63
ภาคผนวก ก.	64
ภาคผนวก ข.	66
ภาคผนวก ค.	67
เอกสารอ้างอิง	72

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 : แสดงระบบบริการชีวาภิบาล	6
รูปที่ 2 : แสดงเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล	7
รูปที่ 3 : แสดงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	12
รูปที่ 4 : แสดงแบบประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ประยุกต์มาจาก Western Ontario and MacMaster University (WOMAC)	14
รูปที่ 5 : แสดงช่วงเวลาการดำเนินโรคในระยะ LTC	23
รูปที่ 6 : แสดงการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (GCS)	24
รูปที่ 7 : แสดงการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power)	25
รูปที่ 8 : แสดงการประเมินการหายของแผลกดทับแบบ (Pressure Ulcer Scale for Healing Tool)	25
รูปที่ 9 : แสดงการประเมินคุณภาพชีวิต (5Q-5D-5L)	26
รูปที่ 10 : แสดงแบบประเมิน SAS (Edmonton Symptom Assessment System)	36
รูปที่ 11 : แสดงแบบประเมิน PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2)	37
รูปที่ 12 : แสดงแบบประเมิน T - FLIC Version 2 (Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire)	38
รูปที่ 13 : แสดงแบบประเมินอาการปวดตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย (Body Chart)	40

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยการสำรวจสถิติประชากร รายจังหวัดเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2565 ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย¹ พบว่าจากจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 66,090,475 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21% และจากโครงสร้างประชากรตอนนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนฯ ซึ่งมีผลกระทบทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และเรื่องการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการเกิดโรคต่างๆ ตอนนี้กลุ่มโรค NCD เป็นอันดับหนึ่งที่มีผลข้างเคียงนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะติดบ้าน และติดเตียงมากยิ่งขึ้น รวมถึงสถานการณ์โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของประชากรไทย และเมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน นอกจากโรคมะเร็งแล้วยังมีระยะสุดท้ายของโรคอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวในระยะยาว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง จำนวน 178,390 ราย และมีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง และได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า Advance Care Planning จำนวน 45,654 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.59 (ข้อมูลจาก HDC – Report วันที่ 1 มิถุนายน 2566)

ช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ พ.ศ.2567 นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายทุกหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยให้เป็นนโยบายที่เร่งรัดเป็นลักษณะของการดำเนินการอันรวดเร็ว (Quick win) ซึ่งเป็นงานพื้นฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในเรื่องของการจัดบริการ หรือการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยเป้าหมายมุ่งไปที่ทำให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น โดยมี 13 ประเด็นหลัก ๆ จะเป็นเรื่องการยกระดับหรือพัฒนาคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ 30 บาทคุณภาพหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยได้พัฒนามา 20 กว่าปีความครอบคลุมที่ผ่านมามีขึ้นเป็นลำดับ ไม่ว่าจะเรื่องของ UC สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว และเรื่องประกันสังคม ประเด็นที่ภาครัฐ ต้องพัฒนาเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปจะเป็นประเด็นเชิงคุณภาพที่หาอย่างไรให้การเข้าถึงบริการของกลุ่มประชาชนที่มีบัตร 30 บาท หรือมีระบบหลักประกันสุขภาพในเมือง พบว่าประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้น้อยกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด อาจด้วยเหตุผลด้านความแออัดของโรงพยาบาล ของรัฐซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องมีระบบเข้าไปสนับสนุนต่อไป

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบบูรณาการ จึงได้เกิดการจัดทำต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะประคับประคองในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เพื่อเป็นแนวทางกลางให้กับแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ทั่วประเทศ ที่ปฏิบัติงานภายใต้หน่วยงานของภาครัฐและเอกชน สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

¹ <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>

(Home Ward) และผู้สูงอายุในสังคมไทย ตลอดจนตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้แพทย์แผนไทยซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย และสามารถที่จะทำงานบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยให้เป็นผู้มีสมรรถนะ เพื่อรองรับการปฏิบัติงานในสถานชีวาภิบาล ทั่วประเทศในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิงและครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและ/หรือบ้าน แบ่งเป็น ๒ ระดับ ได้แก่ ระบบชีวาภิบาลโดยศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และสถานชีวาภิบาลในชุมชนเป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ผ่านทางงานตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และงานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ

นิยามศัพท์

1.หมวดหมู่ประชาชนทั่วไป

1.1 “ชีวภิบาล” เป็นการสมาคำสองคำ คือ “ชีวา” หรือชีวิต กับ “อภิบาล” คือ การบำรุง ดูแลอย่างรอบด้าน เมื่อรวมกันจึงเป็นคำว่า “ชีวภิบาล” ซึ่งหมายถึง การบำรุงดูแลชีวิต¹

1.2 “สถานชีวภิบาล” คือ สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย, จิตใจ, สังคมและจิตวิญญาณ) ในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ, Hospice, Hospital at Home/Home ward)²

1.3 “การดูแลผู้ป่วยในสถานชีวภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” หมายถึง การดูแลรักษา สุขภาพผู้ป่วยที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัย และ consult แพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ เพื่อการบูรณาการในการดูแลรักษา บำบัด อาการ/โรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวภิบาล

1.4 “การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน” คือ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง³ โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ในสถานชีวภิบาล

1.5 “ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care)” หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัครเพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสมเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁴

1.6 “การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)” หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เหยี่ยวา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ได้ทุกระยะของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย⁵

1.7 “แพทย์แผนไทยในสถานชีวภิบาล” คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ปฏิบัติหน้าที่ ตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา ป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาสุขภาพอยู่ในสถานชีวภิบาล⁶

1.8 “การแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล” คือ การแพทย์ที่สามารถนำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือสามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากไม่สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้ในขณะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล⁷

1.9 “การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)” หมายถึง การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ⁸

1.10 “ทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary Team)” หมายถึง กลุ่มของผู้ให้ การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และอื่นๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน⁹

1.11 “ผู้ดูแล (Caregiver)” หมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต¹⁰

1.12 “ผู้ดูแลด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” หมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ในสถานชีวาภิบาลด้วยองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2 หมวดหม่องค์กรพระพุทธศาสนา

2.1 “สถานชีวาภิบาลสำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา” หมายถึง สถานที่ให้บริการด้านสุขภาพสำหรับ ภิกษุอาพาธและผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ดูแลร่างกายตามหลักการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และดูแลสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณตามแนวทางพระพุทธศาสนา โดยมีพระสงฆ์ และจิตอาสาผู้ให้บริการ และเป็นเครือข่ายการจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการภาครัฐ¹¹

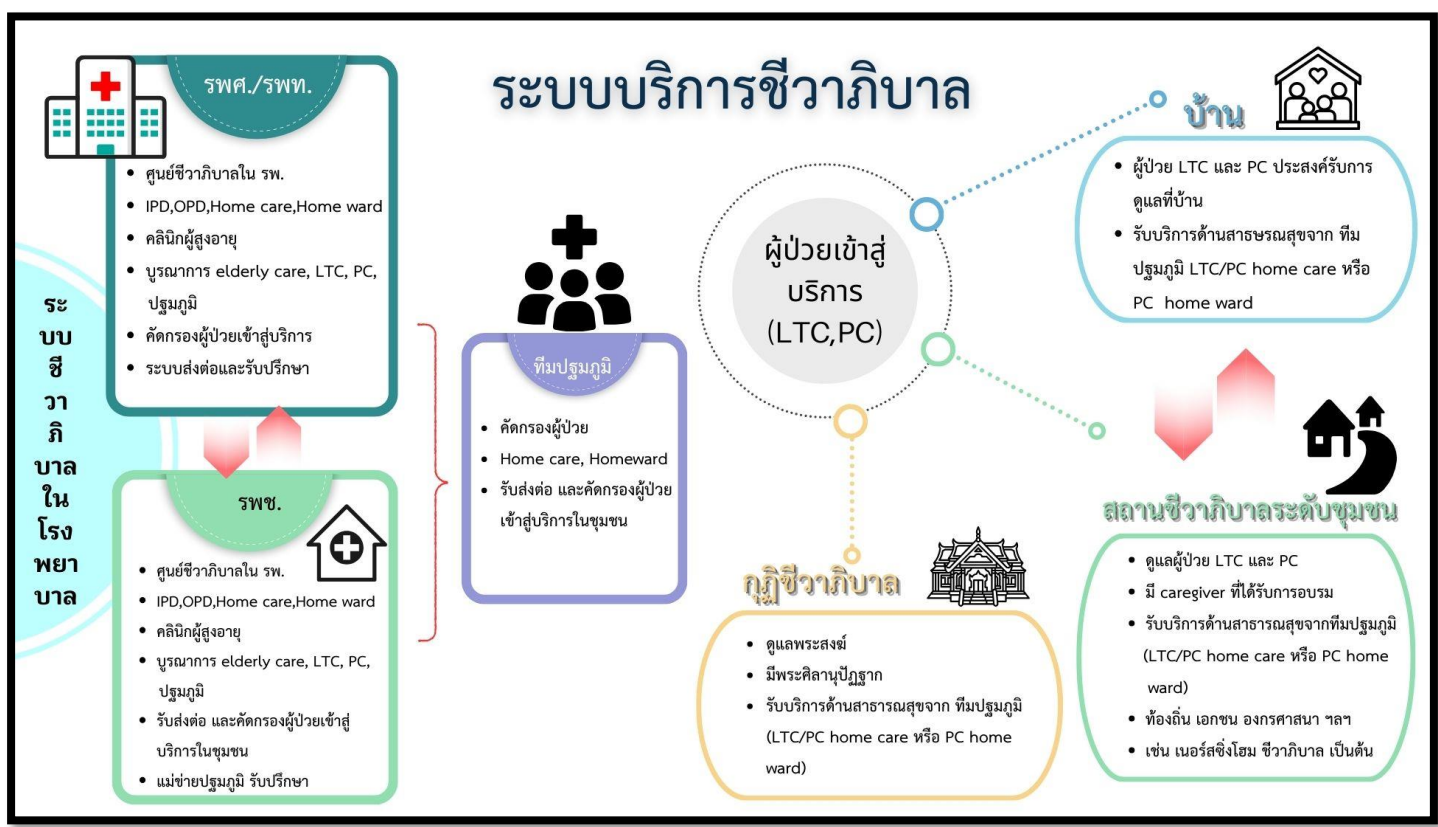
2.2 “กฤษฎีชีวาบาล” แปลว่า ที่พำนักดูแลเยียวยาคุณภาพชีวิตสมณสงฆ์อาพาธ แบบประคับประคอง¹²

2.3 “พระคิลานุปัฏฐาก” คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)¹³

ส่วนที่ 1

กระบวนการจัดบริการ

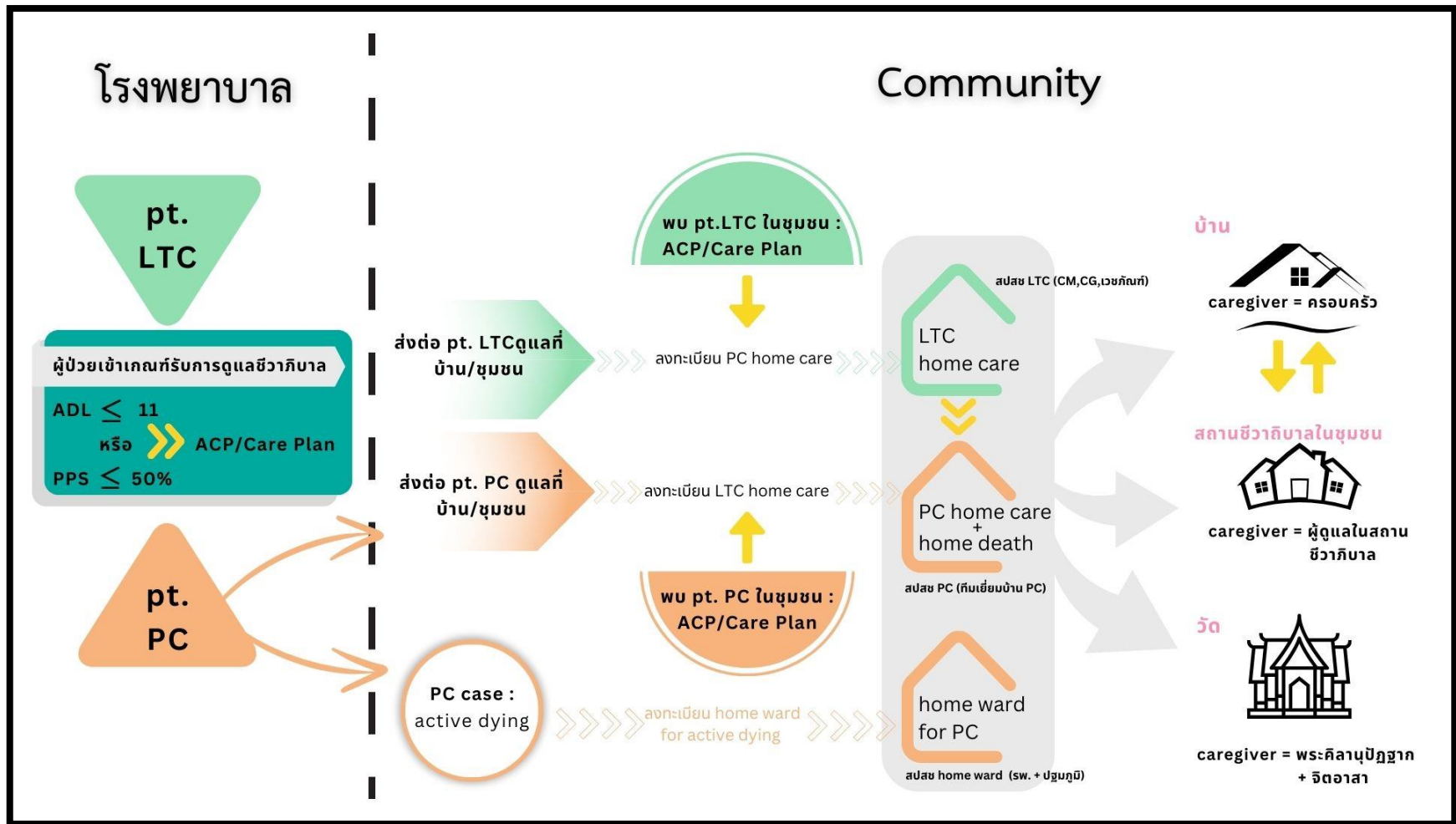
1.1 กระบวนการจัดบริการของส่วนกลาง กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กบรส)



รูปที่ 1 : แสดงระบบบริการชีวิบาล

หมายเหตุ: ทีมปฐมภูมิสามารถให้บริการ Home care หรือ Home ward ที่บ้าน หรือที่สถานชีวิบาลในชุมชน แล้วแต่กรณี

1



รูปที่ 2 : แสดงเส้นทางการรักษาของผู้ป่วยในสถานชีวิติบาล

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ที่ $ADL \leq 11$ หรือ $PPS \leq 50\%$

กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4.1	กลุ่ม 4.2
เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การ กินหรือการขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน ทาง สมองหรือผู้ป่วย ระยะ ประคับประคอง มี PPS = 50%	เคลื่อนไหวได้บ้าง และ อาจมีปัญหา การกิน หรือการขับถ่ายและมี ภาวะสับสนทางสมอง หรือมีภาวะสมอง เสื่อม ระดับปานกลางขึ้นไป	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง แต่ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนหรือ ผู้ป่วยระยะประคับ ประคองมี PPS = 40%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรือ อยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต (ระยะเวลารอด ชีวิต ~ 6-12 เดือน) หรือผู้ป่วยระยะ ประคับประคองมี PPS = 30%	เคลื่อนไหวเองไม่ได้ กลืนไม่ได้ ซึม อยู่ใน ระยะกำลังจะเสียชีวิต อาจมีอาการไม่สบาย เช่น ปวด หอบเหนื่อย สับสน (ระยะเวลารอด ชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์) หรือ ผู้ป่วยระยะประคับ ประคองมี PPS น้อยกว่า 30%
ADL 5 - 11 คะแนน		ADL 0 - 4 คะแนน		
LTC - ติดบ้าน	LTC - ติดบ้าน	LTC - ติดเตียง	PC - end of life	PC - dying
LTC Home care หรือ สถานชีวาภิบาล			PC Home care หรือ สถานชีวาภิ บาล	PC Home ward หรือ สถานชีวาภิบาล

LTC = Long-Term Care PC = Palliative Care

ADL = Barthel Activities of Daily Living (ที่มา; คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559)

PPS = Palliative care performance scale (ที่มา; Suandok's palliative care model [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 11
พฤศจิกายน 2566. เข้าถึงได้จาก

https://ppi.psu.ac.th/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf

กระบวนการจัดบริการ

คำจำกัดความสถานชีวาภิบาล มี 2 ระดับ ได้แก่

1. ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาล ในโรงพยาบาล
โดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแล
ประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ(Primary Health Care)
ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน

2. สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแล
ประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่ อยู่ในชุมชน
มีมาตรฐานด้านสถานที่ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
หรือ กรมอนามัย หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มี
อำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care)

2) บริการโดยให้พักค้างคืน

อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือองค์กรอื่นๆ โดยสถานชีวาภิบาล
ควรได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้มี
ภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับ
ผู้ที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้ (Home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแล

โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ศูนย์ชีวิบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1.1 องค์ประกอบ

- 1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวิบาล มีพยาบาล/ หรือ แพทย์แผนไทยและสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน ที่ชัดเจน
- 2) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีแพทย์ปฏิบัติงานด้านการดูแลประคับประคอง เป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาล Palliative Care nurse เกสัชกร แพทย์แผนไทยและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) มีทีมบุคลากร ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) โดยแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ
- 4) มีทีมบุคลากรปฐมภูมิ ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลชุมชน แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ
- 5) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

1.2 บทบาทหน้าที่

หัวหน้าศูนย์ชีวิบาล	1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วย ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาล จนถึงบ้าน/ชุมชน อย่างมีคุณภาพ 2) จัดระบบบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน/สถานชีวิบาล และระบบให้คำปรึกษา แก่เครือข่ายปฐมภูมิ
พยาบาล ผู้ประสานงาน ศูนย์ชีวิบาล	1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับโรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชนประสานงาน กับ รพศ./รพท. และ เครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน 2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ
ทีมปฐมภูมิ	1) รับส่งต่อผู้ป่วย LTC และ PC จาก รพศ./รพท. เพื่อเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในหรือเพื่อรับบริการที่บ้านหรือชุมชนหรือสถานชีวิบาล 2) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PC และ/หรือ LTC ในชุมชน (กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในโรงพยาบาล หรือ คัดกรองพบผู้ป่วยในชุมชน) 3) ทำการประเมิน และ/หรือยืนยัน จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) หรือ Care Plan 4) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care) และพิจารณาเพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิบาลในชุมชน 5) จัดบริการคลินิกหมอครอบครัว 6) ร่วมกับทีมปฐมภูมิในพื้นที่ เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC Home care) บริการ PC Home ward หรือที่สถานชีวิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่ 7) เป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้าน และชุมชน แก่ทีมปฐมภูมิในพื้นที่ 8) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่าย

2. ศูนย์ชีวิธาภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 องค์ประกอบ

- 1) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาล มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าศูนย์ชีวิธาภิบาล มีพยาบาล ผู้ประสานงานที่ชัดเจน
- 2) มีทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และบริการปฐมภูมิ โดยเป็นแม่ข่ายการดูแลที่บ้านและชุมชน
- 3) มีระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์/คลังอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน

2.2 บทบาทหน้าที่

<p>หัวหน้าศูนย์ชีวิธาภิบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) กำกับดูแลให้เกิดการบูรณาการการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชนอย่างมีคุณภาพ 2) จัดระบบบริการ และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย รวมถึงระบบบริหารจัดการยาอนุพันธ์ฝิ่น (opioid) ในระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับยาที่บ้าน/สถานชีวิธาภิบาลได้ 3) จัดให้มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยของเครือข่ายระบบชีวิธาภิบาล
<p>พยาบาลผู้ประสานงานศูนย์ชีวิธาภิบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประสานการดูแลให้เกิดการบูรณาการในระดับ โรงพยาบาล ถึง ระดับชุมชน 2) จัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายบริการ
<p>ทีมดูแลประคับประคอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD 10-Z51.5) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 2) ทำการประเมิน และ จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning; ICD 10- Z71.8) 3) ให้การดูแลตามมาตรฐาน (physical, psychosocial, spiritual care) และพิจารณาเพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิธาภิบาลในชุมชน 4) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 5) เป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่าย ในกรณี ผู้ป่วย Palliative Care ที่รับการดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิธาภิบาล ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน 6) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย
<p>ทีมดูแลผู้สูงอายุ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) คัดกรองผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้สูงอายุในชุมชน ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ตามเกณฑ์ 2) พิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยใน เพื่อส่งกลับไปดูแลที่บ้าน หรือ สถานชีวิธาภิบาลในชุมชน 3) ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 4) ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ
<p>ทีมปฐมภูมิ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประสานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อส่งต่อการดูแลที่บ้าน และสถานชีวิธาภิบาล ในชุมชน 2) จัดบริการคลินิกหมอครอบครัว 3) เยี่ยมดูแลที่บ้าน (LTC & PC home care), บริการ PC Home ward หรือที่สถานชีวิธาภิบาล หรือส่งต่อการดูแลไปยังเครือข่ายตามบริบทพื้นที่

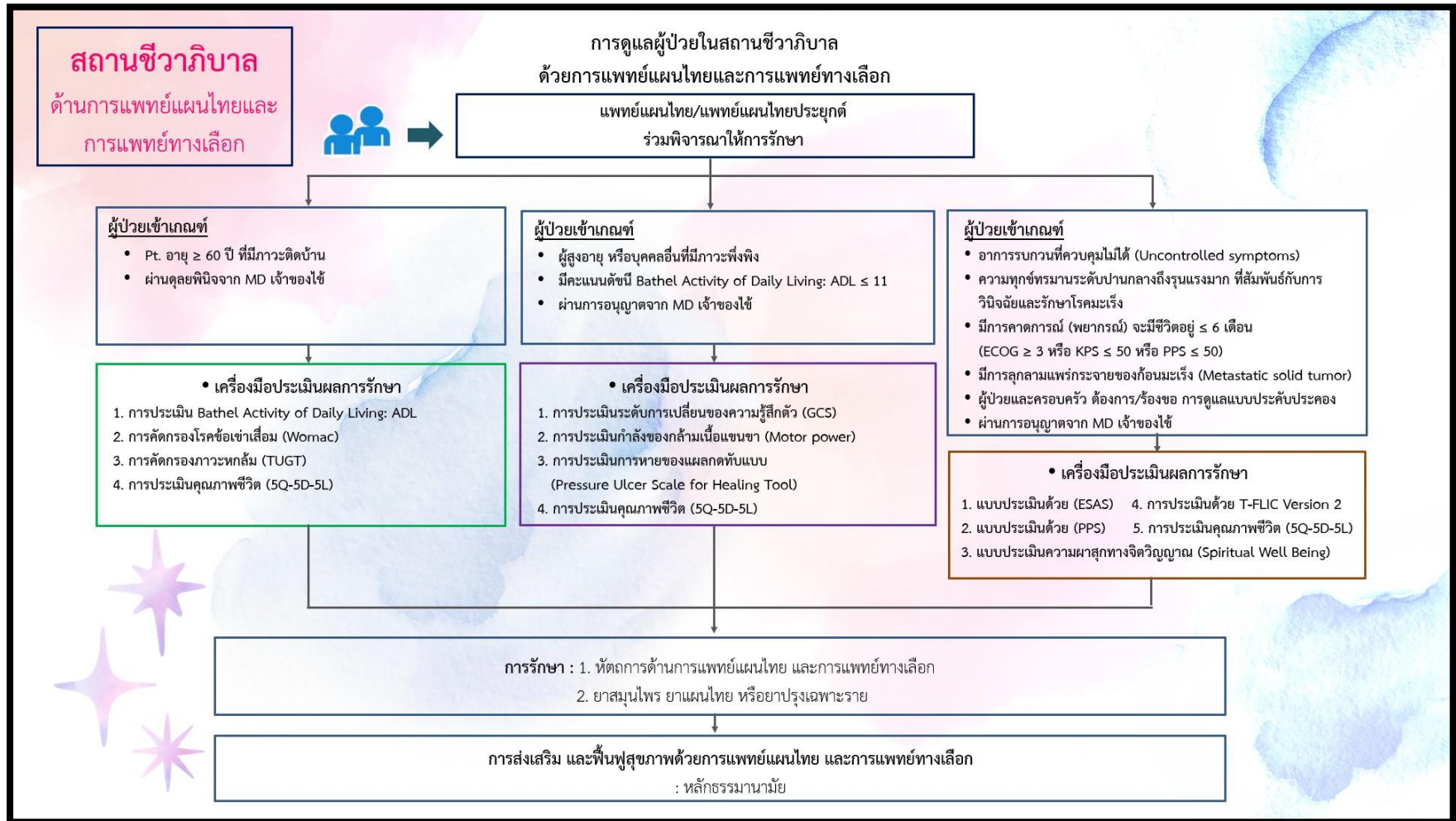
3. บริการ Home care คือ บริการเยี่ยมดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยรายละเอียดการดูแลแตกต่างกันไปตามแผนการดูแล ซึ่งเป็นไปตามสถานะผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลที่บ้านกรณีผู้ป่วย LTC และ กรณีผู้ป่วย PC ตามมาตรฐานบริการมีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์

4. **บริการคลินิกผู้สูงอายุ** จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานการให้บริการในโรงพยาบาล มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Compressive Geriatric Assessment; CGA) การวินิจฉัยเพื่อการดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชน
5. **บริการ Home ward / Hospital at home โดยทีมสุขภาพ** คือ บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเหมือนเป็นหอผู้ป่วย โดยจัดบริการโดยโรงพยาบาล ร่วมกับทีมปฐมภูมิ ทั้งนี้รายละเอียดบริการเป็นไปตามคู่มือการดูแล Home ward กรมการแพทย์ (Home ward สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ Home ward for active dying patients) มีการเบิกค่าชดเชยบริการ จาก สปสช. ได้ตามเกณฑ์
6. **สถานชีวาภิบาลในชุมชน** สถานชีวาภิบาลในชุมชน เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) นอกสถานพยาบาล ให้การดูแลในระดับชุมชน แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้
 - 1) สถานชีวาภิบาล สำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา (กุฏิชีวาภิบาล กุฏิชีวาบาล กุฏิสงฆ์อาพาธสถานชีวาภิบาล ฯลฯ)
 - 2) สถานชีวาภิบาล ที่ดำเนินการโดยองค์กรศาสนาอื่นๆ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
 - 3) สถานชีวาภิบาล ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - 4) สถานชีวาภิบาลเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ (nursing home เป็นต้น)
 - เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการชีวาภิบาลกับหน่วยบริการของรัฐ
 - มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐานโดยองค์กรที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล
7. **ผู้ดูแล (caregiver/ care community)**
 - ผู้ดูแลในระบบชีวาภิบาล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานชีวาภิบาลในชุมชน หรือ บ้าน
 - ผู้ดูแลต้องได้รับการอบรมให้มีศักยภาพตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รูปแบบบริการ

1. **บริการผู้ป่วยใน (Inpatient service)** In-patient palliative care services: ระบบปรับปรักษา Palliative Care หอผู้ป่วย Palliative Care ในโรงพยาบาล In - patient elderly care services
2. **บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient service) และบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)** คลินิก Palliative Care คลินิกผู้สูงอายุคลินิกหมอครอบครัว
3. **บริการดูแลที่บ้าน หรือที่สถานชีวาภิบาลในชุมชน** LTC Home care (บริการที่บ้าน หรือ สถานชีวาภิบาลในชุมชน) PC Home care และ PC Home ward (บริการที่บ้าน หรือ สถานชีวาภิบาลในชุมชน)

1.2 กระบวนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



รูปที่ 3 : แสดงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บทบาทของแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

- จัดการอาการไม่สุขสบาย วางแผนการดูแล ประเมิน วินิจฉัยผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายในสถานชีวาภิบาลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- ผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน แบบบูรณาการการรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ
- มีการจัดการอาการโดยใช้ยาแผนไทยและสมุนไพร เช่น ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ยาแผนไทยที่อยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ยาปรุงเฉพาะราย ยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย
- มีการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และการใช้หลักธรรมานามัย สมาธิบำบัด (SKT) กิจกรรมบำบัด รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.1 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุติดบ้าน แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1.1 การดูแลอาการที่เกิดจากโรค

2.1.2 คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดบ้าน

2.1.3 ประเมินผลและติดตามผลการรักษา

ตัวอย่าง : การดูแลอาการที่เกิดจากโรค (กรณีผู้สูงอายุติดบ้าน)

โรคข้อเข่าเสื่อม

ขั้นตอนการรักษา

1. การตรวจร่างกายทั่วไป ตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยดูสภาพทั่วไป เช่น สีผิว คลำดูจุดเจ็บการบวม และประเมินก่อนการรักษาอาการจากโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ที่ประยุกต์มา Western Ontario and MacMaster University (WOMAC) เป็นต้น

การตรวจโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1 ข้อเข่าตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ไม่พบความร้อน (no palpable warmth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เกณฑ์การประเมิน
ถ้าผู้สูงอายุมีอาการ "ปวดเข่า" และตอบว่า "ใช่" 2 ข้อ ถือว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายเหตุ
ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบเป็นสาเหตุหลัก จึงมักไม่พบอาการแสดง "ข้ออุ่น" ยกเว้นกรณีที่เป็นรุนแรง

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลระยะยาว, คู่มือคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ 2557.

รูปที่ 4 : แสดงแบบประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ประยุกต์มา Western Ontario and MacMaster University (WOMAC)

2. การตรวจร่างกายทางหัตถเวช

1) การวัดสันเท้า

วิธีการตรวจ : ให้ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือนำบน จับข้อเท้าผู้ป่วยชิดกันใช้มือที่อยู่ด้านล่าง ดันปลายฝ่าเท้าขึ้น แล้วผู้ตรวจสังเกตดูตำแหน่งสันเท้าของผู้ป่วย

ปัญหาที่พบ : สันเท้าข้างที่เป็นจะสั้น

2) ตรวจสอบสภาพความโค้งของเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือดันปลายฝ่าเท้าขึ้นให้สุด มือด้านบนของผู้ตรวจสอดใต้เข่าเพื่อตรวจสอบสภาพความโค้งของเข่าทั้งสองข้าง

ปัญหาที่พบ : พบช่องว่างใต้เข่าข้างที่เป็นมากกว่าอีกข้างหนึ่ง

3) เขยื้อนข้อเข่าและการคลอนสะบ้าเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขาตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย ใช้มือข้างหนึ่งจับสะบ้าเข่าด้านบนและมืออีกข้างหนึ่งจับข้อเข่าด้านล่าง ทำการยกข้อเข่าขึ้น-ลง และใช้มือของผู้ตรวจด้านปลายเท้าของผู้ป่วย (มือด้านนอก) จับลูกสะบ้าของเข่าข้างที่เป็น โยกสะบ้าเข่าไป-มา เพื่อคลอนสะบ้าเข่า

ปัญหาที่พบ : พบมีความฝืด การเคลื่อนไหวของสะบ้าเข่าข้างที่เป็นเกิดการยึดติด(สะบ้าเจ้า) หรือเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าข้างปกติและมีเสียงดังกรอบแกรบ (หินปูนเกาะ) ภายในข้อเข่า

4) วัดองศาเข่า

วิธีการตรวจ : ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าด้านข้างของผู้ป่วย จับขาของผู้ป่วยงอขึ้นดันให้สันเท้าเข้าไปก้นน้อย แล้วจับขาผู้ป่วยขึ้นให้สันเท้าแตะบริเวณตำแหน่งหัวตะคาก (แงงกระดูกเชิงกรานใต้บั้นเอว) ทำทั้งสองข้าง

ปัญหาที่พบ : งอเข่าเอาสันเท้าชิดกันน้อยและชิดตำแหน่งหัวตะคากข้างที่เป็น พบว่างไม่ได้องศา

และมีอาการเจ็บเสียวภายในข้อเข่า

5) การตรวจสอบสภาพข้อเข่า

วิธีการตรวจ : ให้ผู้ป่วยนอนหงายลำตัวตรง ผู้ตรวจนั่งคุกเข่าด้านข้างผู้ป่วยตรงกับตำแหน่งของเข่าข้างที่เป็น ผู้ตรวจสังเกต ลักษณะทั่วไปของเข่าข้างที่เป็น เช่น การอักเสบ

ปัญหาที่พบ : พบว่าบางส่วนของเข่าข้างที่เป็น มีอาการบวม ไม่แดง ในบริเวณที่บวมมีความร้อนเล็กน้อย

6) การทำปูนแดงบริเวณเข่า

- ถ้าเป็นโรคจับโปงน้ำเข่า ปูนแดงจะมีลักษณะเงาเฝิ้มที่บริเวณจุดเจ็บ

- ถ้าเป็นจับโปงแห้งเข่า ปูนแดงจะแห้งสม้าเสมอตามธรรมชาติ

การแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือก

- ใช้การชักประวัติ และการตรวจร่างกายตามแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

3.1 การแพทย์แผนไทย

1) การรักษาโดยการนวดไทย

เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากธาตุไฟหย่อน (ชี่ร้อนคี่) ส่งผลให้ธาตุลมพิการ (อั้งคั้งคานูสารีวาทา) มีอาการปวดขัดในข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าฝืด เคลื่อนไหวไม่สะดวก การรักษาโดยการนวดเป็นการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการดังกล่าว

สูตรการนวด จับโปงน้ำ

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า ทำนั้งพับเพียบ
3. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4 ห้ามเขยื้อนข้อเข่า
4. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 3,4 ห้ามเขยื้อนข้อเข่า

สูตรการนวด จับโปงแห้ง

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า ทำไขว้มือ
3. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4 เขยื้อนข้อเข่า
4. นวดสัญญาณ 14 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 3,4 เขยื้อนข้อเข่า

2) การประคบสมุนไพร

ประคบหลังจากการนวดเสร็จแล้ว ความร้อนจากลูกประคบซึ่งมีตัวยาสุมุนไพรมะขี้ผึ้งผ่านผิวหนัง ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการบวมอักเสบและอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อ ลดอาการติดขัดและช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดในบริเวณข้อเข่า ไม่ควรประคบบริเวณที่มีการอักเสบหรือบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก

3) การรักษาด้วยยาสมุนไพร

หลักการรักษาที่สำคัญ คือ การปรับสมดุลของธาตุลมในร่างกาย โดยการจ่ายยาที่มีรสร้อนสุขุม เพื่อกระจายเลือดลมที่บริเวณข้อเข่า และไม่ให้ธาตุลมมีการคั่งค้างบริเวณเข่ามากเกินไป ไม่ควรจ่ายยาที่รสร้อนมากเกินไปในผู้ป่วยรายที่ มีอาการบวม แดง ร้อน ร่วมด้วย เนื่องจากเป็นการกระตุ้นให้ธาตุไฟกำเริบ อาจทำให้มีการอักเสบมากขึ้นได้ ดังนั้น ยาที่ใช้จึงควรเป็นยาที่มีรสสุขุมร่วมด้วย

ตัวอย่าง : การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ยาสมุนไพรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อบ่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ปรากฏในฉลากยา อาจไม่เฉพาะเจาะจงว่าใช้รักษาอาการปวดเข่าหรือบรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่เกิดจากภาวะข้อเข่าเสื่อม แต่เนื่องจากสารสกัดหรือตำรับยานั้นๆ มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการปวดและต้านการอักเสบ ในที่นี้จึงนำมาเป็นข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคและอาการข้อเข่าเสื่อม ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566 ที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังตารางต่อไปนี้

ยาแก้อักเสบียิง

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 950 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์

ข้อควรระวัง : - ระวังการใช้ในผู้ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากแก้อักเสบียิง ออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs : NSAIDs)

- อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร

อาการไม่พึงประสงค์ : ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น

ยาผสมเกาวัลย์เปรี๊ยะ

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ : เมทาบอลิซึมของกรดไขมันในร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 900 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์

ข้อควรระวัง : - ระวังการใช้ในผู้ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากเกาวัลย์เปรี๊ยะ
ออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti -
inflammatory drugs : ASAIDs)

- อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร

อาการไม่พึงประสงค์ : ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น

ยาสัทธาธา

รูปแบบยา : แคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : ขับลมในเส้น แก้อาการท้องอืด

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้

ข้อควรระวัง : - ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติกและโรคกรดไหลย้อน
เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ
ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin
เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์ : ร้อนท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ คอแห้ง ผื่นคัน

ยาผสมโคคลานสูตรตำรับที่ 1

รูปแบบยา : ยาชง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120-200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
เช้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : -

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ยาผสมโคคลานสูตรตำรับที่ 2

รูปแบบยา : ยาต้ม

สูตรตำรับ : ในยา 105 กรัม ประกอบด้วย เถาโคคลาน หนัก 50 กรัม โต้ไม่รู้ลัม ผลมะตูมอ่อน ส่วนเหนือดิน
ทองพันชั่ง หนักสิ่งละ 25 กรัม

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : นำตัวยาทั้งหมดมาเติมให้น้ำท่วมยา ต้มเคี้ยว 3 ส่วนเหลือ 1 ส่วน ต้มครั้งละ 120-200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น

ข้อห้าม : -

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ยากษัยเส้น

รูปแบบยา : ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเมื่อยตามร่างกาย

ขนาด/วิธีใช้ : รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก

ข้อควรระวัง : - ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

- ระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และ ยาด้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

อาการไม่พึงประสงค์ : แสบร้อนยอดอก

ยารดนิลันชะฆาต

รูปแบบยา : แคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน

สรรพคุณ : แก้กษัยเส้น

ขนาด/วิธีใช้ : - ชนิดแคปซูล เม็ด และลูกกลอน รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า หรือก่อนนอน

- ชนิดผง รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำต้มสุกทั้งยังอุ่นอยู่ หรือผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอน วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า หรือก่อนนอน

ข้อห้าม : หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีไข้ และเด็ก

ข้อควรระวัง : - ระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และ ยาด้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ยาประคบ

รูปแบบยา : ยาประคบสมุนไพรสด ยาประคบสมุนไพรแห้ง

สรรพคุณ : ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ

ขนาด/วิธีใช้ : นำยาประคบไปนึ่ง แล้วใช้ประคบขณะยังอุ่น วันละ 1-2 ครั้ง ลูกประคบ 1 ลูก สามารถใช้ได้ 3-4 ครั้ง โดยหลังจากจากใช้แล้วผึ่งให้แห้ง ก่อนนำไปแช่ตู้เย็น

ข้อห้าม : - ห้ามประคบบริเวณที่มีบาดแผล
- ห้ามประคบเมื่อมีอาการอักเสบเฉียบพลัน เช่น ข้อเท้าแพลง หรือมีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้มีอาการอักเสบมากขึ้น และอาจมีเลือดออกตามมาได้ โดยควรประคบหลังเกิดอาการ 24 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง : - ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจทำให้ผิวหนังพองได้ง่าย
- หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะเป็นการล้างตัวยาจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันที (จากร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจทำให้เป็นไข้ได้
- ควรระวังการใช้กับผู้ที่มีแพ้ส่วนประกอบของยาประคบ

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ยาพริก

รูปแบบยา : ยาเจล ยาครีม ยาขี้ผึ้ง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (musculoskeletal pain)

ขนาด/วิธีใช้ : ทาบริเวณที่ปวด 3-4 ครั้ง ต่อวัน

ข้อห้าม : - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ capsaicin
- ห้ามสัมผัสบริเวณตา

อันตรกิริยา : - การใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจ กลุ่ม antitensin-converting enzyme inhibitor (ACE) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น

- อาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน

- ควรระวังเมื่อใช้ยาพริกพร้อมกับยากลุ่มต่อไปนี้

- Angiotensin converting enzyme inhibitors
- Anticoagulants
- Antiplatelet agents
- Barbiturates
- Low molecular weight heparins
- Theophylline
- Thrombolytic agents

ข้อควรระวัง : - ระวังการใช้ยาพริกบริเวณผิวที่บอบบางหรือบริเวณผิวหนังที่แตก เนื่องจากทำให้เกิดอาการระคายเคือง

อาการไม่พึงประสงค์ : ผิวหนังแดง ปวด และแสบร้อน

ยาไหล

รูปแบบยา : ยาครีม

สรรพคุณ : บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขอก

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : - ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
- ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

อาการไม่พึงประสงค์ : -

ยาชี้ผึ้งไฟล

รูปแบบยา : ยาชี้ผึ้ง

สรรพคุณ : บรรเทาอาการปวดเมื่อย

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : - ห้ามทายานี้บริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
- ห้ามทายาบริเวณนี้ผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

ยาน้ำมันไฟล

รูปแบบยา : ยาน้ำมัน

สรรพคุณ : บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยอก

ขนาด/วิธีใช้ : ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง

ข้อห้าม : - ห้ามทายานี้บริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
- ห้ามทายาบริเวณนี้ผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง : -

หมายเหตุ ศึกษารายละเอียดคู่มือการใช้ยาจากบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2566 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แผนไทย

3) ยาตำรับปรุงเฉพาะราย

การใช้ยาตามภูมิปัญญาแผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน ที่มีอยู่ในตำราหรือในท้องถิ่นที่มีการใช้ต่อกันมา เช่น ยาพอกเข้า โดยพิจารณาตามอาการและการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

ตัวอย่างตำรับยาพอกเข้า

ตำรับที่ 1 เป็นสูตรการรักษาของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดูดพิษการอักเสบตามข้อต่างๆ ที่มีอาการปวดบวม แดง ร้อน

ส่วนประกอบ

- ใบพลับพลึง หัวว่านน้า ผักเสี้ยนผีทั้งห้า หัวตองดึง ใบมะคาไก่อ ใบมะขาม ใบส้มป่อย ดอกดีปลี เมล็ดพริกไทย รากเจตมูลเพลิงแดง เปลือกผลมะกรูด เหง้าข่า หัวว่านนางคา หัวว่านร่องทอง เหง้าชิง เหง้ากะทือ ก้ามปูหลดทั้งห้า เกลือเม็ด เหง้าโพลหนัก การบูร

วิธีการใช้ยา

ประคบบริเวณเข้าด้วยน้ำร้อน ก่อนนึ่งยาเทลงแผ่นสำลีให้ชุ่ม พอกยาลงบริเวณที่มีอาการทิ้งไว้ 15-30 นาที

ตำรับที่ 2 ตำรับหมอพื้นบ้าน วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ลดอาการบวม แดง ร้อนที่เข้า ช่วยกระจายลมที่คั่งค้างอยู่ตามข้อ

ส่วนประกอบ

- แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม
- ลูกแป้งข้าวหมาก 1 ลูก
- ดองดึงบดละเอียด 100 กรัม
- ชิงแก่สด 200 กรัม

- น้ำต้มสุก

วิธีทำ

- บดลูกแป้งข้าวหมากให้ละเอียด แล้วนำมาผสมลงในแป้งข้าวเจ้า คลุกเคล้าให้เข้ากัน
- นำผงคองดึ่งที่บดละเอียดแล้ว โรยลงในแป้งที่ผสมแล้วในข้อที่ 1 ก็จะได้ยาพอกเขาแบบผงเก็บไว้

วิธีใช้

- นำผงพอกเขาประมาณ 3 ซ้อนโต๊ะ มาผสมกับน้ำขิงที่คั้นแล้ว
- คลุกเคล้าให้เข้ากัน แล้วนำมาพอกที่ขา ทิ้งไว้ประมาณ 15 นาที หรือจนกว่ายาพอกเขาจะแห้ง
- พอกเขา วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น

3.2 การแพทย์แผนจีน

แพทย์แผนจีนพิจารณาเลือกใช้จุดฝังเข็มในโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า

3.3 การแพทย์ทางเลือก

การร่วมรักษาด้วยสมาธิบำบัด (Meditation Healing) เป็นการทำให้จิตว่าง นิ่ง สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย ทำให้จังหวะของคลื่นสมองช้าลง จิตที่มีสมาธิเป็นจิตที่มีพลัง สามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ทั้งทางกายและจิตใจ การใช้สมาธิบำบัด มีหลายรูปแบบและหลาย ซึ่งสมาธิบำบัดในแนวทางเวชปฏิบัตินี้เทคนิคการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ "SKT" หมายถึงการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT มี 7 เทคนิค ทั้งนี้จำเป็นต้องเลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไปโดยเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้แก่ เทคนิคที่ 3 (SKT3) "นั่งยืด -เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต" และเทคนิคที่ 4 (SKT 4) "ก้าวอย่างอย่างไทย เยียวยากาย (ดูวิธีการปฏิบัติ สมาธิบำบัด SKT ทำที่ 1- 8 ในส่วนที่ 3 เรื่อง จิตตานามัย หน้า 50)

ตัวอย่าง : คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

1. การบริหารข้อเข่า เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ดังนี้
 - 1) ท่ากระดกปลายเท้าขึ้นลง

ท่าเตรียม : นอนหรือนั่งเหยียดขาทั้ง 2 ข้าง ค่อยๆ กระดกปลายเท้าขึ้นจนสุดและเกร็งบริเวณหัวเข่า นิ่งไว้ นับ 1-10 จากนั้นค่อยๆ ผ่อนคลายขา กลับสู่ท่าเตรียมจากนั้นค่อยๆ เหยียบปลายเท้าลงจนสุดแล้วเกร็งบริเวณหัวเข่า นิ่งไว้ นับ 1-10 ค่อยๆ ผ่อนคลายขา กับสู่ท่าเตรียม
 - 2) ทำน่ององ 90 องศา

ท่าเตรียม : ยืนเกาะฝาผนังแยกเท้าเสมอไหล่ทั้งสอง จากนั้นค่อยๆ น่ององ ๆ ลง จนเข่าตั้งฉากกับพื้น 90 องศา โดยที่หลังตรงนิ่งไว้ นับ 1-10 แล้วกลับไปท่าเตรียมอีกครั้ง ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง
 - 3) ทำยืนเขย่งปลายเท้า

ท่าเตรียม : ยืนเกาะฝาผนัง แยกเท้าเท่ากับความกว้างของไหล่ งอขาข้างปกติขึ้นพักไว้ที่เข่าข้างที่ยืน (ยืนกระต่ายขาเดียว) จากนั้นเขย่งปลายเท้าพร้อมกับเกร็งบริเวณ หลัง เข่า ขา และขมิบก้น นิ่งไว้ นับ 1-10 แล้วกลับสู่ท่าเตรียม

หมายเหตุ ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการหกล้มขณะทำกายบริหาร

- 4) ท่าฤๅษีตัดตน แพทย์ต้องพิจารณาเลือกทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการหกล้มหรือบาดเจ็บขณะทำท่าฤๅษีตัดตน เช่น

- ทำตัดต้นทำแก๊ไหล่ ขา และแก๊เข้า ขา
- ทำแก๊เส้นมหาสนุกกระบี่
- ทำแก๊กล่อน
- ทำดำรงกายอายุยืน
- ทำแก๊ตะคริวมือ แก๊ตะคริวเท้า
- ทำแก๊ลมจันทคาร แก๊ลมเข้า แก๊ลมขา แก๊ลมหน้าอก
- ทำแก๊เข้าขัด

2. งดอาหารแสลง อาหารบางชนิดมีผลทำให้อาการปวดขัดเข้ากำเร็บ หรือปวดมากขึ้นผู้ป่วยต้องสังเกตและหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าว เช่น

- ข้าวเหนียว จะทำให้อ่อนในเส้น ซึ่งทำให้บางคนอาจมีอาการปวดเข้ามากขึ้นกว่าเดิม
- อาหารที่มีรสหวานจัด จะทำให้มีอาการปวดขัดในเข้า
- อาหารที่มีสารพิวรีนสูง เช่น หน่อไม้ เหล้า-เบียร์ เครื่องในสัตว์ เป็นต้น เนื่องจากหากได้รับในปริมาณมาก ร่างกายจะเก็บสะสมไว้ในรูปของกรดยูริกสะสมตามข้อ ทำให้อาการปวดมากขึ้น

3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ในริยาบถต่างๆ เช่น การยกของหนัก การนั่งงอเข้า การใช้งานข้อเข้าเกินกำลัง การยืนเป็นเวลานาน การขึ้น-ลงบันได การบิด การตัด การสลัดขาและเข้า เป็นต้น

4. ประคบร้อน บริเวณเข้าที่ปวดวันละ 2 ครั้งในเวลาเช้าและเย็น นานครั้งละ 10-15 นาที

5. การลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากควรลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐาน

6. ถ้ามีอาการปวดเข้า ให้พักการใช้งานข้อเข้าข้างที่ปวด ถ้าพักแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรไปปรึกษาแพทย์

ตัวอย่าง : ประเมินผลและติดตามผลการรักษาอาการจากโรคข้อเข้าเสื่อม

ใช้การตรวจร่างกายทั่วไป ตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยดูสภาพทั่วไปและการตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมไทย เช่นเดียวกับการประเมินผลก่อนการรักษา

ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้านการแพทย์แผนไทย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ และดุลยพินิจของแพทย์ แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมถึงคำแนะนำเพิ่มเติมสามารถปรับให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละรายได้

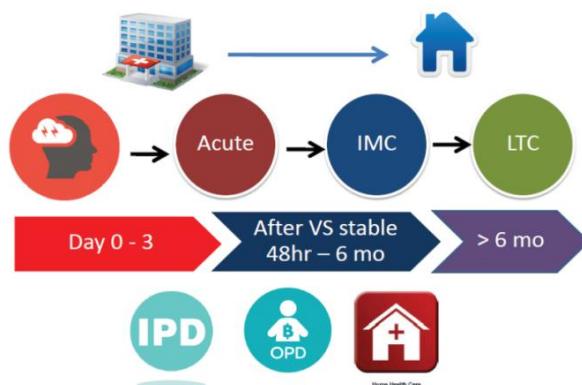
2.2 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.2.1 การคัดกรองและตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะพืงพืง ด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

2.2.2 การรักษา พืงพืงสุขภาพผู้ป่วยภาวะพืงพืงด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.2.3 การตรวจประเมินผลหลังการรักษาและติดตามผล

โดยเบื้องต้นการดูแลแบบประคับประคองในผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยคู่มือเล่มนี้ ขอกกล่าวถึงเฉพาะการดูแลระยะยาวในโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลพืงพืงผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพืงพืงภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการพืงพืงสมรรถภาพทางการแพทย์โดยมีทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยแนวทางการดูแลดังกล่าว สามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา และพืงพืงสุขภาพภายหลังระยะเวลา 6 เดือน ทั้งนี้แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ควรใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาและประเมินการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย



รูปที่ 5 : แสดงช่วงเวลาการดำเนินโรคในระยะ LTC

เป้าหมายเฉพาะในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

1. ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพืงพืง ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พืงพืงและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพืงพืง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพืงพืง
3. ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพืงพืง ให้อยู่ในครอบครัว ได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) / การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
4. สถานชีวาภิบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพืงพืง ในชุมชนและครอบครัว

ตัวอย่าง : การคัดกรองและตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิงด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในสถานชีวาภิบาล

(1) เกณฑ์คัดกรอง

- (1.1) ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะฟุ้งฟิง
- (1.2) มีคะแนนดัชนี Bathel Activity of Daily Living: ADL \leq 11
- (1.3) ผ่านดุลยพินิจแพทย์เจ้าของไข้หรือการปรึกษาหารือจากทีมประคับ

ประคับประคอง

(2) เกณฑ์ปรึกษา/ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

(2.1) มีอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึม อ่อนเพลีย จิตใจ หดหู่ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ชัก อาเจียนพุ่ง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ไข้ \geq 38 องศาเซลเซียส หอบ หายใจลำบาก หน้าซีดริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ซีฟจรเบา หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

(2.2) กรณีผู้ป่วยเจาะคอ มีภาวะหายใจหอบเหนื่อย มีเสมหะเหนียว/เยอะ O₂ Sat ต่ำกว่า 95%

(3) การประเมินผลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน ดังนี้

การประเมินความรู้สึกตัว
(Glasgow Coma Score : GCS)

ลักษณะของ
Abnormal position



Decortication

กำมือจอบน 2 ข้าง
เข้าหาระดับไหล่
ขา 2 ข้างเหยียดออก



Decerebration

แขน 2 ข้างเหยียดเกร็ง
ออกโดยบิดข้อมือออก
ด้านนอกลำตัว
ขา 2 ข้างเกร็งเหยียด

ประเมินการเคลื่อนไหว
M : Motor Response

- M1** = ไม่ตอบสนองต่อ Pain (No response)
- M2** = เหยียดเกร็งแขน เมื่อถูกกระตุ้น (Extension to pain)
- M3** = แขนงอผิดปกติ (Flexion to pain)
- M4** = ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ (Non Purposeful)
- M5** = กราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize pain)
- M6** = เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ (Obey commands)



" New era of online nursing community "

รูปที่ 6 : แสดงการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (GCS)

การประเมินกำลัง แขน - ขา



GRADE

ทำได้โดยบอกให้ผู้ป่วยกำมือพยาบาล หรือกำนิ้วชี้ + กลาง (2 นิ้วรวมกัน) ของพยาบาล ทดสอบทั้งด้านซ้ายและขวา ของผู้ป่วย แล้วให้คลายมือออก

Grade 0	= ไม่มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อไม่หดตัว
Grade 1	= กล้ามเนื้อมีการหดตัว แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว
Grade 2	= เคลื่อนไหวได้ในแนวราบแต่ต้านแรงโน้มถ่วงได้
Grade 3	= สามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้
Grade 4	= ยกต้านแรงผู้ตรวจได้พอควร
Grade 5	= มีกำลังปกติ สามารถต้านแรงผู้ตรวจได้

" New era of online nursing community "

รูปที่ 7 : แสดงการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา (Motor power)

แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Risk assessment scale)

	1	2	3	4
1 การรับรู้ความรู้สึก	ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด	ตอบสนองต่อความเจ็บปวดแต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบาย	ทำตามคำสั่งได้บ้าง	ตอบสนองต่อคำสั่งได้และรับรู้ความไม่สบาย
2 ความชื้นของผิวหนัง	เปียกชื้นตลอดเวลาจากเหงื่อ อุจจาระปัสสาวะ	เปียกชื้นบ่อยครั้ง มีการเปลี่ยนผ้าปูอย่างน้อย 1 ครั้งต่อแวน	เปียกชื้นเป็นบางครั้ง มีการเปลี่ยนผ้าปูอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	ไม่มีความเปียกชื้นผิวหนังแห้งปกติ
3 ความสามารถในการทำกิจกรรม	ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ทุกจำกัดอยู่บนเก้าอี้ ไม่สามารถเดินด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วยพยุงไปนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น	เดินได้ เป็นครั้งคราว	เดินได้เอง ลุกออกจากเตียงอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
4 ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย	ขยับเปลี่ยนท่าไม่ได้เลย	ขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย	ขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย แต่บางครั้ง	ขยับเปลี่ยนท่าได้ตามปกติ
5 ภาวะโภชนาการ	รับประทานอาหาร 1/3 /NPO/อาหารเหลว/ IV Fluid > 5 วัน	รับประทานอาหาร 1/2 หรือ feed รับไม่หมด	รับประทานอาหาร 1/2 หรือรับ feed/TPN หมด	รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ
6 แรงเสียดสีและแรงเฉือน	เลื่อนไหลไปจากตำแหน่งขณะนอนหรือนั่ง	ทรงท่าทางของร่างกายขณะนอน/นั่งได้ เส้นไหลจากตำแหน่งบ้าง	ทรงตัวได้ดีทั้งในเตียงหรือนั่งเก้าอี้	-

การประเมิน

- ประเมินแรกรับ
- ผู้ป่วยวิกฤต(Intensive care) ประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง/ทุกแวนและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วยทั่วไปประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมงและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

คะแนน 19-23 ไม่มีความเสี่ยง

คะแนน 15-18 มีความเสี่ยง

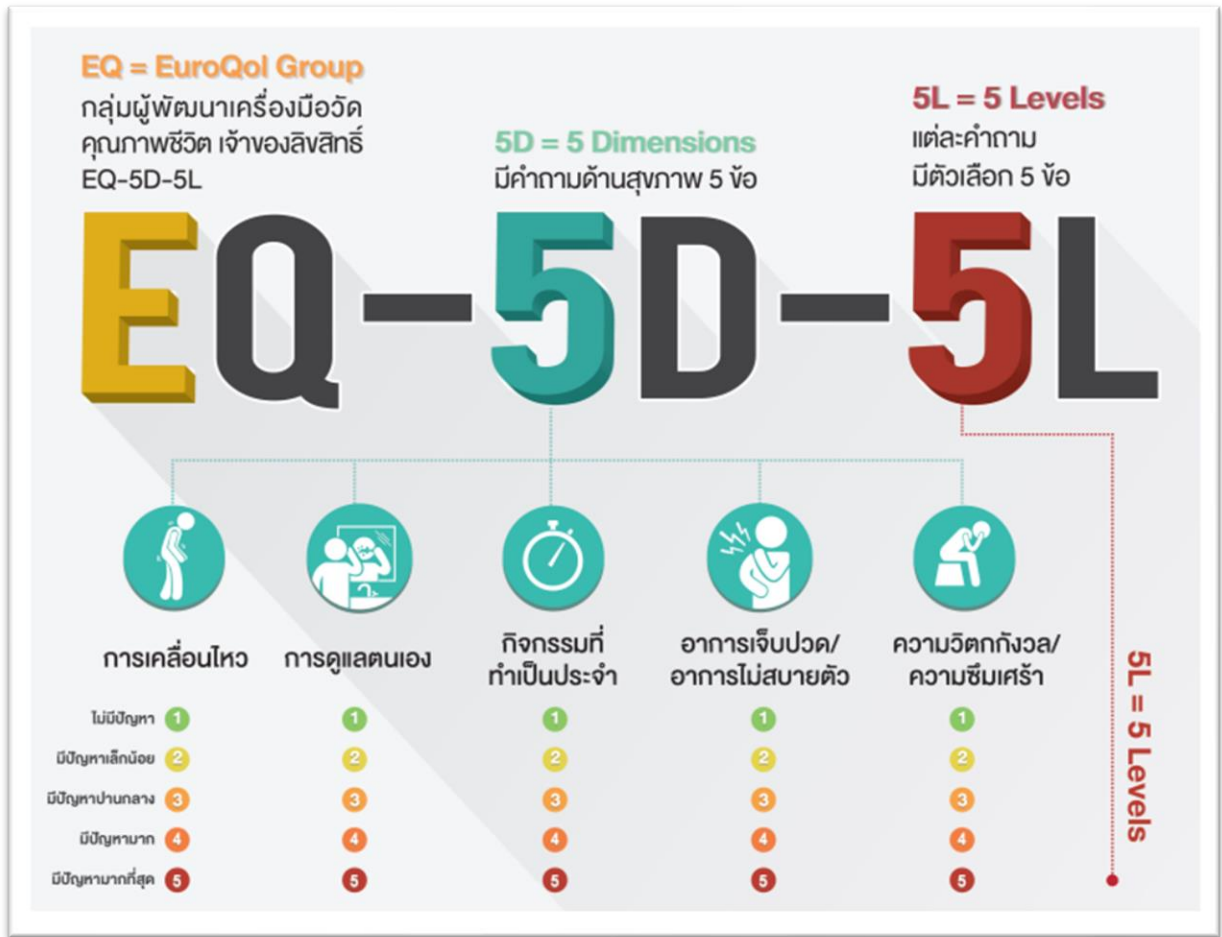
คะแนน 13-14 มีความเสี่ยงปานกลาง

คะแนน 10-12 มีความเสี่ยงสูง

คะแนน 6-9 มีความเสี่ยงสูงมาก

" New era of online nursing community "

รูปที่ 8 : แสดงการประเมินการหายของแผลกดทับแบบ (Pressure Ulcer Scale for Healing Tool)



รูปที่ 9 : แสดงการประเมินคุณภาพชีวิต (5Q-5D-5L)

(4) การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทย

1.เกณฑ์การตรวจประเมินทั่วไปทางการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การตรวจประเมิน	เหตุผล
สมุฏฐานวินิจฉัย หรือ วัน เดือน ปี เกิด	เพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนและมูลเหตุการเกิดโรค
ลักษณะทั่วไป : ดูลักษณะผู้ป่วย รูปร่าง สีผิว สังกะสี อิริยาบถ การยืน การเดิน การนั่ง การนอน การพลิกตัว การหยิบจับสิ่งของ การกลืน การเคี้ยว การพูด การหลับตา การหายใจ	เพื่อประเมินธาตุปัจจุบันของผู้ป่วย (ปกติ ลักษณะ)
จับชีพจร : ที่ข้อมือและหลังเท้า ทั้ง 2 ข้าง	เพื่อประเมินกำลังเลือดและลมของผู้ป่วย ทั้งลมเบื้องสูง และเบื้องต่ำ ดูระบบการไหลเวียนโลหิต ตรวจสอบว่า วาตะ ปิตตะ เสมหะ มีการกำเริบ หย่อน พิการ อย่างไร
การตรวจ : ดู ฟัง คลำ เคาะ 1. ทดสอบความตึงแข็ง อ่อน นุ่ม และความร้อนเย็นของเส้นโดยการกด คลำ	เพื่อประเมินว่ามีอาการแข็งตึงของท้องมากน้อยเพียงใด คลำดูภาวะลมอันในท้อง คลำดูความร้อนว่าสม่ำเสมอหรือไม่ ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	เหตุผล
2. ทดสอบการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย โดยการกด ลูบ สัมผัส	ประเมินภาวะท้องผูก เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา ได้แก่ การตั้งตำรับยาและการนวดรักษา
ทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว/กำลัง : 1. ทดสอบการเคลื่อนไหวและกำลังของกล้ามเนื้อ 2. การตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมแผนไทย เช่น การวัดสันเท้า ทดสอบแรงถีบปลายเท้า 3. การวัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score	เพื่อประเมินกำลังของลม และการตั้งของกล้ามเนื้อสำหรับการวางแผนการรักษา ได้แก่ การตั้งตำรับยาและการนวดรักษา

2. การตรวจประเมินทางกายภาพทางการแพทย์แผนไทย

1. ท่าเดิน มีลักษณะพิเศษ ขาข้างที่เป็นเดินปิดปลายเท้า มือและแขนหงิกงอ
2. ดูข้อต่อหัวไหล่ มีหลุดหลวมหรือไม่ มากหรือน้อยโดยใช้นิ้วมือ วัดว่ากระดูกต้นแขนต่ำจากหัวคุดมไหล่นิ้วมือ
3. ดูลักษณะทั่วไปของแขน ขา
 - กล้ามเนื้อมักลีบ หลังเท้าบวม
 - สีผิว มักมีสีดำ คล้ำ ซีด
 - อุณหภูมิ มือ-เท้าหรือตัว มักเย็น
4. จับชีพจรมือและเท้า ถ้าเต้นไม่สมดุลกัน (ลมเบื้องสูง ลมเบื้องต่ำไม่สมดุลกัน) จะเป็นลมชีวหาสมถัมภ์ มีเสมหะมาก ขาดน้ำ ท้องผูก อุจจาระเหม็น จะต้องนวดท้องเพื่อปรับสมดุล (อัมพาตชนิดอ่อน)
5. วัดสันเท้า
 - ถ้าตรวจพบข้างที่เป็นสั้น เป็นอัมพาตชนิดแข็ง ตอบสนองต่อการนวดช้า
 - ถ้าตรวจพบข้างที่เป็นยาว เป็นอัมพาตชนิดอ่อน ตอบสนองต่อการนวดเร็ว
6. ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของขา
 - กระดิกเท้าขึ้น - ลง อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - กระดิกเท้าขึ้น - ลง อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่
 - ทดสอบแรงถีบปลายเท้า อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง
 - ทดสอบกำลังสะโพก ให้ตั้งเข่าสองข้าง (ในกรณีผู้ป่วยชันเข่าได้) โดยตั้งขาที่เป็นหลักก่อนแล้วให้กางเข่า หนีบเข่า เพื่อทดสอบว่ามีกำลังตอบสนองได้ดีหรือไม่

กรณีผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการตรวจ ให้บีบนิ้วชี้ของเท้าแล้วหักเร็วๆ ถ้าผู้ป่วยชักขาหนีแสดงว่าเส้นประสาทหลังการได้ จะตอบสนองต่อการนวด สามารถเดินได้ และนวดจุดสัญญาณที่ 2 ขาด้านนอกได้
7. ทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของแขน
 - คว่ำ - หงาย อาจทำไม่ได้ หรือทำได้ไม่ดี
 - กำ - หยียด อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
 - ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้าง เปรียบเทียบกันข้างที่เป็นอ่อนแรงกว่า
 - ตั้งข้อศอก อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบไม่มั่นคง
 - กระดกข้อมือขึ้น - ลง โดยหมอบประคองข้อมือ คนไข้อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่

- ชูแขนชิดหู เหยียดนิ้วมือ ถ้าชูได้เรียกว่าเส้นประสาทสมบุรณ์ ตอบสนองการรักษาดี
- ดึงแขน 3 นิ้วหว่า อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง

ตัวอย่าง : การรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
การแพทย์แผนไทย

ตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1 การฟื้นฟูสภาพด้านหลอดเลือด

- ควบคุมค่าผลทางห้องปฏิบัติการที่ควรจัดทำหัตถการแพทย์แผนไทย

- 1) ค่าเกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม.
- 2) ค่าความแข็งตัวของเลือด (INR) มากกว่า 3

- เกณฑ์จัดทำหัตถการแพทย์แผนไทย และแจ้งแพทย์ทันที

- T > 38 °C

- PR > 100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที

- SBP > 180 หรือ < 90, DBP > 110 หรือ < 60 ครั้ง/นาที

- มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน หอบเหนื่อย ซีมลง สับสน

มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขน ขา อ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ บวม สงสัย DVT (ขาด้านใดด้านหนึ่ง บวมมากกว่าปกติ)

- ควรระมัดระวังการนวดบริเวณคอ ซึ่งใกล้บริเวณของหลอดเลือดแดง (Carotid artery) ควรกดคลายเบา ๆ ไม่ควรนวดใช้แรงมาก อาจเกิดการปริแตก ที่บริเวณหลอดเลือด Carotid artery

- ควรระมัดระวังการนวดผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin และ ยา Aspirin ควรเริ่มด้วยการนวดสัมผัส เน้นการประคบสมุนไพร

- งดการนวดในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเลือดออกง่าย ค่าความแข็งตัวของเลือด INR มากกว่า 3

- งดการนวดในกรณีผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือด ต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม.

- การนวดสัมผัส

เป็นการนวดในลักษณะที่เบา ใช้การลูบ บีบ จับเบา ๆ หรือนวดน้ำมัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการรับสัมผัสในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะแข็งเกร็ง หรือขยับเขยื้อนไม่ได้ นวดวันละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 – 1.5 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 วัน นวดทั้งสองข้างโดยเริ่มนวดข้างที่มีอาการก่อน

- การนวดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นวดข้างที่เป็นก่อน จึงค่อยนวดข้างที่ไม่เป็น 1 รอบ)

ลำดับ	การนวดพื้นฐาน	จำนวน (รอบ)	หมายเหตุ
1	นวดพื้นฐานขา เน้นข้อเท้า เปิดประตูลม	1 - 3	
2	นวดพื้นฐานหลัง	1 - 3	
3	นวดสัญญาณ 1 - 5 หลัง	1 - 3	
4	นวดพื้นฐานขาด้านนอก	1 - 3	
5	นวดสัญญาณ 1 - 5 ขาด้านนอก	1 - 3	ในกรณีผู้ป่วยเหยียดคู้ขาไม่ได้ ระมัดระวังการนวดสัญญาณ 2 ขาด้านนอก

6	ขนาดพื้นฐานขาด้านใน	1 - 3	
7	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 ขาด้านใน	1 - 3	
8	ขนาดพื้นฐานห้อง	1 - 3	ห้ามขนาดในกรณีมีโรคประจำตัว AF (Atrial fibrillation), AAA (Abdominal aortic aneurysm) ห้ามขนาดห้องเด็ดขาด (โดยการขนาดห้อง ต้องอยู่ภายใต้ผู้มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น)
9	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 ห้อง	1	
10	ขนาดพื้นฐานแขนด้านใน	1 - 3	
11	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 แขนด้านใน	1 - 3	
12	ขนาดพื้นฐานแขนด้านนอก	1 - 3	
13	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 แขนด้านนอก	1 - 3	
14	ขนาดพื้นฐานบ่า	1 - 3	
15	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 หัวไหล่	1 - 3	ในกรณีผู้ป่วยเหยียดข้อแขนไม่ได้ ระวังการขนาดสัญญาณ 2 หัวไหล่
หมายเหตุ : ถ้ามีอาการมูมปากตก ลิ้นกระด้าง คางแข็ง พุดไม่ชัด ให้นวดข้อ 16 - 19			
16	ขนาดพื้นฐานโค้งคอ	1 - 3	
17	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 ศีรษะด้านหลัง	1 - 3	
18	ขนาดจุดจอมประสาท	1	
19	ขนาดสัญญาณ 1 - 5 ศีรษะด้านหน้า	1 - 3	

- ข้อควรระวังในการนวด

- 1) ควรวัด Vital Signs ทุกครั้งก่อนเข้าทำหัตถการและหลังทำหัตถการโดย Control BP
- ได้รับยา rt-PA keep BP < 185/110 mm/Hg

- การตรวจร่างกายหลังนวด

1. ดูข้อต่อหัวไหล่ ในกรณีที่ตอบสนองต่อการนวด ข้อไหล่มีความกระชับขึ้น
2. ดูลักษณะทั่วไปของแขน - ขา
 - กล้ามเนื้อในกรณีที่บวมลดลง ในกรณีที่สับสน มีความกระชับขึ้น
 - สีผิว มักมีสีดำ คล้ำ ชีตลดลง
 - อุนหภูมิ อุ่นขึ้น
3. จับชีพจรมือและเท้า เส้นสมดุลงัน
4. วัดเส้นเท้า เท้ากันมากขึ้น

5. ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของขา

- กระดูกนิ้วเท้าขึ้น - ลง อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
- กระดูกข้อเท้าขึ้น - ลง อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
- ทดสอบแรงถีบปลายเท้า อาจไม่ตอบสนองหรือ ทำได้มากขึ้น
- ทดสอบกำลังสะโพก ให้ตั้งเข่าสองข้าง (ในกรณีผู้ป่วยชันเข่าได้) โดยตั้ง

ขาดีเป็นหลักก่อนแล้วให้กางเข่า หนีบเข่า เพื่อทดสอบว่ามีกำลังตอบสนองได้ดีหรือไม่

6. ทดสอบกำลัง และการเคลื่อนไหวของแขน

- คว่ำ - หงายมือ อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
- กำ - หยียด อาจทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี
- ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้างเปรียบเทียบกันข้างที่เป็นอ่อนแรงกว่า
- ตั้งข้อศอก อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบไม่มั่นคง
- กระดูกข้อมือขึ้น - ลง โดยหมอประคองข้อมือ คนไข้อาจ ทำไม่ได้ หรือทำ

ได้ไม่เต็มที่

- ชูแขนชิดหู หยียดนิ้วมือ ถ้าชูได้เรียกว่า เส้นประสาทสมบรูณ์ตอบสนอง

การรักษาดี

- ดึงแขน 3 จังหวะ อาจทำไม่ได้หรือทำได้แบบอ่อนแรง

7. ระยะเวลาการนัดและความถี่

กรณีตอบสนองต่อความรู้สึก สามารถกระดูกนิ้วมือได้ ควรนัดฟื้นฟูวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ๆ ละ ไม่น้อยกว่า 60 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร และประคบผล

ส่วนกรณีผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ควรนัดฟื้นฟู สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ ไม่น้อยกว่า 60 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร ติดต่อกันประมาณ 2 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูได้ด้วยตนเอง โดยแนะนำให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการนัดฟื้นฟูตนเอง และการทำกายบริหารด้วยตนเอง

- คำแนะนำหลังการนัด

1. สอนญาติ เรื่องการนวดผ่อนคลาย ประคบสมุนไพร การบริหารเพื่อนำกลับไปดูแล

ฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

2. จัดอาหารแสดงพื้นฐาน เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ยาแก้ปวด ๆ เป็นต้น

3. ไม่นอนทับแขน ขาข้างที่เป็น

4. พักผ่อนให้เพียงพอ

5. ส่งเสริมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดหรือหางานอดิเรกทำ เช่น การร้อยลูกปัด

ปั้นดินน้ำมัน การฝึกสมาธิ

2. การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงต้น ช่วงกลาง ช่วงปลาย โดยการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น เทียบเคียงโรค/อาการได้ใกล้เคียงกับการดูแลผู้ป่วยในช่วงปลาย กล่าวคือ ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการพัฒนาที่ดีขึ้น สามารถที่จะยืนได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้มากขึ้น เช่น การใส่เสื้อ การแปรงฟัน ล้างหน้า หวีผม พุด-คุย ตอบโต้สื่อสารได้ดีขึ้น หรือในบางรายเริ่มที่จะฝึกเดิน สามารถพยุงน้ำหนักตัวเองได้ จะเน้นรักษาด้วย “ยารสร้อน” เพื่อปรับและบำรุงธาตุให้บริสุทธิ์

2.1 ยารักษาอาการหลัก

ยาสัทธิสารธา

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้ ขับลมในเส้น แก้อาการคลื่นไส้

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระวังการบริโภคน้ำมันในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติกและโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์ ร้อนท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ คอแห้ง ผื่นคัน

ยาแก้ลมอัมพฤกษ์

รูปแบบยา : แคปซูล

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการปวดตามเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตึงหรือชา

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนดื่มประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ดื่มขณะที่ยังอุ่นอยู่ วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มิใช่ และเด็ก

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระมัดระวังการใช้อย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่จำกัดการใช้เกลือ

อาการไม่พึงประสงค์ แสบร้อนยอดอก

2.2 ยารักษาอาการร่วม

ยาหอมเทพจิต

รูปแบบยา : ยาผง ยาเม็ด

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้ แก้ลมกองละเอียด ได้แก่ อาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย (อาการที่รู้สึกใจหวิว วิงเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม) ใจสั่น และบำรุงดวงจิตให้ชุ่มชื้น

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม ละลายน้ำดื่มสุกที่ยังอุ่นอยู่ เมื่อมีอาการทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ชนิดเม็ด

รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ข้อห้ามใช้ -

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม -

ยาหอมนวโกฐ

รูปแบบยา : ผง เม็ด

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้

1. แก้กลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ
2. แก้กลมปลายไข้ (หลังจากฟื้นไข้แล้วยังมีอาการ เช่น คลื่นเหียน วิงเวียน เบื่ออาหาร

ท้องอืด และอ่อนเพลีย)

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ละลายน้ำกระสาย หรือน้ำต้มสุกที่ยังอุ่นอยู่ เมื่อมีอาการทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

น้ำกระสายยาที่ใช้

- กรณีแก้กลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ ใช้น้ำลูกผักชี (15 กรัม) หรือเทียนดำ (15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา

- กรณีแก้กลมปลายไข้ ใช้น้ำก้านสะเดา (33 ก้าน หรือ 15 กรัม) ลูกกระดอม (7 ลูก หรือ 15 กรัม) และเถาบอระเพ็ด (7 องคุลี หรือ 15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา

ชนิดเม็ด

รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม หรือน้ำต้มสุกที่ยังอุ่นอยู่ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล *Aristolochia* ซึ่งพืชในสกุล *Aristolochia* มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล *Aristolochia* เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

ยาธาณีสันขมาต

รูปแบบยา : แคปซูล เม็ด ลูกกลอน

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้ แก้กษัยเส้น

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำต้มสุกที่ยังอุ่นอยู่ หรือผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอน วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าหรือก่อนนอน

ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าหรือก่อนนอน

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

- ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม -

ยาเบญจกุล (ยารสร้อน)

รูปแบบยา : แคปซูล ผง

สรรพคุณ / ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดซอง

รับประทานครั้งละ 1.5 – 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 เวลา หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน

รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็กเล็ก

คำเตือน -

ข้อควรระวัง - ควรระมัดระวังการใช้ในผู้ที่ร้อนในง่าย และการใช้ในฤดูร้อน เนื่องจากอาจทำให้ธาตุไฟกำเริบ

- ไม่ควรรับประทานติดต่อกันนานเกิน 7 วัน

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม -

2.3 ยาตำรับปรุงเฉพาะราย

ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์

3. คำแนะนำการฝึกปฏิบัติ

3.1 ฝึกออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อและอวัยวะแขนขาที่อ่อนแรง ตามท่าการบริหารของหัตถเวชกรรมไทย โดยการชักโรค การบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการร่วมในการช่วยเหลือด้วย

3.2 งดอาหารแสลง/อาหารรสจัดต่าง ๆ เช่น เผ็ด เค็ม หวาน มัน เปรี้ยว ของหมักดอง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ฯลฯ

3.3 ดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว เพื่อป้องกันท้องผูก กรณีมีอาการท้องผูก กรณีมีอาการท้องผูกแนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ หรือน้ำมะขามเปียกเพื่อช่วยในการระบายท้อง

3.4 ไม่ควรนอนดึก หรือทำงานเกินกำลัง

3.5 ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย บริหารจิตใจด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกหรือการทำสมาธิ

3.6 หางานอดิเรกทำเพื่อคลายเหงา เช่น การอ่านหนังสือ ร้องเพลง

การแพทย์แผนจีน

แพทย์แผนจีนพิจารณาเลือกใช้จุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์ทางเลือก

ตัวอย่าง : การทำสมาธิบำบัด SKT

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด –เหยียด ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิ การเยียวยาไทยจินตภาพ”

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง”

ท่าที่ 8 (SKT 8)

หมายเหตุ คู่มือการปฏิบัติ สมาธิบำบัด SKT ท่าที่1-8 ในส่วนที่ 3 เรื่อง จิตตานามัย หน้าที่ 51-60

ตัวอย่าง : การตรวจประเมินผลหลังการรักษาและติดตามผล

- การตรวจประเมินผลหลังการรักษา ใช้การประเมินเช่นเดียวกับการตรวจประเมินผลก่อนการดูแลรักษา
- การติดตามผลการรักษา สามารถติดตามผลตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ดูแล

2.3 แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 2.3.1 การประเมินและการวินิจฉัย ก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน
- 2.3.2 การประเมินและการวินิจฉัย ก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- 2.3.3 การจัดการอาการต่างๆ
- 2.3.4 การประเมินหลังการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ตัวอย่าง : การประเมินและการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน

1) การใช้เครื่องมือแบบประเมินด้วย ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และความสบายกาย / ใจ ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตอบ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบเองได้) โดยระดับการวัดของอาการจะถูกแบ่งออกเป็นตัวเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด หลังจากประเมินด้วย ESAS แล้วผู้ประเมินควรบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการ ติดตามผลการรักษา

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดกลั่นกรองรายละเอียดที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด	มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่มีอาการคลื่นไส้	มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่มีอาการซึมเศร้า	มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่วิตกกังวล	วิตกกังวลมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่มีอาการง่วงซึม/สะอึกสะอื้น	มีอาการง่วงซึม/สะอึกสะอื้นมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่มีอาการอาหาร	มีอาการอาหารมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

สบายที่ทรวงอกและใจ	ไม่สบายทรวงอกและใจเลย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ	มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

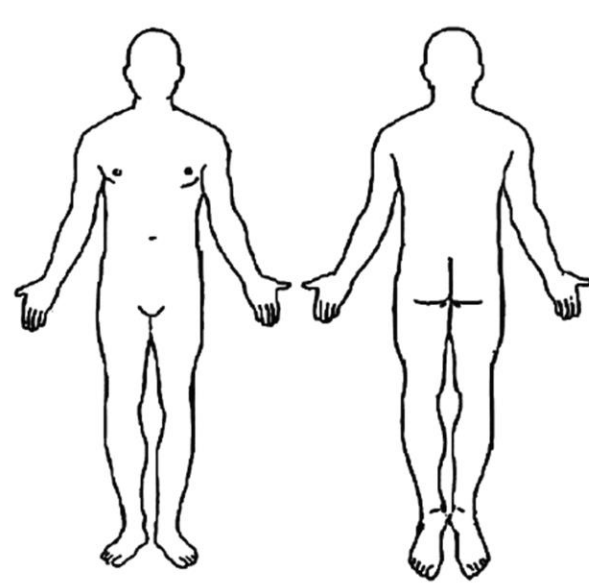
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่	(ถ้าปัญหาดังกล่าวรวมราคาคะแนน = 10)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ชื่อผู้ป่วย _____ ทำโดย ผู้ป่วย

วันที่ _____ เวลา _____ ผู้ดูแลผู้ป่วย

อื่นๆ ได้แก่ _____

Copyright: Bruess E, MD Version 1991
This version translated by Durin Jirapattanon, MD, Montarat Chinda, MD and team. E-mail: drdurin@rathoo.com



รูปที่ 10 : แสดงแบบประเมิน SAS (Edmonton Symptom Assessment System)

2) การประเมินด้วย PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน ใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการ เคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกรู้ตัว ประโยชน์ ของการประเมิน PPS เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลและใช้ ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าวๆ ของผู้ป่วย (Prognostic Value) เช่น

- คะแนน PPS มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่
- คะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-70 หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่จะอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน
- คะแนน PPS น้อยกว่า 30 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

Department of Family Medicine, Ramathibodi Hospital

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกรู้ตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคเบาอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องขอความช่วยเหลือในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคเบาอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ศพ. พญ. บุญยามาส จิวถอุยง และคณะกรรมาการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมทบราชชนกเชียงใหม่)

รูปที่ 11 : แสดงแบบประเมิน PPS Version 2 (Palliative Performance Scale Version 2)

วิธีการใช้ PPS

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวาง ไล่จากซ้ายไปขวา
2. เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนข้อถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40 % แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40 % ตาม ช่องซ้ายสุดเท่านั้น
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ ผู้ประเมินต้องเลือกว่าจะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ใช้ประเมินมากที่สุด
4. ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย, และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว

3) การประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมิน T - FLIC Version 2 (Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire) สร้างโดยชิปเปอร์และคณะ (Schipper H & Levitt M, 1985) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยสุมิตรา ทองประเสริฐและคณะ (Thongprasert et.al., 2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ มีข้อ คำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย ภาพจิตใจและการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและ สังคม แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่ (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good)

APPENDIX				
The Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire Version 2 (T-FLIC 2)				
1. คนส่วนมากมีความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล หมกมุ่นกับโรค สำหรับท่านมีความรู้สึกซึมเศร้าบ่อยแค่ไหน	(0) ตลอดเวลา	(1) เกือบตลอดเวลา	(2) นานๆ ครั้ง	(3) ไม่เคยเลย
2. ท่านสามารถที่จะแก้ไขหรือลดอาการเครียดในแต่ละวันได้แค่ไหน	(0) ไม่ได้เลย	(1) เกือบไม่ได้เลย	(2) ได้เป็นบางครั้ง	(3) ดีมาก
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านคิดถึงอาการป่วยของท่าน	(0) ตลอดเวลา	(1) เกือบตลอดเวลา	(2) คิดบ้าง	(3) ไม่คิดมาก
4. ท่านสามารถที่จะทำกิจกรรมที่ท่านต้องพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง, ฟังเพลง, ดูโทรทัศน์, อ่านหนังสือเล่นได้หรือไม่	(0) ไม่ได้เลย	(1) เกือบไม่ได้เลย	(2) ได้เป็นบางครั้ง	(3) ดีมาก
5. หลังจากที่ท่านได้รับการรักษาแล้ว หากท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านสามารถทำงานประจำได้หรือไม่ (ยกตัวอย่างเช่น กวาดบ้าน, ล้างจาน, รดน้ำต้นไม้, ปลูกต้นไม้, ซ่อมแซมบ้าน)	(0) ไม่ได้เลย	(1) เกือบไม่ได้เลย	(2) ily น้อยกว่าปกติ	(3) ได้ตามปกติ
6. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง	(0) รู้สึกไม่ดีเลย	(1) รู้สึกดีบ้างไม่ดีบ้าง	(2) รู้สึกดี	(3) รู้สึกดีมาก
7. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกสบายพอที่จะทำอาหารรับประทานหรือทำงานบ้านหรือไม่	(0) ไม่ได้เลย	(1) เกือบไม่ได้เลย	(2) ได้เป็นบางครั้ง	(3) ดีมาก
8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคที่ท่านเป็นอยู่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อญาติคิด เช่น สามี ภรรยา ลูก หลาน หรือไม่	(0) ยุ่งยากมาก	(1) ยุ่งพอสมควร	(2) รู้สึกเป็นบางครั้ง	(3) ไม่รู้สึกเลย
9. ท่านมีความรู้สึกต่อแท หมดก่าลังใจ สิ้นหวังหรือชีวิตของท่านแค่ไหน	(0) รู้สึกตลอดเวลา	(1) รู้สึกมาก	(2) รู้สึกเป็นบางครั้ง	(3) ไม่รู้สึกเลย
10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านพอใจกับกิจกรรมที่ท่านร่วมทำงานบ้านด้วยแค่ไหน	(0) ไม่พอใจ	(1) พอใจเล็กน้อย	(2) พอใจบ้าง	(3) พอใจมาก
11. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกมีความลำบากหรือไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร	(0) ไม่สะดวกมาก	(1) ไม่สะดวกเล็กน้อย	(2) สะดวก	(3) สะดวกดีมาก
12. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกว่าท่านเป็นเหตุให้เกิดความเดือดร้อนยุ่งยากแก่ญาติคิดหรือไม่	(0) รู้สึกยุ่งยากมาก	(1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง	(2) รู้สึกเล็กน้อย	(3) ไม่รู้สึกเลย
13. อาการเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่สบายที่เป็นอยู่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยขนาดไหน	(0) เป็นอุปสรรคมาก	(1) เป็นอุปสรรคปานกลาง	(2) เป็นอุปสรรคเล็กน้อย	(3) ไม่เป็นอุปสรรคเลย
14. โรคที่ท่านเป็นอยู่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างไร	(0) รู้สึกยุ่งยากมาก	(1) รู้สึกยุ่งยากปานกลาง	(2) รู้สึกเล็กน้อย	(3) ไม่รู้สึกเลย
15. ท่านสามารถทำงานประจำที่ท่านได้เคยชมชอบตามความประสงค์หรือไม่	(0) ทำไม่ได้เลย	(1) ทำได้เล็กน้อย	(2) ทำได้ปานกลาง	(3) ทำได้ตามปกติ
16. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอยากออกจากบ้านไปพบเพื่อนหรือร่วมงานสังสรรค์หรือไม่	(0) ไม่อยากไปเลย	(1) อยากไปบ้างบางครั้ง	(2) อยากไปมาก	(3) อยากมากที่สุด
17. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากแค่ไหนใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	(0) มีมากที่สุด	(1) มีมาก	(2) มีบ้างเล็กน้อย	(3) ไม่มีเลย
18. ท่านมีความกังวลเรื่องอนาคตแค่ไหน	(0) กังวลมากที่สุด	(1) กังวลมาก	(2) กังวลบ้างเล็กน้อย	(3) ไม่กังวลเลย
19. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านอยากไปพบพูดคุยกับเพื่อนมากแค่ไหน	(0) ไม่อยากไปเลย	(1) อยากไปเป็นบางครั้ง	(2) อยากไปบ่อยๆ	(3) อยากไปทุกวัน
20. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอาการป่วยของท่านมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่ท่านเป็นอยู่มากน้อยแค่ไหน	(0) เกี่ยวมากที่สุด	(1) เกี่ยวมาก	(2) เกี่ยวบ้างเล็กน้อย	(3) ไม่เกี่ยวข้อง
21. ท่านมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์มากแค่ไหน (มั่นใจว่าแพทย์รักษาถูกต้อง)	(0) ไม่มั่นใจ (<50%)	(1) มั่นใจบ้าง (50%)	(2) มั่นใจมาก (50-80%)	(3) มั่นใจมากที่สุด (>80%)
22. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร	(0) ไม่สบายเลย	(1) สบายดี	(2) สบายมาก	(3) สบายมากที่สุด

รูปที่ 12 : แสดงแบบประเมิน T - FLIC Version 2 (Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire)

ตัวอย่าง : การประเมินและการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไปการจับชีพจร การดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจร่างกายทางหัตถเวช เพื่อให้ทราบตำแหน่งและอาการที่ได้จากการสังเกตและการตรวจว่าเป็นอย่างไร

2. การวิเคราะห์ทางการแพทย์แผนไทย โดยตรวจอาการต่างๆ และซักประวัติตามอาการของกลไกการเกิดโรค เพื่อให้ทราบสาเหตุและความหนักเบาของโรคหรืออาการเจ็บป่วย ได้แก่

1) อาการทางปิตตะ ไข้กำเดา (ไข้ตัวร้อน) ปรากฏบ่อยครั้ง เป็นๆ หายๆ เนื้อตัวร้อนมีอาการ สะท้านร้อน สะท้านหนาวมีแผลในปากหรือมีฝ้าที่ลิ้นจากไอความร้อนภายใน (กำเดา) เนื่องจากมีการ อักเสบและบวม ไผ่อย่อยอาหาร (ไผปริณามัคคี) ย่อยอาหารไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวย่น มีฝ้าปรากฏ และมีสีเข้ม

2) อาการทางวาตะ ท้องอืด ท้องพอง รับประทานอาหารได้น้อย อิมท้องไปด้วยลม ปวดเสียดท้อง ลมในท้องวิปริตแปรปรวน เกิดเหน็บชาเนืองๆ (คือ อาการตะคริวอันเกิดจากกระทบ ความเย็นที่ไม่ใช่โรคเหน็บชา)

3) อาการทางเสมหะ มีเสมหะ ไอเป็นเวลานานไม่หาย บางทีไอเป็นโลหิต ไอเป็นมอญคร้อ ปัสสาวะ และอุจจาระวิปริตแปรไป ทั้งสี กลิ่น และขัดบ้าง ท้องผูกบ้าง ลงท้องบ้าง บางทีมีกลิ่นเหม็นคาวและมีโลหิตออกทาง ช่องทวารหนักและทวารเบา และประระเมหะ (เป็นเมือกมัน) ต่างๆ แปรปรวน และผิดปกติจากเดิม

4) อาการทางปฐวีธาตุ (ธาตุดิน / อวัยวะธาตุ) ร่างกายผ่ายผอม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กินไม่ได้ มีแผล ฝี หนองและน้ำเหลือง มีก้อนทั้งภายในหรือภายนอกในร่างกาย ปวดเมื่อยตามร่างกายเป็นกำลัง อ่อนกำลังหายใจเหนื่อย หอบ อาจมีฝีเปื่อยเน่าหรือเป็นหนอง บ้างเป็นบ้างเป็นดานและเป็นมาน (อาการดับม้ามโต ท้องแข็ง ท้องโตบวม)

ทั้งนี้ อาการข้างต้นในผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปจากน้อยไปหา มาก และจากเบาไปหนัก การรักษาอาการต่างๆ จึงต้องดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไร และรักษาอาการที่รุนแรงหรือ หาสาเหตุหลัก เป็นสำคัญ เช่น

- อาหารไม่ย่อย แน่นท้อง ท้องอืดเฟ้อ (ไผปริณามัคคีห่อยอน หรือพิการ)
- ปวดเสียดชายโครงขวา (จากก้อนหรือลมตันในท้อง) ลมปิตตะคุละมะ
- ท้องผูก ถ่ายยาก ขับถ่ายไม่ปกติ
- ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ร้อนเป็นตอนเย็นเป็นตอน (ไฟอุ่นกายทำงานผิดปกติ)
- เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กินไม่ได้

3. การประเมินอาการและมูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ

กำเริบ หมายถึง รุนแรงขึ้น ทำหน้าที่มากเกินไปเกินควร เช่น โรคกำเริบ กิเลสกำเริบ

หย่อน หมายถึง ทำหน้าที่น้อยลง หรือเลวลง

พิการ หมายถึง ทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม คือ มากเกินไป หรือน้อยเกินไป (ควบคุมไม่ได้ ไม่คงที่)

พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)

4. การประเมินความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวและความไม่สบาย โดยใช้ แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) ระเมินความรุนแรงของอาการปวด หรือระดับความรู้สึกรวมกันจากอาการปวด (Pain Score) โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดจากน้อยไปหามาก มีคะแนน ตั้งแต่ 0 - 10 และการประเมินการ เคลื่อนไหวแขน ข้างกาย โดยประเมิน Motor Power และการรับรู้อื่นๆ ตามความจำเป็น

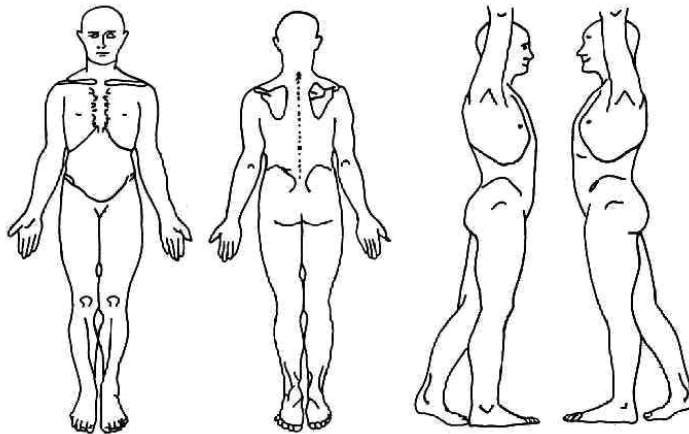
ตัวอย่าง : การจัดการอาการต่างๆ

1. การจัดการอาการปวด (Pain)

อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือระยะท้าย อาการปวดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจ ดังนั้นการจัดการอาการปวดจึงควรเป็นไปอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้การประเมินอาการปวดตามหลักสากลและทักษะการวินิจฉัยอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการปวด โดยมีหลักการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินอาการปวด

1) ตำแหน่ง (Pain Position) สามารถประเมินได้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (Body Chart) ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งและหลายลักษณะ



รูปที่ 13 : แสดงแบบประเมินอาการปวดตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย (Body Chart)

2) ลักษณะความปวด (Pain Characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตึบๆ ปวดเหมือนถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว ปวดแบบจุกๆ แน่นๆ เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะมีกลไกความปวดอย่างไร

3) ความรุนแรงของความปวด (Pain Intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับความปวด ในกรณี que ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้แบบประเมิน NRS (Numerical Rating Scale) คือจากคะแนน 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน Face Pain Rating Scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ

4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด

5) ผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และผลกระทบทางด้านอารมณ์

6) ผลของการรักษาต่อความปวด ได้แก่ ใชยาแก้ปวดอะไรมาบ้าง ผลการรักษาเป็นอย่างไร อาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้ปวดที่เคยใช้

(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคองระยะท้าย. 2558; หน้า 12-13)

1.2 การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

การจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายทางการแพทย์แผนไทยมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุการเกิดโรค ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อโรคและอาการ รวมถึงการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาต่อผู้ป่วย ซึ่งการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายโดยการใช้ยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร ดังนี้

อาการ/อาการแสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
ปวด (ท้อง)					-ยาบรรเทาอาการ -หัตถการ (พอก/ประคบ)	1. ธาตุบรรจบ 2. ยาน้ำสาบาน (วัดค่าประมง) 3. ยาปรุงเฉพาะราย
ปวด (ตามร่างกาย/ กล้ามเนื้อ)					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (พอก/ประคบ/ นวด สัมผัส ฯลฯ) - ฤๅษีตัดตน - สมานบำบัด	1. ยาเถาวัลย์เปรียง 2. ยาโคคลาน (ผสม) 3. ยาผสมเถาวัลย์ เปรียง 4. ยาปรุงเฉพาะราย 5. ยาน้ำสาบาน (วัดค่าประมง)
จุก เสียด ท้องอืดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ - ฤๅษีตัดตน	1. ขมิ้นชัน 2. ยาขิง 3. ยาธาตุน้ำร้อน* 4. ยาธาตุน้ำเย็น* 5. ยาประสะ กะเพรา 6. ยาเบญจกูล 7. ยาประสะ เจตพังคี * ข้อควรระวังใน การใช้ยา : ยาที่มีส่วนผสมของ การบูร การใช้ต่อเนื่องเป็น เวลานาน อาจมีผลต่อตับ ไต
ท้องผูก					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (นวด/ ประคบท้อง) - ฤๅษีตัดตน	1. ยาตรีผลา 2. ยาชุมเห็ด* 3. ยามะขามแขก* 4. ยาถั่วลิสงคั่ว* 5. ยาธรณีสุนทรา 6. ยาเบญจอมฤต

อาการ/อาการ แสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
						7. ยาปรุงเฉพาะราย * ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี ภาวะทางเดินอาหาร อุดตัน หรือปวดท้อง โดยไม่ทราบสาเหตุ
ท้องเสีย					- ยาบรเทาอาการ	1. ยาธาตุบรรจบ* 2. ยามันชธาตุ* *ข้อควรระวังในการ ใช้ยา : ใช้เฉพาะเมื่อมี อาการเท่านั้น
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด/ซบ ผอม					- ยาบรเทาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดค่าประมง) 2. ยาหอมเนาวโกฐ 3. ยาปรุงเฉพาะราย
เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง					- ยาบรเทาอาการ	1. ยาน้ำสาบาน (วัดค่าประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. สุขไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปรุงเฉพาะราย
นอนไม่หลับ/ หงุดหงิด					- ยาบรเทาอาการ - หัตถการ (นวด ผ่อนคลาย คอ บ่า ไหล่ นวดศีรษะ)	1. ยาน้ำสาบาน (วัดค่าประมง) 2. ยาหอมเทพจิตร 3. ยาหอมอินทจักร์ 4. สุขไสยาสน์ 5. น้ำมันกัญชา 6. ยาปรุงเฉพาะราย
ง่วงซึม สละสลิมสละ					- ยาบรเทาอาการ - หัตถการ (นวด ศีรษะ คลายเครียด นวดคอ บ่าไหล่)	1. ยาหอมเทพจิตร 2. ยาหอมอินทจักร์ 3. ยาปรุงเฉพาะราย
มีไข้/ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ร้อย ภายใน					- ยาบรเทาอาการ	1. ยาจันทน์ลีลา 2. ยาจันทฤทธิ์ 2. ยาเขียวหอม 3. ยาประสะจันทน์ แดง 4. ยาฟ้าทะลายโจร 5. ยาหญ้าปักกิ่ง 6. ยามะระขึ้นก* 7. ยาปรุงเฉพาะราย

อาการ/อาการ แสดง	มูลเหตุลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ				แนวทางการรักษา	การใช้ยา
	พิการ (0-1)	หย่อน (2-3)	ปกติ (4-6)	กำเริบ (7-10)		
						ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยาลดน้ำตาล ในเลือดชนิด รับประทาน หรือ ร่วมกับการฉีด อินซูลิน เพราะอาจ ทำให้เกิดการเสริม ฤทธิ์กันได้
คลื่นไส้/อาเจียน					- ยาบรรเทาอาการ	1.ยาซิง (ซง) 2.ยาหอม 3.ยาหอมทิฟโอสถ 4.ยาปรุงเฉพาะราย
วิตกกังวล/ หงุดหงิด ไม่สบายใจ					- ยาบรรเทาอาการ - หัตถการ (นวด) - สมาธิบำบัด - ดนตรีบำบัด - สวดมนต์บำบัด	1.ยาหอมอินทจักร์ 2.ยาสุขไสยาสน์ 3.น้ำมันกัญชา 4.ยาหอมเทพจิตร 5.ยาปรุงเฉพาะราย

นอกจากนี้ อาจพิจารณาใช้ตำรับยารักษาอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) ร่วมในการรักษา (ยาเสริม) ตามการพิจารณาสมุฏฐาน ให้สอดคล้องกับหลักเภสัชกรรมไทย (รस्याไม่ขัดกัน) เช่น ยาหอมทิฟโอสถ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมแก้ลมวิงเวียน ยาหอมอินทจักร์ ยาพอก หรือยาปรุงเฉพาะรายตามความจำเป็น และควรมีการประเมินอาการปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อปรับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยลดปวดได้

1.3 การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา

1.3.1 การสัมผัส (Touching) โดยการวางมือลงบริเวณที่มีอาการ หรือ บริเวณใกล้เคียงที่มีอาการ ตามหลักเส้นประธานสิบ ความร้อนจากฝ่ามือและการสัมผัสจะส่งผลทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

1.3.2 หัตถเวชกรรมไทยหรือการนวดไทย (Nuad Thai) โดยทำหัตถการที่สอดคล้องกับระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิตเพื่อรักษาอาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย

1.3.3 การดูแลแบบองค์รวมโดยใช้หลักธรรมานามัย ประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

1.3.4 การแพทย์ทางเลือก เช่น สมาธิบำบัด ชีกง มณีเวช สติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling) กิจกรรมบำบัด และสวดมนต์บำบัด เป็นต้น

กรณีตัวอย่าง

คนไข้ชายไทยอายุ 49 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย มะเร็งตับระยะสุดท้าย Consult แพทย์แผนไทย ดูแลแบบประคับประคอง (TTM. Palliative Care) มีอาการปวดหลังและขาทั้ง 2 ข้าง ท้องพอง แน่นท้อง ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรค ลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใดๆ ปฏิเสธการ ใช้ยากระตุ้นการทำงานของอวัยวะใดๆ PPS SCORE = 20

การดูแลรักษา

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติในครั้งแรกๆ ที่เข้าพบ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ญาติเกิดความคุ้นเคยและความสบายใจที่จะบอกกล่าวข้อมูลต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแล เช่น ความกังวลใจ ความไม่สบายใจ และอาการเจ็บป่วยต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญในการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งมีใช้พบทบทวนหน้าที่ ของแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ก่อนที่จะเข้าพบผู้ป่วยและญาติควรรับข้อมูลจากแพทย์ เจ้าของไข้ หรือ PCWN (Palliative Care Ward Nurse) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการร่วมกันวางแผน การดูแลรักษา

2. ใช้ยาพอก (สูตรเย็น) พอกบริเวณท้องที่พอง ครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกๆ 6 ชั่วโมง
3. ใช้ยาครีมพอก ทาบริเวณหลังและขาทั้ง 2 ข้าง เมื่อมีอาการ
4. การสัมผัส (Touching)
5. สติบำบัด หรือ สมาธิบำบัด หรือ การฝึกสังเกตลมหายใจ
6. นิมนต์พระ รับสังฆทานจากผู้ป่วยและญาติ

2. การจัดการอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย (Tiredness / Fatigue)

อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ในทางการแพทย์แผนไทย คือ ลักษณะอาการของวาโยธาตุหย่อน เนื่องจากป่วย ด้วยโรคเรื้อรังร้ายแรงมานานย้อมส่งผลต่อความเสื่อมถอยของระบบธาตุต่างๆ ในร่างกายโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมี อาการเหนื่อยง่าย อ่อนแรง อิดโรย และหากเป็นเช่นนี้นานเข้า จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและญาติต่อไป

2.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะโรคและอาการ ซีพจร เพื่อประเมินความรุนแรงของระยะโรคและอาการ (ความสัมพันธ์ของสมุฏฐานปิตตะ วาตะ เสมหะ) และตรวจเปลวกำเดา (อุณหภูมิหรือความร้อน) เพื่อดูอาการ ของ ปิตตะ (ธาตุไฟ) ร่วมกับซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยและรักษา (ตามสมุฏฐานธาตุกำเดา เรียบ หย่อน พิการ)

2.2 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร ตามหลักการทาง เวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะ ของธาตุกำเดา เรียบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การ รักษา ไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้พิจารณายาตามคัมภีร์ ที่ได้รับ การประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ

2.3 การจัดการอาการเหนื่อย อ่อนเพลียโดยไม่ใช้ยาตำรับแผนไทยหรือยาสมุนไพร

การดูแลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย อ่อนเพลียของผู้ป่วย สามารถใช้การฝึกหายใจในการช่วยลดอาการเหนื่อย โดยค่อยๆ ฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตลมหายใจ ค่อยๆ หายใจเข้า - ออก ยาวๆ ลึกๆ นานประมาณ 5-10 นาที ฝึกทำชั่วโมงละ 1-2 ทั้งนี้ ต้องคอยสังเกตอาการหอบเหนื่อยว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทยอายุ 72 ปี มารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย มะเร็งปอดระยะสุดท้าย Consult TTM. Palliative Care มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจการดำเนินโรค ลงนามปฏิเสธการช่วยคืนชีพใดๆ ปฏิเสธการ ใช้ยากระตุ้น การทำงาน ของอวัยวะใดๆ ประเมิน PPS SCORE = 30 หลังอาการทุเลา ผู้ป่วยและญาติ ประสงค์ขอพากลับไปรักษาตัวต่อ ที่บ้านและขอปรึกษาการใช้กัมพูชาทางการแพทย์แผนไทย แพทย์เจ้าของไข้ อนุญาตจำหน่ายกลับบ้านพร้อมอุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจน

การดูแลรักษา

1. ฝึกการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ขั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
 2. ให้อาหารหอมเทพจิตร 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น เมื่อกลับบ้านให้อาหารหอมเทพจิตร 1 กรัม รับประทาน เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะ ให้ไม่เกินวันละ 3 ครั้ง
 3. ให้อาหารคุชไฮยาซีน รับประทานครั้งละ 0.5 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- นัดติดตามอาการทางโทรศัพท์ 3 วันหลังกลับบ้าน และนัดเจาะเลือด 1 เดือน

3. การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดได้จากภาวะวอาโยธาตุหย่อน กำเริบ หรือพิการ ส่วนใหญ่มักเป็นที่ โภจวิญญูสาธาตวา หรือ กุญญิสยาธาตวา (ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานไม่สมดุล) และอาจเกิดจากกรีสัง (อาหารเก่าหรืออาหาร ที่กินเข้าไปย่อยแล้วบางส่วนเป็นมวนอุจจาระหรือของเสียในลำไส้) ที่คั่งค้าง ไฟปริณามัคคีเผาผลาญไม่สมบูรณ์ (ของเสียคั่งค้างในร่างกาย หรืออาหารกระทำให้เป็นพิษ เช่น กินของที่ไม่ควรกินหรือของที่ไม่ถูกกับธาตุหรือไม่ถูก กับโรค) หรือเกิดจากอุทริยง (อาหารที่รับประทาน) แสลงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

3.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

แพทย์แผนไทยตรวจลักษณะของชีพจรเพื่อประเมิน ปิตตะ วาตะ เสมหะ และตรวจเปลวกำเดา เพื่อดูการ กระจายตัวและลักษณะของปิตตะ ร่วมกับซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการ

3.2 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ตามหลักการทางเวชกรรมไทย แพทย์แผนไทยมีการพิจารณาถึงสมุฏฐานของผู้ป่วยแต่ละราย มูลเหตุ ลักษณะของธาตุกำเริบ หย่อน พิการ และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออาการ รวมถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้การรักษาไม่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

แพทย์แผนไทยสามารถปรุงยาเฉพาะรายได้ตามสมุฏฐานของผู้ป่วย แนะนำให้พิจารณาตามคัมภีร์ ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนเป็นตำรับยาแห่งชาติ หรือปรุงยาตาม เพื่อแก้อาการวิงเวียนศีรษะ

3.3 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยไม่ใช้ยา

แพทย์แผนไทยควรแนะนำการรับประทานอาหารตามธาตุสมุฏฐาน หรือ ตามสมุฏฐานอาการของโรค ควรเป็นรสสุขุมหรือสุขุมร้อน หรือรสหอมเย็น รสหอมสุขุมหรือสุขุมหอม หรือแนะนำเครื่องต้มสมุนไพร ที่มีรสเปรี้ยวหรือร้อนเล็กน้อย เช่น นำใบกะเพรา (ช่วยขับลม) นำมะนาว (กัตเสมหะและระบาย) นำลูกผักชีลา (แก้ไข้แก้อาเจียน) นำต้มลูกยอหมกไฟ (แก้อาเจียน) ในกรณีที่ใช้สมุนไพรสร้อน เช่น น้ำขิง ถ้าใช้ในหน้าร้อน หรือช่วงที่มีอาการ รุมๆ หรือมีไข้ไม่ควรใช้ หรือหากจะใช้ควรให้รับประทานในปริมาณน้อยก่อน ในบางราย อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อน คอหรือร้อนในและไม่ควรใช้ขณะที่มีไข้ และควรรับประทานเป็นเครื่องต้มร้อน หรืออุ่น จัดการระบายอากาศให้ถ่ายเท หรือแต่งกลิ่นห้องพักด้วยสมุนไพรช่วยขับลม

กรณีตัวอย่าง

หญิงไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ระยะแพร่กระจาย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรคดี ปฏิเสธการช่วยคืนชีพ ปฏิเสธยากระตุ้นใดๆ ผู้ป่วยมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นประจำ

การดูแลรักษา

- 1) ให้อาหารหอมเทพจิตร รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
- 2) ให้อาหารขิง โดยให้รับประทานเป็นผง ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร ต้มเมื่อมีอาการ คลื่นไส้

4. การจัดการอาการง่วงซึม/ สะลึมสะลือ (Drowsiness)

อาการง่วงซึม สะลึมสะลือ เป็นอาการที่มักพบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเกิดจากกระบวนการของ สมุฏฐาน ธาตุเสมหะ ปิตตะ วาตะ หย่อนหรือพิการ (การทำงานของธาตุน้ำ ไฟ ลม ทำงานผิดปกติไปจากเดิม หรือทำงาน ช้าลง น้อยลง หรือสูญเสียหน้าที่)

4.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจชีพจร

4.2 แนวทางการจัดการอาการ

รักษาตามสาเหตุของอาการที่พบ และอาจใช้ยาหอมอินทจักร์ เพื่อช่วยกระตุ้นระบบประสาท ทั้งนี้ให้พิจารณา และระมัดระวังการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 35 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย แพทย์เจ้าของไข้ Consult TTM. Palliative Care ผู้ป่วยได้ยามอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 2 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง มีอาการ สะลึมสะลือ พูดคุยรู้สึกตัวเป็นครั้งคราว

การดูแลรักษา

- 1) ฝึการหายใจด้วยหลักสมาธิ 3 ชั้นตอนของสติบำบัด หรือการฝึกสมาธิบำบัด หรือการฝึกการหายใจให้ผู้ป่วย (ในขณะที่รับรู้) และญาติ ไม่ควรรบกวนการหลับของผู้ป่วย
- 2) ชวนญาติทำการสารภาพบาป หรือ อโหสิกรรม โดยให้ญาติแต่ละคนได้กล่าวขอโทษในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน สามารถรับตามความเชื่อ/ประเพณีของแต่ละศาสนาที่นับถือ
- 3) ชวนญาติและผู้ป่วยทำบุญด้วยการนิมนต์พระสงฆ์มารับสังฆทาน หรือตามศาสนาที่ผู้ใหญ่นับถือ

5.การจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia)

อาการเบื่ออาหารมักเกิดกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ส่วนมากมักเป็นผลพวงจากโรคที่เป็น และหรือภาวะทางจิตใจ

5.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุและประเมินจากน้ำหนักตัวที่ลดลงจากเดิม

5.2 แนวทางการจัดการอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ให้สมุนไพรมีรสขมเพื่อช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร เช่น มะระขี้นก หรือใช้ยาตำรับแผนไทย เช่น ยาหอม เนาวโกฐ ยาบำรุงโลหิต และจัดอาหารตามอาการและความเหมาะสมของผู้ป่วย ในกรณีที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวเดิม ควรพิจารณาใช้ยาตำรับแผนไทย เช่น ยาคุชไสยาสน์ โดยจ่ายยาแต่น้อย (0.5 กรัม อาหารเช้า-เย็น) ทั้งนี้ต้องพิจารณาการใช้ยาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เป็นผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัย Palliative Care ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค มาพบแพทย์แผนไทยด้วยอาการ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แพทย์แผนไทยประสาน แพทย์เจ้าของไข้เพื่อร่วมให้การดูแลรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการปกติ

การดูแลรักษา

- 1) ฝึกหลักสมาธิ 3 ชั้นตอนของสติบำบัด หรือ การฝึกสมาธิบำบัด หรือ การฝึกการหายใจ
- 2) ให้ยาคุชไสยาสน์ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำต้มสุก 125 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 2 เวลา ก่อนอาหาร เช้า และเย็น
- 3) ให้ยาหอมอินทจักร์ 1 กรัม รับประทานวันละ 2 เวลา อาหารเช้า และเย็น ยาหอมเนาวโกฐ
- 4) แนะนำการสวดมนต์บำบัด ทำทุกวันก่อนนอน

6. การจัดการอาการเหนื่อยหอบ (Shortness of Breath)

อาการเหนื่อยหอบ พบได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยอาจเกิดจากความรู้สึกส่วนตัว หรือ เกิดจากการลุกลามของ โรคไปที่ยับผาสัง (ปอด) ทำให้เกิดอัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) หย่นหรือกำเริบ

6.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ โดยประเมินจาก (Visual Analogue Scale : VAS) ประเมินการสื่อความ ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะของอัสสาสะปัสสาสะ (ลมหายใจเข้า - ออก) ประเมินภาวะ ท้องมาน สังเกตลักษณะเส้นโลหิตบริเวณลำคอ ทั้งนี้ เมื่อพบอาการควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที

6.2 แนวทางการจัดการอาการเหนื่อยหอบ

เมื่อพบอาการผิดปกติจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ควรแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที แพทย์แผนไทย ควรนำการฝึกหายใจโดยให้ผู้ป่วยและญาติฝึกตั้งแต่เริ่มการดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถจัดการอาการเบื้องต้นได้ โดยให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและหายใจเข้า - ออกช้าๆ (กรณีหายใจทางปาก ให้ห่อปากให้เล็ก)

7. การจัดการอาการสะอึก (Hiccup)

อาการสะอึก เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานของอันทัง อันทคูนังที่พิการหรือไม่สมดุล (กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กทำหน้าที่ผิดปกติจากเดิม) และอาจเกิดจากโกฎฐาสยาวาตาและกุกฉิสยาวาตาพิการหรือไม่สมดุล

7.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

ประเมินจากอาการและระดับความรุนแรง

7.2 แนวทางการจัดการอาการสะอึก

รักษาตามสาเหตุที่พบ เช่น การลดภาวะโกฎฐาสยาวาตากำเริบและพิการในอันทังส่วนบน โดยให้ยาในกลุ่มรสสุขุมเย็น รสสุขุม เช่น ยาหอมเทพจิตร ยาหอมทิพโอสถ หรือให้ยาในกลุ่มสุขุมหรือสุขุมร้อนหรือรสร้อน เช่น ยาหอมนวโกฐ ยาชิง หรือยาในกลุ่มขับลมในท้อง เช่น ยาธาตูปอบเซย การกลืนหายใจแล้วกลืนน้ำลาย 3-5 อึก

8. การจัดการอาการนอนไม่หลับกระสับกระส่ายด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับซึ่งเกิดจากปิตตะกำเริบ ในช่วงเวลา 24.00 - 02.00 น. จากพิษของกำเดา (ความร้อน) และในบางรายอาจมีอาการกำเริบในช่วงเวลาของเสมหะ สมุฏฐานร่วม คือ 18.00 - 22.00 น. จะมีอาการอึดอัด แน่นท้อง นอนไม่หลับ จากพิษของน้ำดี (พันธะและอพัทธิปิตตะ) และ/หรือมีอาการปวด มีไข้ในเวลากลางคืน

การดูแลรักษา

- ใ้ยาสมานฉันท (วัดคำประมง) หรือ ใช้หญ้าไต้ใบต้มกิน ในกรณีผู้ป่วยมีไข้ ใ้ยาแก้ไข้จันทฤทัย จันทน์ลีลา หรือยาแก้ไข้สันนิบาติ

- ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ตัวเหลือง ใ้ยาสันนิบาตเจรียงอากาศ

9. การจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารด้วยยาตำรับแผนไทยและยาสมุนไพร

9.1 อาการอคงผูก (Constipation)

พบได้บ่อยในกรณีผู้ป่วยที่มีการใช้ Opioid หรือสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร หรือ ในผู้ป่วย ติดเตียง ลมอัมพฤกษ์ ลมอัมพาต ท้องมาน

9.1.1 การประเมินและการตรวจวินิจฉัย ชักประวัติ ประเมินสาเหตุ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็น

9.1.2 แนวทางการจัดการอาการท้องผูก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสื่อสารแบบองค์รวม และสติในการสื่อสาร รับประทานอาหารตามธาตุ หรือสมุฏฐาน เน้นอาหารที่มีกากใย ปลอดภัย ปรุงสุก รับประทานอาหารหรือน้ำสมุนไพรรสเปรี้ยว ดื่มน้ำอย่างน้อย 1.5 - 2.0 ลิตร ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยติดเตียงควรช่วยการเคลื่อนไหวรวมทั้งการฝึกนั่ง ฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลมโดยการหายใจเข้า - ออก ลึกๆ ยาวๆ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณท้องและลำไส้

การรักษาโดยการใช้ยาระบาย เช่น ยามะขามแขก ยาชุมเห็ดเทศ ยาตรีผลา ทั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน และควรระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคไต นอกจากนี้ผู้ป่วย อาจมีอาการอื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องเสีย ซึ่งสามารถใช้ยาสมุนไพรตำรับในการดูแลจัดการอาการ

ทั้งนี้ การใช้ยาสมุนไพรตำรับหรือสมุนไพรเดี่ยวในการรักษาเฉพาะโรคหรืออาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย จะใช้ยาที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทา บำบัดรักษาอาการและเสริมยาหลักได้โดยยาที่ใช้ต้องไม่เป็นยาที่มีรสร้อนหรือเผ็ดร้อน ในการใช้ยาส่วนใหญ่ควรเป็นยาที่มีรสสุขุม สุขุมร้อน รสร้อนสุขุม รสเย็นสุขุม หรือสุขุมเย็น เช่น

- อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ให้ยาที่มีรสสุขุม หรือสุขุมร้อน
- มีไข้ อ่อนเพลีย ให้ยารสสุขุมเย็น รสเย็นสุขุม หรือรสสุขุม
- ใจหวิว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ให้ยารสสุขุม
- อาการปวดจากโรค หรือปวดเมื่อย ให้ยารสสุขุมร้อน เพื่อให้ธาตุลมเดินได้สะดวก ไล่อาการปวดเมื่อย
- อาการแน่นท้อง ลมจุกเสียดแน่น ท้องอืด ให้ยารสร้อนสุขุม
- อาการท้องผูก ให้ยารสสุขุมร้อนที่มีฤทธิ์เป็นยาระบายหรือยาถ่าย

ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นโดยส่วนใหญ่ร่างกายจะอ่อนแอ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ยาที่มีฤทธิ์แรง เช่น รสร้อนจัด รสเผ็ดร้อน เมาเบื่อแรง รสเปรี้ยวจัด หรือยาที่มีฤทธิ์เย็นจัด เช่น รสขมจัด รสเย็นจัด เป็นต้น เพราะผู้ป่วยในระยะนี้ ร่างกายมีความอ่อนแอ ธาตุต่างๆ ในร่างกายอยู่ในภาวะที่เสียสมดุล หลากๆ ธาตุไม่สามารถปรับตัวหรือกลับมาสู่สมดุลได้โดยง่าย เนื่องจากความเสื่อมของธาตุที่ดำเนินไปมากจนเหลือธาตุต่างๆ ที่ทำงานได้น้อย ร่างกายจึงไม่เหมาะหรือไม่สามารถรับยาที่มีรสหรือฤทธิ์แรงได้

ในกรณีการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็ง ตำรับยาในคัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการรักษามะเร็งมีหลายตำรับ ให้เลือกใช้ตามระดับโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่ประกอบด้วยยาในกลุ่มยาถ่ายพิษ ถ่ายของเสียในร่างกาย ทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ เมื่อยามที่ช่วยในการรักษาแล้ว จะมียาที่ใช้รักษาอาการไม่สุขสบาย ยาที่ทำให้ร่างกาย แข็งแรง ยาบำรุงที่ช่วยให้เจริญอาหาร เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลักษณะกลุ่มยาที่ใช้มี ดังนี้

- ยารสขม รสเปรี้ยว ช่วยระบาย ถ่ายท้อง
- ยารสจืด ช่วยขับปัสสาวะ แก้ไข้ แก้อ่อนใน
- ยารสหอมเย็น ช่วยบำรุงหัวใจ แก้อ่อนเพลีย
- ยารสเผ็ดร้อน ช่วยเรื่องระบบไหลเวียน ขับลม แก้อาการท้องอืดเฟ้อ
- ยารสเมาเบื่อ ใช้แก้พิษ ต้านมะเร็ง เช่น หัวข้าวเย็นทั้งสอง รากทองพันชั่ง รากหนอนตายอยาก เป็นต้น

นอกจากนี้แพทย์แผนไทยสามารถพิจารณาวินิจฉัยอาการและใช้ยาปรุงเฉพาะราย โดยอ้างอิงเอกสารที่สามารถสืบค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน “คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” เช่น

1. ยาน้ำสาบาน ตำรับของอโรคยศาลวัดคำประมง
2. ยาชิปะกะโอสถ
3. ยานหารูพิการ
4. ยาน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ (ตำรับที่รับรองโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

การประเมินหลังการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- การตรวจประเมินผลหลังการรักษา ใช้การประเมินเช่นเดียวกับ การประเมินและการวินิจฉัยก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน และ การประเมินและการวินิจฉัยก่อนการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- การติดตามผลการรักษา สามารถติดตามผลตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ดูแลร่วมกับทีม

ส่วนที่ 3

หลักการรณานามัยกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามภูมิปัญญาไทยด้วยหลักธรรมรณานามัย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา สังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดความยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม

กายานามัย Healthy body

การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและการป้องกันแผลกดทับ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่างๆ จะลดลง ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือไม่สามารรถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแล จึงมีบทบาทในการช่วยเหลือดังนี้

❖ การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว

- กรณีผู้ป่วยยังพอเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหรือ ออกกำลังกายเบาๆ
- กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถโดยหมุนเวียนท่านอน สลับกัน อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยึดหรือขอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึด

❖ การป้องกันแผลกดทับ

- การประเมินภาวะเสี่ยง กรณีผู้ป่วยที่นอนติดเตียงเป็นเวลานาน ผิวหนังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Skin and Pressure Sore) ได้ง่ายโดยเฉพาะส่วนของร่างกายที่สัมผัสที่นอนตลอดเวลา เช่น ส้นเท้า สะโพก เข่า และข้อศอก ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดอยู่บนเตียงนอน การประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Barden Score) แล้วให้การดูแลตามคะแนนจากการประเมิน
- การดูแลป้องกันแผลกดทับที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด ควรพลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน จากนอนตะแคงซ้ายเป็นนอนราบและนอนตะแคงขวา จากนั้นเป็นนอนราบและนอนตะแคงซ้ายไปเรื่อยๆ และพลิกตัว ทุก 4 ชั่วโมงในตอนกลางคืน
- ป้องกันผิวหนังบริเวณรับน้ำหนักด้วยการจัดให้มีที่นอนลม / เจล หมอน หรืออุปกรณ์ที่มีลักษณะนุ่ม เช่น ลูกโป่ง ถูมมือยางใส่น้ำ รองปุ่มกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่ยับย่น หลังเช็ดตัวต้องซับผิวหนังให้แห้งโดยไม่ถูแรง ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ถ้าเกิดรอยแดงบนจุดที่มีการกดทับให้ใช้หมอนนุ่มๆ ใบเล็กๆ รองตามจุดนั้นๆ การนวดเบาๆ ครอบๆ ปุ่มกระดูกจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
- ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
- หากพบรอยเปื้อนน้ำเหลืองหรือเลือดบนผ้าปูเตียงของผู้ป่วยต้องหาที่มาเพราะมีความเป็นไปได้ว่ารอยเปื้อนดังกล่าวน่าจะซึมเปื้อนจากแผลกดทับ

❖ การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

- ขจัดสาเหตุการระคายเคืองของผิวหนังที่ทำให้เกิดแผล เช่น สิ่งที่ทำให้เสียดสี
- ทำความสะอาดแผลและผิวหนังขอบแผล ใช้ยาครีมหรือยาสมุนไพรแผ่นแปะรักษาแผลกดทับ
- ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการสมานแผลกดทับได้เร็วขึ้น

❖ การรักษาแผลกดทับ โดยการใช้จ่ายจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณ ดังนี้

- ช่วยให้แผลแห้งและชุ่มชื้น เช่น เจลวุ้นหางจระเข้ ครีมบัวบก ครีมพญาอ้อ
- ช่วยเรียกเนื้อ เช่น น้ำมันมหาจักร เจลวุ้นพระฉิม
- ช่วยรักษาแผลสด ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เช่น การ์ซิดินเปลือกมังคุด

การออกกำลังกาย/บริหารร่างกาย การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่จะกระทำได้ เพื่อประโยชน์ในการรักษา เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วย ช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้สะดวก และเป็นการรักษาโรคไปในตัวด้วย **ฤๅษีดัดตน** (เลือกท่าที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพผู้ป่วยแต่ละราย) หรือการ**ทำสมาธิ** มาเป็นท่าการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลช่วยเสริมสร้างความสมดุลของร่างกาย ทำให้การรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ดีขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้ป่วย ได้แก่

- ❖ ดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และก่อนเข้านอน
- ❖ การดูแลความสะอาดร่างกาย ลำตัว ผิวหนัง เล็บ อวัยวะขับถ่าย บริเวณที่อับชื้น เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้สะอาด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นสบายตัว การดูแลดวงตาเพื่อป้องกันดวงตาแห้ง ดูแลเช็ดจมูกให้สะอาดไม่มีสิ่งอุดตัน และหมั่นเช็ดทำความสะอาดบริเวณหู เพื่อป้องกันแผลกดทับในรายที่ต้องนอนตะแคงนาน
- ❖ การดูแลเรื่องการขับถ่าย ในผู้ป่วยบางรายมักพบปัญหาการขับถ่าย ควรประเมินหาสาเหตุ เช่น เกิดจากสาเหตุของโรค อาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ ที่สำคัญคือ กลั้นอุจจาระ-ปัสสาวะไม่ได้ บางรายจำเป็นต้องสวมกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ ควรทาครีมที่มีคุณสมบัติกั้นน้ำหรือลดการระคายเคืองเพื่อป้องกันการเกิดแผลจากปัสสาวะกัดกร่อนผิวหนังบริเวณรอบอวัยวะเพศและทวารหนัก ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งและสะอาดเสมอ และเปลี่ยนกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องใส่สายท่อทางเดินปัสสาวะ ควรตรวจสอบสายระบายไม่ให้พับงอสายปัสสาวะต้องอยู่ต่ำกว่าระดับร่างกายของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก และเทปัสสาวะในถุงทิ้ง วันละ 2 - 3 ครั้ง พร้อมทั้งสังเกตลักษณะสีและบันทึกปริมาณ

จิตตานามัย Healthy mind

ความเจ็บป่วยที่มีในร่างกายส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ ความรู้สึกและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยสามารถช่วยเหลือได้ ดังนี้

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลด้วยสมาธิบำบัด

สมาธิบำบัด (Meditation Healing) หมายถึง การทำจิตใจว่าง นิ่ง สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย ทำให้จังหวะของคลื่นสมองช้าลง จิตที่มีสมาธิเป็นจิตที่มีพลังสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพได้ทั้งร่างกายและจิตใจ การใช้สมาธิบำบัดมีหลายรูปแบบและหลายขั้นตอนขึ้นอยู่กับรูปแบบของสมาธิบำบัดนั้น ๆ ซึ่งสมาธิมีอยู่ทุกชาติศาสนา/ ลัทธิ แต่ทั้งนี้จะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ความผาสุกกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม สมาธิจึงเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลความเชื่อความศรัทธาและความสม่ำเสมอต่อเนื่อง สามารถพัฒนาได้ด้วยตนเอง ระดับของสมาธิจะเพิ่มและลดได้ตลอดเวลา เป็นกฎความไม่เที่ยงของธรรมชาติ

สมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบSKT

สมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นเทคนิคของ ศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี ซึ่งเป็นผู้ค้นคว้าศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคนิค โดยการนำสมาธิแบบอานาปานสติ (หายใจเข้า - หายใจออก) ผสมผสานเข้ากับเทคนิคของการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ชีกง และโยคะ ซึ่งพบว่า การทำสมาธิแบบ SKT นี้มีผลดีต่อการ

ทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ อารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายระบบไหลเวียน และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี ซึ่งการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT (มีทั้งหมด 8 เทคนิค ที่เรียกว่า SKT 1 – 8) ที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะท้าย ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการใช้สมาธิบำบัด SKT ดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

การใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 – 8 สามารถนำมาใช้เยียวยาผู้ป่วยได้ทุกเทคนิค ซึ่งไม่จำเป็นต้องทำครบทุกเทคนิค ให้เลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

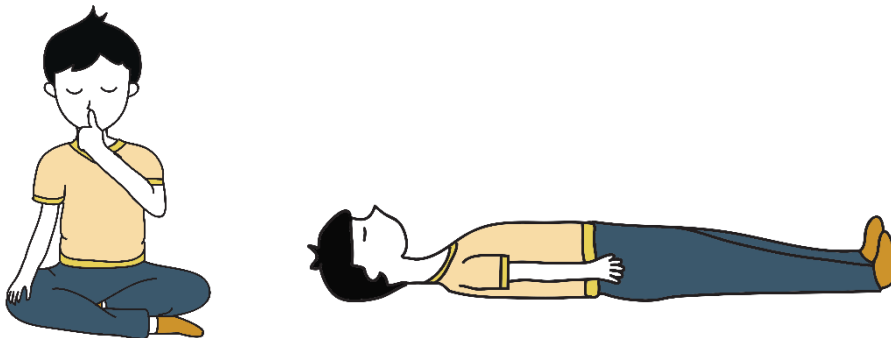
1. **ผู้ป่วยระยะประคับประคอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่รู้สึกตัว รับรู้ได้ เคลื่อนไหวได้บ้าง หรือมีญาติช่วยดูแล ให้เลือกฝึกปฏิบัติเทคนิคที่ 1, 4, 6, 7, 8 โดยแต่ละครั้งที่ฝึกปฏิบัติให้เลือกใช้เพียง 1 เทคนิค ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

2. **ผู้ป่วยระยะท้าย** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและมีญาติช่วยดูแล ให้เลือกฝึกปฏิบัติเทคนิคที่ 4, 6, 7, 8 โดยแต่ละครั้งที่ฝึกปฏิบัติให้เลือกใช้เพียง 1 เทคนิค ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที

การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT

ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่ง – นอน ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ



1. ในท่านั่งให้หายใจฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่าในท่านอนให้วางแขนหายใจไว้ข้างตัวหรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง

2. ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 - 40 รอบแล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ

3. ให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที

ผลที่ได้คือ

“ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขยายเส้นเลือดในระบบอวัยวะในร่างกาย เก็บของเสียผ่านทางประตูเซลล์ ในกล้ามเนื้อเรียบ โดยปรับไฟฟ้าที่ผนังเซลล์ ลดสารเครียด ช่วยให้นอนหลับได้ดี เพิ่มภูมิคุ้มกันในร่างกาย ลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี”

ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”
สามารถปฏิบัติได้ทั้งท่า นอน ท่านั่ง และทำยืน



1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบาย เข่าตึง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ
2. ค่อย ๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือประกบกัน แขนตึงแนบใบหู สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ
3. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลง พร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 1 ลดระดับแขนที่เหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี ค่อย ๆ ฝ่ามือชิดต้นขาขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง ปฏิบัติวันละ 1 รอบ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด –เหยียด ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”



1. นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข่าตึง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบนต้นขาทั้ง 2 ข้าง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 – 5 รอบ

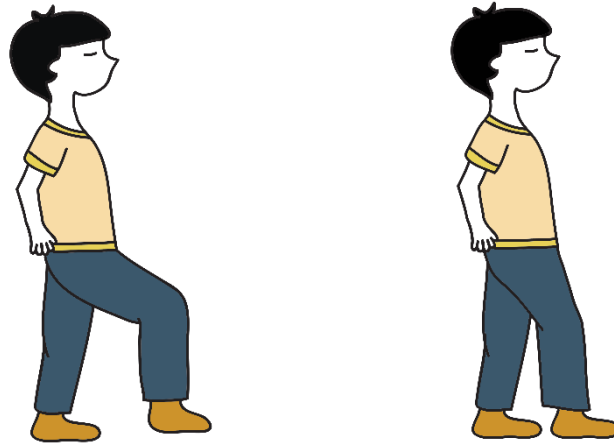
2. หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ โน้มตัวไปข้างหน้า แขนตึง ผลักฝ่ามือทั้งสองข้างไปด้านหน้า ค่อย ๆ ลูบจากเข่า หน้าแข้ง ไปถึงข้อเท้า ให้ปลายมือจรดข้อเท้า หยุดหายใจชั่วครู่ นับ 1 – 3 ประมาณ 3 วินาที

3. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ฝ่ามือลูบหน้าแข้ง เข่า พร้อมกับค่อย ๆ เอนตัวไปข้างหลัง เงยหน้าขึ้น หน้าท้องตึงให้ได้มากที่สุด นับเป็น 1 รอบทำซ้ำ 30 รอบแล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ นั่งตัวตรงตามปกติ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดอาการท้องอืด และท้องผูก ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดไขมันหน้าท้อง อาการปวดหลังและเข่า ช่วยลดความเครียด นอนไม่หลับ เพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด ช่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปรับการทรงตัวของร่างกายและการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว”

ท่าที่ 4 (SKT 4) “ก้าวอย่างของไทย เยียวายากายประสานจิต”



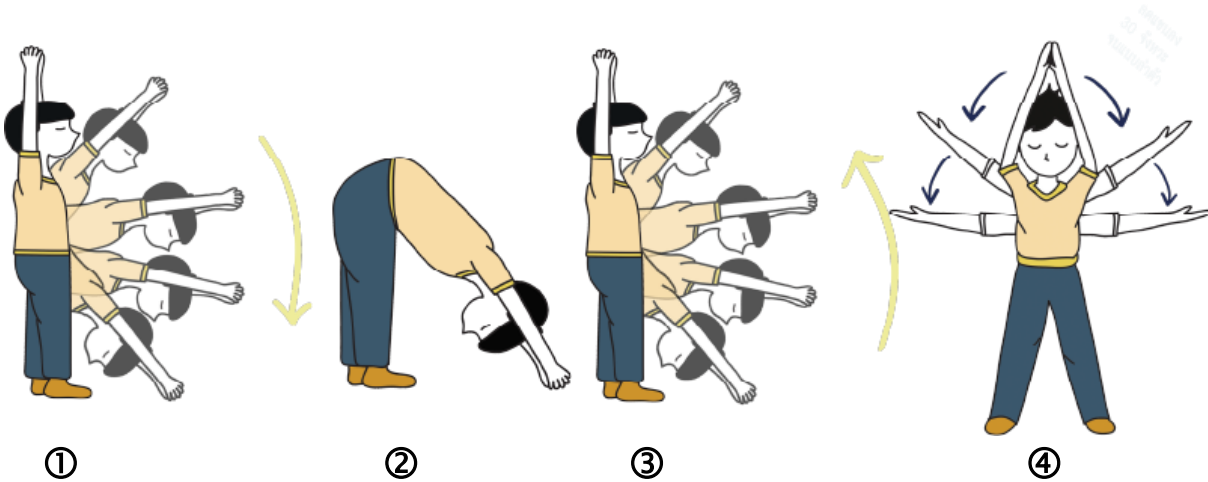
1. ยืนตรงในท่าที่สบาย ลืมตา มือสองข้างยื่นไขว้หลัง หรือกุมไว้ด้านหน้า หรือปล่อยข้างลำตัว สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ซ้ำ ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 5 รอบ

2. ยืนตัวตรงเท้าชิดสายตามองต่ำไปข้างหน้าหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ยกเท้าสูงจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ก้าวเท้าไปข้างหน้า จรดปลายเท้าแตะพื้น ตามด้วยส้นเท้าวางลงบนพื้น นับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 80 – 120 รอบหายใจ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง

ผลที่ได้คือ

“เยียวายาผู้ที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก ช่วยลดอาการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด ช่วยเยียวายาและเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานกับโรคเรื้อรังทุกประเภท”

ท่าที่ 5 (SKT 5) “ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียวายกาย ประสานจิต”



①

②

③

④

1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบายเช่นท่าที่ 2 เข้าตั้ง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ผีกทั้งหมด 5 รอบ

2. สูดลมหายใจเข้า - ออกช้า ๆ 1 ครั้ง ค่อย ๆ โนมศีรษะ ตัวและแขนลงไปพร้อม ๆ กัน ช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 1 หายใจเข้า - ออก ครั้งที่ 2 ค่อย ๆ โนมศีรษะ ตัว และแขนลงไปพร้อม ๆ กันช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 หายใจเข้า - ออก ครั้งที่ 3 ค่อย ๆ โนมศีรษะ ตัว และแขนลงไปพร้อม ๆ กันช้า ๆ ผีกหายใจและโนมตัวลงไปเรื่อย ๆ จนครบจังหวะที่ 30 (ตั้งรูปที่ 1) ปลายนิ้วกลางจะจรดกับพื้นพอดี (ตั้งรูปที่ 2) หายใจเข้า - ออกปกติ 10 ครั้งในท่าก้ม ต่อจากนั้นหายใจเข้าและออกช้า ๆ 1 ครั้ง แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้นเรื่อย ๆ ตามจังหวะการหายใจจนครบ 30 ครั้ง ศีรษะ แขน ต้นแขนแนบหู อยู่ในท่าตรง นับจังหวะเข้าตั้ง แขนตั้ง กลับมาอยู่ในท่าเดิมตั้งรูปที่ 1

3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 - 5 กลั้นลมหายใจนับ 1 - 3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 - 5 อีกครั้ง ผีกทั้งหมด 5 รอบ

4. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหงายมือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อม กับลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไป 1 จังหวะ นับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไปอีก 1 จังหวะ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 เช่นเดียวกับ SKT ท่าที่ 2 (ตั้งรูปที่ 4)

5. ปฏิบัติวันละ 1 - 2 รอบสำหรับผู้สูงอายุหรือ ผู้ที่ร่างกายไม่พร้อม ให้ผีกในท่านั่งก็ได้ ถ้าผีกในท่านั่ง ต้องนั่งเก้าอี้ครึ่งก้น ขาของเก้าอี้ต้องมั่นคง วางขาหลังของเก้าอี้ให้ชิดผนังเพื่อป้องกันการลื่นขณะก้มและโนมตัวลง เท้าต้องวางราบขนานกับพื้น ผีกเช่นเดียวกับท่ายืน

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดีและควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิ การเยียวยาไทยจินตภาพ”

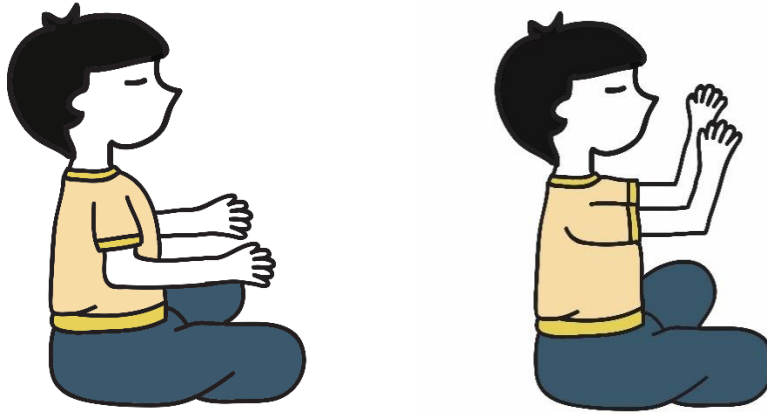


1. นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัวค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 – 5 รอบ
2. แล้วให้ความรู้สึกจดจ่ออยู่ที่อวัยวะที่เราพูดถึง พร้อมกับท่องในใจว่า “ศีรษะเราเริ่มผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย 3 รอบ รอบที่ 4 และรอบที่ 5 ประโยคสุดท้ายให้ท่องว่า ผ่อนคลายลงไปเรื่อย ๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกจดจ่อไปที่อวัยวะที่เราพูดถึง เริ่มตั้งแต่ศีรษะ หน้าผาก ขมับ หนังกตา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หน้าท้อง ต้นขา หัวเข่า น่องเท้า และตัวเราทั้งตัว
3. เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ กลั้นลมหายใจ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เหมือนตอนเริ่มต้นอีก 3 - 5 รอบ

ผลที่ได้คือ

“เทคนิคนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ที่ติดเชื่อเอชไอวี อัมพาตและผู้ที่มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต”

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง”



1. นั่งตัวตรงค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1 – 5 อีกครั้ง ทำซ้ำ 5 รอบ
2. ค่อย ๆ ยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากันช้า ๆ นับ 1 – 5 กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับขยับฝ่ามือออกช้า ๆ นับ 1 – 5 ทำทั้งหมด 30 - 40 รอบ
3. หายใจเข้าลึก ๆ นับ 1 – 5 ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ กลั้นหายใจนับ 1 – 3 ช้า ๆ หายใจออกทางปากยาว ๆ แล้วค่อย ๆ ยกมือลงในท่าประคองแจกันเช่นกัน นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 30 – 40 รอบ

ผลที่ได้คือ

“ช่วยลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน และภูมิแพ้ หืด หอบ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ”

ท่าที่ 8 (SKT 8)

สมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 8 เป็นการบำบัดโดยใช้มือและนิ้วมือของผู้บำบัดมาปฏิบัติสมาธิ เคลื่อนไหวบนศีรษะของผู้รับการบำบัด เป็นการผสมผสานผ่านตัวรับสัญญาณส่งคลื่นไฟฟ้าระหว่างผู้ให้กับผู้รับการบำบัดที่มีความพร้อมของคลื่นไฟฟ้า ทำให้เกิดสมดุลของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) กระตุ้นการหลั่งสารเยื่อใยระดับเซลล์ เหมาะกับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยวิกฤต คนไข้ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไมเกรน ลดความก้าวร้าวในผู้ป่วยออทิสติก (การใช้ SKT 8 เพื่อบำบัดกรณีผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินต้องเคลื่อนไหวนิ้วมือค่อนข้างเร็ว แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังนอนนิ่งติดเตียง ไม่รู้สึกตัวก็ทำแบบช้าๆ ได้)

การจัดท่า ผู้รับการบำบัดนอนหงาย ถ้ารู้สึกตัวให้หลับตาทำสมาธิในท่าที่สบาย ผู้บำบัดนั่งขัดสมาธิหรือพับเพียบ อยู่เหนือศีรษะผู้รับการบำบัด ระยะห่างให้มือทั้งสองข้างของผู้บำบัดสามารถแตะบริเวณหูของผู้รับการบำบัดได้พอเหมาะ

SKT ท่าที่ 8 การบำบัดจะทำไม่น้อยกว่า 10 รอบ รอบละ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำกำปั้นหลวมๆ ชูนิ้วชี้ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาวางเรียงคู่กัน แล้ววางแตะปลายนิ้วชี้ตรงกึ่งกลางหน้าผาก ตรงเหนือหว่างคิ้วลากขึ้นมาจนถึงไรผม ขยับมือลากนิ้วชี้เบาๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชูลากสลับนิ้ว แตะสลับกัน เบา เร็ว นับ 40 ครั้ง

2. กำกำปั้นหลวมๆ ชูนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง วางแตะไว้ตรงกึ่งกลางเหนือคิ้ว โดยให้ปลายหัวแม่มือต่อกัน แล้วลากมือทั้งสองข้างออกจากกันเป็นเส้นตรง ไปถึงไรผมตรงขมับ ลากมือให้นิ้วแตะเบาๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชูทำซ้ำ 40 ครั้ง

3. ตั้งฝ่ามือทั้งสองข้าง นิ้วไม่เกร็ง วางมือไว้ที่ขมับโดยให้นิ้วกลางแตะที่หางคิ้วตรงขมับ ลากมือเหมือนชกข้อศอกเข้าหาตัวเรา ลากมือให้นิ้วแตะเบาๆ ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชูทำซ้ำ 40 ครั้ง

4. กำกำปั้นหลวมๆ ชูนิ้วชี้ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาวางเรียงคู่กัน แล้ววางแตะปลายนิ้วชี้ตรงไรผมเหนือหูด้านซ้าย แล้วเดินนิ้วชี้แตะสลับนิ้วต่อนิ้วเบาๆ โลงมาตามไรผม ให้ผิวสัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชู โลงจากหูซ้ายมาจนถึงหูขวาไปกลับ 2 รอบทั้งหมดนับ 40 ครั้ง

5. กำกำปั้นหลวมๆ ชูนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางเรียงคู่กันแตะไว้ตรงไรผม กึ่งกลางหน้าผาก แล้วลากนิ้วหัวแม่มือลงมาถึงจุดกึ่งกลางกระหม่อม ลากสลับซ้ายขวา โดยลากเบาๆ บนเส้นผมไม่ต้องให้โดนหนังศีรษะ แค้โดนเส้นผม สัญญาณสื่อประสาทก็จะวิ่งตามลงไป นับ 40 ครั้ง

6. ยกมือทั้งสอง กางนิ้วท่าขยำหลวมๆ ใช้ปลายนิ้วทั้งสิบแตะบนเส้นผม ทำท่าคล้ายสระผมแต่สัมผัสเบาเหมือนกระดาษทิชชู ทำสองมือพร้อมกัน 40 ครั้ง

7. ใช้นิ้วมือทั้งสิบซ้อนเส้นผมจากข้างหู กระตุกเบาๆ ย้ายมือซ้อนผมมากระตุกเบาๆ ให้ทั่วหนังศีรษะ ทำ 40 ครั้ง

พอครบ 7 ท่า ก็เริ่มจากท่า 1 – 7 เรียงตามลำดับวนไปให้ครบ 10 รอบ ทั้งผู้บำบัด – ผู้รับการบำบัด ให้มีสมาธิอยู่กับลมหายใจ จึงจะได้ผลดีและไว สังเกตเส้นเลือดบริเวณขมับจะขยายเห็นนูนขึ้นมา ความดันจะค่อยๆ ลดลง

คำแนะนำและข้อควรระวังในการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT

1. ขณะฝึกปฏิบัติควรสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่รัดตึง
2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึกต้องไม่ร้อน หรือเย็นเกินไป
3. ไม่ควรฝึกขณะหิว หรืออิมเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียงกลืน การพูดคุยของคนที่อยู่ข้าง ๆ เป็นต้น
5. ควรควบคุมอารมณ์ และความคิดให้หนึ่ง ไม่คิดเรื่องใด ๆ ทั้งสิ้น ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่
7. หากมีอาการแน่น อึดอัด หรือหน้ามืด ให้หยุดฝึก และลงนั่งหรือนอนพักทันที
8. ผู้ที่เป็นเบาหวานควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย
9. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ นุ่มนวล ระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต

การประเมินผลและติดตามผลการรักษา

1. ประเมินอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้มากขึ้น
2. ประเมินสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจิตใจสงบขึ้น มีความสุข สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติมากขึ้น

วิดีโอการฝึกสมาธิบำบัด SKT



แอสควาร์โค้ดเพื่อรับชมวิดีโอวิธีการฝึกสมาธิบำบัด SKT

ชีวิตานามัย Healthy behavior

การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การอยู่ในสถานที่ที่สะอาด ใกล้เคียงธรรมชาติ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงการห่างไกลจากอบายมุขต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตและอาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ ซึ่งรูปแบบการดูแลด้านการดำรงชีวิตที่ดีนั้นสามารถทำได้ ดังนี้

❖ **การดูแลด้านอาหารที่มีประโยชน์ (โภชนบำบัด)** การกำหนดเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยและการสรรหาวัตถุดิบ ให้เน้นประโยชน์ด้านโภชนาการและสรรพคุณสมุนไพรไปพร้อมกันเพื่อปรับสมดุลธาตุ ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งสามารถปรับรสชาติหรือประยุกต์เมนูตามความเหมาะสม เช่น เมนูต้มยำเห็ด สามารถใช้เครื่องต้มยำครบปรับลดคือ รสชาติ จากระสจัดเป็นรสจืดเป็นลักษณะแกงจืดต้มยำซึ่งผู้ป่วยจะได้สารอาหารและสรรพคุณของสมุนไพรเหมือนการรับประทานต้มยำเพียงแต่ปรับรสชาติให้จัดเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

ตัวอย่าง : เครื่องเทศที่ใช้ประกอบอาหารและมีสรรพคุณด้านสมุนไพรที่ช่วยป้องกันบำบัดรักษาโรคและอาการต่างๆ

เครื่องเทศ/สมุนไพร

สรรพคุณ

ตะไคร้	บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ขับปัสสาวะ
ข่า	ขับลม แก้ท้องขึ้น อืดเฟ้อ จุกเสียดแน่นท้อง เจริญอาหาร บำรุงร่างกาย แก้ปวดบิดมวนลำไส้ (สารสกัดจากเหง้าแก้เสมหะ ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง)
กระชาย	ขับลม แก้ลมวิงเวียน แน่นหน้าอก บำรุงร่างกาย เป็นยาอายุวัฒนะ
ขิง	ขับลม บำรุงธาตุ เจริญอาหาร แก้คลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้นอนหลับ เป็นยาอายุวัฒนะ
หอมแดง	แก้อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เป็นลม เจริญธาตุ
กระเทียม	แก้อาการวิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ หูอื้อ ช่วยรักษาโรคความดันโลหิต ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด ช่วยปรับสมดุลในร่างกาย
พริก	ช่วยให้เจริญอาหาร แก้อาการไข้หวัด ลดน้ำมูก และลดเสมหะ
ผิวมะกรูด	ขับลมในลำไส้ แก้อุจจาระแข็ง ท้องอืด แน่นท้อง บำรุงหัวใจ แก้ลม หน้ามืด วิงเวียน

ตัวอย่าง : เมนูเครื่องดื่มผสมสมุนไพร เช่น น้ำสับปะรด-กระชาย-ใบสาระแหน่ (สับปะรด 200 กรัม / กระชาย 20 กรัม / น้ำผึ้ง 1 ช้อนชา / น้ำเปล่า 100 มล. / ใบสาระแหน่ 10 ใบ / เกลือ 1/8 ช้อนชา) **กรณีจะใช้เป็นเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบาย** สามารถใช้นมเปรี้ยว น้ำมะขามป้อมปั่นแยกกาก น้ำเนื้อลูกสมอไทยปั่นแยกกาก หรือน้ำมะขามเปียกผสมในเครื่องดื่มเพื่อช่วยระบายได้

อาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง / อาหารแสลง

- อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เครื่องในจะย่อยยาก ทำให้เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย ในศาสตร์แพทย์แผนไทย เนื้อสัตว์เป็นอาหารที่ไปบำรุงเชื้อโรคให้แข็งแรง เป็นอาหารต้องห้ามในขั้นต้นกรณีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเพราะมะเร็งจะลุกลามได้ง่ายในน้ำเลือดของสัตว์ที่เรารับประทานเข้าไป
- อาหารหมักดอง เช่น ขนมหจีน ผักกระป๋อง ผักกาดดอง อาหารแช่แข็ง เช่น ใส้กรอก นมเปรี้ยว โยเกิร์ต มะม่วงดอง ผลไม้แช่แข็ง อาหารกล่องแช่แข็ง เป็นต้น อาหารเหล่านี้ เมื่อรับประทานเข้าไป ร่างกายจะกระตุ้นให้ธาตุไฟทำงานมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อย่อยอาหารเหล่านั้น
- ผักมีกลิ่นฉุน มีผลทำให้เกิดท้องอืด (กรดแก๊สมาก) เป็นเหตุให้ธาตุแปรปรวน ก่อให้เกิดอาการกำเริบหรือเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ
- อาหารปิ้ง ย่าง (มีรอยดำ รอยไหม้) หรือทอดน้ำมันเก่าที่ใช้แล้ว
- ปลาไม่มีเกล็ด เช่น ปลาดุก ปลาไหล ปลาสวาย ปลาโอ ปลาอินทรีที่ทำปลาเค็ม
- ข้าวเหนียว ย่อยยากกว่าข้าวเจ้า
- พืชผักกระเทียม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีปัญหาระบบการย่อยอาหาร (ไฟธาตุย่อยอาหารหย่อน) การรับประทานพืชผักกระเทียม จะทำให้ท้องอืด และมีลมจุกแน่นในอกและท้อง

❖ **การดูแลด้านสังคม** การดูแลด้านสังคมที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยเป็นการเยียวยาที่มีความจำเป็นและสำคัญในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสมดุล สอดคล้องกับการดูแลรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีความสุขตามอัตภาพภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การประเมินปัญหาสังคม (Social Assessment) ครอบครัวและชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1.1 บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว : ได้แก่ความเป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นลูก เป็นสามีหรือภรรยา เป็นผู้หารายได้หลัก หรือเป็นศูนย์รวมความรักเพราะเป็นลูกคนเดียว หลานคนโปรด เป็นต้น บทบาทเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ

1.2 ความรักความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว : ประเมินช่วงของการค้นหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สภาวะความรู้สึกผิดในจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต

1.3 ผู้ดูแลผู้ป่วย : การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยจากการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีภาระงานในขณะเดียวกันกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก การประสานประโยชน์สามฝ่ายนี้จึงต้องทำด้วยความละเอียดอ่อน

1.4 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม : เป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือบางครั้งอาจทำให้ทีมสุขภาพผู้ดูแลเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในความต้องการของครอบครัวได้

1.5 เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม : เครือข่ายทางสังคม คือ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัวหรือเครือญาติ (Family / Relatives) เพื่อน (Friends) เพื่อนที่ทำงานหรือโรงเรียน (Work / School Associates) นักวิชาชีพ (Professional Caregivers) เพื่อนบ้าน (Neighbors) หน่วยงานหรือองค์กร หรือกลุ่มทางศาสนา เป็นต้น การค้นหาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไรการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง คือ อาสาสมัครที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย เช่นเป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือกลุ่มอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น

1.6 ความต้องการของครอบครัว : สถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับผู้ป่วยที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจ บางครั้งผู้ป่วยจะให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องที่เกี่ยวกับอาการป่วยของตนในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความอึดอัดใจให้ผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกันมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ และสามารถทำให้นั้นนั้นเกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกับทีมสุขภาพ ผู้แลรักษาจะทำให้กรณีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุดข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมต้องไม่ลืมว่าแต่ละคนมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของดูแลรักษาบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตลอดจนศาสนาและความเชื่อ รวมถึงการรับเรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

2. ประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคมหรือเศรษฐกิจ กรณีมีปัญหา

3. รับฟังปัญหา เป็นเพื่อนคู่คิดและให้คำแนะนำแบบสั้น กระชับ ได้ใจความเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่โดยหลักสำคัญคือต้องฟังอย่างตั้งใจ และจับประเด็นให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีเหตุผล วิธีคิดต่อโรคอย่างไรก่อนจะให้ข้อมูลผู้ป่วย

4. สนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นพบปัญหา และจัดการปัญหาด้วยตนเอง

5. เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 4

ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

4.1 นิยาม

ผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด

4.2 คุณสมบัติผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

เป็นผู้ผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (100 ชั่วโมง)
- 2) หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

หน่วยงานผู้ดูแลหลักสูตร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ รายละเอียดหลักสูตรคุณสมบัติผู้ดูแล (Caregiver) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในภาคผนวก ข. หน้า 66

ภาคผนวก ก.
คู่มือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ชื่อคู่มือ

ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการ (สำหรับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ)



https://drive.google.com/drive/folders/1TpMTUidumbbIOCqzkysq3XJ9hq-4OHZe?usp=drive_link



คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ



https://drive.google.com/drive/folders/1uFrdUivrurd1_LPjsoAxcj-pgm8uXFK?usp=drive_link



การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยชุมชนแบบบูรณาการ (โมเดลวัดคำปะมง)



https://drive.google.com/drive/folders/1HdgLAgn56EUnT8gXv1UmWd7G3OC7FAWq?usp=drive_link



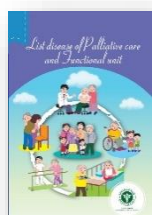
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคองด้วยกัญชาทางการแพทย์แผนไทย



https://drive.google.com/drive/folders/1tf8jpx7mONSODySJuqXgYFikeB6AXy5p?usp=drive_link



List disease of Palliative care and Functional unit



https://drive.google.com/drive/folders/1f5D-wcJWrBL0_dA703716aeuwRFMWs4G?usp=drive_link



บัญชียาหลักแห่งชาติ
ด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
แห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร



https://drive.google.com/drive/folders/1Kg3VEic5DuxndsC_mEP7w3FUaM4LqLKV?usp=drive_link



คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)



https://drive.google.com/drive/folders/1YKc06h1semh9aOY0UUPFhs_k_embYSsS?usp=drive_link



ภาคผนวก ข.

หลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหลักสูตร

ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ
ด้วยการแพทย์แผนไทย (100 ชั่วโมง)

https://drive.google.com/drive/folders/1wPIyivZGUjbp_PCWelliNzBL0Nv9Or?usp=sharing



หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

<https://drive.google.com/drive/folders/1Qln8Pvqenzb2V2U54M8tflkRfUMkAEij?usp=sharing>



ภาคผนวก ค.



คำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ที่ ๒๓๓๗/๒๕๖๖
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการ
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ ยกระดับ ๓๐ บาทพลัส ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีความคาดหวังให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพภาวะที่ดี กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนา และการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพดีครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ และประชาชนทุกช่วงวัย จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลประชาชนที่เป็นผู้ป่วยในระยะประคับประคอง (Palliative Care) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) จึงได้เกิดการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน (Home Ward) และผู้สูงอายุในสังคมไทย ตลอดจนตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ องค์ประกอบ

- | | |
|---|-----------|
| ๑.๑ นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | ที่ปรึกษา |
| อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๒ นายขวัญชัย วิศิษฐานนท์ | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย | ประธาน |
| สถาบันการแพทย์แผนไทย | |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๔ นายจักราวุธ เมื่อกตง | กรรมการ |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ | |
| โรงพยาบาลพูนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี | |
| ๑.๕ นายประวิทย์ อัครเสรินนท์ | กรรมการ |
| หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | |
| มหาวิทยาลัยมหิดล | |

๑.๖ นางสาวอังคณา...

-๒-

- | | |
|---|---------|
| ๑.๖ นางสาวอังคณา อภิชาติวรกิจ
อาจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑.๗ นางสาวตรุณี รัตนวงศาเมธากุล
อาจารย์ประจำสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| ๑.๘ นางอรุณพร อีฐรัตน์
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๙ นายภูริทัต กนกกังสดาล
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๑๐ นายปิยะพล พูลสุข
อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑.๑๑ นางเอื้อกานต์ วรโพธิ์
นักวิชาการอิสระ | กรรมการ |
| ๑.๑๒ นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล
พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและผสมผสานด้านมะเร็ง
สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง
จังหวัดสกลนคร | กรรมการ |
| ๑.๑๓ นายสันหัตต์ ชมภูพงษ์
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โรงพยาบาลราชบุรี | กรรมการ |
| ๑.๑๔ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ผสมผสาน
กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | กรรมการ |
| ๑.๑๕ นางอัจฉรา เชียงทอง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |

๑.๑๖ หัวหน้ากลุ่มงาน...

-๙๓-

๓.๑๖ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน	กรรมการ
๓.๑๗ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการเภสัชกรรมไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน	กรรมการ
๓.๑๘ นางสาวบุษราภรณ์ ธนสีสังกูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และเลขานุการ
๓.๑๙ นางสาวณัฐพร กุทธิสืบเชื้อ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๐ นางไปรมา รัตนะพร แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๑ นางสาววไลรัตน์ ศิริวงศ์ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๒ นางสาวกรรณิศา อนุสิน แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ
๓.๒๓ นายสุรวุฒิ จันทร์ชัย แพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ ดำเนินการตามข้อกำหนด หลักเกณฑ์ และรูปแบบในการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๒ พิจารณา ตรวจสอบ องค์กรความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องในการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๓ จัดทำเอกสาร...

-๔-

๒.๓ จัดทำเอกสารต้นฉบับทางวิชาการตามรูปเค้าโครงการที่กำหนด ในการจัดทำโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาการแทน
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก



คำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ที่ ๒๒๕ /๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เพิ่มเติม

อนุสนธิคำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๒๓๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาลนั้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของคณะกรรมการ เพื่อให้การดำเนินการพิจารณากำหนดแผนและรูปแบบการดำเนินโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้ออกคำสั่ง ดังนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล เพิ่มเติม ดังนี้

- | | |
|---|-----------|
| ๑.๑ นายเทวัญ ธานีรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๒ ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือผู้แทน | |

ข้อ ๒ ให้บุคคลในข้อ ๑ มีหน้าที่และอำนาจตามคำสั่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ ๒๓๓๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโครงการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

ข้อ ๓ นอกเหนือจากคำสั่งนี้ให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *ศูนย์ชีวาภิบาล Cheewabhibaln Palliative Care Center* บริบาลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตจนวาระสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/dept/%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A0%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5/>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/37/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD_LTC_.pdf
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. *คู่มือระบบดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในระดับพื้นที่*. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196_0.pdf
4. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. สภากาชาดไทย. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://thaimed.or.th/home/wp-content/uploads/2017/05/พรบ.วิชาชีพแพทย์แผนไทย-พ.ศ.2556.pdf>
6. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ความหมายการแพทย์ทางเลือก. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.dtam.moph.go.th/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7/>
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Operational_definition_Palliative_care.pdf
8. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (ร่าง) มาตรฐานการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายของ สถานชีวาภิบาลสำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา. ประชุมคคก.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาชีวาภิบาลครั้งที่1/2567; 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หน้า 21-2
9. ภูริวทฒโนภิกขุ วัดท่าประชุม บ้านดอนตู. ภูชีวาภิบาล@ทั่วไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://wattaprachum-model.org/wp-content/uploads/2023/06/20230522_whitepaper_compressed.pdf

10. กลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่นประจำปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://atg.onab.go.th/th/file/get/file/20220620f0da97c09c03c5f4f3b6a7b523afcd4e115533.pdf>
11. รศ.ดร.สมพร กัณฑ์ดุขภูมิตเตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ, บริษัทวี อินดี้ ดีไซน์ จำกัด; 2557.