

เอกสารประกอบการอบรม โครงการอบรม "พระบริบาลภิกษุใช้" ประจำวัด ๑ วัด ๑ รูปทั่วประเทศ



สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๖

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และแผนระยะที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2569 มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มและทุกช่วงวัยได้ร่วมกันสร้างความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของพระภิกษุที่ระบุไว้ใน “ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุแห่งชาติพุทธศักราช 2560” ที่กำหนดข้อตกลงที่เป็นเจตจำนงร่วมกันของพระภิกษุ ชุมชน สังคมและหน่วยงานที่เป็นภาคีทุกภาคส่วน ใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้พระภิกษุดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมดูแลสุขภาพพระภิกษุอย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และส่งเสริมบทบาทของพระภิกษุในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม

ในโอกาสเฉลิมพระเกียรติพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (อมฺพรมหาเถร) สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุ 8 รอบ สถาบันพระบรมราชชนก จึงจัดโครงการการอบรม “พระบริบาลภิกษุไข้” ประจำวัด 1 วัด ๑ รูปทั่วไทย โดยการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน การพัฒนา นักศึกษา การวิจัย และการทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม กับการบริการวิชาการ เป็นการส่งเสริมให้อาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้ร่วมให้บริการวิชาการแก่สังคม อันเป็นพันธกิจหลักด้านหนึ่งของสถาบันอุดมศึกษา

เอกสารเล่มนี้เรียบเรียงขึ้นเพื่อใช้ประกอบการอบรม โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 5 หมวด สาระหลัก ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ หมวดที่ 2 การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคลและการช่วยฟื้นคืนชีพ หมวดที่ 3 การใช้ยาและการดูแลบาดแผล หมวดที่ 4 การออกกำลังกาย หมวดที่ 5 การจัดอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้จะถวายให้พระภิกษุที่เข้ารับการอบรมนำไปใช้ระหว่างการอบรม และนำกลับไปใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองและช่วยบริหารพระภิกษุไข้ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

มกราคม 2566

สารบัญ

เนื้อหา

หน้า

	คำนำ	ก
	สารบัญ	ข
	สารบัญภาพ	ค
	สารบัญตาราง	ฉ
หมวดที่ 1	1. สุขภาพและหลักการสร้างเสริมสุขภาพ	1
	2. การป้องกันโรค	4
	3. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพระภิกษุ	
	-โรคเบาหวาน	6
	-ความดันโลหิตสูง	10
	-หลอดเลือดและสมอง	13
	-โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	15
	-ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย	17
	4. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	21
	5. การใช้ สบช. โมเดลในการประเมินภาวะสุขภาพ	26
	6. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	28
หมวดที่ 2	1. การวัดสัญญาณชีพและการดูแลเมื่อมีไข้	34
	2. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	42
	3. แนวทางการช่วยชีวิต	47
หมวดที่ 3	1. หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง	52
	2. การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วมือและการฉีดยาเบาหวาน	56
	3. บาดแผลและแนวทางการทำแผล	62
หมวดที่ 4	1. แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว	69
	2. การเคลื่อนย้ายต่างๆและการพลิกตะแคงตัว	81
	3. การนวดผ่อนคลายและการนวดเพื่อสุขภาพ	89
หมวดที่ 5	1. หลักการจัดอาหารสำหรับพระภิกษุที่มีปัญหาสุขภาพ	94
	2. การให้อาหารทางสายยางทางจมูก	100

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความหมายของสุขภาพและผลลัพธ์ของการมีสุขภาพะ	2
ภาพที่ 2 บทบาทของ “พระบริบาลภิกษุไข้” ในการดูแลสุขภาพ	3
ภาพที่ 3 อาหารคุณภาพที่พระภิกษุที่อาพาธโรคเบาหวานควรฉัน	8
ภาพที่ 4 โรคหลอดเลือดสมอง	14
ภาพที่ 5 ปรับมาตรฐานป้องกัน และการคัดกรองด้วย ATK (วันที่ 1 ตุลาคม 2565)	17
ภาพที่ 6 ความลึกของบาดแผลไหม้	22
ภาพที่ 7 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผล	23
ภาพที่ 8 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับอาการสำลัก	24
ภาพที่ 9 สายด่วนเจ็บป่วยฉุกเฉิน	25
ภาพที่ 10 พรอหวัดอุณหภูมิกาย พรอทแก้ว และพรอทดิจิตัล	36
ภาพที่ 11 การวัดอุณหภูมิทางปาก	36
ภาพที่ 12 จุดคล้ำซีฟจร่างกาย	37
ภาพที่ 13 การวัดความดันโลหิต	40
ภาพที่ 14 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)	40
ภาพที่ 15 การประคบร้อน	41
ภาพที่ 16 การประคบเย็น	42
ภาพที่ 17 แนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้หลักการสุขาภิบาล อย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	44
ภาพที่ 18 บรรยากาศของวัดที่ได้รับการพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้ หลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	44
ภาพที่ 19 ขั้นตอนที่ 1 เรียกดูว่ารู้ตัวหรือไม่	48
ภาพที่ 20 ขั้นตอนที่ 2 เรียกหาความช่วยเหลือ	48
ภาพที่ 21 ขั้นตอนที่ 3 จัดทำให้ผู้หมดสตินอนหงาย	49
ภาพที่ 22 ขั้นตอนที่ 4 กดหน้าอก 30 ครั้งสลับกับการเป่าปาก 2 ครั้ง จนครบ 5 รอบ	50

สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 23	ชั้นตอนที่ 5 เปิดทางเดินหายใจ	50
ภาพที่ 24	ชั้นตอนที่ 6 เมื่อผู้หมดสติรู้ตัวแล้ว จัดให้อยู่ในท่าพักฟื้น	50
ภาพที่ 25	ฉลากยา	54
ภาพที่ 26	ตำแหน่งที่เจาะเลือดปลายนิ้ว	58
ภาพที่ 27	ตำแหน่งการฉีดอินซูลิน	62
ภาพที่ 28	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 1	70
ภาพที่ 29	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 2	71
ภาพที่ 30	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 3	71
ภาพที่ 31	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 4	72
ภาพที่ 32	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 5	73
ภาพที่ 33	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 6	74
ภาพที่ 34	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 7	74
ภาพที่ 35	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 8	75
ภาพที่ 36	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 9	76
ภาพที่ 37	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 10	77
ภาพที่ 38	การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ เพื่อการทรงตัว	78
ภาพที่ 39	ท่านอนหงาย	85
ภาพที่ 40	ท่านอนตะแคง	85
ภาพที่ 41	ท่านอนหงายศีรษะสูง	86
ภาพที่ 42	ท่านอนกึ่งนั่ง	86
ภาพที่ 43	ท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ	87
ภาพที่ 44	ท่านอนคว่ำ	87
ภาพที่ 45	ท่านอนคว่ำคุกเข่า	88
ภาพที่ 46	ท่าศีรษะต่ำปลายเท้าสูง	88
ภาพที่ 47	จุดที่ควรนวดเพื่อคลายเครียด ท่าที่ 1 - 4	92
ภาพที่ 48	เลือกอาหารเพื่อสุขภาพพระภิกษุ	95
ภาพที่ 49	คุณค่าโภชนาการต่อ 5 ช้อนชา (20 กรัม)	97

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 50 ฉลากโภชนาการแสดงข้อมูลและสารอาหารและพลังงานต่อ 1 หน่วย บริโภค	98
ภาพที่ 51 ฉลากโภชนาการแบบ GDA	99

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดง สบช. โมเดล 2022 ตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี	27
ตารางที่ 2 แบบประเมิน ADL 10 หมวด	29
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับ HbA1C และ Glucose levels	60
ตารางที่ 4 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากบาดแผลออกสู่ภายนอก	66
ตารางที่ 5 ผลของการนวดไทยและการนำไปใช้งาน	90
ตารางที่ 6 ภัตตาหารที่ควรฉันและควรหลีกเลี่ยง	96
ตารางที่ 7 จำนวนหน่วยบริโภคต่อช่อง : 1	97

หน่วยที่ 1-1 สุขภาพและหลักการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อพัฒนาการทุกด้านในตัวบุคคล สุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ปัจจุบันสุขภาพวางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) รวมทั้งมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพ และระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียวแต่เป็นเรื่องความร่วมมือกันของสังคม ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของ“พระบิบาลภิกษุไข้” จึงจำเป็นต้องร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อดูแลตนเองและพระสงฆ์ในวัดให้มีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุข ในสิ่งแวดล้อมของวัดที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้

ในปัจจุบันความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ได้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพในเชิงการอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข และสุขภาพจิตวิญญาณอีกด้วย (ไพเราะ ผ่องโชค และคณะ, 2550) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ให้ความหมายว่า **สุขภาพ** หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพ เท่านั้น สุขภาพจึงมีความหมายที่เป็น “องค์รวม” ที่เน้นความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดความหมายของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ดังนั้น ความหมายของ “สุขภาพ” จึงมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน ดังนี้

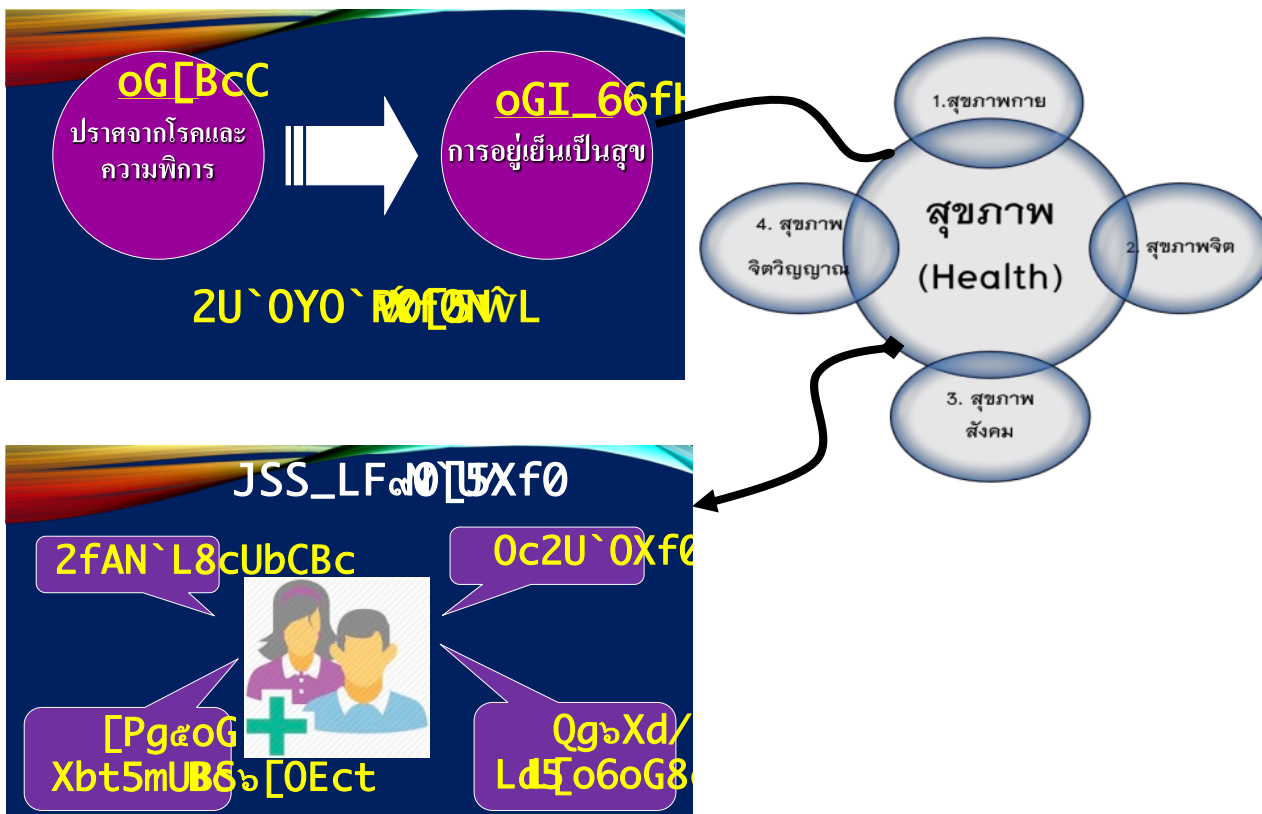
1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ หรืออาจมีโรคร้ายไข้เจ็บ/มีความพิการ แต่สามารถควบคุมโรค/ความพิการได้ ทำให้ง่ายสามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่มีภาวะเป็นเช่นคนเจ็บป่วย

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่เบิกบานแจ่มใส ไม่มีความขัดแย้งในจิตใจ ไม่วิตกกังวลหรือรู้สึกเป็นทุกข์อย่างรุนแรง สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง สภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่มีสภาวะทางกายและจิตใจสมบูรณ์ สามารถมีปฏิสัมพันธ์และไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข มีคนรอบข้างที่เป็นที่รักคอยสนับสนุนเกื้อกูลกันเหนียวแน่นทุกข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีคุณธรรมจริยธรรม ความรู้สิ่งมีคุณค่าในตัวเอง และมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้ดำเนินชีวิตในหนทางที่งดงาม

สรุปความหมายของสุขภาพและผลลัพธ์ของการมีสุขภาพได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความหมายของสุขภาพและผลลัพธ์ของการมีสุขภาพ

บทบาทของ “พระบริบาลภิกษุไข้” ในการดูแลสุขภาพ

“พระบริบาลภิกษุไข้” มีบทบาทสำคัญที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุในวัดให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่

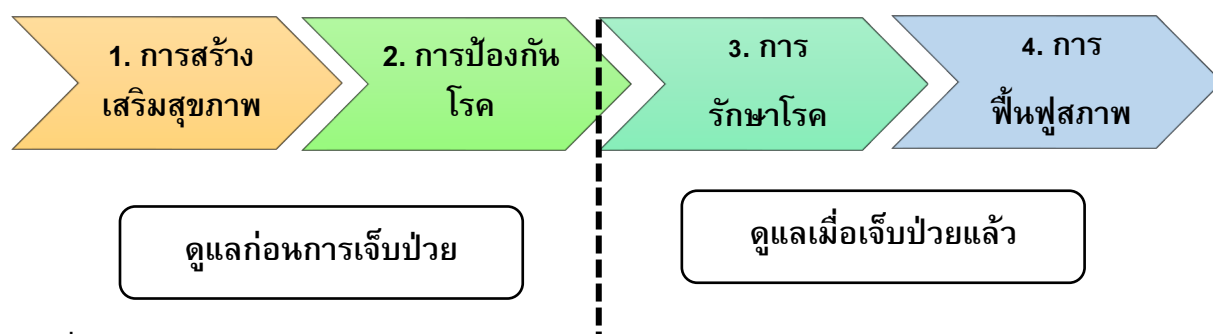
1. การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการดูแลเพื่อสร้างความแข็งแรงแก่ร่างกายและจิตใจ ให้อยู่สิ่งแวดล้อมที่ดี และรู้สึกเป็นสุข เป็นการดูแลสุขภาพในภาวะร่างกายปกติ แต่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การสวดมนต์ให้จิตใจสงบ การนอนหลับอย่างเพียงพอ การดูแลกุฏิให้สะอาด เป็นต้น

2. การป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพเมื่อมีภาวะคุกคามและเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ จึงต้องป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น การไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น PM 2.5 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การป้องกันโรคนั้นแบ่งเป็น 3 ระยะ การป้องกันก่อนการเกิดโรค การป้องกันเมื่อเกิดโรค

แล้วแต่ยังไม่แสดงอาการให้เห็น และการป้องกันเมื่อเป็นโรคและแสดงอาการเจ็บป่วยแล้ว ซึ่งรายละเอียดได้นำเสนอใน หน่วยที่ 1-2 การป้องกันโรค

3. การรักษาโรค เป็นการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว เช่น การไปพบแพทย์และฉีดยาตามแพทย์สั่ง การทำแผล การใช้ยานทางกระแสไฟฟ้าไหม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัด เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นการดูแลในระยะหลังพ้นตัวจากการเจ็บป่วย กลับจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลตนเองที่วัดหรือบ้าน การฟื้นฟูช่วยให้กลับไปอยู่ในภาวะปกติได้มากที่สุด ลดความพิการ และป้องกันการกำเริบของโรค รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดด้วย เช่น การบริหารร่างกายให้พระภิกษุไข้ที่ป่วยติดเตียง การฝึกให้ผู้พิการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น



ภาพที่ 2 บทบาทของ “พระบริบาลภิกษุไข้” ในการดูแลสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 มีการปรับเปลี่ยนนิยามตามการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจุบันนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและใช้อ้างอิงมากที่สุดคือ “กระบวนการที่ส่งเสริมให้คนเพิ่มความสามารถในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น”

สรุปอย่างง่ายได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะเพื่อให้เอื้อกับการมีสุขภาพดีระยะยาว โดยมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของคน ในกรณีของการสร้างเสริมสุขภาพในวัด หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุในวัดให้เหมาะสม และการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวต้องเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และทักษะให้กับพระภิกษุและฆราวาสผู้ดูแลในวัด ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแวดล้อม และอาจต้องกำหนดกฎระเบียบและนโยบายต่าง ๆ ภายในวัดด้วย

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ที่ควรสร้างเสริมให้พระภิกษุเกิดความตระหนักและประพฤติปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่

1) การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2) การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวร่างกาย ตามจริยวัตรที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์

3) การรักษาสุขอนามัยของร่างกาย

4) การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

5) การหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น

6) การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต และจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ

7) การอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัดให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

8) การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และการตรวจสุขภาพประจำปี

การดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พระบริบาลภิกษุใช้ควรต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพขั้น พื้นฐาน สำหรับการดูแลตนเองและพระภิกษุที่ยังมิได้เจ็บป่วย และต้องฝึกฝนให้มีทักษะจำเป็นสำหรับการ บริบาลภิกษุใช้ในวัด หรือภิกษุใช้ที่กลับจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีพยาธิสภาพของโรคเหลืออยู่ และต้องการผู้บริบาลอย่างต่อเนื่อง

สำหรับรายละเอียดแต่ละบทบาทนั้นจะนำเสนอในเอกสารประกอบการอบรมในแต่ละหน่วยเพื่อเพิ่ม มุมมองและเป็นตัวอย่างของเนื้อหาสำคัญที่พบบ่อยหรือจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตามลำดับ ต่อไป

หน่วยที่ 1-2 การป้องกันโรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความหมายว่า **การป้องกันโรค** คือ บริการหรือกิจกรรมทาง การแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค (<https://shorturl.asia/ZCvBs> cite in 18 มกราคม 2565) อย่างไรก็ตามการนิยามความหมายของ “การ ป้องกันโรค” บางครั้งได้ครอบคลุมความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การควบคุมโรค” ไปด้วย โดยได้กำหนดนิยามกิจกรรมการป้องกันโรคครอบคลุมรวมทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค (การ ป้องกันระดับปฐมภูมิ) ดำเนินการเมื่อเกิดโรคแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการ (การป้องกันระดับทุติยภูมิ) และ ดำเนินการเมื่อเกิดโรคจนมีอาการแล้ว (การป้องกันระดับตติยภูมิ) ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (ระยะต้นน้ำ) คือการป้องกันก่อนการเกิดโรค ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมให้คนมีร่างกายแข็งแรง มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ และการส่งเสริมให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของคุณ

หมายถึง การสุขภาพพื้นฐานคุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากมลพิษและสิ่งแวดล้อมทางสังคมทั้งที่พักอาศัย ชุมชนที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน และสังคมโดยรวม ส่วนสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การส่งเสริมให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยให้ประชาชนเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลาง ล้างมือ รวมถึงการใช้วัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (ระยะกลางน้ำ) คือการป้องกันในระยะเวลาที่โรคได้เกิดขึ้นแต่ยังไม่แสดงอาการให้เห็นอย่างชัดเจน คนจึงยังไม่รู้ว่าตนเองได้เจ็บป่วยแล้ว การป้องกันระดับทุติยภูมิจึงเป็นการค้นหาโรค เพื่อหยุดยั้งกระบวนการดำเนินของโรค และการป้องกันการแพร่เชื้อและการระบาดของโรคไปยังบุคคลหรือชุมชนอื่น มุ่งเน้นการคัดกรองโรคเพื่อให้พบโรคโดยเร็วที่สุดก่อนที่จะมีอาการและให้การรักษาโดยทันที โดยเชื่อว่าการค้นพบโรคในระยะแรกและให้การรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีผลการรักษาที่ดีกว่า เช่น การวัดความดันโลหิตเพื่อดูภาวะความดันโลหิตสูง การเจาะน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน การประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรอง เป็นต้น

3. การป้องกันแบบตติยภูมิ (ระยะปลายน้ำ) คือ การป้องกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่แสดงอาการแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้โรคลุกลาม ไม่ให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น การพลิกตัวผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การฉีดอินซูลินให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกเช้าตามที่แพทย์สั่ง เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีขอบเขตดังนี้

1. การค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงของคนที่ยังไม่เจ็บป่วย แล้วช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้คนกลับไปมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การค้นหาพระภิกษุในวัดที่สูบบุหรี่ ฉันทเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ มีความเครียดจนนอนไม่หลับ เป็นต้น

2. การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้และการสาธิตเพื่อให้เกิดความตระหนักและเลิกทำพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ให้ความรู้ให้พระตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ และแนะนำช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการใช้ยา ในกรณีมีโรคระบาดและเมื่อคนเกิดการเจ็บป่วยแล้ว

หน่วยที่ 1-3 ปัญหาที่พบบ่อยในพระภิกษุ

1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการที่ตับอ่อนมีความบกพร่องในการสร้างอินซูลิน หรือมีความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือมีความบกพร่องทั้งสองอย่างร่วมกัน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ให้เกิดพลังงานได้ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆเสื่อมลง เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคตา จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม ความดันโลหิตสูง หัวใจ เป็นต้น

สาเหตุการอาพาธด้วยโรคเบาหวาน เกิดจากพฤติกรรมการฉับภัตอาหารที่พุทธศาสนิกชนนำมาถวาย ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม ประกอบกับพระภิกษุอยู่ในสถานภาพที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น

อาการที่พบบ่อย คือ หิวน้ำบ่อย ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย หิวบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือการติดเชื้อทางผิวหนัง แผลหายช้า เป็นต้น

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าคนปกติ เนื่องจากวัตรปฏิบัติในการบิณฑบาตเป็นประจำต้องเดินเท้าเปล่า ส่งผลให้เกิดแผลเรื้อรัง และอาจถึงขั้นถูกตัดเท้าในที่สุด ปัจจุบันได้มีข้อเสนอแนะให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน สามารถใส่รองเท้าที่เป็นรองเท้าเพื่อสุขภาพได้ในขณะออกบิณฑบาต เพื่อป้องกันการเป็นแผลที่เท้าจากการเดินเท้าเปล่า

การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด หรือการเจาะน้ำตาลหลังดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด(ดื่ม น้ำเปล่าได้) มาแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

ระดับน้ำตาลในเลือดดูอย่างไร

- ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 70-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อยู่ในภาวะปกติ
- ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีภาวะความเสี่ยง หรือเรียกว่าเบาหวานแฝง
- ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำเป็นต้องได้รับการตรวจและวินิจฉัยการเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ หากมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เกิน 2 ครั้ง บ่งชี้ว่าเป็นโรคเบาหวาน

แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการรักษาด้วยยาเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ยารักษาโรคเบาหวาน

ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน มีทั้งยาที่ฉีกก่อนอาหาร และหลังอาหาร

- **ยาก่อนอาหาร** แนะนำให้ฉีกก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ข้อควรระวังของยากลุ่มนี้ เมื่อฉีกยา กลุ่มนี้แล้ว จำเป็นต้องฉีกอาหารหลังฉีกยาเสมอ เพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำ **หากฉีกยาต้องทำอะไร** หากฉีกยา ควรเว้นยาที่ฉีกไปโดยไม่ต้องฉีกเพิ่มเป็นสองเท่าในมื้อถัดไป
- **ยาหลังอาหาร** กรณีฉีกยา สามารถฉีกยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้อาหารมื้อถัดไปแล้ว ควรเก็บยาไว้ฉีกหลังอาหารมื้อถัดไปแทน

ยารักษาโรคเบาหวานชนิดฉีด

- ใ้ใช้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังบริเวณต้นขา หรือหน้าท้อง วันละ 1-4 ครั้งก่อนอาหารประมาณครึ่ง ชั่วโมง หรือฉีดก่อนนอน ควรหมุนเวียนเปลี่ยนที่ฉีดเข้าใต้ผิวหนังแทนการฉีดซ้ำที่เดิม
- อินซูลินที่ยังไม่เปิดใช้ต้องเก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดาที่ไม่ใช่ช่องแช่แข็ง เมื่อจะนำมาใช้ค่อยนำออกมาจากตู้เย็น จากนั้นคลึงระหว่างฝ่ามือทั้งสองข้างเพื่อให้อินซูลินมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิร่างกาย ก่อนนำไปฉีด

สิ่งสำคัญของโรคเบาหวาน...คือ ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด การใช้อย่างสมเหตุผล และการฉีกยา หรือฉีดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมโรคเบาหวานได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อน อยู่ในระดับ 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ น้อยกว่า 7


ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตัวพระภิกษุที่อาพาธโรคเบาหวาน

ในที่นี้มุ่งเน้นด้านอาหารและบริหารชั้น (ออกกำลังกาย)

1. ฉันทิตอาหาร ลดหวาน มัน และเค็ม

จำกัดแป้ง เพิ่มผัก งดหวาน มัน
จำกัดการฉันทิตอาหารรสหวาน น้ำปानะที่มีน้ำตาลสูง

ควบคุมน้ำตาลให้อยู่หมัด
จำกัดแป้ง เพิ่มผัก ออกกำลังกาย




ทานได้ "ไม่จำกัดปริมาณ"

ผักก้าน ผักใบ ผักใบเขียวทุกชนิด
ผักหัว เช่น แครอท ฟักทอง กระเจี๊ยบ มะระ

- มีใยอาหารสูง
- ทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง
- ร่างกายดึงน้ำตาลไปใช้ได้พอดี

ทานได้ "จำกัดปริมาณ"

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต
ข้าว ข้าวกล้อง ข้าวไม่ขัดสี
แป้ง เผือก มัน



"ไม่ควร" รับประทาน

- น้ำตาลทุกชนิด
- ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม
ผลไม้รสหวานจัด
- อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น
ไขมันจากสัตว์ มาการีน เนย

DDC กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กองโรคไม่ติดต่อ
Division of Non Communicable Diseases

สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

รอรู
สุขภาพ
ดีจากโรคไม่ติดต่อ
@NCD.DDC

ที่มา: <https://shorturl.asia/EH9LO>

ภาพที่ 3 อาหารคุณภาพที่พระภิกษุที่อาพาธโรคเบาหวานควรฉันทิต

2. การบริหารชั้น (ออกกำลังกาย)

คู่มือหา ที่หน่วยที่ 4-1 แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

ภาวะแทรกซ้อน

ในที่นี้จะกล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในพระภิกษุอาพาธที่เป็นเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลต่ำ และภาวะน้ำตาลสูง

ภาวะน้ำตาลต่ำ เกิดจากร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่งผลให้มีอาการแสดงต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ตัวเย็น มือสั่น ตาพร่า คลื่นไส้ อ่อนเพลีย มึนเวียนศีรษะ ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หรืออาจมีภาวะรุนแรงจนหมดสติหรือชักได้ เป็นต้น

เมื่อมีอาการสงสัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำให้ปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้รีบฉีดยาทดแทนน้ำตาลในเลือด เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ ½ แก้ว น้ำตาลก้อน 2 ก้อน น้ำตาลทราย 1 ช้อนโต๊ะ เป็นต้น
2. หากสามารถทดสอบระดับน้ำตาลปลายนิ้วได้
 - ให้ทดสอบหลังฉีดยาภายใน 15 นาที ถ้าระดับน้ำตาลยังต่ำให้ฉีดยาซ้ำ และทดสอบซ้ำอีกครั้งหลังฉีดยา 15 นาที ถ้ายังไม่ดีขึ้นอีกควรรีบติดต่อโรงพยาบาล
 - หากไม่สามารถทดสอบระดับน้ำตาลเองที่วัดได้แต่รู้สึกยังไม่ปกติ ให้ฉีดยาซ้ำและรีบติดต่อโรงพยาบาล
3. หากพบพระภิกษุอาพาธมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำให้ประคองนั่งศีรษะสูง จากนั้นให้หยอดน้ำเชื่อมหรือน้ำหวานชั้นๆ 2-4 ช้อนชา ช้า ๆ ระวังสำลัก และควรรีบติดต่อโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน
4. ถ้ามีอาการรุนแรงถึงขั้นหมดสติไม่รู้สีกตัว **ห้าม** ให้ลูกอม หรือฉีดยาน้ำหวาน เพราะอาจทำให้สำลักได้ ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ใกล้ที่สุด แล้วแจ้งแพทย์ที่ดูแลด้วยว่า เป็นเบาหวาน

การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- ฉีดยาให้เป็นเวลาและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- ฉีดยาหรือฉีดยาตามแพทย์สั่ง (ทั้งปริมาณยาและเวลา)
- ปฏิบัติตามแพทย์ในกรณีที่ต้องฉีดยาอื่น ๆ ร่วมด้วยเพราะยานั้นอาจมีผลต่อน้ำตาลในเลือด
- แจ้งบุคคลใกล้ชิดให้รู้ว่าท่านเป็นเบาหวานและอธิบายวิธีช่วยเหลือ เมื่อมีอาการผิดปกติ
- ควรพกลูกอม น้ำตาลก้อน หรือน้ำผลไม้พกติดตัวไว้เพื่อเดินทางยามฉุกเฉิน
- ถ้ามีเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่วัด ควรเจาะเลือดเช็คระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะน้ำตาลสูง พบในกรณีควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ค่อยดี มีอาการกระหายน้ำมาก คลื่นไส้ ปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติโดยเฉพาะเวลากลางคืน อ่อนเพลีย ซึม หรืออาจมีภาวะรุนแรงจนหมดสติหรือชักได้ เป็นต้น

การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการน้ำตาลในเลือดสูง

- ดื่มน้ำเปล่ามากๆ
- ถ้ามีเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่วัด ควรเจาะเลือดเช็คดูระดับน้ำตาลว่าสูงเท่าใด
- หากมีอาการรุนแรง ควรดื่มน้ำมาก ๆ และรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วน

การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

- ฉีดยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
- ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการผิดปกติ และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ควรไปพบแพทย์ **ห้าม** หยุดฉีดอินซูลินหรือหยุดฉีดยาเอง
- มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. โรคความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิต ค่าความดันที่วัดได้จะออกมา 2 ค่า คือ ค่าความดันตัวบนและค่าความดันตัวล่าง



เมื่อไร เรียกว่าความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตตัวบน

- น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตปกติ
- 120-139 มิลลิเมตรปรอท ระดับก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง
- 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตตัวล่าง

- น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตปกติ
- 80-89 มิลลิเมตรปรอท ระดับก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง
- 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป **ความดันโลหิตสูง**

ค่าความดันโลหิตที่ควรระวัง

	สูงเล็กน้อย	สูงปานกลาง	สูงมาก
ค่าความดันตัวบน	140-159	160-179	มากกว่า 180
ค่าความดันตัวล่าง	90-99	100-109	มากกว่า 110

ระดับความดันทั้ง 2 ค่า ยิ่งสูงมากก็ยิ่งจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ไตวาย เป็นต้น

อาการที่พบบ่อย ปวดศีรษะ มึนงง ศีรษะคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยง่าย หน้ามืดเป็นลม

แนวทางการรักษา

การควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการรักษาด้วยยา และรักษาโรคประจำตัวอื่น ๆ อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะเบาหวานและไขมันในเลือดสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่

- ควบคุมอาหาร (เหมือนกับข้อแนะนำการปฏิบัติตัวพระภิกษุที่อาพาธโรคเบาหวาน) **เน้น** ลดฉันทอาหารรสเค็ม นั่นคือปริมาณเกลือต้องไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนชา
- ลดน้ำหนัก หากมีน้ำหนักเกิน/อ้วน

การประเมินว่า น้ำหนักเกิน/อ้วน ทำอย่างไร.....

ประเมินจาก ดัชนีมวลกาย (ค่าปกติ 18.5-25 กิโลกรัม/เมตร²)

ดัชนีมวลกาย คำนวณจากค่าของน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลังสอง

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

- งดการฉันทเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำชา กาแฟ เป็นต้น
- หยุดสูบบุหรี่ (ดูเนื้อหา ที่หน่วยที่ 4-1 แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว)
- การบริหารชั้น (ออกกำลังกาย)

ดูเนื้อหา ที่หน่วยที่ 4-1 แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว


การรักษาโรคความดันโลหิตสูง


การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีหลายกลุ่ม ออกฤทธิ์ต่างๆ กันไป เช่น ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ยาชะลอการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ยาขยายหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดกว้างขึ้น เลือดจึงไหลได้ดีขึ้นและมีแรงดันน้อยลง


พระภิกษุอาพาธที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะเลือกยาที่เหมาะสมในแต่ละราย บางรายใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียว ก็ลดความดันโลหิตได้ดี และสามารถควบคุมให้มีค่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ แต่บางรายต้องใช้ยา 2 ชนิด หรือมากกว่านั้น


มีข้อที่ควรทราบ คือ **ยาขับปัสสาวะ** ทำให้พระภิกษุที่ฉันทยานั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติเพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ขับน้ำออกจากหลอดเลือด มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง ขนาดยาโดยทั่วไปคือฉันทยานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่พระภิกษุบางรายก็จำเป็นต้องฉันทยานวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ให้ฉันทยานอาหารเช้าและอาหารเพล ห้ามฉันทยาในช่วงเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืน ส่งผลรบกวนการนอนหลับ


หลักการใช้ยาในการควบคุมความดันโลหิตสูง


 ควรฉันทยาอย่างสม่ำเสมอและเป็นช่วงเวลาเดียวกัน

 ห้ามหยุดยาลดความดันเองเพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการหยุดยา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน

 ไม่ควรลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง เพราะอาจเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงหรือต่ำได้

 หากลืมฉันทยาในมือใด มือต่อไปให้ฉันทยาของมือนั้นก็พอ **ห้ามฉันทยาเพิ่มเป็น 2 เท่า** เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงอย่างมาก เกิดอาการหน้ามืด ล้มลง หมดสติ เป็นอันตรายได้

 ห้ามบด เคี้ยว หรือหักเม็ดยาเอง เพราะยาบางตัวเมื่อ บด เคี้ยว หรือ หักเม็ดยา จะทำให้ได้ตัวยาเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่สูงอย่างทันทีทันใด ฤทธิ์ยา ก็จะสูงมากและความดันโลหิตจะตกลงอย่างมาก จนอาจทำให้หน้ามืด ล้มลงและหมดสติได้

 หลีกเลี่ยงยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่นๆ เพราะอาจทำให้ผลในการควบคุมความดันไม่มีประสิทธิภาพ หรือมีปฏิกิริยากับยาที่รับประทาน

3. โรคหลอดเลือดสมอง



โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้สมองตาย เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรงจากสมองตาย ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่

ภาวะหลอดเลือดสมองแตก

สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หลอดเลือดสมองโป่งพอง การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ

อาการ สัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าใจคำพูดของคนอื่น

รู้สึกสับสน มึนงง พูดไม่ชัด หรือมีปัญหาในการทำความเข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด

อาการอ่อนแรง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) หรือชาบริเวณหน้า แขน ขา

เกิดอาการอ่อนแรงหรือชาอย่างเฉียบพลัน บริเวณ หน้า แขนหรือขา โดยส่วนใหญ่แล้ว

อาการจะเกิดกับร่างกายแค่ด้านเดียว ร่วมกับอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้

ปัญหาด้านการมองเห็นที่ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง

เกิดอาการตามัวแบบเฉียบพลัน หรือเห็นภาพซ้อน

เวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ

อาการรุนแรงแบบเฉียบพลัน มักพบร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านการเดินเซ การทรงตัว ผิดปกติ หรือซึมลง มึนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน

การตรวจประเมินเบื้องต้น กรณีพระภิกษุอาพาธที่อาการดังกล่าวข้างต้น

ควรปฏิบัติตามแนวทางของ “FAST” ดังต่อไปนี้

- **F (Face) ใบหน้า** – ให้พระภิกษุพยายามยิ้ม แล้วสังเกตว่ามีอาการปากเบี้ยวหรือไม่?
- **A (Arm) แขน** – ให้พระภิกษุพยายามยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง เหนือศีรษะ แล้วสังเกตว่าแขนข้างใดข้างหนึ่งตกไม่มีแรง ต่างจากอีกข้างหนึ่งชัดเจน
- **S (Speech) คำพูด** – ถามคำถามง่าย ๆ ที่พระภิกษุน่าจะตอบได้ ฟังเสียงผู้พระภิกษุและความหมายในการพูด แล้วลองสังเกตว่าเสียงพระภิกษุพูดไม่ชัดหรือไม่

- T (Time) ระยะเวลา – หากเกิดอาการเหล่านี้ ควรพบแพทย์ทันที อย่ารอนจนกว่าอาการจะดีขึ้น เพราะยิ่งได้รับการรักษาเร็วเท่าใด ยิ่งลดความเสี่ยงของสมองตาย ลดความรุนแรงของทุพพลภาพได้มากยิ่งขึ้น

โรคหลอดเลือดสมอง

ให้ยิงฟันหรืออัม

ให้ยกแขนสองข้าง นาน 10 วินาที

ให้พูดตาม

ปากเบี้ยว มุมปากตก

แขนข้างใดข้างหนึ่งตก หรือยกไม่ได้

สังเกตว่าพูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง

โทร 1669

หากพบผู้ป่วยใน 4 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการ

แจ้งศูนย์สื่อสารและสั่งการทันที

โครงการอำนวยการทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 7

ที่มา: <https://www.kkh.go.th/emergency/omd7>

ภาพที่ 4 โรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คืออาการโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาการเป็นไม่นาน (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) แล้วอาการดีขึ้นได้เอง

สาเหตุ เกิดจากสมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอเป็นระยะเวลาชั่วคราว ส่วนใหญ่จะมีอาการ 5-15 นาที แล้วอาการดีขึ้นเองหากพระภิกษุอาพาธด้วยอาการดังที่กล่าวมาข้างต้น ควรไปพบแพทย์ทันทีเพื่อทำการตรวจแยกระหว่างโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรป้องกันก่อนการเกิดโรคและควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการ ตีบ อุดตัน หรือแตก โดยมีแนวทางการป้องกันโรค ดังนี้

- ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ
- หลีกเลี่ยงการฉ่ำอาหารที่มีคลอเรสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง
- เลิกสูบบุหรี่
- ควบคุมอาการของโรคเบาหวาน
- ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ฉ่ำผลไม้และผักให้มากยิ่งขึ้น
- บริหารชันธ์ (ออกกำลังกาย) อย่างสม่ำเสมอ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคโควิด 19 คือ โรคเชื้อทางเดินหายใจชนิดหนึ่ง เกิดจาก**ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่**ที่มีการระบาดเร็วและร้ายแรง ติดต่อกันคนสู่คนได้ง่าย โดยการสูดดมหรือสัมผัสละอองสารคัดหลั่งจากระบบการหายใจของบุคคลที่ติดเชื้อจากการไอหรือจามหรือสัมผัสสารคัดหลั่งที่ออกจากทางเดินหายใจ

อาการ

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ตามปกติเชื้อมีระยะเวลาฟักตัว (เวลาระหว่างที่ได้รับเชื้อและมีอาการเกิดขึ้น) มีช่วงตั้งแต่ 1-14 วัน โดยทั่วไปจะอยู่ที่ 2-7 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน อาการของโรคพบตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอ และมีไข้ จนถึงอาการรุนแรง มีอาการปอดบวมหรือหายใจลำบากร่วมด้วย บางรายเสียชีวิตได้

พระภิกษุที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ได้แก่ พระภิกษุผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป พระภิกษุที่มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ได้แก่

- โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคไตวายเรื้อรัง
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคอ้วน
- โรคมะเร็ง
- โรคเบาหวาน

การแพร่เชื้อ

โดยหลักแล้วเชื้อจะแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจากจุกหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วย ไอ หรือจาม การรับเชื้อได้จากการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไปจากผู้ป่วย หรือจากการเอามือไปจับพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้นแล้วมาจับตามใบหน้า COVID-19 สามารถแพร่กระจายผ่านสิ่งของที่แปดเปื้อนเชื้อโรคได้ อยู่ได้นานหลายวันหากไม่มีการทำความสะอาด ยกตัวอย่างอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในที่สาธารณะ เช่น ลูกบิดประตู และมือจับประตู ก๊อกน้ำ ราวจับรถสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีการแปดเปื้อนผ่านมือแล้วจับ โทรศัพท์มือถือ หากใช้มือสัมผัสสิ่งของแล้วนำมาแตะบริเวณหน้า หรือหยิบอาหารเข้าปาก สามารถติดเชื้อได้ เช่นเดียวกับการสัมผัสเชื้อจากผู้ป่วยโดยตรง จึงควรต้องระมัดระวัง ทำความสะอาดพื้นผิวที่อาจแปดเปื้อนบ่อย ๆ และล้างมือบ่อย ๆ

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จะช่วยกระตุ้นร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส ช่วยป้องกันการติดเชื้อ หากได้รับเชื้อในอนาคต แต่ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งหลังฉีดวัคซีน เพื่อให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสขึ้นมา เชื้อวัคซีนโควิด-19 ที่นำมาใช้ในประเทศไทย ได้แก่ วัคซีนซิโนแวค วัคซีนซิโนฟาร์ม วัคซีนแอสตราเซนเนกา วัคซีนไฟเซอร์ และวัคซีนโมเดอร์นา เป็นต้น

การดูแลและป้องกันตนเอง

- พระสงฆ์ต้องป้องกันตนเองโดยสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างให้มากขึ้นกับญาติโยม
- ฉันทัดอาหารร้อน ใช้ช้อนส่วนตัว
- กลับจากบิณฑบาตหรือปฏิบัติศาสนกิจนอกวัด ให้ทำความสะอาดร่างกายและเครื่องนุ่มห่ม
- ให้ญาติโยมที่เข้ามาที่วัด ได้คัดกรองโรคด้วยการวัดไข้ หากพบว่ามิใช่ ต้องไม่อนุญาตให้มาทำ

กิจกรรมในวัด

- ให้วัดมีเจลล้างมือหรือที่ล้างมือ ประจำจุดต่าง ๆ
- หลีกเลี่ยงไปในสถานที่เสี่ยงที่มีการรวมกลุ่มของผู้คนจำนวนมาก
- ใช้สื่อออนไลน์มากขึ้น เพื่อลดการมาพบปะกันที่วัด เช่น การฟังเทศน์ผ่านสื่อ เป็นต้น
- หมั่นทำความสะอาดสิ่งต่าง ๆ ในวัดเสมอ เช่น พื้น พรม เป็นต้น



ปรับมาตรการ ป้องกันโรค และการคัดกรองด้วย ATK

START ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยทางเดินหายใจ

ให้ปฏิบัติตามมาตรการ





สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง

หน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการ

คัดกรอง
อาการป่วย
ของพนักงาน
เป็นประจำ



หากมีพนักงานป่วยโรคทางเดินหายใจจำนวนมาก
ให้รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที



ประชาชนทั่วไป



แนะนำสวมหน้ากาก
เมื่อเข้าไปในสถานที่
ผู้คนแออัด
หรือพื้นที่ปิด
อากาศไม่ถ่ายเท



เช่น **ขนส่งสาธารณะ**
โรงพยาบาล สถานดูแล
ผู้สูงอายุ/เด็กเล็ก

ตรวจ ATK
เมื่อมีอาการป่วย



ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ตรวจ ATK ในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการป่วย

DDC กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค
National Center for Disease Control and Prevention

f กรมควบคุมโรค

สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565

ที่มา: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>

ภาพที่ 5 ปรับมาตรฐานป้องกัน และการคัดกรองด้วย ATK (วันที่ 1 ตุลาคม 2565)

ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย

สุขภาพจิต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึงสภาพสุขภาพที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมของตนได้"

ปัญหาสุขภาพจิตอาจพบได้ในพระภิกษุ ทั้งนี้เพราะมีคนจำนวนหนึ่งที่มีความทุกข์ในจิตใจและต้องการหาหนทางบรรเทาทุกข์โดยการบวช โดยหวังให้เกิดความสงบในจิตใจ อย่างไรก็ตาม พระเหล่านี้อาจยังไม่

สามารถจัดการกับอารมณ์และความทุกข์ของตนเองได้ ดังนั้นพระภิกษุในวัดจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ

ความเครียด

มักเกิดขึ้นหลังจากเผชิญกับสภาวะกดดันหรือมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาคุกคามและก่อให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จึงมีความทุกข์ ทรมาน จนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการที่แสดงออกมา คือ ไม่ค่อยพูดคุย เก็บตัวมากขึ้น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย รับประทานน้อยหรือมากเกินไป ผิวหนังเย็น ผิวแห้ง มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า บุคคลใกล้ชิดจึงควรเข้ามาพูดคุยเพื่อถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ มีการใช้วาทศิลป์ในการพูดคุยเพราะหากไม่ใช้ทักษะในการสื่อสารอาจจะทำให้เกิดการตีตัวออกห่างและยอมมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ความกังวล

ความกังวลว่าเป็นสิ่งที่ควบคู่กับความเครียด เป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้ชัดเจน ซึ่งถือเป็นภาวะทางจิตใจที่มีตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายกาย และไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่นหวาดกลัวต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญในขณะนั้นและสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้น ความกังวลส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ ความกังวลในระดับพอดี ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ส่วนความวิตกกังวลที่น้อยเกินไปหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานของคุณลดลง เมื่อกังวลคนจะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้นตกใจง่าย โกรธ หรือรู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และอาจรู้สึกว่ามีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอารมณ์เศร้ามีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจเอาไว้ ซึ่งคนรอบข้างควรให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมเพื่อประคับประคองให้ผ่านความกังวลนั้นไปได้

โรคซึมเศร้า

เป็นอาการผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์เศร้าหมองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกเฉยชา ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ ส่งผลต่อความสามารถในชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตได้มากมาย การดำเนินชีวิตตามปกติอาจทำได้ยากลำบากหรือรู้สึกชีวิตไม่มีค่าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าได้ แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่นำอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ ได้แก่

- ลักษณะนิสัยบางประการ เช่น การมองโลกในแง่ร้าย การโทษตนเอง การพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป การไม่นับถือตนเอง เป็นต้น

- ผ่านเหตุการณ์ที่สร้างความบอบช้ำทางจิตใจ เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ หรือปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น
- คนในครอบครัวมีประวัติติดยาเรื้อรัง ฆ่าตัวตาย เป็นโรคซึมเศร้า และไบโพลาร์
- มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล หรือสภาวะป่วยทางจิตหลังจากต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง เป็นต้น
- ภาวะติดยาหรือสารเสพติด
- โรคเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น
- การใช้ยาบางประเภท เช่น ยานอนหลับ เป็นต้น

การดูแลป้องกันโรคซึมเศร้า ต้องดูแลให้กำลังใจ พุดคุยให้ผู้นั้นเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง ให้ระบายความรู้สึกเมื่อเริ่มรู้สึกซึมเศร้า และควรแนะนำให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแยลง

วิธีการสังเกตอาการทางสุขภาพจิตและการดูแลเบื้องต้น

เริ่มต้นสังเกตและพุดคุยเพื่อซักถามอาการที่บ่งชี้ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจหดหู่ หงุดหงิดง่าย เหม่อลอย ขาดสมาธิ การทำกิจวัตรประจำวันที่แยลง และต้องสังเกตอาการผิดปกติที่รุนแรงขึ้น เช่น เดินไปเดินมา พุดคนเดียว หวาดระแวง เก็บตัว ไม่สูงสิงกับใคร ทั้งที่ก่อนหน้านี้เป็นคนสดใสร่าเริง หรือในบางคนมีอาการแปรปรวนง่าย บ่นอยากตาย เป็นต้น

สำหรับการคัดกรองโรคซึมเศร้าสามารถใช้แบบคัดกรองเบื้องต้นของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดที่มี 2 คำถาม (2Q) และ เป็นแบบวัดที่มี 9 คำถาม (9Q) ดังแสดงในภาพ

(<https://shorturl.asia/xRvL2>)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ห่าอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

หากพบพระในวัดมีอาการเครียด วิตกกังวล ควรมีพระรูปอื่นในวัดไปพูดคุยรับฟังปัญหา เพื่อให้คลายความรู้สึกตึงเครียด ต้องทางช่วยเหลือโดยขอคำแนะนำจากเจ้าอาวาสหรือฆราวาสผู้ดูแลในวัด แต่หากมีอาการรุนแรงขึ้น ควรไปพบจิตแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยรักษาต่อไป

4. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และการปฐมพยาบาลอย่างทันถ่วงที ช่วยให้ผู้บาดเจ็บจากอันตรายสาหัสหรือเจ็บรอดชีวิตได้ ดังนั้นความรู้เรื่อง การปฐมพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประชาชนทั่วไป รวมถึงพระบริบาลภิกษุใช้

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (First Aid)

การปฐมพยาบาล หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย ณ สถานที่เกิดเหตุ โดยใช้ อุปกรณ์เท่าที่หาได้ในขณะนั้น ก่อนที่ผู้บาดเจ็บจะได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ของการปฐมพยาบาลคือ เพื่อช่วยชีวิตเป็นการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย ทำให้บรรเทาความเจ็บปวดทรมาน และช่วยให้กลับสู่สภาพเดิมโดยเร็ว รวมทั้งป้องกันความ พิกการที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลัง

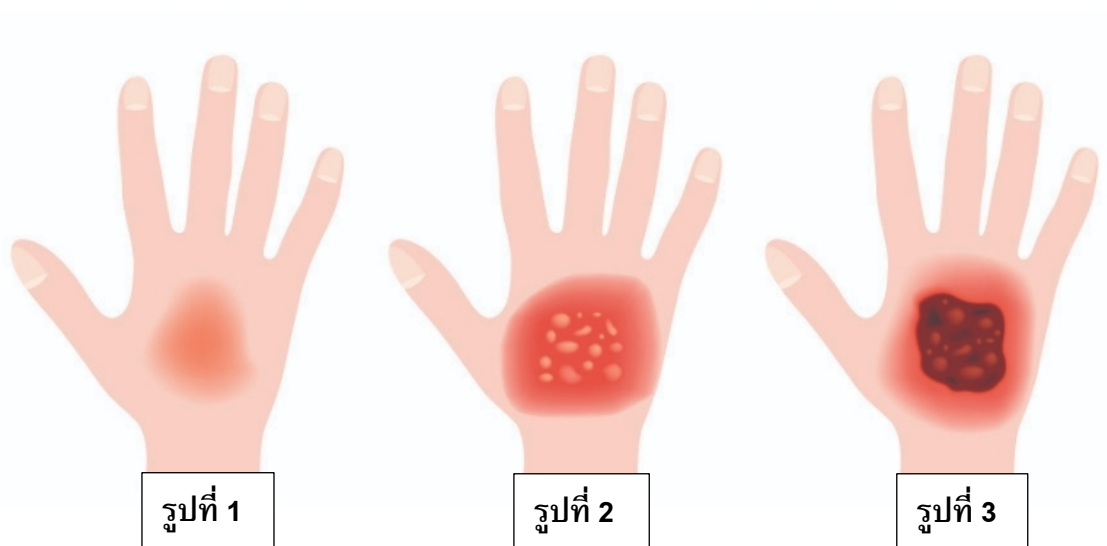
การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พระภิกษุควรรู้ ได้แก่

1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ความรุนแรงของอาการบาดเจ็บจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาที่ผิวหนังสัมผัสกับความร้อน ขนาดความกว้าง ความลึก และ ตำแหน่งของบาดแผล ถ้าอาการเป็นเพียงเล็กน้อยจะค่อยๆ หายได้เอง แต่ถ้าการบาดเจ็บระดับรุนแรงการติด เชื้อ และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ หลักการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดแผลไฟไหม้น้ำ ร้อนลวก คือ

1. ถอดเสื้อผ้าออกจากตัวผู้ป่วย หากไหม้ติดกับผิวหนังควรใช้กรรไกรตัด
2. ใช้น้ำสะอาดล้างแผล เพื่อทำความสะอาดแผล โดยใช้น้ำสะอาดที่อุณหภูมิปกติ หรือเปิดน้ำให้ไหล ผ่าน หรือแช่อวัยวะส่วนที่เป็นแผลลงในน้ำสะอาดประมาณ 15-20 นาที หรือจนกว่าอาการปวดแสบปวดร้อน จะลดลง
3. ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชหรือผ้าแห้งสะอาด
4. ห้ามใช้โลชั่น ยาสีฟัน หรือยาปฏิชีวนะทาบนแผลไฟไหม้
5. ทายาและปิดแผลด้วยผ้าสะอาด หากเป็นตุ่มน้ำใส ให้ปิดแผลหลวม ๆ
6. หากสงสัยว่าแผลไหม้ลึกมาก ไม่ควรให้แผลโดนน้ำ ให้ปิดบาดแผลของผู้บาดเจ็บด้วยผ้าสะอาดหรือ ผ้าก๊อช และส่งไปพบแพทย์โดยเร็ว
7. ถ้ายังมีอาการปวดแสบปวดร้อนหรืออาการเป็นมากขึ้น ผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส หรือมีสี ของผิวหนังเปลี่ยนไป ให้รับนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความลึกของบาดแผล ดังนี้

1. แผลไหม้เฉพาะกับผิวหนังชั้นนอกเท่านั้น ทำให้เกิดรอยแดงและบวม ถือว่าเป็นการไหม้เล็กน้อย ให้การปฐมพยาบาลตามที่กล่าวมา แผลจะหายภายใน 7 วัน โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ (รูปที่ 1)
2. แผลไหม้ส่งผลกระทบต่อผิวหนัง 2 ชั้น ทำให้เกิดแผลพุพอง ผื่นแดง และบวม แต่ยังมีเซลล์ที่สามารถเจริญทดแทนส่วนที่ตายได้ แผลจะหายภายใน 2-3 สัปดาห์ หากแผลมีความกว้างมากกว่า 3 นิ้ว หรือแผลเกิดบนใบหน้า มือ เท้า อวัยวะเพศ ก้น หรือเหนือข้อต่อที่สำคัญ ต้องไปพบแพทย์หลังให้การปฐมพยาบาลแล้ว (รูปที่ 2)
3. แผลไหม้ผิวหนังจะถูกทำลายตลอดชั้นความหนาของผิวหนัง รวมทั้งต่อมเหงื่อไขมัน และเซลล์ประสาท ผู้ป่วยมักไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดที่บาดแผลเนื่องจากเส้นประสาทที่อยู่บริเวณผิวหนังที่ถูกทำลายไปหมด ผิวที่ไหม้จะแห้งแข็ง ไม่มีความยืดหยุ่น และเมื่อแผลหายอาจทำให้ข้อติดยึดได้ ดังนั้น ให้รีบแจ้งโรงพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาทันที



ภาพที่ 6 ความลึกของบาดแผลไหม้

2. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแผลไหม้จากสารเคมี

ใช้น้ำสะอาดชำระล้าง โดยให้น้ำไหลผ่านบาดแผลนั้น เพื่อลดความเข้มข้นของสารเคมี ห้ามใช้การแก้พิษโดยสารเคมีใด ๆ ให้รีบนำผู้ป่วยไปพบแพทย์



การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ผู้บาดเจ็บ

แผลไฟไหม้

แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

- ถอดเสื้อผ้าออกจากตัวผู้ป่วย หากไหม้ติดกับผิวหนังควรใช้กรรไกรตัด
- ใช้น้ำสะอาดล้างแผล เพื่อทำความสะอาด
- ห้ามใช้โลชั่น ยาสีฟัน หรือยาปฏิชีวนะทาบนแผลไฟไหม้
- ทายาและปิดแผลด้วยผ้าสะอาด หากเป็นตุ่มน้ำใส ให้ปิดแผลหลวม ๆ
- หากสงสัยว่าแผลไหม้ลึกถึงเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไม่ควรให้แผลโดนน้ำ ปิดบาดแผลของผู้บาดเจ็บด้วยผ้าสะอาดหรือผ้าก๊อซ และพบแพทย์โดยเร็ว

แผลไหม้จากสารเคมี

- ใช้น้ำสะอาดชำระล้าง โดยให้น้ำไหลผ่านบาดแผลนั้น เพื่อลดความเข้มข้นของสารเคมี ห้ามใช้การแก๊พียงโดยสารเคมี และรีบไปพบแพทย์

บาดแผลฉีกขาด

บาดแผลฉีกขาดทั่วไป

- ใช้น้ำสะอาดล้างแผล และใช้ผ้าสะอาดหรือผ้าก๊อซปิดปากแผล เพื่อห้ามเลือด

แผลจากวัตถุทิ่มแทงแผล

- ห้ามดึงวัตถุที่ทิ่มแทงออกจากบาดแผล ยึดวัตถุที่ทิ่มแทงให้อยู่นิ่ง ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

แผลอวัยวะถูกตัดขาด

- ห้ามใช้อวัยวะที่ถูกตัดขาดลงไปในน้ำแข็งโดยตรงเด็ดขาด ควรเก็บอวัยวะที่ขาดใส่ถุงพลาสติกสะอาด รัดปากถุงให้แน่น แล้วนำถุงไปแช่ในภาชนะที่มีน้ำผสมน้ำแข็ง รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว

ข้อมูล ณ วันที่ 8 กรกฎาคม 2564

ที่มา : อ. นพ.รณดล โรจนศานติกุล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
www.chulalongkornhospital.go.th

Twitter @chulahospital Instagram LINE Facebook ChulalongkornHospital YouTube โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สมีใจถามรู้สุขภาพ

ที่มา <https://shorturl.asia/SuZKX>.

ภาพที่ 7 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผล

3. การปฐมพยาบาลเมื่อถูกผึ้งต่อย อาการที่ผู้ป่วยถูกผึ้งซึ่งเป็นแมลงที่มีเหล็กในต่อย หรืออาจผึ้งเหล็กในลงบนผิวหนัง คล้ายถูกเข็มแทง รู้สึกปวดร้อนหรือคันบริเวณที่ถูกต่อยหากมีอาการแพ้ผึ้งต่อยจะเป็นตุ่มบวมขึ้น โดยมีจุดสีแดงอยู่ตรงกลาง ซึ่งอาการผึ้งต่อยจะค่อย ๆ ดีขึ้น และค่อย ๆ หายไปภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง การรักษาอาการผึ้งต่อย

1. หากมองเห็นเหล็กในที่ผึ้งในผิวหนัง ให้บีบผิวโดยรอบเพื่อดันเหล็กในออกมาให้เร็วที่สุด
2. ล้างทำความสะอาดผิวบริเวณที่ถูกผึ้งต่อยด้วยสบู่และน้ำสะอาด
3. ใช้น้ำแข็งหรือผ้าเย็นวางประคบในบริเวณที่ถูกผึ้งต่อย
4. หากบริเวณที่ถูกผึ้งต่อยที่แขนหรือขาแล้วมีอาการบวม ให้วางแขนขาให้สูงกว่าปกติ
5. บรรเทาอาการปวดด้วยกรรรับประทานยาแก้ปวดที่หาซื้อได้ตามร้านขายยา เช่น พาราเซตามอล เป็นต้น
6. รับประทานยาแก้แพ้ เพื่อรักษาอาการที่เกิดบนผิวหนัง ลดอาการบวมแดงและอาการคัน
7. ผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น บวมมาก หายใจไม่ออก เป็นต้น ให้รีบส่งแพทย์เพื่อรักษาทันที

4. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับอาการสำลัก

การสำลักเกิดจากสิ่งแปลกปลอมเข้าไปติดค้างอยู่ในลำคอหรือกีดขวางหลอดลม สังเกตเห็นได้จากอาการบางอย่าง เช่น พยายามไอ เล็บ ริมฝีปาก และผิวหนังของผู้ป่วยคล้ำหรือเปลี่ยนเป็นสีเขียว พูดไม่มีเสียง หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง หรือหมดสติ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นควรทำโดยทันที เนื่องจากการสำลักจะทำให้สมองขาดออกซิเจนได้ ซึ่งการปฐมพยาบาลเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 ปีและผู้ใหญ่ที่สำลักอาหาร ให้ปฏิบัติดังนี้

รีบกดกระแทกที่ท้อง 5 ครั้ง (ควรทำก่อนการขอความช่วยเหลือ) โดยให้ยืนข้างหลัง เอาแขนรัดรอบเอว แล้วโน้มตัวผู้ป่วยไปด้านหน้าเล็กน้อย กำหมัดแล้ววางไว้ตรงสะดือของผู้ป่วย จากนั้นใช้มืออีกข้างจับที่หมัดแล้วกดลงแรงและเร็วที่ท้องของผู้ป่วย ให้เหมือนกับกำลังพยายามยกตัวผู้ป่วยขึ้น วิธีนี้สามารถทำซ้ำจนกว่าสิ่งแปลกปลอมจะหลุดออกมา ดังภาพ



ภาพที่ 8 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับอาการสำลัก

5. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อสงสัยว่ากระดูกหัก สำหรับการเกิดอุบัติเหตุที่ได้รับการบาดเจ็บที่ แขน ขา มือ และเท้า แล้วมีอาการปวดอย่างรุนแรงบริเวณที่บาดเจ็บ ลงน้ำหนักบริเวณที่บาดเจ็บไม่ได้เลย ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยกระดูกหัก ต้องให้การปฐมพยาบาลและส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เสมอ โดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทำดังนี้

1. ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีที่สงสัยว่ากระดูกหลัง สะโพก หรือขาหัก ควรโทรเรียกรถพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมาช่วยเหลือ
2. ห้ามจับ ดัด หรือดึงกระดูกให้กลับเข้าที่เองโดยเด็ดขาด เพราะอาจเกิดการบาดเจ็บมากกว่าเดิมได้
3. หาววัสดุที่แข็งแรง เช่น กิ่งไม้ กระดาษหนังสือพิมพ์ที่ม้วนจนแน่นแข็ง เป็นต้น นำมาตามส่วนที่หักไว้ก่อน เพื่อลดการเคลื่อนไหวของกระดูกที่หัก
4. หากมีเลือดออกให้ใช้ผ้าสะอาดกดแผลเพื่อห้ามเลือดใช้น้ำแข็งหรือเจลประคบเย็นประคบบริเวณที่กระดูกหัก เพื่อลดอาการบวมและหยุดเลือด งดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารเพื่อจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด

อาการกระดูกหักส่วนมากมักจะไม่มีรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาจมีผลทำให้พิการถาวรได้หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือได้รับการรักษาไม่ถูกวิธี

เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือภาวะฉุกเฉินในวัด นอกจากการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้ว พระภิกษุในวัด ควรโทรขอความช่วยเหลือทางการแพทย์หากจำเป็น โดยเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยงานต่าง ๆ ทันที เช่น ศูนย์เอราวัณ (เฉพาะในพื้นที่ กทม.) โทร 1646 และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทร 1669 (ทั่วประเทศ)

สายด่วน
โทร. 1669

เจ็บป่วยฉุกเฉิน
เบอร์เดียวทั่วไทย บริการฟรี 24 ชั่วโมง

Medical Emergency Call 1669

www.emit.go.th

ภาพที่ 9 สายด่วนเจ็บป่วยฉุกเฉิน

5. การใช้ สบช.โมเดลในการประเมินภาวะสุขภาพ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคดังกล่าวมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการป่วย การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ได้รับมลพิษทางอากาศ และปัญหาสุขภาพจิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนั้นหากไม่จัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะของโรค อาจก่อให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

สถาบันพระบรมราชชนกมีนโยบายนำ สบช.โมเดล 2022 ตามแนวคิดป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการสร้างสุขภาวะชุมชนเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ของสถาบันคือ “เป็นผู้นำและต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาในการบูรณาการ การสร้างคน สร้างความรู้ สร้างนวัตกรรมที่ใช้ได้จริง ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยชุมชนเพื่อชุมชน สู่สากล แข่งขันได้และยั่งยืน” ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นพ. วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ได้ริเริ่มผลักดันการนำนโยบาย สบช.โมเดล ตามแนวคิดป้องกันจรรยาจร 7 สี มาใช้ในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในระยะแรกเริ่มดำเนินการใช้ สบช.โมเดล 2022 ในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรครายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง **โดยนำแนวคิดป้องกันจรรยาจร 7 สี มากำหนดเป็นเครื่องมือในการคัดกรองภาวะสุขภาพ ใช้สีในการแยกบุคคลตามระดับภาวะสุขภาพ เพื่อการควบคุม เฝ้าระวัง ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** โดยดำเนินการคัดกรองประชาชนตั้งแต่อายุ 15 ถึง 60 ปี เพื่อจัดระดับความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน ทำให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนมีความเฉพาะเจาะจงตามปัญหาของกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มป่วยที่มีความแตกต่างกัน โดยแบ่งบุคคลตามภาวะสุขภาพเป็น 4 กลุ่ม คือ

- กลุ่มปกติ แทนด้วยปิงปองสีขาว
- กลุ่มเสี่ยง แทนด้วยปิงปองสีเขียวอ่อน
- กลุ่มป่วย แทนด้วยปิงปองสีเหลือง ส้ม สีแดง
- กลุ่มมีโรคแทรกซ้อน แทนด้วยปิงปองสีดำ

ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดง สบช. โมเดล 2022 ตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

ระดับสี	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มปกติ		
สีเขียว	ระดับน้ำตาลไม่เกิน 100 mg/dl	ความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 120 mmHg. ตัวล่างไม่เกิน 80 mmHg.
กลุ่มเสี่ยง		
สีเขียวอ่อน	ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl	ความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 139 mmHg. ตัวล่างไม่เกิน 89 mmHg.
กลุ่มป่วย		
สีเขียวเข้ม	ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ - สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน 125 mg/dl	ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ - สามารถควบคุมความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 139 ตัวล่างไม่เกิน 89
สีเหลือง	ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 126-154 mg/dl และค่า HbA1C ไม่เกิน 7%	ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-159/99 mmHg.
สีส้ม	ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 155-182 mg/dl และค่า HbA1C อยู่ระหว่าง 7-8%	ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160/100-179/109 mmHg.
สีแดง	ระดับน้ำตาลสูงกว่า 183 mg/dl และค่า HbA1C มากกว่า 8%	ความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 mmHg
สีดำ	เป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีโรคแทรกซ้อนได้แก่ไตวายเรื้อรังเบาหวานขึ้นตา เท้ามีแผลเรื้อรัง เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น	

ทั้งนี้ในการนำ สบช. โมเดล 2022 ตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สีมาใช้ **หลักสำคัญข้อหนึ่งคือ ให้ประชาชนรู้สถานะสุขภาพตามระดับสีของตนเองที่ชัดเจน เห็นแนวโน้มของภาวะสุขภาพหากไม่ดูแลตนเองอย่างเข้มงวดหรือต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนตระหนักและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนเป็นสีที่ดีขึ้น หรือไม่ให้เลื่อนเป็นระดับสีที่แย่ลง** โดยมีแนวคิดในการดูแลประชาชนในกลุ่มสีต่าง ๆ ดังนี้

1) กลุ่มปกติ (สีเขียว) ต้องไม่ให้กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยเน้นเฝ้าระวังสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ลด

2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. 3 ลด เพื่อให้กลับเป็นกลุ่มปกติ (สีเขียว) และไม่กลายเป็นกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง)

3) กลุ่มป่วย ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. 3 ลด เพื่อลดระดับความรุนแรงจากระดับสี่เดิมลงมาจนอยู่ในระดับกลุ่มป่วยระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ให้ได้ เช่น หากผู้รับบริการที่อยู่ในระดับ 3 (สีแดง) ต้องกินยาตามแพทย์สั่งให้ครบถ้วนถูกต้อง ร่วมกับการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. 3 ลด ส่งผลให้สามารถลดความรุนแรงเป็นระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และกลุ่มป่วยระดับ 0 (สีเขียวเข้ม)

4) กลุ่มป่วยระดับรุนแรง (สีแดง) ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. 3 ลด เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต ไตวาย ตาบอด เนื้อตายปลายนิ้วมือนิ้วเท้า เป็นต้น

แนวคิดการสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด

การสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 3 ลด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ได้โดยใช้หลักปฏิบัติคือ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ส่วน 3 ลด คือ ลดน้ำหนัก ลดการดื่มสุรา และลดการสูบบุหรี่ กล่าวคือ

อ: ออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายทุกวัน วันละ 30 นาที หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ อ L

อ: อาหาร ให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม อย่างต่อเนื่อง

อ: อารมณ์ สร้างอารมณ์ที่ดี ยิ้มแย้มให้ตัวเองและผู้อื่นเสมอ สร้างโลกแห่งความสุขให้ตัวเอง

ลดอ้วน: ภาวะอ้วนลงพุงเป็นความเสี่ยงเกิดโรคเบาหวานเกิดได้ และการมีคอเลสเตอรอลสูง จะทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลดเหล้า: เพราะเหล้าเป็นปัจจัยเสริมความเสี่ยงให้เกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเร็วขึ้น

ลดบุหรี่: เพราะบุหรี่เป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น

จากการดำเนินการนำแนวคิด สบช. โมเดล ไปใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน และได้มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี พบว่าประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงลดลงได้

6. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

คนที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ถือเป็นภาวะปกติของการใช้ชีวิตทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการ ย่อมมีข้อจำกัดในศักยภาพทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องพึ่งพิงผู้อื่น Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL Index คือ การวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะช่วยให้วางแผนช่วยเหลือและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม แบบประเมิน ADL ทั้ง 10 หมวด ดังนี้

ตารางที่ 2 แบบประเมิน ADL 10 หมวด

หมวด	การให้คะแนน
1. การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 1 = ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ให้ 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โภชนาการในระยะเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา	0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน/ใช้คนทั่วไป 2 คน พยายามขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย/ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง
4. การใช้ห้องน้ำ	0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้ เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้) 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า	0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น	0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ	0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำได้เอง

หมวด	การให้คะแนน
9. การกลืนการถ่ายอุจจาระ ใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 = กลืนไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลืนได้เป็นปกติ
10. การกลืนปัสสาวะใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 = กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 = กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลืนได้เป็นปกติ

มีทั้งหมด 10 หมวด คะแนนเต็มคือ 20 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองใน
การดำเนินชีวิตประจำวันได้มาก การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนรวม ADL 20 คะแนน	แปลผล
0-4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
5-8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง
9-11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง
12-20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา

ตัวอย่าง แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอคทีแวล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	โรงพยาบาล วันที่	เยี่ยมบ้าน๑ วันที่	เยี่ยมบ้าน๒ วันที่
(๑) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ○ ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ๑ ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตัดเป็นชิ้นเล็กๆให้ ๒ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ			
(๒) การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา ○ ต้องการความช่วยเหลือ ๑ ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)			
(๓) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ○ ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน ๒ คนช่วยกันยกขึ้น ๑ ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน/ใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุงดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ๒ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นช่วยพยุงเล็กน้อย/ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ๓ ทำได้เอง			
(๔) การใช้ห้องน้ำ ○ ช่วยตัวเองไม่ได้ ๑ ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ๒ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี			
(๕) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ○ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ๑ ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ ๒ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง ๓ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง			
(๖) การสวมใส่เสื้อผ้า ○ ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย ๑ ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย ๒ ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)			
(๗) การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น ○ ไม่สามารถทำได้ ๑ ต้องการคนช่วย ๒ ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)			
(๘) การอาบน้ำ ○ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ๑ อาบน้ำได้เอง			
(๙) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ○ กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ๑ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์) ๒ กลั้นได้เป็นปกติ			
(๑๐) การกลั้นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ○ กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ ๑ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ ๑ ครั้ง) ๒ กลั้นได้เป็นปกติ			
รวมคะแนน			

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL ๒๐ คะแนน	แปลผล
๐ - ๔ คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
๕ - ๘ คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
๙ - ๑๑ คะแนน	ภาวะพึ่งพากลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
๑๒ - ๒๐ คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

Barthel Activities of Daily Living : ADL () เพิ่มขึ้น () ลดลง () เท่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน พ.ศ. 25641
 สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยโรงพยาบาลสงฆ์. (2566). **คู่มือดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่เป็นเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2566**. มปท. (เอกสารเผยแพร่ออนไลน์).
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล Health and Health Promotion: Nurses' Important Role. วารสารทหารบก. Vol.15(2): 1-14.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 – 2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ นนทบุรี.
- ขวัญชนก เทพปิ่น และ ปัทมา สุพรรณกุล. (2563).เครือข่ายสังคมออนไลน์และโมบายแอปพลิเคชันกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง Social Network and Mobile Application in Stroke Prevention. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. vol31(1) มกราคม - มิถุนายน 198-204.
- ดวงกมล สุวรรณ , วิภา แซ่เซีย แล ประณีต ส่งวัฒน์. (2560).ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์*. Vol9(2). 14-22.
- ชนดล โรจนสถานติกุล. (2564). การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้บาดเจ็บแผลไฟไหม้.
<https://shorturl.asia/SuZKX>. cite in 18 มกราคม 2565
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561. (2561). คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระสงฆ์เสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) พิมพ์ครั้งที่ 1 . โรงพิมพ์สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กทม.
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถของสมอง ของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*. vol63(4). 20-28.
- พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2561) ศึกษาแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2563;28(2):121-135.
- ไพเราะ ผ่องโชค, สมบูรณ์ จัยวัฒน์ และเฉลิมศรี นันทวรรณ. (2550). การพยาบาลอนามัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์ , วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ , อธิบดี มีสิงห์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: เรา
จะรับมือ. (2563) *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. Vol6(1). 2-9.

อิทธิพัทธ์ อรุณสุรัตน์ , วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ , อธิบดี มีสิงห์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: เรา
จะรับมือ. (2563) *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. Vol6(1). 2-9.

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health
Promotion, Ottawa, 21 November 1986. World Health Organization, Retrieved January
29, 2014, from: <http://www.who.int/hpr/archive/does/ottawa.html>.

https://www.nhso.go.th/page/coverage_rights_health_enhancement cite in 18 มกราคม 2565

หน่วยที่ 2-1 การวัดสัญญาณชีพและการดูแลเมื่อมีไข้

สัญญาณชีพ (Vital Sign) เป็นอาการแสดงที่มีความสำคัญต่อชีวิต ซึ่งพระพยาบาลภิกษุไข້ต้องนำไปใช้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของพระภิกษุไข້ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ประกอบด้วย

- ❖ อุณหภูมิร่างกาย (Temperature)
- ❖ อัตราการเต้นของชีพจร (Pulse)
- ❖ อัตราการหายใจ (Respiration)
- ❖ ความดันโลหิต (Blood press)

1. อุณหภูมิกาย

การวัดอุณหภูมิของร่างกายหรือการวัดไข้ เป็นการวัดความร้อนของร่างกาย ด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิ เรียกว่า เทอร์โมมิเตอร์ หรือปรอทวัดไข้ มีแบบปรอทแก้วและแบบดิจิตอล

ตำแหน่งและวิธีการวัดอุณหภูมิกาย ได้แก่

1) วัดทางปาก

- ❖ ตรวจสอบปรอทให้ต่ำกว่า 35 °C หรือ 95° F สลับโดยใช้ข้อมือ
- ❖ ให้ผู้ป่วยอมปรอทแก้วไว้ใต้ลิ้น
- ❖ ใช้เวลาอมปรอทใต้ลิ้น เวลา 3-5 นาที จึงนำปรอทออกจากปาก
- ❖ เช็ดปรอทด้วยกระดาษทิชชูและอ่านค่าทันที
- ❖ อุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส การวัดอุณหภูมิ หากสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หมายความว่า ร่างกายมีไข้

2) วัดทางรักแร้

- ❖ โดยให้ผู้ป่วยหนีบปรอทไว้ให้แน่นให้กระเปาะปรอทอยู่ตรงกึ่งกลางรักแร้
- ❖ ควรซับรักแร้ให้สะอาดและแห้งปลายปรอทไม่เลยรักแร้ออกมาสัมผัสกับอากาศภายนอก
- ❖ หุบแขนผู้ป่วยนาน 5 นาที
- ❖ นำปรอทออกเช็ดด้วยกระดาษทิชชูและอ่านค่าทันที
- ❖ อุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส การวัดอุณหภูมิ หากสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หมายความว่า ร่างกายมีไข้

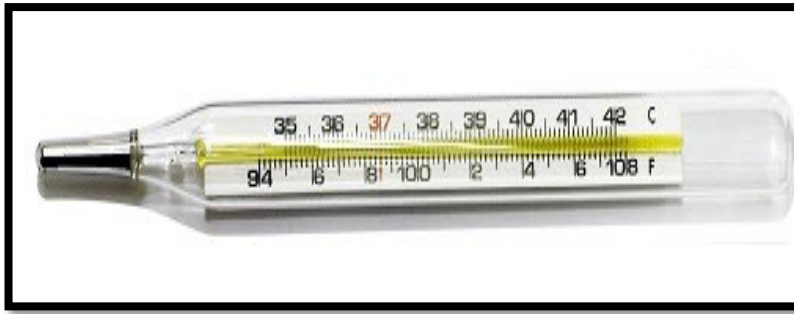
ภาวะไข้ (Fever) ภาวะไข้คือมีอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์เพิ่มขึ้นทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายผลิตความร้อนมากขึ้น ร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส คือมีความผิดปกติของร่างกายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ

การประเมินระดับของการมีไข้

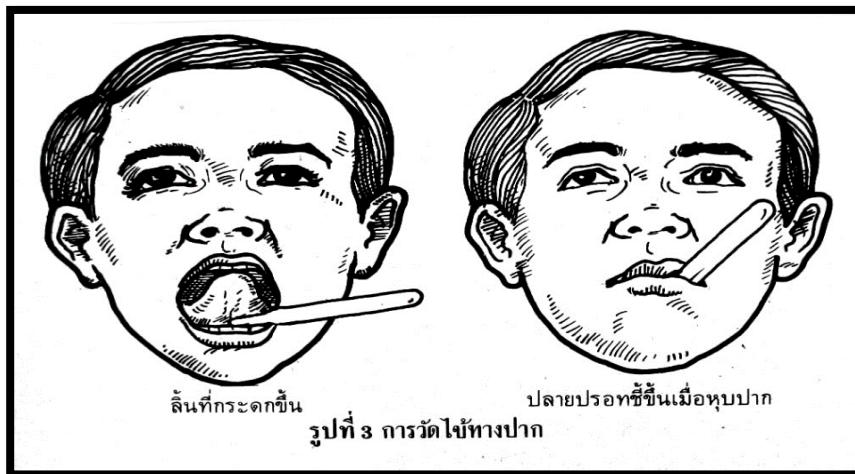
- | | |
|---------------|-----------------------------------|
| 1. ไข้ต่ำ ๆ | อุณหภูมิ 37.5 – 38.3 องศาเซลเซียส |
| 2. ไข้ปานกลาง | อุณหภูมิ 38.4 – 39.4 องศาเซลเซียส |
| 3. ไข้สูง | อุณหภูมิ 39.5 – 40.5 องศาเซลเซียส |
| 4. ไข้สูงมาก | อุณหภูมิ 40.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป |

การเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) เป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกายด้วยน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

- เตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ อ่างน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูเล็ก 3 ผืน ผ้าเช็ดตัว 1 ผืน น้ำ หากอากาศเย็นสามารถใช้ผ้าอุ่นหรือใช้อุณหภูมิห้องในวันที่อากาศร้อน
- ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก
- เช็ดตัวลดไข้โดยใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำบิดผ้าให้หมาดพับผ้าไว้ตามซอกคอ ซอกรักแร้ ซอกพับแขน ซอกพับขา ซอกขาหนีบ หน้า อกหลัง มือ เท้าทั้งสองข้าง เช็ดจากปลายมือปลายเท้าเข้าหาลำตัว ส่วนบริเวณซอกคอ รักแร้ ซอกพับแขนซอกพับขา และขาหนีบ 3 - 5 นาที เพื่อระบายความร้อน
- ดื่มน้ำ 2,500 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน ยกเว้นในพระสงฆ์ที่มีข้อจำกัด
- ไม่ควรใส่เสื้อผ้าหรือห่มผ้าที่หนาเกินไป
- นอนพักผ่อนอยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนจนเกินไป และไม่มีลมโกรก
- หลังเช็ดตัวแล้วประมาณ 30 นาที วัดปรอทซ้ำเพื่อประเมินไข้
- รับประทานยาลดไข้ได้ ตามขนาดที่แพทย์สั่งได้หากไข้ไม่ลดลงทุก 4 - 6 ชั่วโมง



ภาพที่ 10 พรอทวัดอุณหภูมิกาย พรอทแก้ว และพรอทดิจิตอล



ภาพที่ 11 การวัดอุณหภูมิทางปาก

2. อัตราการเต้นของชีพจร

ชีพจรเป็นแรงสะท้อนของกระแสเลือด ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างด้านซ้าย ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงขยายออกเป็นจังหวะ

ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อัตราการเต้นของชีพจรปกติ 60 - 100 ครั้ง/นาที (เฉลี่ย 80 ครั้ง/นาที) ถ้ามากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ถือว่าผิดปกติ

การประเมินอัตราการเต้นของชีพจร

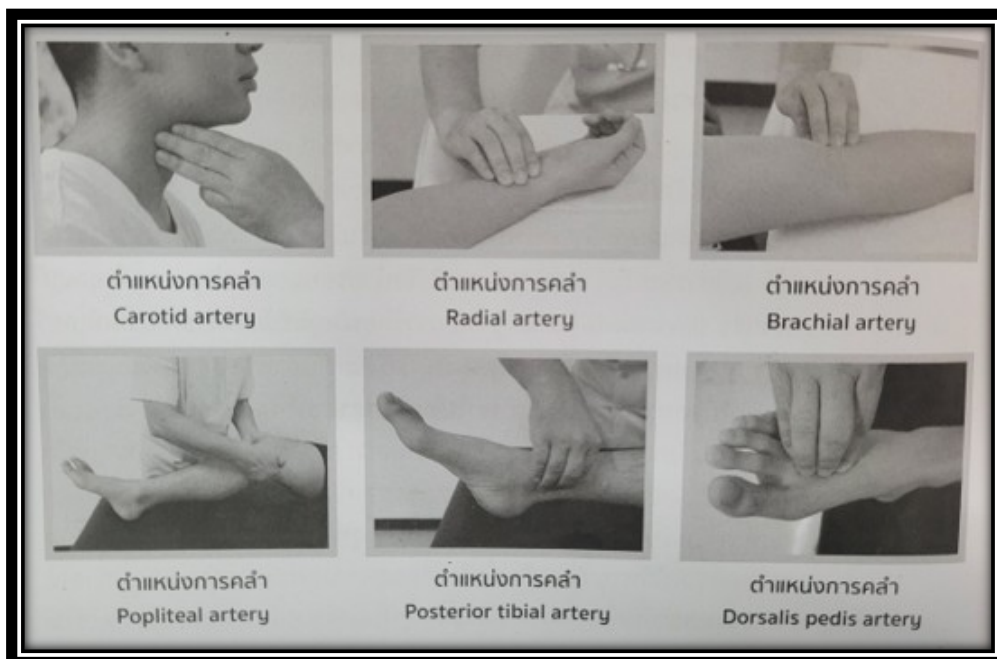
1. ใช้ปลายนิ้ว 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนาง สัมผัสเบาๆบริเวณที่ต้องการคลำชีพจร เพื่อประเมินการหดตัวและการขยายตัวของหลอดเลือดแดง ตามจังหวะการเต้นของหัวใจ

ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางจับตำแหน่งชีพจร

2. คว่ำมือผู้ป่วยลง
3. อัตราการเต้นของชีพจรใน 1 นาที
4. ประเมินจังหวะการเต้น ความแรง ความสม่ำเสมอ

ตำแหน่งชีพจรที่ตรวจจับได้ง่าย

1. บริเวณแนวกลางลำคอ (Carotid artery)
2. บริเวณข้อมือ (Radial artery)
3. บริเวณที่ข้อพับด้านใน (Brachial artery)
4. บริเวณใต้เข่า (Popliteal artery)
5. บริเวณตาตุ่ม (Posterior tibial artery)
6. บริเวณหลังเท้า (Dorsalis pedis artery)



ภาพที่ 12 จุดคลำชีพจรร่างกาย (ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ และคณะ, 2564)

ตำแหน่งที่นิยมจับชีพจรมากที่สุด คือ บริเวณข้อมือ การตรวจชีพจรหลอดเลือดส่วนปลายเปรียบเทียบความแรงทั้ง 2 ข้างแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เขามาก ระดับ 2 เข ระดับ 3 เล็กน้อย ระดับ 4 แรงปกติ

3. การประเมินอัตราการหายใจ

การหายใจเข้า เป็นการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย โดยผ่านจมูก หลอดลม และปอด

การหายใจออก เป็นการแสดงการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายโดยผ่าน

ปอด หลอดลม และจมูก

การตรวจนับการหายใจเป็นการสังเกตว่ามีการหายใจที่ผิดปกติหรือไม่ ในจังหวะ และจำนวนครั้ง/นาที่

วิธีการสังเกตการหายใจ

1. ผู้ถูกสังเกตอาจนอนหงายหรือนอนตะแคงหรือนั่งในท่าที่สบาย
2. สังเกตการหายใจเข้าโดยดูหน้าอกที่พองขึ้น และการหายใจออกโดยดูหน้าอกที่ยุบลง นับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง นับจำนวนครั้งการหายใจใน 1 นาที

การหายใจปกติ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะมีการหายใจประมาณ 16 - 20 ครั้งต่อนาที

การหายใจที่ผิดปกติ คือ การหายใจที่เร็วมาก ซึ่งอาจเรียกว่า "หอบ" ผู้ที่หายใจหอบ จะแสดงอาการเหนื่อยเวลาหายใจเข้าหน้าอกจะม บางครั้งมีหน้าเขียวเพราะขาดออกซิเจน

การนับอัตราการหายใจ

1. ช่วยให้ทราบว่ามีการหายใจเพียงพอหรือไม่ โดยดูจากการขยายและ หดตัวของทรวงอก
2. นับการหายใจเข้าและออกเป็นการหายใจ 1 ครั้ง นับจนครบ 1 นาที
3. สังเกตจังหวะความลึก ตื้น ปีกจมูก กล้ามเนื้อหน้าท้อง
4. หากการหายใจไม่เพียงพอร่างกายเราจะหายใจเร็วขึ้น และแรงขึ้น โดยสังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก นับจำนวนครั้งการหายใจใน 1 นาที

การวัดความดันโลหิต

1. ค่าความดันโลหิตปกติในผู้ใหญ่ โดยทั่วไป คือค่าความดันตัวบนไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท

เลขความดันตัวบน Systolic คือ หัวใจบีบตัว

เลขความดันตัวล่าง Diastolic คือ หัวใจคลายตัว

2. ความดันโลหิต

2.2 เกณฑ์ปกติ" คือ ต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท

2.2 ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย แต่ยังไม่ถือว่าปกติ คือ 130-139/ 85-89 มิลลิเมตรปรอท

2.3 ความดันโลหิตสูงคือ เมื่อความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ ตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตเป็นค่าไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทุกวินาที การวัดซ้ำในเวลาใกล้เคียงกันอาจได้คนละค่า แต่ก็จะไม่ควรจะแตกต่างกันนัก

การจัดเตรียมท่าก่อนวัดความดันโลหิต

ควรจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอน จัดแขนที่วัดให้อยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ การห้อยแขนหรือวางแขนต่ำกว่าระดับของหัวใจจะทำให้ค่าความดันสูงกว่าปกติ ควรให้ผู้ป่วยนั่งพัก 5-15 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

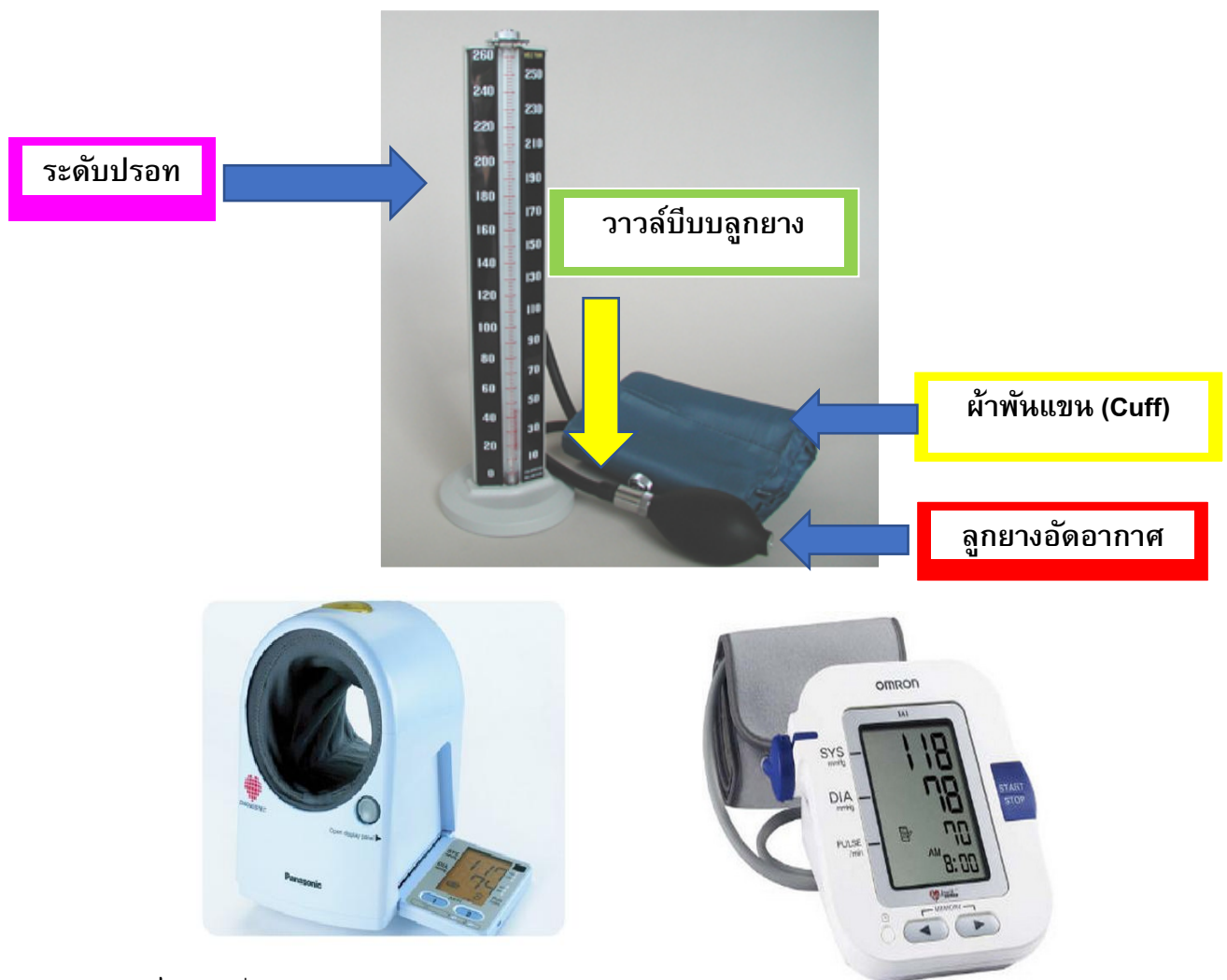
ขั้นตอนและวิธีวัดความดันโลหิต

1. ควรจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอน และให้พักหายใจน้อยก่อนเริ่มวัดความดัน 5 - 15 นาที
2. วัดความดันท่านอน ให้นอนหงาย วางแขนขนานกับลำตัวตามสบาย หงายฝ่ามือขึ้นวัดความดันท่านั่ง ให้นั่งบนเก้าอี้ วางแขนที่จะวัดบนโต๊ะ หงายฝ่ามือขึ้น
3. วางเครื่องวัดความดัน ให้อยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ หันหน้าปัทม์ที่อ่านให้อยู่ในระดับสายตา
4. พันผ้ารอบแขน โดยจับปลายด้านที่มีสายยาง วางบนแขนด้านชิดกับลำตัว แล้วจึงพันส่วนที่เหลือไปเรื่อย ๆ จนรอบแขน ให้ขอบล่างของผ้าพันแขน อยู่เหนือข้อศอกประมาณ 2 นิ้ว (กรณีเป็นเครื่องอัตโนมัติให้กดปุ่มการวัดได้เลย)
5. ตรวจสอบปรอทให้อยู่ที่ระดับ 0 ก่อนถ้าในผ้าพันแขน (Cuff) ยังมีอากาศเหลืออยู่ให้บีบออก จนอยู่ระดับ 0
6. ผ้าพันแขน (Cuff) ให้เหมาะกับขนาดของแขนผู้ป่วย ควรมีขนาด 2/3 ของต้นแขน ให้ขอบล่างของผ้าพันแขนอยู่เหนือข้อศอกประมาณ 2 นิ้ว เริ่มวัดโดยคลำชีพจรบริเวณข้อพับข้อศอก
7. บีบลูกยางเพื่อเพิ่มความดันในผ้าพันแขน ให้บีบลูกยางซ้ำๆ ไปเรื่อย ๆ หลายๆ ครั้งจนกระทั่งเข็มขึ้นไปตัวเลข 180 จากนั้นให้ค่อยๆ คลายเกลียวลูกยางๆ เพื่อลดความดันในผ้าที่พันแขนลง
8. ใช้หูฟังวางตำแหน่งเส้นเลือดแดงเบรเคียล (Brachial artery) หมุนบิดวาล์วบีบลูกยางให้ระดับปรอทสูงขึ้นจนกว่าชีพจรจะหายไปพร้อมอ่านค่าความดัน Systolic หลังจากทราบค่าแล้วหมุนวาล์วซ้ำ ๆ เพื่อปล่อยลมออกฟังเสียงตึกแรกที่ได้ยินจะเป็นเสียงความดันเมื่อหัวใจบีบตัว (Systolic) และตึกสุดท้ายก่อนเสียงหายไปจะเป็นความดันเมื่อหัวใจคลายตัว (Diastolic) จากนั้นปล่อยลมออกจากผ้าพันแขนให้หมดและปลดออกจากแขน

9. ฟังเสียงตู่บ แรกที่ได้ยิน คือ ความดันช่วงบน เราคลายเกลียวลูกยางไปช้าๆ จนกระทั่งถึง เสียงจะเปลี่ยนเป็นเสียงเบาๆ ลง แล้วเสียงนั้นก็หายไปสนิทที่สุด จุดที่เสียงเปลี่ยนหรือเสียงหายไป ก็คือ ความดันช่วงล่าง ค่าความดัน จึงเขียนเป็นเลขสองจำนวนเสมอ และมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท



ภาพที่ 13 การวัดความดันโลหิต (ที่มา ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ และคณะ, 2564)



ภาพที่ 14 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดด้วยตัวเลข Numeric Scale มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0 – 10 ใช้ประเมินความปวดใน กับผู้ป่วยวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ ที่รู้สึกตัวดี และรู้วิธีการผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินคะแนนความปวดด้วยตนเอง

การแปลผล

- 0 - 1 = ขยับแล้วไม่ปวด
- 2 - 4 = ขยับแล้วปวดเล็กน้อย
- 5 - 7 = ขยับแล้วปวดมาก
- 8 - 10 = ไม่ขยับก็ปวด

การประคบร้อนและเย็น

ความร้อนสามารถนำมาใช้ในการรักษาได้ เช่น เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นที่ส่วนหนึ่งของร่างกาย ใช้กระเป๋าน้ำร้อน ใส่ น้ำร้อนที่ร้อนจัดพันทับด้วยผ้า เพื่อให้ความร้อนค่อย ๆ คลายออกมา แล้ววางลงบนบริเวณที่เจ็บปวด

การใช้ความร้อนและความเย็นในการบำบัด (การประคบร้อน-เย็น)

1. การใช้ผ้ามัดเป็นลูกประคบจุ่มลงในน้ำร้อนที่ร้อนพอทนได้ ประคบบนบริเวณที่ปวด
2. เมื่อความร้อนเข้าสู่ร่างกายไปยังบริเวณที่เจ็บปวด ความร้อนจะทำให้บริเวณนั้นร้อนขึ้น ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ขณะเดียวกัน ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เป็นผลให้มีเลือดไปหล่อเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้หายเร็ว
3. ใน 24 ชั่วโมงแรก ควรใช้การประคบเย็นใช้ผ้าห่อก้อนน้ำแข็งประคบบนบริเวณฟกช้ำ ความเย็นจะมีผลให้อาการเจ็บปวด ที่บริเวณนั้นลดลง หลอดเลือดจะหดตัว ทำให้อาการบวมยุบลง หลังจากการใช้ความเย็นรักษาแล้ว 1 ถึง 2 วัน จึงจะใช้ความร้อนในการรักษาต่อไป



ภาพที่ 15 การประคบร้อน



ภาพที่ 16 การประคบเย็น

หน่วยที่ 2-2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลให้มีความสุขสบาย หมายถึง การให้ความมั่นคงปลอดภัย การให้ความหวัง

คำพูดปลอบโยน การสนับสนุนส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์จากปัญหาต่างๆที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย

1. ความต้องการความสุขสบาย ประกอบด้วย 4 ด้าน (อภิสร่า จังพานิช, 2557: 64) ดังนี้

1. ความต้องการสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort need) เป็นความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การได้รับสารอาหารและน้ำการขับถ่าย เป็นต้น

2. ความต้องการสุขสบายด้านจิตใจ (Psychospiritual comfort need) เป็นการรับรู้ความรู้สึกภายใน ของตนที่ท ำให้เกิดความหวังในชีวิต เช่น ความเชื่อด้านศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การยอมรับนับถือ ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง ความหมายของการเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3.ความต้องการความสุขสบายด้านสังคม (Sociocultural comfort need) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว วัฒนธรรม การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจการได้รับข้อมูล คำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

4. ความต้องการสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort need) เป็นความสุขสบายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมพื้นฐานภายนอก เช่น ความไม่คุ้นเคยสถานที่ กลิ่น แสง เสียง เป็นต้น ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบาย ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยเกิดจากหลายปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น

4.1. ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นอาการที่เกิดขึ้นทางอารมณ์ของบุคคล ที่รู้สึกหวั่นกลัว ไม่สบายใจ เกิดความตื่นเครียดควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวสาเหตุที่ทำให้ความเชื่อมั่นลดลง ยิ่งความวิตกกังวลมาก ความมั่นใจก็ลดลง

4.2. อาการซึมเศร้า เป็นอาการของจิตใจและความคิด รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้ายรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่าไม่มีทางเยียวยา มีความคิดจะทำร้ายตนเอง เป็นต้น

2. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด

หมายถึง การจัดการและการควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยใช้กิจกรรม “GREEN” เป็นกิจกรรมในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้หลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรวมถึงการเป็นต้นแบบด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนที่มาร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวัด ขยายผลสู่ครอบครัว และชุมชนต่อไป มีกิจกรรมดังนี้

G: Garbage
 การจัดการขยะ : การลดปริมาณการเกิดขยะภายในวัด ส่งเสริมการทิ้งขยะลงถัง คัดแยกขยะแต่ละประเภท การเก็บรวบรวม การนำขยะไปใช้ประโยชน์ และการกำจัดขยะ เป็นต้น

R: Restroom
 การจัดการห้องน้ำ ห้องส้วม : การพัฒนาส้วมให้ สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย และเหมาะสมกับทุกวัย

E: Energy
 การจัดการพลังงาน : การจัดการพลังงานที่เหมาะสม ตามบริบทของวัด มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม ลดการใช้พลังงาน

E: Environment
 การจัดการสิ่งแวดล้อม : มีการจัดสภาพแวดล้อมทั่วไป ทั้งภายในวัด และบริเวณโดยรอบวัด การเพิ่มพื้นที่สีเขียว การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม เช่น ทางลาด รววจับ ฯลฯ

N: Nutrition
 การจัดการสุขภาพโภชนาการและน้ำ : การถวายภัตตาหาร เพื่อสุขภาพอนามัยของพระภิกษุสงฆ์ สามเณร ที่ถูกสุขลักษณะ การจัดการโรงครัวภายในวัด

ภาพที่ 17 แนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้หลักการสุขภาพอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 18 บรรยากาศของวัดที่ได้รับการพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้หลักการสุขภาพอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

3. การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อความสบายของพระภิกษุใช้ มีดังนี้

1. อุณหภูมิที่เหมาะสม จะมีส่วนช่วยให้พระภิกษุใช้ พักผ่อนอย่างสบาย
2. ความชื้น ประเทศไทยเป็นที่ร้อนชื้น เวลาอากาศร้อนเหนือออกจะระเหยได้ยาก ทำให้เหนียวตัว เกิดความไม่สบายได้ จึงควรดูแลช่วยเหลือโดยการเช็ดตัวให้ ในช่วงที่อากาศเย็นแห้งก็จะทำให้ผิวหนังแห้ง ก็ควรจะดูแลทาครีมที่เพิ่มความชุ่มชื้น
3. กฎมีการระบายอากาศที่เหมาะสม ไม่อับทึบ ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายสะดวก
4. กลิ่น ควรกำจัดกลิ่นต่าง ๆ ไม่ให้รบกวนพระภิกษุใช้
5. แสงสว่าง ภายในกุฏิควรมีแสงสว่างที่เหมาะสม โดยเฉพาะแสงแดดจะช่วยฆ่าเชื้อโรค ช่วยในการรักษาและป้องกันโรคกระดูกอ่อน แต่ขณะเดียวกันก็ต้องมีการป้องกันแสง ในกรณีที่พระภิกษุใช้ไม่ต้องการแสง เช่น เป็นโรคตา นอนไม่หลับ เป็นต้น
6. เสียง ควบคุมหรือกำจัดเสียงที่จะรบกวนต่อการพักผ่อนของพระภิกษุใช้
7. ความสะอาด เป็นระเบียบ สวยงาม ภายในกุฏิควรจัดให้เป็นระเบียบ สวยงาม น่าอยู่ เช่น พื้นห้อง ควรมีสีเย็นตา สะอาด ไม่เปียกน้ำที่จะทำให้เสียงต่อการหกหล่ม ของใช้ควรล้างให้สะอาด จัดวางเป็น ระเบียบ วางไว้ที่พระภิกษุใช้สามารถหยิบใช้ได้โดยสะดวกมีการจัดเก็บขยะมูลฝอยหรือสิ่งปฏิกูลอย่างเหมาะสม เป็นต้น
9. เตรียมอุปกรณ์ของใช้ เตรียมของใช้ให้ซึ่งอยู่ในสภาพที่สะอาดพร้อมใช้งาน

การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัย

การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัย เช่น ความสะอาดทั่วไป สุขาภิบาลอาหาร และน้ำ การจัดการขยะ น้ำเสีย สัตว์และแมลงพาหะนำโรค ส้วม การป้องกันอัคคีภัย บุหรี่ และ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ให้แข็งแรง วัดมีความสะอาด ร่มรื่น ปลอดภัย เป็นศูนย์รวมจิตใจในการปฏิบัติธรรมสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งขยายผลการเป็นแบบอย่างที่ดีสู่ชุมชนต่อไป อาคารสถานที่และความสะอาดทั่วไป

1. อาคารต่าง ๆ เช่น อุโบสถ ศาลาการเปรียญ กุฏิ โรงครัว เป็นต้น มีความมั่นคงแข็งแรง โดยมีพื้น ฝาผนัง เพดานทำด้วยวัสดุคงทน อยู่ในสภาพดี และหมั่น ทำความสะอาดเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ควร จัดเก็บ สิ่งของให้เป็นระเบียบ รวมทั้งไม่ควรเก็บสะสมสิ่งของมาก เกินความจำเป็น เพื่อลดการสะสมของฝุ่น ละออง
2. ภายในอาคารต่างๆ เช่น อุโบสถ ศาลา การเปรียญ กุฏิ โรงครัว เป็นต้น ควรมีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นเหม็น กลิ่นอับ และมีการจัดแสงสว่างให้เหมาะสมต่อการทำกิจกรรมนั้น
3. แบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วนและเหมาะสม

4. **บริเวณพื้นที่ภายในวัด** เช่น ศาลาการเปรียญ โรงครัว ลานปฏิบัติธรรม ฯลฯ ควรทำความสะอาดเป็นประจำ ปัดกวาด เช็ดถู กวาดไปไม้ เก็บขยะ เพื่อลดการสะสมของฝุ่นละออง รวมทั้งป้องกันและควบคุมการเกิดแมลงหรือสัตว์พาหะนำโรค อาทิ แมลงวัน ยุง หนู แมลงสาบ เป็นต้น

ห้องน้ำ ห้องส้วม

1. ห้องน้ำ ห้องส้วม และอ่างล้างมือ มีจำนวนเพียงพอสะอาดและปลอดภัยจัดแยกชาย-หญิงและพระภิกษุมีข้อความหรือสัญลักษณ์ชัดเจน

-ส้วมชาย 1 ห้อง ต่อ 50 คน

-ส้วมหญิง 1 ห้อง ต่อ 50 คน

-ส้วมพระหรือ แม่ชีห้อง 1 ห้อง ต่อ 6 รูป

2. มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ

3. มีที่ปัสสาวะชาย 1 โถ ต่อ 30 คน

4. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS: สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย)

สุขาภิบาลอาหารและน้ำ การสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง การทำอาหารให้สะอาด และปลอดภัย

รับประทานแล้วไม่เกิดโรค ทั้งนี้การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยของอาหาร

การจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องของตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย

1. มีบริการน้ำดื่ม/น้ำใช้ที่สะอาดและเพียงพอ

2. โรงอาหาร และห้องครัว ต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

1) ภาชนะอุปกรณ์ต้องสะอาด ไม่ชำรุด และไม่ใช้ปะปนกันระหว่างอาหารดิบและอาหารสุก

2) การล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ไม่ล้างบนพื้นและเก็บอย่างถูกวิธี

3) ในห้องครัวต้องมีที่รองรับเศษอาหาร และนำไปกำจัดทุกวันเพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่

อาศัยหรือเป็นที่หลบพำนักของสัตว์พาหะนำโรค

4) ผู้ปรุง (ผู้ประเคน) ต้องแต่งกายสะอาด และล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสอาหารทุกครั้ง

5) โรงอาหาร ห้องครัว/ร้านอาหาร/แผงลอย ภายในวัดต้องได้มาตรฐานตามข้อกำหนดด้าน

สุขาภิบาลอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ

6) โรงครัว โรงอาหาร มีบ่อดักขยะ/บ่อดักไขมันใช้งานได้ดีถ้าไม่มีท่อสาธารณะต้องมีบ่อซึม

7) โรงอาหารห้องครัว/ร้านอาหาร/แผงลอยผ่านเกณฑ์ Clean Food Good Taste

ขยะการจัดการน้ำเสียและเหตุรำคาญ

1. มีภาชนะรองรับขยะมูลฝอยที่ถูกต้องหลัก สุขาภิบาล ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด รวมทั้งมีการทำความสะอาด อย่างสม่ำเสมอ

2. มีการเก็บรวบรวมและจัดการขยะมูลฝอยประเภทต่างๆ (มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตราย) ตามหลักสุขาภิบาล ไม่พบขยะมูลฝอยตกค้าง หรือตกหล่นตามพื้นถนน ท่อ หรือทางระบายน้ำ รวมถึงพื้นที่ใช้สอยอื่นๆ

3. มีการจัดการน้ำเสีย ที่ถูกหลักสุขาภิบาลโดยมีรางหรือท่อระบายน้ำรอบบริเวณและไม่อุดตัน 4. ในบริเวณวัดไม่มีน้ำขังนองและไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

5. มีการจัดการเหตุรำคาญ ไม่มีกลิ่นเหม็น คับัน ฝุ่นละออง เสียงดัง หรือสิ่งอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อผู้อยู่อาศัยใกล้เคียง

6. มีการนำขยะมูลฝอยไปแปรสภาพและใช้ประโยชน์เช่น ทำปุ๋ยชีวภาพ ปุ๋ยหมัก ไบโอดีท ฯลฯ

การป้องกันควบคุมโรค

1. ภาชนะชั่งน้ำทุกภาชนะไม่มีลูกน้ำยุงลาย

2. สุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

3. สุนัขและแมว เพศเมีย ทุกตัวในบริเวณวัด ได้รับการทำหมันหรือฉีดยาคุม

4. ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำความสะอาดวัดอย่างสม่ำเสมอ

5. จัดพื้นที่สำหรับสุนัขและแมวพักอาศัยอย่างถูกสุขลักษณะและมีการแยกสัตว์ป่วย

การป้องกันอุบัติเหตุและการจราจร

1. พื้นอาคารไม่ลื่น สภาพลานจอดรถ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2. มีอุปกรณ์หรือมาตรการป้องกันอัคคีภัย

3. มีเอกสารแสดงถึงการตรวจสอบสภาพการใช้งานของถังดับเพลิง

4. ติดตั้งอุปกรณ์สัญญาณเตือนภัย

5. มีแผนรองรับกรณีสาธารณภัย เช่น จัดศูนย์พักพิงชั่วคราวผู้ประสบสาธารณภัยในวัด

6. มีการซ้อมแผนกรณีเกิดสาธารณภัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

หน่วยที่ 2-3 แนวทางการช่วยชีวิต

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support) สำหรับพระบิณฑบาตปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พระบิณฑบาตปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. เพื่อให้พระบิณฑบาตปฏิบัติสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่พระภิกษุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 เรียกว่ารู้ตัวหรือไม่

เมื่อเห็นผู้หมดสติ ควรมองดูรอบตัวผู้หมดสติก่อนว่าปลอดภัยก่อน จากนั้นเข้าไปข้างตัวผู้หมดสติ ปลุกเรียกถามผู้หมดสติว่า “คุณ.....เป็นอย่างไรบ้าง” พร้อมกับใช้มือตบที่บ่าทั้ง 2 ข้าง 3 ครั้ง 2 รอบ สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บของศีรษะและคอ ให้พยายามขยับตัวผู้หมดสติให้น้อยที่สุด เพราะการโยกหรือขยับตัวมาก อาจทำให้ผู้หมดสติที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังอยู่แล้วเป็นอัมพาตได้ ขณะที่ตาจ้องมองไปที่ใบหน้าของผู้หมดสติ ดูว่าผู้หมดสติมีการกระพริบตาหรือไม่



ภาพที่ 19 ขั้นตอนที่ 1 เรียกว่ารู้ตัวหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 เรียกหาความช่วยเหลือ

หากหมดสติ ไม่มีอาการตอบสนอง ให้ร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่บริเวณนั้นและขอให้คนใดคนหนึ่งโทรศัพท์หมายเลข 1669 โดยผู้ที่ทำหน้าที่โทรศัพท์เรียกรถพยาบาลเตรียมข้อมูลให้ครบถ้วนดังนี้ เหตุเกิดที่ไหน เช่น บอกชื่อวัด ชื่อถนน หมายเลขโทรศัพท์ที่กำลังพูดอยู่ เกิดอะไรขึ้นอุบัติเหตุรถยนต์ หัวใจวาย จมน้ำ เป็นต้น มีคนต้องการความช่วยเหลือ



ภาพที่ 20 ขั้นตอนที่ 2 เรียกหาความช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำให้ผู้หมดสตินอนหงาย

จัดทำให้ผู้หมดสตินอนบนพื้นราบและแข็ง แขนสองข้างเหยียดอยู่ข้างลำตัว หากสงสัยการบาดเจ็บที่คอและหลัง ให้จัดทำให้ศีรษะ คอ ไหล่และลำคอตัวตรงเป็นแนวเดียวกันไม่บิดงอ เพื่อป้องกันผู้หมดสติกลายเป็นอัมพาตเนื่องจากกระดูกสันหลังที่หักอยู่แล้วกดทับแกนประสาทสันหลัง



ภาพที่ 21 ขั้นตอนที่ 3 จัดทำให้ผู้หมดสตินอนหงาย

ขั้นตอนที่ 4 กดหน้าอก 30 ครั้งสลับกับการเป่าปาก 2 ครั้ง จนครบ 5 รอบ

หาตำแหน่งกดหน้าอก ปฏิบัติโดยวางสันมือของมือข้างหนึ่งไว้ตรงกลางหน้าอกระหว่างหัวนมทั้งสองข้าง แล้วเอามืออีกข้างหนึ่งไปวางทาบบหรือประสานกับมือแรกกะประมาณให้แรงกดตรงกึ่งกลางระหว่างหัวนมสองข้าง

กดหน้าอกแล้วปล่อย กดแล้วปล่อยทำติดต่อกันไป 30 ครั้ง กดหน้าอกลึก 2 - 2.4 นิ้ว (5-6 เซนติเมตร) กดด้วยอัตราเร็ว 100-120 ครั้งต่อนาที โดยนับหนึ่งและสอง และสาม และสี่ และห้า และหก และเจ็ด และแปด และเก้า และสิบ สิบเอ็ด สิบสอง สิบสาม สิบสี่ สิบห้า ไปจนถึง 30 ครั้ง กดปล่อยให้หน้าอกคืนตัวให้สุดภายหลังจากการกดทุกครั้ง ขณะกดให้ตั้งข้อศอกให้หนึ่ง แขนเหยียดตรง โนม้มตัว ให้หัวใจไหลอยู่เหนือผู้หมดสติ ให้ทิศทางของแรงกดตั้งลงสู่กระดูกหน้าอก





ภาพที่ 22 ขั้นตอนที่ 4 กดหน้าอก 30 ครั้งสลับกับการเป่าปาก 2 ครั้ง จนครบ 5 รอบ

หมายเหตุ หากผู้ช่วยเหลือไม่สะดวกเป่าปากผู้หมดสติ หรือทำไม่ได้ ควรช่วยชีวิตด้วยการเปิดทางเดินหายใจ แล้วกดหน้าอกอย่างเดียวขอความช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 5 เปิดทางเดินหายใจ

ปฏิบัติโดยการกดหน้าผากและดึงคางเพื่อให้กระดูกขากรรไกรล่างโดยไม่กดเนื้ออ่อนใต้คางให้หน้าผู้หมดสติเงยหน้าขึ้นจนฟันล่างถูกดึงขึ้นมาจนเกือบชนกับฟันบน



ภาพที่ 23 ขั้นตอนที่ 5 เปิดทางเดินหายใจ

ขั้นตอนที่ 6 เมื่อผู้หมดสติรู้ตัวแล้ว จัดให้อยู่ในท่าพักฟื้น

จัดให้นอนตะแคงเอามือรองแก้มไม่ให้หน้าคว่ำมากเกินไป เพื่อให้ปอดขยายตัว หายใจเข้า-ออกได้สะดวก



ภาพที่ 24 ขั้นตอนที่ 6 เมื่อผู้หมดสติรู้ตัวแล้ว จัดให้อยู่ในท่าพักฟื้น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2562). คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด. โรงพิมพ์ สายเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ)
จำกัด. กทม.

ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ และคณะ. (2564). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล: การตรวจ
ร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์. กทม.

สมาคมแพทย์โรงพยาบาลในพระบรมราชูปถัมภ์. การช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับประชาชนทั่วไป.

<http://www.thaiheart.org/> เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.

สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์สภากาชาดไทย. 2563. หนังสือการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน
และการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ ฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

ร้ำแพน พรเทพเกษมสันต์. (2562). การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. โสภณการพิมพ์.
กทม.

หน่วยที่ 3-1 หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง

พระภิกษุใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงมักจะมีโรคประจำตัวอยู่หลายโรค จึงต้องมีความระมัดระวังในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ ยาที่ใช้บ่อยในพระภิกษุใช้ และผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาแบ่งเป็นประเภทยาใช้ภายในและยาใช้ภายนอก ดังนี้

1. ประเภทยาใช้ภายใน

ได้แก่ ยาที่ให้เข้าไปในร่างกายโดยการรับประทาน หรือ การฉีด เช่น ยาเม็ด แคปซูล ยาน้ำ ยางพอง หรือยาฉีด เป็นต้น ตัวอย่างยาที่ใช้ภายใน ที่ใช้กับโรคเรื้อรังที่มักพบบ่อยใน

1. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

จุดประสงค์เพื่อ ลดระดับความดันเลือดให้ต่ำลง จะโดยวิธีการขับปัสสาวะ หรือการลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งแพทย์มักให้ยาในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันเลือดให้อยู่ระดับที่ปกติได้ และมักให้พร้อมกับคำแนะนำการปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ลดการกินเค็ม อาหารที่มีมันหรือกะทิ ของหมักดอง ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ และลดความวิตกกังวล หมั่นออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้นผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาระดับความดันเลือดต่ำ หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม หรืออาจมีคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อควรปฏิบัติ ควรนอนพักและวัดระดับความดันเลือด หรือนำส่งแพทย์

1. ยารักษาโรคเบาหวาน

จุดประสงค์ เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเพิ่มการดูดซึมน้ำตาลไปใช้ให้เกิดพลังงาน มีสะสมในกระแสเลือดมากเกินไป มีทั้งชนิดฉีดและรับประทานผู้สูงอายุ มีดังนี้

ผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป อาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลมหมดสติ ได้

ข้อควรปฏิบัติ ควรพกกลูโกมหรือให้ตีมน้ำหวานสักแก้วถ้าไม่ตีขึ้นหรือหมดสติควรพาไปพบแพทย์โดยด่วน (ถ้าหมดสติห้ามให้อาหารและน้ำทางปาก เพราะอาจสำลักได้)

2. ยารักษาโรคหัวใจ

มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือช่วยลดการทำงานของหัวใจทำให้หัวใจสามารถบีบตัวสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

ผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาอาจเกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ เช่น เต้นช้าไปหรือเต้นเร็วไป ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก อ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นต้นข้อควรปฏิบัติ หากมียามได้ลิ้นให้อมครั้งละ 1 เม็ดถ้าไม่หายให้อมติดต่อกัน 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 5 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นในระหว่างอมยาเม็ดที่ 2 ควรนำส่งแพทย์ทันที หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรนำส่งถึงมือแพทย์ภายในเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3. ยาอื่น ๆ ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้อาเจียน คลื่นไส้ อาเจียน ผงน้ำตาลเกลือแร่ แก้ท้องเสีย ยาแก้หวัด ลดน้ำมูก ใช้เฉพาะเท่าที่จำเป็น ในปริมาณน้อย และหยุดยาเมื่อไม่มีอาการยากลุ่มที่ผู้สูงอายุควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยาแก้แพ้และยาแก้ปวด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึม สับสน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายขึ้น

นอกจากนี้ ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพาะอาหารอักเสบ ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือไตวายได้ ดังนั้นจึงควรเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุที่มีประวัติ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไต อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ควรซื้อยารับประทานเองหรือเปลี่ยนวิธีใช้ยาเองและควรใช้ยาภายใต้การดูแลของแพทย์เท่านั้น

2. ประเภทยาใช้ภายนอก

ได้แก่ ยาที่ใช้ภายนอกร่างกายห้ามรับประทาน ครีม ยาทาแก้คัน ยาหยอดตา ยาทาแผล ยาเหน็บ ยาพ่น เป็นต้น มักเขียนฉลากสีแดงติดข้างกล่องว่า **"ยาใช้ภายนอก ห้ามรับประทาน"** เมื่อใช้แล้วควรปิดฝาให้สนิท ระวังการระเหยซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง

ปัญหาและข้อควรระวังในการใช้ยาในพระภิกษุใช้ ที่ควรทราบ มีดังนี้

1. การใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้สับสนอาจเกิดการได้รับยามากหรือน้อยเกินไป

2. ยามีปฏิกริยาต่อกัน คือ การเกิดปฏิกริยาระหว่างการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งบางครั้งสามารถใช้ยาาร่วมกันได้แต่ควรเพิ่มระยะเวลาให้ห่างกันประมาณ 1-2 ชม. เพื่อป้องกันการลดการดูดซึมของยาอีกตัวหนึ่ง เช่น ยาเม็ดธาตุเหล็กบำรุงเลือดไม่ควรฉันท่วมกับนมเพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงควรรับประทานเว้นช่วงห่างจากการดื่มนม 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดมักได้รับอันตรายจากพิษและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการเกิดปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยาได้

3. การหยิบยาผิด สิมกินยา หรือ กินยาเกินขนาดจากการหลงลืม เช่น ฉันทาลดความดันโลหิต 2 ครั้ง (เพราะคิดว่ายังไม่ได้กิน) ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเนื่องจากระดับความดันโลหิตลดลงต่ำเกินไป ซึ่งข้อนี้จะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุมากอาจทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้

4. การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ฉันทยาไม่สม่ำเสมอ ซื้อมาฉันทเองหรือไม่ไปพบแพทย์ ทำให้การดำเนินไปของโรคแย่งลง อาจเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องสภาพร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจจำกัดของผู้ดูแล หรือไม่เข้าใจเรื่องวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง อ่านฉลากได้ไม่ชัดเจน เป็นต้น

5. การฉันทยาสมุนไพรบางชนิดหรือยาแผนโบราณที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน หรือการฉันทยาชุดที่ซื้อฉันทตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน หรือตามโฆษณา ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสารสเตียรอยด์ จะมีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ๆ เมื่อฉันทไปนาน ๆ จะเกิดผลเสียต่อไตและสุขภาพอย่างมาก

6. หากเกิดอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นขึ้น คัน บวม แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก เป็นต้น ให้หยุดยาทันทีและรีบมาพบแพทย์ และจำยาชนิดที่แพ้ไว้เพื่อให้ประวัติต่อการรักษาทุกครั้ง

7. ผลข้างเคียงของยาบางชนิด เช่น ยาลดความดันบางกลุ่มทำให้โสมมาก ยาบางกลุ่มทำให้ท้องเสีย ปากแห้ง เป็นต้น อาการต่าง ๆ เหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์

8. การเก็บสะสมยา เป็นผลมาจากได้ยาหลายขนาน ฉันทันทีไม่หมด จึงเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไป โดยยาอาจเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ หรือมีข้อห้ามใช้ในขณะนั้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

แนวทางปฏิบัติในการให้ยาในพระภิกษุใช้

1. ผู้ดูแลควรศึกษาถึง รูปร่าง ลักษณะและสรรพคุณของยาแต่ละชนิดที่ฉันทันอยู่เป็นประจำ เช่น เม็ดกลม แบนขนาดเล็กสี่เหลี่ยม รับประทานครั้งละครั้งเม็ดตอนเช้า เป็นต้น

2. เขียนขนาดและวิธีรับประทานตัวโต ๆ ติดบนฉลากยา (กรณีที่ทำหนังสือได้ดี)

โรงพยาบาลหมอยิ้มยิ้ม	
13/04/2552	1/3
นางสาวสวยสุด ในสยาม	HN 123456789
Paracetamol 500 mg	(20)
รับประทานครั้งละ 1 - 2 เม็ด	
ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด หรือมีไข้	
ไม่ควรรับประทานเกินวันละ 8 เม็ด หรือใช้ติดต่อกันเกิน 5 วัน	
(ยาแก้ปวด - ลดไข้)	

รูปที่ 1 ข้อมูลแสดงรายละเอียดบนฉลากยา

ภาพที่ 25 ฉลากยา

3. อาจใส่กล่องแยกชั้นยา เช่น เช้า - กลางวัน - เย็น - ก่อนนอน (ก่อนหรือหลังอาหาร) เพื่อให้หยิบใช้ง่าย และลดความโอกาสของการหยิบยาผิด

4. สถานที่เก็บยา เก็บยาในที่ที่เหมาะสม ไม่เก็บในที่ที่มีความร้อน ยาชนิดเบาหวานและยาหยอดตาจะเก็บไว้บริเวณฝาตู้เย็น ยาบางชนิดต้องเก็บให้พ้นแสง (มักมีขวดสีชาหรือทอพออยด์) แยกเก็บยาภายในและยาภายนอก

5. ถ้าเป็นไปได้ผู้ดูแลพระสงฆ์ควรหีบยาให้รับประทานเองกับมือ วิธีนี้จะปลอดภัยที่สุด ในกรณีที่ต้องหักยา ผู้ดูแลควรจะใช้เครื่องตัดยา

6. ควรเลือกภาชนะชนิด "ขวดปากกว้าง" ที่มีขนาดเหมาะสมมือ ใหญ่เพียงพอ และเพื่อให้ง่ายต่อการเปิด ใช้ควรเลือกภาชนะที่มี "ฝาที่เปิดได้ง่าย"

7. ผู้ดูแลควรหมั่นพาพระสงฆ์อาพาธไปพบแพทย์เป็นประจำตามกำหนดนัด โดยนำรายการยาหรือยาที่ได้รับประทานทุกชนิดมาทุกครั้งที่พบแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา หรืออาจไปก่อนกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติขึ้น จากการใช้ยา เช่น การแพ้ยาซึ่งควรหยุดยา พร้อมทั้งให้การรักษาเบื้องต้น และกลับไปพบแพทย์ที่ส่งจ่าย

หลักการใช้ยาที่ถูกต้องและปลอดภัย

1. ก่อนใช้ยาทุกครั้งต้องอ่านฉลากยาให้เข้าใจ อ่านให้ละเอียด และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
2. ใช้ยาให้ตรงกับโรค โดยปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ เพราะจะทำให้ไม่เป็นอันตราย
3. ใช้ยาให้ถูกวิธี เช่น ไม่แกะผงยาที่อยู่ในแคปซูลมาโรยแผล ยาชนิดที่ใช้ทาห้ามนำมารับประทาน เป็นต้น

4. ใช้ยาให้ถูกกับบุคคล ควรใช้ยาให้ถูกกับสภาพของบุคคลเพราะร่างกายของแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น ยาที่ให้เด็กกินต้องมีปริมาณไม่เท่ากับผู้ใหญ่ ยาบางชนิดไม่ควรให้หญิงมีครรภ์กินเพราะอาจเป็นอันตรายต่อลูกในท้องได้

5. ใช้ยาให้ถูกขนาด ควรใช้ยาตามขนาดที่แพทย์หรือเภสัชกรกำหนดไว้ เพราะถ้าใช้เกินขนาดอาจเกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือถ้าใช้น้อยไปอาจจะทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผลดี

6. ใช้ยาให้ถูกเวลา ยาแต่ละชนิดจะกำหนดระยะเวลาที่ใช้ไว้

หลักสำคัญที่สุดเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยก็คือ ไปพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอะไร และแพทย์ก็จะเป็นผู้สั่งยาที่เหมาะสมสำหรับโรคนั้น ๆ ให้ใช้ต่อไป

ควรใช้ยา 5 ถูกปลอดภัยหายง่ายไม่ตี้อยา

งานเภสัชกรรมเภสัชกรรมคลินิก ฝ่ายเภสัชกรรมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) เสนอแนะ ดังนี้

1. เข้าใจให้ถูก

1. ยาปฏิชีวนะ เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไม่ใช่ยาแก้ไอเสบ ใช้รักษาอาการ เช่น ตุ่ม ฝีหนอง
2. ยาแก้ไอเสบ ใช้รักษาอาการไอเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น ไข้ ปวด บวม

2. เก็บถูกวิธี

1. เก็บยาไว้ในแผงบรรจุเสมอ
2. อย่าแกะยาออกจากแผง ถ้าต้องการแบ่งยา ให้แบ่งเป็นแผง
3. ยาที่แบ่งออกจากกระปุก ควรใช้ภายใน 1 สัปดาห์

4. ยาฉีดอินซูลิน ที่ยังไม่เปิดใช้ เก็บในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส เมื่อเปิดใช้แล้ว เก็บในอุณหภูมิห้อง

3. บอกให้ถูก เล่าให้หมด

แจ้งเภสัชกรให้ละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีอาการอย่างไร อาการมากน้อยเพียงใด เป็นมานานแค่ไหน บริเวณที่เป็น ปัจจัยที่ทำให้อาการแย่ลงหรือดีขึ้น ใช้ยาอะไรบรรเทาอาการมาแล้วบ้าง ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ

4. ใช้ให้ถูกวิธี

1. ยาแต่ละชนิดมีบริเวณที่ออกฤทธิ์ต่างกัน
2. ยากิน ดูดซึมมากที่สุดที่ลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสเลือด ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย
3. ยาต้ม ยาพ่น ยาเหน็บ ออกฤทธิ์เฉพาะที่
4. ยาพ่น ออกฤทธิ์ที่เยื่อจมูก, ช่องปาก, ช่องคอ, ปอดหรือหลอดลม ตามแต่ชนิดของยาพ่น
5. ยาเหน็บ ออกฤทธิ์เฉพาะบริเวณที่เหน็บ เช่น ทวารหนัก, ช่องคลอด เป็นต้น
6. ใช้ยาให้ถูกวิธี

1. ยาบางชนิด ไม่ควรหักแบ่ง บดเม็ดยา หรือแกะแคปซูลออกมา เช่น ยาที่มีการเคลือบเม็ดยา เพื่อให้แตกตัวในลำไส้ เป็นต้น

2. ยาบางชนิดเท่านั้น ที่สามารถหักแบ่ง บดเม็ดยา หรือแกะแคปซูลมาละลายน้ำก่อนกินได้ โปรดสอบถามเภสัชกร หรืออ่านเอกสารกำกับยาทุกครั้งก่อนหักแบ่ง/บดเม็ดยา

กินยาถูกเวลา

1. ยาก่อนอาหาร ควรกินก่อนอาหาร 15-30 นาที ถ้ากินหลังอาหาร ตัวยาอาจถูกน้ำย่อยในกระเพาะอาหารทำลายและถูกรบกวนการดูดซึมได้

2. ยาหลังอาหาร มีแบบกินหลังอาหารทันที และหลังกินอิ่ม 15-30 นาที ยาหลังอาหารทันที มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ส่วนยาหลังอาหาร 15-30 นาที ต้องอาศัยกรดจากน้ำย่อย และอาหารช่วยในการดูดซึม

3. ยาก่อนนอน กินก่อนนอนหรือกินในเวลาเดียวกันทุกวัน ถ้านอนไม่ตรงเวลา

หน่วยที่ 3-2 การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วมือและการฉีดยาเบาหวาน

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมี 3 วิธีได้แก่

1. การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่โดยเจาะจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้วเป็นวิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (Dextrostix; DTX) ผู้ถูกตรวจต้องปฏิบัติดังนี้คือ

1) ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (คนปกติ น้ำตาลจากสารอาหารที่เรากินเข้าไป อยู่ในกระแสเลือด 8 ชั่วโมงแล้วจะจึงถูกดึงไปใช้เป็นพลังงาน)

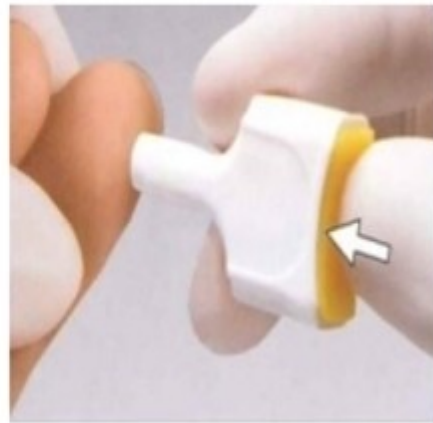
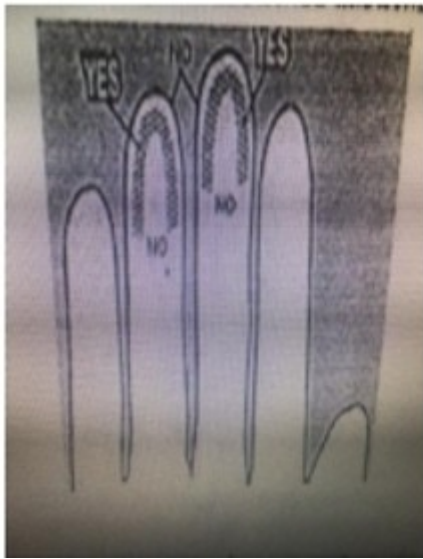
2) ไม่เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอม

ขั้นตอนการตรวจ

1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้งเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานต้องสวมถุงมือเมื่อปฏิบัติงานทุกครั้ง เพิ่มการไหลเวียนเลือด โดยห้อยแขนข้างที่จะเจาะลงประมาณ 10-15 วินาที หรือนวดคลึงปลายนิ้วที่จะเจาะ

2. เปลี่ยนอุปกรณ์เจาะเลือดชุดใหม่ต่อหน้าผู้รับบริการต่อราย เลือกใช้เข็มชนิดใช้แล้วทิ้งและสามารถควบคุมความลึกของการเจาะได้กรณีเป็นปากกาเจาะเลือด ต้องเลือกใช้ชนิดที่ไม่ปนเปื้อนระหว่างเลือดที่ติดที่เข็มกับปากกา นวดคลึงปลายนิ้วที่จะทำการเจาะเพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ใช้สำลีชุบ 70% alcohol เช็ดบริเวณผิวหนังที่ปลายนิ้วที่จะเจาะและรอให้แห้ง ใช้อุปกรณ์ เจาะเลือด โดยพิจารณาตำแหน่งที่จะเจาะเลือด ปลายนิ้ว การเจาะเลือดจากเส้น

3. เลือดฝอยที่ปลายนิ้วก็ได้นิ้วไหนก็ได้ ตามข้อมูลองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้เจาะที่นิ้วกลาง และนิ้วนางเพราะนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้หนาไป นิ้วก้อยบางไป และเนื่องจากปลายประสาทที่นิ้วกลางมีน้อยกว่าบริเวณอื่น ๆ การรับรู้การเจ็บปวดจึงน้อยกว่านิ้วอื่น (กุนนที พุ่มสงวน, 2561) ดังภาพประกอบที่ ปิยรัตน์ ชูมี (2561) ดังนี้



ภาพที่ 26 ตำแหน่งที่เจาะเลือดปลายนิ้ว

(คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2560 ; สภาเทคนิคการแพทย์, 2556; ปุณฺณาดา ฦปณพัฒน์, 2561)

5. กดปุ่มเปิดเครื่องและเสียบแผ่นทดสอบ
6. ใช้เข็มเจาะเลือดที่ด้านข้างนิ้วชี้แล้วทิ้งเข็มในกล่องทิ้งเข็มติดเชื้อทันที
7. เช็ดเลือดหยดแรกออกก่อนด้วยสำลีแห้ง ปีบบริเวณเหนือข้อสุดท้ายของนิ้วเบา ๆ

ไม่ควรบีบ และใช้เลือดหยดที่สองในใส่แถบทดสอบ ห้ามบีบเนเลือดมากเกินไป

8. หยดเลือดลงบนแถบทดสอบให้เต็มบริเวณที่รับหยดเลือด
9. กดบริเวณที่เจาะด้วยสำลีแห้งจนเลือดหยุด
10. บันทึกผลการตรวจเลือดและแจ้งผู้ที่มาตรวจพร้อมกับเอาผลการตรวจที่ปรากฏในเครื่อง

ให้ผู้ใดเจาะและแจ้งการแปลผล

การแปลผลและข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

1. < 100mg/d (งดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง) เป็นกลุ่มปกติ ติดตามทุก 1 ปี
2. >100mg/d (งดน้ำงดอาหาร: ชั่วโมง) เป็นกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อโรงพยาบาล
3. >200mgd (ไม่งดน้ำงดอาหาร) เป็นกลุ่มเสี่ยง นัดใหม่ให้งดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมงเจาะ

ใหม่อีกครั้ง

4. หากพบค่าผิดปกติ คือ น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องแนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยเร่งด่วน

2. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด, การตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด หรือ การเจาะน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar หรือ FBS) หรือเรียกว่า "การตรวจเบาหวาน" หรือ "การตรวจน้ำตาลในเลือด" คือ การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการงดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดมาแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (แต่ดื่มน้ำเปล่าได้) ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่จะช่วยบ่งชี้ว่าปริมาณของกลูโคสในกระแสเลือด ณ ขณะนั้นอยู่ในระดับปกติ ต่ำกว่าปกติ หรือสูงกว่าปกติ ใช้ในการคัดกรอง และวินิจฉัยผู้ที่มีอาการแสดงหรือมีปัจจัยเสี่ยงเป็นเบาหวาน ใช้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินผลการรักษา ตรวจสอบป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้ส่งผลต่อโรคแทรกซ้อนตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตาเสื่อม ไตเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ และระบบประสาทเสื่อมตามมา ผู้ไม่เป็นเบาหวาน

การแปลผล

1. ผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน = FBS น้อยกว่า 100 mg/dL
2. ผู้มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน = FBS 100 ถึง 125 mg/dL
3. ผู้เป็นโรคเบาหวาน = FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/d
4. ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

ระดับ 1 = FBS น้อยกว่า 70 mg/dL

ระดับ 2 = FBS น้อยกว่า 54 mg/dL

ระดับ 3 = มีลักษณะที่รุนแรงโดยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางร่างกายและหรือ

จิตใจที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

3. การตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำตาลสะสม A1C test ใช้ประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยในระยะเวลา ประมาณ 2-3 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเดือนแรก เป็นการตรวจวัดระดับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ถูกน้ำตาลเข้าจับเคลือบผิวภายนอกและโดยที่เม็ดเลือดปกติจะมีอายุขัยประมาณ 120 วัน ดังนั้น HbA1c จึงเป็น % ของเม็ดเลือดที่ถูกน้ำตาลจับเคลือบผิวในช่วงเวลาย้อนหลังไปเมื่อประมาณ 4 เดือนที่ผ่านมา

การแปลผล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับ HbA1C และ Glucose levels

HbA1c	Glucose levels
5.5 - 6.49	122 (117 - 127)
6.5 - 6.99	142 (135 - 150)
7.0 - 7.49	152 (143 - 162)
7.5 - 7.99	167 (157 - 177)
8.00 - 8.5	184 (164 - 192)
9	212 (170 - 249)
10	240 (193 - 282)
11	269 (217 - 314)
12	298 (240 - 347)

การฉีดยาอินซูลิน

การเตรียมขนาดยาโดยใช้หลอดฉีดยา

- ล้างมือให้สะอาด
- กึ่งขวดอินซูลินไปมาบนฝ่ามือ เพื่อให้ตัวยามีอุณหภูมิร่างกาย และควรตรวจดูว่าอินซูลินผสมเป็นเนื้อเดียวกันแล้วจึงเปิดฝาออก
- เช็ดจุกยางด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์
- ดูดอากาศเข้ามาในหลอดฉีดยาให้มีปริมาตรเท่ากับขนาดของยาที่จะต้องฉีด
- แทงเข็มฉีดยาให้ทะลุจุกยางของขวดยา แล้วฉีดอากาศเข้าไปในขวดคว่ำขวดยาแล้วค่อยๆ ดูดอินซูลิน เข้าหลอดฉีดยาในขนาดที่ต้องการ จะทำให้ดูดยาอินซูลินเข้าหลอดฉีดยาได้ง่าย
- ตรวจดูว่ามีฟองอากาศอยู่ในกระบอกฉีดยาหรือไม่ถ้าหากมี ให้ฉีดยากลับเข้าไปในขวดแก้วใหม่ แล้วดูดยากลับเข้ามาจนได้ขนาดที่ต้องการ

- ตรวจดูขนาดของยาอินซูลิน ให้แน่ใจอีกครั้งหนึ่งและปิดจุกเข็มฉีดยา

ขั้นตอนการปฏิบัติ

- ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยา
- ใช้มือข้างหนึ่งดึงบริเวณที่จะฉีดยาให้สูงขึ้น แล้วแทงเข็มฉีดยาลงไปตรงๆ ให้ตั้งฉากกับผิวเข้าชั้นใต้ผิวหนังให้มิดเข็มค่อยๆ ดึงก้านสูบขึ้นมาเล็กน้อยเพื่อดูว่าแทงเข็มเข้าไปในหลอดเลือดหรือไม่ ถ้ามีเลือดเข้าไปในหลอดฉีดยา ให้ถอดเข็มออก แล้วเปลี่ยนที่ฉีดใหม่ถ้าไม่มีเลือดออกก็ค่อยๆ เดินจนยาหมด

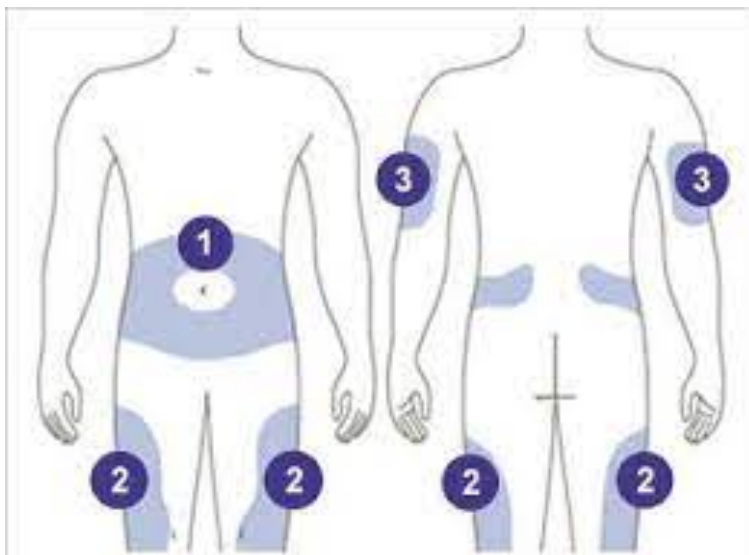
3. ถอนเข็มฉีดยาออก ใช้สำลีกดบริเวณที่ฉีดไว้ชั่วขณะ
4. ภายหลังถอนเข็ม ใช้ผ้าปิดหัวเข็ม เก็บใส่กล่องที่สะอาดพร้อมทั้งยาฉีด เก็บไว้ในตู้เย็น และนำมาฉีดซ้ำได้ประมาณ 2 - 4 ครั้ง
5. การกำจัดเข็มใส่ในถุงหรือกระป๋อง แยกจากการทิ้งในที่ทิ้งขยะของบ้านและนำมาฝากทิ้งกับการกำจัดขยะติดเชื้อของมีคมของโรงพยาบาล
6. ตรวจสอบว่ามีฟองอากาศอยู่ในกระบอกฉีดยาหรือไม่ถ้าหากมี ให้ฉีดยากลับเข้าไปในขวดแก้วใหม่ แล้วดูดยากลับเข้ามาจนได้ขนาดที่ต้องการตรวจสอบขนาดของยาอินซูลิน ให้แน่ใจอีกครั้งหนึ่งและปิดจุกเข็มฉีดยา

ตำแหน่งที่ใช้ฉีดอินซูลินและการหมุนเวียน

1. แนะนำให้ฉีดบริเวณหน้าท้องเนื่องจากการดูดซึมอินซูลินดีที่สุด บริเวณอื่นๆที่สามารถใช้ฉีด ได้แก่ ต้นแขน ต้นขา และสะโพก
2. ไม่ควรฉีดบริเวณอื่นๆ เนื่องจากอาจมีผิวหนังบางและเส้นประสาทหนาแน่นทำให้เกิดการบาดเจ็บได้
3. ควรฉีดห่างจากตำแหน่งเดิมประมาณ 1.5 นิ้ว ในครั้งต่อไปและหมุนเวียนไป
4. การหมุนเวียนเพื่อลดการเกิดการหนาตัวหรือบางตัวของผิวหนัง บริเวณที่ฉีดซ้ำๆทำให้การดูดซึมเปลี่ยนแปลง

ข้อควรพิจารณาอื่น ๆ

1. ควรฉีดยาและทานอาหารในเวลาที่เหมาะสมๆ กันของแต่ละวันเพื่อให้น้ำตาลในเลือดคงที่
2. อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น ปานกลางและยาว ถ้าฉีดก่อนอาหาร มักแนะนำให้ฉีดก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงอินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็วให้ฉีด 15 นาที ก่อนอาหาร 15 นาที
3. ถ้ามีการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ควรเจาะก่อนการรับประทานอาหาร 45 นาที
4. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทานได้น้อย ยังมีความจำเป็นที่จะต้องฉีดอินซูลินเนื่องจากความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการติดเชื้อทำให้น้ำตาลสูงขึ้น แต่ต้องเฝ้าระวังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเฝ้าติดตาม
5. หลีกเลี่ยงการฉีดยาที่ต้นแขนและขา ก่อนออกกำลังกายหรือฉีดยาก่อนไปบ่อน้ำหรืออาบน้ำแช่น้ำร้อนเนื่องจากอาจมีการดูดซึมยาได้เร็วกว่าปกติ
6. ถ้าลืมฉีดยาก่อนอาหารให้มาในช่วงเช้า ห้ามนำขนาดยามารวมกับตอนเย็นแล้วฉีดเพิ่ม



ภาพที่ 27 ตำแหน่งการฉีดอินซูลิน

การเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ที่เข้าฉีดอินซูลิน
2. อาการมักเกิดในช่วงที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุด
3. อาการได้แก่ หัวใจสั่น เหงื่อออก ตาลาย หน้ามืด อาจเป็นลมหมดสติ
4. แก้ไขโดยทานน้ำตาลหรือขนมปังครึ่งก้อน หรืออมลูกอมสองเม็ด หรือใช้น้ำตาลก้อนผสมน้ำดื่ม

หลังจากนั้นควรทานอาหารก่อนเวลาปกติ

5. ผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลินหรือเคยมีประวัติน้ำตาลต่ำบ่อย ๆ ควรมีบัตรหรือป้ายประจำตัวและมีลูกอม น้ำตาลติดตัวไว้ตลอดเวลา

หน่วยที่ 3-3 บาดแผลและแนวทางการทำแผล

บาดแผล (Wounds) หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อๆ ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง หรือเยื่อๆ เหล่านี้ ซึ่งบาดแผลมีหลายชนิด เป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายดี และเร็วที่สุด (กิริณา สีนิล และคณะ. 2562)

ชนิดของบาดแผล การแบ่งชนิดของบาดแผลแบ่งได้หลายวิธีดังนี้

1. แบ่งตามความสะอาดของแผล

1.1 แผลสะอาด (clean wound) หมายถึง แผลที่ไม่มีการติดเชื้อหรือเป็นแผลที่เคยปนเปื้อนเชื้อแต่ได้รับการดูแลจนแผลสะอาดไม่มีการติดเชื้อ เนื้อเยื่อของแผลเป็นสีชมพูอมแดงและมักเป็นแผลปิด (closed wound) หรือเป็นแผลที่เกิดจากการวางแผนล่วงหน้าเพื่อการตรวจรักษา มีการควบคุมภาวะปราศจากเชื้อ

เช่น แผลผ่าตัดแผลเจาะหลัง แผลให้น้ำเกลือ ยกเว้นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ

1.2 แผลกึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean-contaminated wound) ลักษณะของแผลคล้ายแผลสะอาด แต่มักเป็นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะและยังไม่เกิดการติดเชื้อ

1.3 แผลปนเปื้อน (contaminated wound) เป็นแผลที่ไม่สะอาด ได้แก่ แผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น แผลถลอก แผลไฟไหม้ แผลน้ำร้อนลวก แผลถูกรังสี แผลถูกรวด - ต่าง ไฟฟ้าช็อต หรือแผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนเชื้อในระหว่างการผ่าตัด โดยผลมีกรออักเสบ คือ มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน แต่ยังไม่มีการติดเชื้อ

1.4 แผลติดเชื้อหรือแผลสกปรก (infected wound/ dirty wound) เป็นแผลที่มีการปนเปื้อนเชื้อจนเกิดการติดเชื้อ เกิดการอักเสบ มีหนอง ส่วนใหญ่เป็นแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ

2. แบ่งตามลักษณะการทำลายของผิวหนัง

2.1 แผลปิด (closed wound) หมายถึง บาดแผลที่ผิวหนังหรือเยื่อไม่ฉีกขาดออกจากกัน แต่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดจากของไม่มีคม แบ่งเป็น

- 1) แผลฟกช้ำ (contusion/ bruise) เป็นการฉีกขาดของกล้ามเนื้อใต้ผิวหนัง พบรอยฟกช้ำ เส้นเลือดแตก เลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ อาจรวมเป็นก้อนเลือด (hematoma) หากก้อนเล็กร่างกายสามารถดูดซึมเลือดที่คั่งให้หายไปเอง
- 2) แผลกระทบกระเทือน (concussion) มักใช้เกี่ยวกับการกระทบกระเทือนของระบบประสาท
- 3) แผลแตก (rupture) เป็นการแตก ฉีกขาดของอวัยวะภายในร่างกาย
- 4) แผลผ่าตัด (surgical incision) ขอบแผลเรียบ กล้ามเนื้อและผิวหนังถูกเย็บปิด
- 5) แผลที่มีเนื้อเยื่อขาดหรือหลุดออกจากร่างกาย (avulsion wound) เป็นแผลที่มีการตัดขาดของเส้นเลือด เส้นประสาทร่วมด้วย แผลชนิดนี้ทำให้เสียเลือดมาก และมักมีการปนเปื้อนเชื้อมาก
- 6) แผลถูกระเบิด (explosive wound) เป็นบาดแผลที่ถูกสะเก็ดระเบิด

3. แบ่งตามสาเหตุของการเกิดบาดแผล ได้แก่

3.1 แผลเกิดโดยเจตนา (intention wound) เป็นแผลที่กระทำขึ้นเพื่อการรักษา เช่น แผลผ่าตัด แผลที่เกิดจากการเจาะ เป็นต้น

3.2 แผลเกิดโดยไม่เจตนา (unintentional wound) เป็นแผลที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุ

การหายของแผล

การหายของแผลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ การหายของแผล มี 3 ลักษณะ คือ

1. **การหายแบบปฐมภูมิ** เป็นการหายของแผลโดยมีการเจริญเติบโตของเยื่อผิวหนังอย่างรวดเร็ว พบในแผลที่มีขนาดเล็กเป็นแผลสะอาดหรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ทำให้แผลลักษณะนี้หายเร็ว และเกิดรอยแผลเป็นน้อย

2. **การหายแบบทุติยภูมิ** เป็นการหายของแผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ได้แก่ การเผาผลาญของคอลลาเจน (collagen) การดึงรั้งของแผล การเจริญของเยื่อผิวหนังชั้นนอก และการเจริญของเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน มักพบในแผลที่มีขนาดใหญ่และลึกขอบแผลกว้าง มีเนื้อตาย มีการทำลายหรือขาดหายไปของเนื้อเยื่อ เมื่อแผลหายจะปรากฏรอยแผลเป็นชัดเจน

3. **การหายแบบตติยภูมิ** เป็นการหายของแผลที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น การหายของแผลจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่จัดการติดเชื้อหมดไป จากนั้นทำการเย็บปิดแผล (suture) หรือทำการปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและการอักเสบ

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ได้แก่

1. การพักผ่อนร่างกายและอวัยวะที่มีบาดแผลให้มากที่สุด เพราะการพักผ่อนจะลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และการพักบริเวณที่มีบาดแผลจะช่วยป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล

2. การทำความสะอาดบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

3. การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตมายังบาดแผลโดย

3.1 ดูแลไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป เพราะจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดงมายังบาดแผลและทำให้เลือดดำไหลเวียนกลับไม่ดี

3.2 ประคบด้วยความร้อนหรือความเย็นแล้วแต่ลักษณะ การประคบด้วยความเย็นมักใช้ในระยะแรก ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทกความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัวการประคบ ร้อนมักใช้ภายหลังจากเกิดบาดแผลไปแล้ว 24-48 ชั่วโมงความร้อนช่วยทำให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลมากขึ้น

4. การยกบริเวณที่มีบาดแผลไว้สูง เพื่อให้เลือดคั่งและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวกลดอาการบวม

5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน เพราะสารอาหารมีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด และสร้างเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber)

6. การลดความเจ็บปวดจากแผล โดยการให้ยาบรรเทาปวด การประคบด้วยความร้อน หรือความเย็น การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

7. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคลและดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เช่น การบ้วนปากการดูแลความสะอาดของร่างกาย การนวดหลัง การดูแลเตียงให้เรียบตึง เป็นต้น

การทำแผล

การทำแผล หมายถึง การทำความสะอาดขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลตกแต่งหรือค้ำจุนแผลการทำแผลแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ 1. การทำแผลชนิดแห้ง (Dry dressing) การทำชนิดเปียก (Wet dressing)

ขั้นตอนการทำแผล

การประเมิน (Assessment)

การประเมินแผลเป็นกระบวนการพยาบาลที่จำเป็นเริ่มแรกสำหรับการทำแผล เพื่อช่วยให้การพิจารณาเปิดทำแผล การประเมินแผลประกอบด้วย

1. ประเมินแผลสภาพทั่วไป รวมถึงความสุสบายของผู้ป่วย การทำแผลที่ได้ผลดีต้องทำให้ผู้ป่วยมีความปวดน้อยที่สุดก่อนทำแผล
2. ประเมินผลกระทบจากการทำแผล ซึ่งการทำแผลต้องต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อแผลหรือต่อผู้ป่วย
3. ประเมินตำแหน่ง ขนาด กลิ่น ปริมาณและชนิดของสิ่งคัดหลั่ง หรือการมีเลือดออกจากแผล เช่น แผลบวมแดง อาการห่อเลือด และแผลเปื่อยยุ่ย เป็นต้น
4. ประเมินและบันทึกวัสดุที่ใช้ในการเย็บแผล เช่น เย็บแผลด้วยไหมเย็บแผล Staple เย็บแผล หรือ Strip ปิดแผล เป็นต้น

การทำแผลชนิดแห้ง (Dry dressing)

การทำแผลชนิดแห้งเป็นการทำแผลที่ไม่ต้องการความชุ่มชื้นในการหายของแผลใช้สำหรับแผลสะอาด ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดที่เย็บขอบติดกัน หรือแผลที่ไม่มีการอักเสบเป็นแผลเล็กที่มีสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ระบายออกจากแผลเพียงเล็กน้อย เป็นต้น

การทำแผลชนิดเปียก (Wet dressing)

การทำแผลชนิดเปียกเป็นการทำแผลที่ปากแผลเปิด เช่น แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อและขอบแผลแยก แผลที่แพทย์ไม่เย็บขอบแผลติดกัน เช่น แผลไฟไหม้ แผลที่มีการอักเสบติดเชื้อ หรือแผลกดทับ เป็นต้นรวมถึงแผลที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ แผลที่มีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ระบายออกจากแผลปริมาณมาก เป็นต้น แผลประเภทนี้เป็นแผลที่ไม่สามารถเย็บแผลปิดได้ การหายของแผลใช้เวลานาน การทำแผลต้องใช้ความชุ่มชื้น และส่งเสริมหรือทำให้สิ่งคัดหลั่งระบายออกได้ดี จะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แผลมีโอกาสดูแลได้ง่าย

การทำแผลอาจทำบ่อยกว่าแผลชนิดแห้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของแผล แผนการรักษาของแพทย์แนวทางการดูแลแผลของผู้ดูแล และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 4 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากบาดแผลออกสู่ภายนอก

ลำดับ	วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1	ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง	ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
2	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม นำไปที่เตียง	เตรียมพร้อมใช้งาน
3	ตรวจสอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วย พร้อมอธิบายขั้นตอนอย่างคร่าว ๆ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ
4	จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปิดประตู กั้นม่าน เปิดไฟ ปิดพัดลม	เป็นส่วนตัว และป้องกันการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค
5	จัดทำผู้ป่วยให้สุขสบายและสะดวกในการทำแผล	ทำแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6	เปิดชุดทำแผล จัดเตรียมอุปกรณ์ เหน้ายา	เตรียมพร้อมใช้งาน
7	สวมถุงมือ ดึงพลาสติกปิดแผลออกตามแนวขน จับทาบให้ผ้าปิดแผลที่สัมผัสกับแผลอยู่ด้านใน ถอดถุงมือทิ้ง ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง	ป้องกันผู้ป่วยเจ็บ ป้องกันการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค
8	การทำแผลชนิดแห้ง ใช้ปากคีบไม่มีเขี้ยวคีบก่อนสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ประมาณ 2/3 ของก้อนหรือพอหมาด ส่งให้ปากคีบมีเขี้ยว นำไปเช็ดขีดขอบแผลและวนออกจากขอบแผล ประมาณ 2-3 นิ้ว (ภาพที่ 9-3) จนสะอาด ทิ้งสำลีที่ลงถุงขยะ ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชและติดพลาสติกตามแนวขวางของลำตัว	ลดจำนวนเชื้อโรค และส่งเสริมกระบวนการหายของแผล
8 (ต่อ)	การทำแผลชนิดเปียก ทำความสะอาดริมขอบแผลเช่นเดียวกับการทำแผลชนิดแห้ง จากนั้นใช้สำลีชุบน้ำเกลือ 0.9% เช็ดในแผลจนสะอาด ใช้สำลีชุบน้ำยาตามแผนการรักษาเช็ดในแผล ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช และปิดพลาสติกตามแนวขวางของลำตัว	

วิธีการเช็ดแผล เมื่อทำแผลเสร็จควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนในที่ที่สุขสบาย นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาด เก็บเข้าที่ ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ และลงบันทึกในใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยลงวันที่ เวลา ลักษณะแผล น้ำยาที่ใช้ทำแผล และชื่อผู้ปฏิบัติให้เรียบร้อย

วิธีการใช้ผ้าพันแผล การใช้ผ้าพันแผลอย่างถูกต้องตามหลักการจะช่วยให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย และไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ลำดับ	วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1	ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง	ลดจำนวนเชื้อโรค
2	ใช้มือข้างที่ถนัดถือม้วนผ้า หายม้วนผ้าขึ้น อีกมือจับปลายผ้า เริ่มต้นการพันด้วยการพันรอบทับผ้าปิดแผลไม่ให้มีส่วนแหล่ออกมา 2 รอบ และเมื่อสิ้นสุดการพันผ้า การพันในช่วงกลางมีให้เลือกหลายแบบ ได้แก่ การพันเกลียว การพันเกลียวทบ และการพันเป็นรูปเลขแปด ขณะพันผ้าให้ถามผู้ป่วยเป็นระยะ หากแน่นเกินไปให้คลายออกพันใหม่	สะดวกในการพันผ้า ช่วยยึดให้ผ้าอยู่กับที่
3	การพันเกลียว (spiral turn) โดยพันเฉียงขึ้นให้แต่ละรอบซ้อนกันประมาณ 1/2-2/3 ของความกว้างของผ้า (ภาพที่ 9-5) การพันเป็นรูปเลขแปด (figure of eight turn) เป็นการพันเฉียงทแยงไปข้างบน แล้ววกกลับมาด้านล่างในลักษณะเดียวกับการเขียนเลข 8 ใช้พันบริเวณที่เป็นข้อต่อ (ภาพที่ 9-6)	ผ้าแต่ละชั้นไม่หลุดแยกออกจากกัน แนบกระชับกับอวัยวะส่วนที่พัน และมีความสวยงาม
4	พับปลายผ้าเข้าเล็กน้อย ติดด้วยพลาสติกหรือเชือกมัดข้อปลาย	ยึดให้ผ้าอยู่กับที่

บทสรุป

การเกิดบาดแผลนำความไม่สุขสบายมาสู่ผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผลกระทำโดยการเสริมปัจจัยที่ช่วยให้มีกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่ ลดปัจจัยที่ขัดขวางกระบวนการหายของแผล ในการทำแผลมีการเลือกใช้น้ำยา และอุปกรณ์ที่เหมาะสม และการพันผ้าอย่างถูกต้องตามหลักการ

เอกสารอ้างอิง

- กุนนที พุ่มสงวน. (2561). การเรียนรู้สู่ทักษะปฏิบัติการพยาบาลเจาะเลือดปลายนิ้ว: กรณีศึกษา
 หุ่นจำลองพยาบาลทารกที่ผลิตจากยางพารา. *วารสารพยาบาลทหารบก*,
 19(2), 86 - 94.
- กิริณา สีนิล และคณะ. (2562). การดูแลบาดแผลขั้นสูง Advanced wound care, *วารสารการพยาบาล*
 22(1). 140-155.
- โรงพยาบาลหาดง กลุ่มการพยาบาล. (2562). ข้อกำหนดวิธีการปฏิบัติ (Work instruction)
 เรื่อง การฉีดยาอินซูลิน. มปท.
- ปิยรัตน์ ชูมี. (2561). การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด. <https://shorturl.asia/wtXAp> cite in วันที่ 23
 มกราคม 2566..
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; สสส. (2561). ชุดความรู้การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุ
 ที่มีศักยภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ เรื่อง หลักการใช้ยาที่ถูกต้องและปลอดภัย.
<https://www.thaihealth.or.th/?p=229263> cite in วันที่ 23 มกราคม 2566.
- ณัฐศุภางค์ เสมอวงษ์ และ ณัฐวรารณ ชูสกุล. (2563). งานเภสัชกรรมงานเภสัชกรรมคลินิก
 ฝ่ายเภสัชกรรมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ในรามาแซนแนล
 ขับเคลื่อนสังคมไทยให้สุขภาพดี. <https://shorturl.asia/03IFU> cite in วันที่ 23 มกราคม 2566.
- American Diabetes Association. (2019a). Classification and Diagnosis of Diabetes in
 Standards of Medical care in diabetes. *The Journal of Clinical and Applied
 Research and Education*, 42(1), 13 -28.

หน่วยที่ 4-1 แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

ความหมายของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีการกำหนดความถี่ ความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกายระยะเวลาในการอบอุ่นร่างกาย และระยะผ่อนคลายร่างกายที่ถูกต้อง ทั้งนี้การออกกำลังกายในรูปแบบใดหรือใช้กิจกรรมใด เป็นสื่อก็ได้ตามแต่ความชอบของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิตและปอด ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมให้ร่างกายคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย รวมทั้งสร้างเสริมทักษะทางกีฬา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกัน และช่วยป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม เป็นต้น ช่วยในการทรงตัว และทำให้การเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น โดยช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะท้องผูก อาหารไม่ย่อย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ ทำให้เกิดการผลิตเอนโดรฟิน สนุกสนานจากการทำกิจกรรม ส่งผลดีทางด้านจิตใจ ทำให้เป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคงสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเกิดความสามารถในการคิดอย่างสร้างสรรค์ ในด้านสังคมจะช่วยให้เพิ่มวุฒิภาวะทางสังคม ความฉลาดทางสังคม เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมากขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมร่วมกัน และนำไปสู่การพัฒนาทักษะทางสังคมที่ดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข

สำหรับพระภิกษุ ลักษณะของการออกกำลังกายต้องมีความเหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัย ทำให้ความเป็นสมณเพศกลายเป็นข้อจำกัดของการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม ได้มีการกล่าวถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระภิกษุ เรียกว่า “การบริหารชั้นธ” (ออกกำลังกาย) ดังต่อไปนี้

ท่านเจ้าคุณพระวิสิฐคุณาภรณ์ รองเจ้าคณะจังหวัดอ่างทอง เจ้าอาวาสวัดต้นสน ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายในพระภิกษุสงฆ์ เนื่องจากท่านเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และการที่พระสงฆ์ควรมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระภิกษุสงฆ์เอง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ผิดพระวินัยบัญญัติ จึงดำริและออกแบบท่าการออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ไว้ ดังตัวอย่างเช่น

ท่าที่ 1 เป็นท่าผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจ เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อไหล่ ทั้ง 2 ข้าง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่บิดแขนเข้าด้านใน กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่บิดแขนออกด้านนอก

เริ่มจากท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิตัวตรงแขนทั้ง 2 ข้างเหยียดหงายมือทั้ง 2 ข้างวางไว้บนเข่า ในท่าผ่อนคลาย หายใจเข้าห่มุนข้อมือทั้ง 2 ข้างเข้าหาลำตัวจนถึงหัวไหล่ลำตัวตรง หายใจออกห่มุนข้อมือทั้ง 2 ข้างกลับอยู่ในท่าหงายฝ่ามือทำซ้ำๆ เช่นนี้อย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 1, 2 และ 3



ภาพที่ 28 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 1



เหยียดหงายมือทั้งสองข้างวางไว้บนเข่า



ห่มุนข้อมือทั้งสองข้าง

ท่าที่ 2 เป็นท่ายึดกล้ามเนื้อฝ่ามือ กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยกไหล่ขึ้น กล้ามเนื้ออก

เริ่มจากท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิตัวตรงหายใจเข้ามือทั้ง 2 ข้างประสานระดับอกจากนั้นหายใจออกหมุนมือทั้ง 2 ข้างเข้าหาลำตัวและดันมือไปข้างหน้าศอกเหยียดตรงแขนทั้ง 2 ข้างขนานกับพื้น หายใจเข้าหมุนข้อมือตัวตรงงอศอกกลับมือประสานที่หน้าอกกลับเข้าท่าเตรียม ทำซ้ำๆ เช่นนี้อย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 4 และ 5

ภาพที่ 29 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 2



มือทั้งสองข้างประสานระดับอกระดับอก

ดันมือไปข้างหน้าศอกเหยียดตรงแขนทั้ง 2 ข้างขนานกับพื้น

ท่าที่ 3 เป็นท่ายึดกล้ามเนื้อฝ่ามือและแขนเช่นเดียวกับท่าที่ 2

เริ่มจากท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิตัวตรงมือประสานระดับอก เหยียดฝ่ามือออกด้านหน้าลำตัวศอกเหยียดตรงขนานกับพื้น หายใจเข้ายกมือทั้ง 2 ข้างขึ้นด้านบน ศอกและแขนเหยียดลำตัวตรงจากนั้นหายใจออก ลดแขนทั้ง 2 ข้างลงมากลับสู่ท่าเตรียมทำเช่นนี้ซ้ำๆ อย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 6 และ 7

ภาพที่ 30 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 3



เหยียดฝ่ามือออกด้านหน้าลำตัวศอก

หายใจเข้ายกมือทั้ง 2 ข้างขึ้นด้านบนศอกและแขนเหยียดลำตัวตรง

ท่าที่ 4 เป็นท่าที่ช่วยในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อช่วงลำตัว กล้ามเนื้อบริเวณทรงอก

เริ่มจากท่าเตรียม ที่ขัดสมาธิตัวตรงมือประสานในระดับอกเหยียดฝ่ามือหันทางด้านหน้าของลำตัวศอกเหยียดตรงแขนขนานกับพื้นหายใจออก หมุนมือและบิดตัวไปด้านขวาจนรู้สึกตึงแผ่นหลังศีรษะอยู่ในท่าตรง ศอกและแขนทั้ง 2 ข้างเหยียดและขนานกับพื้นจากนั้นหายใจเข้า แล้วกลับมาอยู่ในท่าเตรียม จากนั้นบิดแขนหมุนลำตัวไปทางด้านซ้ายจนรู้สึกตึงแผ่นหลังโดยศอกและแขนทั้ง 2 ข้างเหยียดขนานกับพื้นทำซ้ำๆ เช่นนั้นอย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 8, 9 และ 10

ภาพที่ 31 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 4



เหยียดฝ่ามือหันทางด้านหน้าของลำตัวศอกเหยียดตรงแขนขนานกับพื้นหายใจออก หมุนมือและบิดตัวไปด้านขวา



ท่าเตรียม



เหยียดฝ่ามือหันทางด้านหน้าของลำตัวศอกเหยียดตรงแขนขนานกับพื้นหายใจออก หมุนมือและบิดตัวไปด้านซ้าย

ท่าที่ 5 เป็นท่าที่ใช้ในการยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างและกล้ามเนื้อสะโพก ท่านี้จะไม่เหมาะกับผู้ที่มีการปวดหลังเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหลังอักเสบในระยะเฉียบพลันและหมอนรองกระดูกเคลื่อน

เริ่มจากท่าเตรียม นั่งหลังตรงประกบฝ่าเท้าเข้าหากัน มือจับปลายเท้าดึงเข้าหาลำตัว พยายามให้เข้าแนบพื้นพร้อมกับหายใจเข้า จากนั้นหายใจออกโน้มตัวไปข้างหน้าออกศอกมือทั้งสองข้างจับปลายเท้าจนรู้สึกตึงแผ่นหลังค้างไว้สักครู่ หายใจเข้าเงยลำตัวขึ้นจนหลังตรงแล้วกับเข้าสู่ท่าเตรียม ทำซ้ำๆ เช่นนี้ 10 ครั้ง ดังภาพที่ 11 และ 12

ภาพที่ 32 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 5



นั่งหลังตรงประกบฝ่าเท้าเข้าหากันมือจับปลายเท้าดึงเข้าหาลำตัวพยายามให้เข้าแนบพื้น



โน้มตัวไปข้างหน้าออกศอกมือทั้งสองข้างจับปลายเท้า

ท่าที่ 6 เป็นท่าที่ยืดกล้ามเนื้อเอวและกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องกล้ามเนื้อเอวยึดตึงและเหมาะสำหรับพระภิกษุที่ปวดเข่าเรื้อรังอีกด้วย

เริ่มจากท่าเตรียม หายใจเข้านั่งเหยียดขาเข้าชิดหลังเหยียดตรงมือทั้ง 2 ข้างวางไว้บนขาระดับเข่า หายใจออกโน้มศีรษะและลำตัวไปด้านหน้าเลื่อนมือทั้ง 2 ข้างไปถึงปลายเท้าจนรู้สึกตึงแผ่นหลังค้างไว้สักครู่ หายใจเข้าค่อยๆ เงยหลังและศีรษะเลื่อนมือทั้ง 2 ข้างกลับเข้าสู่ท่าเตรียม ทำซ้ำๆ เช่นนี้อย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 13

ภาพที่ 33 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 6



นั่งเหยียดขาชิดหลังเหยียดตรงมือทั้ง 2 ข้างวางไว้บนขาระดับเข่า หายใจออกโน้มศีรษะและลำตัวไปด้านหน้าเลื่อนมือทั้งสองข้างไปถึงปลายเท้า

ท่าที่ 7 เป็นท่าที่ใช้ในการยืดกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อคอด้านหลัง กล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้อหน้าแข้ง

เริ่มจากท่าเตรียม นั่งบนส้นเท้าแยกเข่าเล็กน้อยหลังตรงมือทั้ง 2 ข้างจับกลางฝ่าเท้า หายใจเข้าเงยศีรษะแอ่นลำตัวไปทางด้านหลังจนรู้สึกตึงหน้าท้องและหน้าขาค้างไว้สักครู่ หายใจออกค่อยๆ ก้มศีรษะ งอลำตัวกลับสู่ท่าเตรียม ทำซ้ำๆ เช่นนี้อย่างน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 14

ภาพที่ 34 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 7



นั่งบนส้นเท้าแยกเข่าหลังตรงมือทั้ง 2 ข้างจับกลางฝ่าเท้า หายใจเข้าเงยศีรษะแอ่นลำตัวไปทางด้านหลัง

ท่าที่ 8 เป็นท่าที่ช่วยในการเพิ่มการเคลื่อนไหวของไหล่และข้อมือช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด และยังช่วยเรื่องการทรงตัวด้วย

เริ่มจากท่าเตรียม ยืนตรงแยกเท้าห่างจากกันระดับไหล่แขนทั้ง 2 ข้างเหยียดตรงไปข้างหน้า อยู่ในท่าสำรวจแกว่งแขนไปทางด้านหน้ากลับมาทางด้านหลังสลับกัน หายใจเข้าออกตามปกติจำนวนครั้งที่ทำตามความเหมาะสมของช่วงเวลา ดังภาพที่ 15 และ 16



ภาพที่ 35 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 8

ยืนตรงแยกเท้าห่างจากกันระดับไหล่แขนทั้ง 2 ข้างเหยียดตรงไปด้านหน้า



แกว่งแขนไปด้านหน้ากลับมาทางด้านหลังสลับกัน

ท่าที่ 9 เป็นท่าที่ช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้อง รวมทั้งเป็นท่าที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและยังช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่งอเข่า ท่านี้ไม่เหมาะสำหรับ ผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตที่ยังควบคุมไม่ได้ ผู้ที่มีปัญหาด้านการทรงตัว ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการเวียนศีรษะ ทั้งยังไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนอีกด้วย

เริ่มจากท่าเตรียม หายใจเข้ายืนตรงแยกเท้าห่างจากกันระดับไหล่ชูมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะ แขนเหยียดตรง หายใจออกก้มตัวไปข้างหน้าจนรู้สึกตึงแผ่นหลัง หมุนแขนไปทางด้านหลัง สอกเหยียดตรงจนรู้สึกตึงหัวไหล่ หายใจเข้าค่อยๆ เยกศีรษะและลำตัวยกแขนทั้ง 2 ข้างไปด้านหน้า กลับสู่ท่าเตรียมทำซ้ำๆ เช่นนี้อาจน้อย 10 ครั้ง ดังภาพที่ 17 และ 18



ภาพที่ 36 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 9

ยืนตรงแยกเท้าห่างจากกันระดับไหล่ชูมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะแขนเหยียดตรง



ก้มตัวไปข้างหน้าจนรู้สึกตึงแผ่นหลัง หมุนแขนไปทางด้านหลัง สอกเหยียดตรง

ท่าที่ 10 เป็นท่าที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อองและช่วยในเรื่องการทรงตัวไปทางด้านหน้าและด้านหลังทำให้ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น

เริ่มจากท่าเตรียม ยืนตรงแยกเท้าห่างจากกันเล็กน้อยในระดับไหล่มือทั้ง 2 ข้างประสานกันกลางลำตัวในท่าส่วรวม หายใจเข้าก้าวเท้าขวาไปด้านหน้าวางเท้าบนพื้นถ่านักหนักไปที่ปลายเท้า จากนั้นเขย่งลำตัวขึ้นค้างไว้สักครู่ หายใจออกลดขาทั้ง 2 ข้างลงกลับสู่ท่าเตรียมทำซ้ำๆ เช่นนี้อย่างน้อย 10 ครั้ง สลับเท้าซ้ายและขวาด้วยกิริยาอาการ อย่างหนอ ขว้างหนอ ลงหนอ ซ้ายอย่างหนอ ยืดหนอ ลงหนอ ทำเช่นนี้ตามสมควรแก่เวลา แล้วกลับเข้าสู่ท่านั่งสมาธิต่อ ดังภาพที่ 19 และ 20

ภาพที่ 37 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ ท่าที่ 10



ก้าวเท้าขวาไปด้านหน้า ถ่านักหนักไปที่ปลายเท้า จากนั้นเขย่งลำตัวขึ้นค้างไว้



ก้าวเท้าซ้ายไปด้านหน้า ถ่านักหนักไปที่ปลายเท้า จากนั้นเขย่งลำตัวขึ้นค้างไว้

การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัว

ภาพที่ 38 การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ เพื่อการทรงตัว

ทรงตัวท่าเข่งยืนตัวตรง มือเกาะเก้าอี้หรือ โต๊ะไว้ค่อยๆ เข่งให้สูงที่สุด ยืนด้วยปลายเท้าปล่อยมือโดยไม่ต้องจับเก้าอี้และ ทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้



ยืนตรง มือเกาะเก้าอี้หรือโต๊ะค่อยๆ งอเข่าจนองได้ 90° ไปข้างหลัง ปล่อยมือไม่ต้องจับเก้าอี้และทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ทำซ้ำโดยยืนบนขาอีกข้างหนึ่ง



ทรงตัวท่าอสะโพกยืนตรง มือเกาะเก้าอี้หรือโต๊ะค่อย ๆ งอเข้าเข้าหาหน้าอก โดยตัวตั้งตรงปล่อยมือไม่ต้องจับเก้าอี้และทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ทำซ้ำโดยยืนบนขาอีกข้างหนึ่ง



ยืนตรงห่างจากเก้าอี้ 12-18 นิ้วก้มตัวมาข้างหน้าเพื่อเอามือเกาะเก้าอี้ค่อย ๆ ยกขาข้างหนึ่งเหยียดไปด้านหลังโดยเข้าเหยียดตรงปล่อยมือจากเก้าอี้ และทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ทำซ้ำโดยยืนบนขาอีกข้างหนึ่ง



ทรงตัวท่ากางสะโพกไปด้านข้างยืนตรง ขากางจากกันเล็กน้อย มือจับเก้าอี้
ค่อยๆ กางขาไปทางด้านข้างประมาณ 6-12 นิ้ว โดยซาเหยียดตรงปล่อยมือ
จากเก้าอี้และทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ทำซ้ำโดยยืนบนขาอีกข้าง
หนึ่ง



ทรงตัวท่าเดินเส้นตรงเดินชนิดส้นเท้าชนปลายเท้ายืนโดยให้ส้นเท้าข้างหนึ่งชนกับนิ้วเท้าของขา
อีกข้างหนึ่งโดยส้นเท้าให้แตะนิ้วเท้าก้าวขาหลังไปข้างหน้าแล้ววางส้นเท้าขาที่ก้าวนี้ให้ชนกับ
นิ้วเท้าอีกข้างหนึ่ง เดินเช่นนี้สลับ



ทรงตัวทำยืน-นั่งบนเก้าอี้ลุกขึ้นด้วยกำลังขา
ห้ามใช้มือช่วยลงนั่งด้วยกำลังขา ห้ามใช้มือช่วย



ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายในพระสงฆ์; หน้า 22

หน่วยที่ 4-2 การเคลื่อนย้ายต่างๆและการพลิกตะแคงตัว

การดูแลผู้ที่มีข้อจำกัดในการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เนื่องจากข้อจำกัดเหล่านั้นหากให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเองเพียงลำพังอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อจิตใจได้ ดังนั้นผู้ช่วยเหลือต้องปฏิบัติโดยยึดหลักการทรงตัวที่ดี การเคลื่อนไหวและการจัดทำที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

การเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางต่างๆ เช่น การนั่ง การนอนการเดิน การดัน การก้ม เป็นต้น การเคลื่อนไหวร่างกายนี้กล้ามเนื้อเล็กจะทำหน้าที่ช่วยเคลื่อนไหว ในลักษณะโค้งงอไปมาในการทำงานหนักต้องใช้กล้ามเนื้อที่มีความยาว หนา และแข็งแรง ได้แก่ ต้นแขน กล้ามเนื้อไหล่ สะโพก ต้นขา ทั้งนี้ต้องอยู่ในท่าทางและการทรงตัวที่ดีเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายผู้ดูแลควรปฏิบัติตามการพยาบาลโดยยึดหลักการเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อขณะปฏิบัติงานทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือการเคลื่อนย้ายสิ่งของและหลักการปฏิบัติเดียวกันนี้สามารถนำไปแนะนำผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง ดังนี้

1. คงไว้ซึ่งแนวปกติของร่างกายและการทรงตัวที่ดี

2. ถือสิ่งของที่เคลื่อนย้ายให้อยู่ใกล้กับร่างกาย
3. ถือสิ่งของอยู่กึ่งกลางจุดศูนย์กลางของแรงถ่วง
4. ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการทำงานที่ต้องใช้กำลังมาก
5. ใช้น้ำหนักตนเองในการช่วยเคลื่อนย้ายวัตถุ สิ่งของ
6. ใช้การดัน การดึง หรือการหมุนผลักสิ่งของแทนการยก
7. ขณะยกสิ่งของควรแยกเท้าออก เพื่อให้มีความมั่นคง
8. หลีกเลี่ยงการยืดกล้ามเนื้อ หรือการบิดกล้ามเนื้อขณะเคลื่อนย้ายสิ่งของ
9. การยกสิ่งของให้อยู่ในท่าหลังตรง และย่อเข่า แทนการก้มหลัง
10. มีการหยุดพักเป็นช่วง ๆ ในระหว่างการทำกิจกรรม
11. หาผู้ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ผ่อนแรง
12. เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อสะโพกก่อนยกสิ่งของเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

ของกล้ามเนื้อหลัง

13. เคลื่อนไหวร่างกายอย่างนุ่มนวล ประสานกัน และเป็นจังหวะ

การจำกัดการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวทำให้มนุษย์สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติแม้ในเวลาหลับ บุคคลที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายก็จะทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่วนการจำกัดการเคลื่อนไหว คือ สภาพร่างกายที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ สาเหตุมาจากความเจ็บป่วย จนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างจำกัด เช่น เส้นประสาทไขสันหลังถูกทำลาย การใส่เฝือก อาการเจ็บปวดที่รุนแรง เป็นต้น ระดับของการจำกัดการเคลื่อนไหวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างสมบูรณ์ นั่นคือผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือกระทำการกิจกรรมใด ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรงของโรคและแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้จำกัดการเคลื่อนไหวอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) เป็นต้น
2. การจำกัดการเคลื่อนไหวเพียงบางส่วน เช่น ผู้ป่วยกระดูกขาหักได้รับการรักษาด้วยการเข้าเฝือก ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น
3. การจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน เช่น ผู้ป่วยที่มีไข้สูง ผู้ป่วยปวดหลัง ผู้ป่วยภาวะแท้งคุกคาม เป็นต้น

ระดับความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจะแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างสมบูรณ์จะต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย

และการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่เคลื่อนไหวร่างกายได้
บางส่วนความสำคัญของการจำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อการรักษาที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
2. เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ทำให้เนื้อเยื่อที่บาดเจ็บได้รับการซ่อมแซมและหายเร็วขึ้น
3. เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายหรืออวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความเสียหายเพิ่มขึ้น
4. เพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่น้อยลง ทำให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น

การเคลื่อนย้าย

การเคลื่อนย้าย (transferring) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้ รถเข็นนั่ง (wheel chair) หรือรถเข็นนอน (stretcher) เพื่อส่งผู้ป่วยไปทำกิจกรรมยังแผนกตรวจวินิจฉัยโรค เป็นต้น โดยมีผู้ดูแล 1 คน หรือมากกว่า 1 คน เป็นผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ดูแลต้องการประเมินสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย
2. ท่าที่เป็นข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย
3. อวัยวะส่วนที่อ่อนแรงหรือพิการ
4. ความมั่นคงในการคงท่าของผู้ป่วย
5. ส่วนที่ต้องให้อยู่นิ่ง ๆ
6. อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย
7. ความอ่อนเพลียของผู้ป่วย
8. ความต้องการการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนท่าและความสุขสบายของผู้ป่วย

แนวทางการปฏิบัติการเคลื่อนย้าย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย และการเคลื่อนย้ายโดยปราศจากอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายต้องปฏิบัติด้วยความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. กรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรหาผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย
2. กรณีผู้ดูแล 1 คน ให้ยืนด้านเดียวกันกับด้านที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
3. ยืนในท่าทรงตัวที่ถูกต้อง
4. ถ้าผู้ป่วยมีอุปกรณ์สวมพุงตัว ให้สวมให้เรียบร้อยก่อนทำการเคลื่อนย้าย
5. ผ่อนแรงในการยก โดยยืนอยู่ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด
6. ให้ขาผู้ป่วยด้านที่อ่อนแรง อยู่ใกล้ด้านรถเข็นนั่ง

7. ใช้อุปกรณ์ช่วยเพื่อผ่อนแรง
8. ให้สัญญาณในการเคลื่อนย้าย
9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนคร่าว ๆ และให้ช่วยออกแรงเท่าที่สามารถทำได้

การปฏิบัติการเคลื่อนย้าย

การปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมี 2 วิธี ดังนี้

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้หรือรถเข็นนั่งในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นนั่ง ก่อนอื่นต้องนำเก้าอี้หรือรถเข็นนั่งมาไว้ข้างเตียงผู้ป่วย ถ้าเป็นรถเข็นนั่งให้ล็อกล้อและพับที่วางเท้าขึ้น แล้วปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 เลื่อนตัวผู้ป่วยให้อยู่ริมเตียง จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งห้อยเท้าบนเตียง
 - 1.2 ผู้ดูแลยืนอยู่ตรงหน้าผู้ป่วยในท่าก้าวไปข้างหน้าพร้อมกับย่อเข่าลงให้ผู้ผู้ป่วยใช้มือจับที่ไหล่ทั้งสองข้างของผู้ดูแลมือทั้งสองข้างของผู้ดูแลสอดเข้าใต้รักแร้หรือบริเวณเอวของผู้ป่วย 2 ข้าง แล้วค่อยๆ พยุงผู้ป่วยให้ลุกขึ้นยืน
 - 1.3 หมุนตัวให้หลังผู้ป่วยอยู่หน้าเก้าอี้ หรือรถเข็นนั่ง
 - 1.4 ให้ผู้ป่วยวางมือสองข้างจับที่พนักแขน แล้วหย่อนตัวลงนั่งบนเก้าอี้หรือรถเข็นนั่ง
 - 1.5 ให้ผู้ป่วยนั่งให้หลังและกันชิดพนักพิง นำที่วางเท้าลงเพื่อให้ผู้ป่วยวางเท้า

การจัดท่า (positioning) หมายถึง การจัดทำในลักษณะต่าง ๆ ที่เหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยเพื่อความสะดวกสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความพิการจากการนอนในท่าที่ไม่ถูกต้อง

แนวปฏิบัติในการจัดทำ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
2. ปรับระดับความสูงของเตียงให้เหมาะสม โดยอยู่ระดับข้อศอกของพยาบาล
3. นำหมอน และเครื่องนอนออกก่อนการจัดท่า
4. ตรวจสอบสายต่าง ๆ ไม่ให้ติดอยู่กับที่นอน
5. พลิกให้ลำตัวเคลื่อนพร้อมกัน เนื้อป้องกันการบิดของกระดูกสันหลัง
6. ข้อต่าง ๆ อยู่ในท่าองเล็กน้อย
7. จัดท่านอนให้คงไว้ซึ่งแนวปกติของร่างกาย
8. จัดพยางส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยม้วนผ้า หรือหมอน
9. ตรวจสอบสภาพผิวหนัง และนวดปุ่มกระดูกที่รับน้ำหนักตัว
10. ดูแลเตียงให้สะอาด เรียบตึงหลังการจัดท่า

การจัดท่านอนสำหรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจัดทำท่านอนจากพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจึงต้องทราบวิธีการจัดทำท่านอนที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการนอนผิดท่านอนต่าง ๆ ได้แก่ ท่านอนหงาย ท่านอนศีรษะสูง ท่านอนตะแคง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีท่าที่ใช้สำหรับการตรวจและการรักษา ได้แก่ ท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ ท่านอนคว่ำ ท่านอนหงายชันเข่า และท่านอนหงายพาดเท้าบนขาหยั่ง ท่านอนคว่ำคุกเข่า และท่านอนศีรษะต่ำลายเท้าสูง

1. ท่านอนหงาย สำหรับผู้ป่วยที่อ่อนเพลียไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และ เตรียมตรวจอวัยวะด้านหน้าของร่างกาย เช่น ศีรษะ หน้า แขน ขา หน้าอก ท้อง และการตรวจปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ การนอนท่านี้อาจเสี่ยงต่อการเกิดปลายเท้าตก จึงต้องใช้แผ่นกระดานหรือฝ้านำมาพับหรือม้วนแล้วดันปลายเท้าให้ตั้งขึ้นรวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามตำแหน่งปุ่มกระดูกต่าง ๆ ท่านอนหงายไม่ใช่ในผู้ป่วยที่หายใจลำบาก และเสี่ยงต่อการสูดสำลัก



ภาพที่ 39 ท่านอนหงาย

2. ท่านอนตะแคง ช่วยให้น้ำหนักร่างกายตกลงบริเวณด้านข้างของลำตัว สะบัก และสะโพก รวมทั้งช่วยลดการทับบริเวณส่วนหลังของร่างกาย การจัดท่านี้ให้ใช้หมอนสอดหนุนระหว่างไหล่และแขน เพื่อป้องกันไหล่หุบเข้าและหมุนเข้าด้านใน สอดหมอนหนุนให้ขาด้านบนอยู่ระดับเดียวกับสะโพกเพื่อป้องกันต้นขาหุบเข้าและหมุนเข้าด้านใน และวางหมอนที่หลังผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลิกหงายมาด้านหลัง



ภาพที่ 40 ท่านอนตะแคง

3. **ท่านอนหงายศีรษะสูง** เป็นท่านอนที่จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 60 ถึง 90 องศา หากปรับหัวเตียงสูง 30-40 องศา เรียกท่านอนกึ่งนั่ง (Semi-Fowler's position) การจัดท่านี้ต้องให้สะโพกอยู่ตรงบริเวณรอยพับเตียง เพื่อป้องกันหลังโค้งงอและปรับให้ระดับปลายเตียงสูง 10-20 องศา ท่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวก ปอดขยายตัวได้ดี ทำให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้ท่านี้เป็นท่าที่เหมาะสมในปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น รับประทานอาหาร ทำความสะอาดปากและฟันเป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องการนอนท่านี้จะช่วยให้หนอง สิ่งคัดหลั่งที่อยู่ในช่องท้องไหลออกจากแผลหรือท่อระบายได้สะดวก จึงช่วยลดการอักเสบภายในช่องท้อง ห้ามใช้ท่านี้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองและผ่าตัดกระดูกสันหลัง



ภาพที่ 41 ท่านอนหงายศีรษะสูง



ภาพที่ 42 ท่านอนกึ่งนั่ง

4. **ท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ** เป็นท่าที่ใช้สำหรับการเตรียมตรวจ เช่น การตรวจทางทวารหนัก การสวนอุจจาระการเห็นบยาทางทวารหนัก เพราะการนอนท่านี้จะเป็นท่าที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายอยู่ด้านล่าง การจัดท่าปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย เลื่อนกันให้ชิดริมเตียงเพื่อสะดวกในการตรวจและให้การเสียนั้นซ้ายอยู่ด้านหลังลำตัว แขนขวาอยู่ด้านหน้า งอสะโพกและเข่าวางนเกือบชิดหน้าท้อง



ภาพที่ 45 ท่านอนคว่ำคุกเข่า

7. ท่านอนศีรษะต่ำปลายเท้าสูง เป็นท่านอนสำหรับผู้ป่วยที่เสียเลือดมากเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงสมองให้มากขึ้น โดยยกเตียงส่วนปลายเท้าให้สูงขึ้น ศีรษะไม่หนุนหมอนการจัดท่าลักษณะนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเตียงชนิดที่สามารถยกเฉพาะปลายเท้าและสะโพกให้สูงขึ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษาหรือให้การพยาบาล เช่น การสวนล้างช่องคลอดเพื่อให้น้ำไหลเข้าไปลึกพอหรือต้องการลดอาการบวมที่ขาโดยการให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น



ภาพที่ 46 ท่าศีรษะต่ำปลายเท้าสูง

การปฏิบัติการจัดทำผู้ป่วย

ผู้ดูแลต้องทำการเลื่อนตัวผู้ป่วยให้มาในตำแหน่งที่ต้องการและพลิกตะแคงตัวเพื่อทำการจัดทำตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การเลื่อนตัวผู้ป่วยการเลื่อนตัวผู้ป่วยมีการปฏิบัติ 2 แบบ แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ปรับระดับเตียงให้อยู่ในแนวราบแล้วให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไปยังตำแหน่งที่ต้องการ

1.2 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะเคลื่อนตัวผู้ป่วย

1) ปรับระดับเตียงให้อยู่ในแนวราบ ออกล้อเตียง จัดท่านอนหงายราบ

2) นำหมอนหนุนศีรษะพิงไว้ที่พนักหัวเตียง

3) ผู้ดูแลยืนอยู่ข้างเตียงในท่าก้าวเท้าไปข้างหน้า หันหน้าไปในทิศทางที่จะเคลื่อนผู้ป่วย ย่อเข่า และตะโพกเพื่อให้ปลายแขนอยู่ในระดับเดียวกับเตียง

4) สอดมือข้างหนึ่งเข้าใต้ไหล่และอีกข้างหนึ่งเข้าใต้ต้นขา

5) ให้ผู้ป่วยยกศีรษะ ก้มคอให้คางชิดอก และชันเข่าขึ้น ให้เท้ายันที่นอน มือ

จับพนักเตียงหรือออกแรงกดลงบนที่นอนเพื่อช่วยดันตนเองขึ้นพร้อม ๆ กับที่พยาบาลช่วยเหลือตัว

6) ผู้ดูแลอยู่ในท่ายืนทิ้งน้ำหนักตัวที่ขาด้านหลัง ส่งสัญญาณให้ผู้ป่วยช่วยดันตัว พร้อมกับพยาบาลถายน้ำหนักตัวมาที่ขาด้านหน้าและเคลื่อนตัวผู้ป่วยขึ้นไปทางหัวเตียงป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

7) จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบายกรณีที่เคลื่อนตัวผู้ป่วยโดยพยาบาล 2 คน ขึ้นตอนต่าง ๆ คล้ายกัน แต่พยาบาล 2 คนยืนอยู่คนละด้าน แล้วช่วยเหลือตัวผู้ป่วยตามขั้นตอน

2. การพลิกตะแคงตัวควรปฏิบัติดังนี้

แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียงทางด้านตรงข้ามที่จะพลิกไปผู้ดูแลยืนอยู่ด้านที่จะพลิก โดยพลิกผู้ป่วยเข้าหาตัวผู้ดูแลเสมอ เพื่อวางแขนผู้ป่วยพาดบนหน้าอกจัดขาผู้ป่วยด้านใกล้ตัวพยาบาลไขว้มาทางที่จะพลิกใช้มือข้างหนึ่งประคองที่ไหล่ และตะโพก พลิกตัวผู้ป่วยให้ตะแคงเข้าหาผู้ดูแลจัดทำตามต้องการและระวังอุบัติเหตุผู้ป่วยตกเตียง

หน่วยที่ 4-3 การนวดผ่อนคลายและการนวดเพื่อสุขภาพ

การนวดแบ่งตามสรรพคุณออกเป็น 3 อย่าง คือ

❖ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อการบำบัดรักษาและนวด

❖ เพื่อการฟื้นฟูสรีรวิทยา นอกจากนี้การนวดแผนโบราณยังแบ่งออกได้ตามกรรมวิธีการนวดเป็น 2 อย่างใหญ่ๆ คือ นวดเชลยศักดิ์ และนวดราชสำนัก บางแห่งแบ่งนวดฝ่าเท้าออกมาต่างหาก

❖ การนวดกับการจับเส้นแตกต่างกันการจับเส้นเป็นอันเดียวกับการนวดแบบเชลยศักดิ์

เช่น นวดรักษาอาการปวดเมื่อย ที่เรียกว่าเส้นจัม ซึ่งปัญหาสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้การนวดเป็นการบำบัดรักษาได้

จุดควรรวดเพื่อคลายเครียด

ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอ และปวดหลัง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การรวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้เราได้ เพราะได้ไปกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่างๆลง ทั้งนี้การรวดนี้เราจะใช้การรวดไทยสามารถรวดได้ด้วยตัวเอง และเหมาะกับผู้มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ ปวดไหล่ อันเนื่องมาจากความเครียด แต่ข้อควรระวังคือไม่ควรรวดขณะที่กำลังเป็นไข้ หรือกล้ามเนื้ออักเสบหรือเป็นโรคผิวหนัง และควรตัดเล็บให้สั้นทุกครั้งก่อนนวด

การรวดที่ถูกรวคือ

1. กดโดยใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง
2. ใช้การกดและการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
3. การกดให้ค่อยๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยให้ค่อยๆ ปล่อย และ
4. แต่ละจุดควรรวดซ้ำประมาณ 3-5 ครั้ง

จุดที่ควรรวดเพื่อคลายเครียด มีด้วยกัน 7 จุด ได้แก่



1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



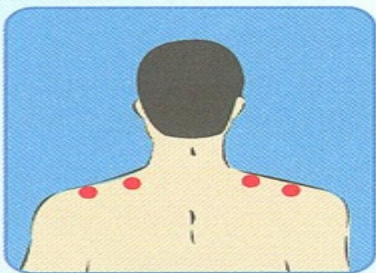
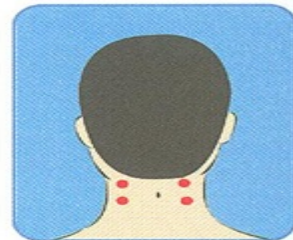
2. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด 3-5 ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุดพร้อมๆ กัน 3-5 ครั้ง

4. บริเวณต้นคอ

ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอโดยกดไล่จาก ตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า 3-5 ครั้ง



5. บริเวณบ่า

ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหา ต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายบีบไหล่ขวาไล่จากบ่า เข้าหาต้นคอทำซ้ำ 3-5 ครั้ง

ภาพที่ 47 จุดที่ควรนวดเพื่อคลายเครียด ทำที่ 1 - 4

4.บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า 3-5 ครั้ง

5.บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายจากบ่าเข้าหาต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายบีบไหล่ขวาเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง

จากข้อมูลเบื้องต้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการนวดมีความสำคัญและผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผ่อนคลายความเครียด นวดบำบัดอาการปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดคอ ปวดหัว นับว่าเป็นการรักษาทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่นิยมการทายารักษาอาการปวด

เอกสารอ้างอิง

- จรัสศรี ศรีโสภา และ วรศิษฐ์ ศรีบุรินทร์ (2565). ผลของการออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีต่อสมรรถภาพทางกายเพื่อ สุขภาพของผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลปากชม อำเภอปากชม. Journal of physical education. 25(1). 1-12.
- สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณมา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). (2551). การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลรามารัตนบุรี.
- อภิชาติ อัครมงคลกุล ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล . การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี. (<https://shorturl.asia/q2kVbม> cite in; วันที่ 24 มกราคม 2565).
- ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช.(2553). นวดเพื่อสุขภาพ. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู Faculty of Medicine Siriraj Hospital คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. <https://shorturl.asia/bJkh9> cite in วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2566
- สมพร จิตรัตนพร และ ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. มปด. การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการนวดเพื่อรักษาปัญหาสุขภาพ THE SYNTHESIS OF THE RESEARCH PAPERS RELATED TO MASSAGE TO TREAT HEALTH PROBLEMS . วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 236-251.
- 7 จุดควรรวดเพื่อคลายเครียด. <https://mgronline.com/qol/detail/9560000122384> cite in วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2566.

หน่วยที่ 5-1 หลักการจัดอาหารสำหรับพระภิกษุที่มีปัญหาสุขภาพ

ปัจจุบันพระสงฆ์เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะอ้วน และมีพระสงฆ์จำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะเสี่ยงมาจากภัตตาหารที่ฉัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาหารหวาน มัน เค็ม พระสงฆ์เป็นสมรรถเพศที่มีวัตรปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ที่ใช้พลังงานน้อย ดังนั้นถ้าพระสงฆ์ฉันภัตตาหารปริมาณมากเกินไป หรือเป็นภัตตาหารที่ให้พลังงานสูง ทำให้ร่างกายได้พลังงานเกินกว่าพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน ก็จะทำให้เกิดการสะสมของแป้ง น้ำตาล ไขมัน และสารอาหารอื่น ๆ ทำให้เกิดภาวะอ้วน และมีโรคต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น **พระสงฆ์ควรฉันอาหารให้ได้พลังงานที่เหมาะสม คือ ประมาณวันละ 1,500 แคลอรี**

การเลือกอาหารเพื่อสุขภาพการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นการถวายภัตตาหารและการใส่บาตรพระภิกษุสงฆ์ ควรเลือกอาหารสำหรับถวายใน 1 มื้อ ให้เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีของภิกษุสงฆ์ (พรจิรา ศุภราศี, 2564) กำหนดสัดส่วน 2:1:1 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ผักหรือผลไม้ 2 ส่วน: ข้าว 1 ส่วน: เนื้อสัตว์ 1 ส่วน โดยมีตัวอย่างและคำแนะนำดังนี้

- 2.1 ผัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก แกงจืดตำลึง ต้มจับฉ่าย เป็นต้น
- 2.2 ผลไม้ เช่น ฝรั่ง ชมพู แอปเปิล และแก้วมังกร (หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวาน) เป็นต้น
- 2.3 เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อปลา ไข่ต้ม และอกไก่ไม่ติดมัน (หลีกเลี่ยงการปรุงให้สุกด้วยการทอดหรือผัด)
- 2.4 ข้าว เช่น ข้าวสวย ข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ เป็นต้น
- 2.5 มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่หรือแร่ธาตุ วิตามิน โปรตีน ไขมัน และน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงน้ำหวาน น้ำอัดลม และน้ำผลไม้หวาน
- 2.6 ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสชาติหวาน มัน เค็ม และใส่ผงชูรส
- 2.7 อาจถวายเป็นธัญพืชต่าง ๆ ที่ปรุงแต่งน้อย เพราะหากถวายอาหารมีปริมาณน้ำตาล ไขมัน หรือโซเดียมมากเกินไป อาจทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาได้

เลือกอาหารเพื่อสุขภาพพระ



การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี
ดังนั้นการถวายภัตตาหารและการใส่บาตรพระภิกษุสงฆ์
ควรเลือกอาหารสำหรับถวายใน 1 มื้อ ให้เหมาะสม
เพื่อสุขภาพที่ดีของภิกษุสงฆ์ดังนี้

สัดส่วน 2:1:1 ส่วน

คือ ผักหรือผลไม้ 2 ส่วน : ข้าว 1 ส่วน : เนื้อสัตว์ 1 ส่วน

ผัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก
แกงจืด ผักต้ม

เนื้อสัตว์ เช่น เนื้อปลา ไข่ต้ม
และอกไก่ไม่ติดมัน (หลีกเลี่ยงการ
ปรุงให้สุกด้วยการทอดหรือผัด)

ผลไม้ เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แอปเปิ้ล
และแก้วมังกร (หลีกเลี่ยงผลไม้
รสหวาน)



ข้าว เช่น ข้าวสวย ข้าวกล้อง

มีสารอาหารครบ 5 หมู่



น้ำสะอาด



ควรหลีกเลี่ยงขนมหวาน มัน หรืออาหารที่มีรสชาติเค็ม และอาจถวายเป็นธัญพืชต่าง ๆ ที่ปรุงแต่งน้อย
เพราะหากถวายอาหารมีปริมาณน้ำตาล น้ำมัน หรือโซเดียมมากเกินไป อาจทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
โรคไต ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามมาได้

ข้อมูล ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564

ที่มา : อ. พญ.พรจิรา ศุภราศรี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย www.chulalongkornhospital.go.th @chulahospital ChulalongkornHospital 02-256-4000 ต่อ 0

<https://shorturl.asia/O1G5p>
ภาพที่ 48 เลือกอาหารเพื่อสุขภาพพระภิกษุ

ตารางที่ 6 ภัตตาหารที่ควรฉันและควรหลีกเลี่ยง

	ภัตตาหารเพื่อสุขภาพ ที่ควรรับประทานบ่อย	ภัตตาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรือไม่รับประทานเป็นประจำ
หมวดข้าว แป้ง-ธัญพืช	ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ธัญเส้น ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง whole wheat, ข้าวโพดต้ม มันฝรั่งบด	ข้าวขาว ข้าวไม่ขัดสี ข้าวผัด ข้าวมัน ข้าวเหนียวมูล ขนมปังขาว มันฝรั่งทอด ข้าวโพดอบเนย
หมวดผัก	ผักสด ผักที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันน้อย	ผักชุบแป้งทอด ผักดองหวาน-เค็ม
หมวดผลไม้	ผลไม้สด ผลไม้กระป๋องที่มี น้ำตาลน้อย	ผลไม้หวานจัด ผลไม้กระป๋อง ที่มีน้ำตาลมาก ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้ดอง กล้วยแขก กล้วยทอด กล้วยบวชชี
หมวดโปรตีน เนื้อสัตว์และ ผลิตภัณฑ์ จากเนื้อสัตว์	ปลา ไก่ สันในหมู ไก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ ปรุงโดยการต้ม นึ่ง ย่าง ลวก ยำ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง และผลิตภัณฑ์ เต้าหู้อ่อน เต้าหู้แข็ง	เครื่องใน หนังหมู หนังไก่ เนื้อสัตว์ทอด หมูทอด ไก่ทอด ซาหุม ไข่กรอก เบคอน
หมวดไขมัน	น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก	น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู น้ำมันไก่ หนังหมู หนังไก่ กะทิ เนย ครีมเทียม
หมวดนม	นมขาดไขมัน นมพร่องไขมัน โยเกิร์ตธรรมชาติ	นมสดธรรมดา นมหวานรส ต่าง ๆ โยเกิร์ตรสผลไม้

การอ่านฉลากโภชนาการ

ฉลากโภชนาการ คือ ฉลากอาหารที่มีการแสดงข้อมูลโภชนาการซึ่งระบุชนิดและปริมาณสารอาหารของอาหารนั้นในกรอบสี่เหลี่ยมเรียกว่า "กรอบข้อมูลโภชนาการ" ซึ่งจะแสดงอยู่บนบรรจุภัณฑ์ เช่น กล่อง ขวด ซอง ถู เป็นต้น ฉลากจะแสดงชนิดและปริมาณสารอาหารที่สำคัญที่ผู้บริโภคควรทราบ ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 1

ข้อมูลโภชนาการ				
หนึ่งหน่วยบริโภค : 1 ซอง (40 กรัม) จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 1				
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค พลังงานทั้งหมด 180 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 80 กิโลแคลอรี)				
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*				
ไขมันทั้งหมด	9	ก.	14 %	
ไขมันอิ่มตัว	4.5	ก.	22 %	
คอเลสเตอรอลน้อยกว่า 5 มก.			1 %	
โปรตีน	7	ก.		
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	37	ก.		
ใยอาหาร	3	ก.	12 %	
น้ำตาล	3	ก.		
โซเดียม	250	มก.	10 %	
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*				
วิตามินเอ	0	%	วิตามินบี 1	0 %
วิตามินบี 2	0	%	แคลเซียมน้อยกว่า	2 %
เหล็ก	0	%		
*ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน สำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RID) โดยคิดจากความต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี				

นอกจากนี้ ยังมีฉลากโภชนาการที่แสดงในรูปแบบเป็นค่าพลังงานไขมัน น้ำตาล และโซเดียม หรือเรียกว่า “ฉลากหวานมันเค็ม” โดยแสดงปริมาณสารอาหารได้แก่ พลังงาน (กิโลแคลอรี) น้ำตาล (กรัม) ไขมัน (กรัม) และโซเดียม (มิลลิกรัม) ต่อหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์ (ถุง/ซอง/กล่อง) โดยจะแสดงฉลากด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ ซึ่งมีการบังคับการแสดงผลฉลากโภชนาการแบบนี้ ในกลุ่มอาหาร 5 กลุ่ม คือ กลุ่มอาหารขนมขบเคี้ยว กลุ่มซ็อกโกแลต กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป และกลุ่มอาหารมือหลักแช่เย็นแช่แข็ง ดังตัวอย่าง



ภาพที่ 49 คุณค่าโภชนาการต่อ 5 ซ้อนชา (20 กรัม)

วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ

1. ดูปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค เป็นปริมาณการกินต่อครั้งที่แนะนำให้ผู้บริโภครับประทาน
2. ดูจำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ เป็นจำนวนที่บอกว่าถ้ากินครั้งละหนึ่งหน่วยบริโภคจะแบ่งกินได้กี่ครั้ง
3. ดูคุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภคว่าจะได้พลังงานเท่าใด สารอาหารอะไรบ้าง ในปริมาณเท่าใด
4. ดูร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ฉลากโภชนาการแสดงข้อมูลสารอาหารและพลังงาน ต่อ 1 หน่วยบริโภค

วิธีการอ่าน

ดูคำแนะนำการแบ่งกิน
ว่าควรแบ่งกินกี่ครั้ง ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

ดูปริมาณ
ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค
เช่น 1 ซอง
หรือจำนวนกรัม

ร้อยละของสารอาหารช่วยบอก
เป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพ
ของเราหรือไม่

กรอบข้อมูลโภชนาการแบบเต็มแบบมาตรฐาน	
ข้อมูลโภชนาการ	
หนึ่งหน่วยบริโภค: (.....)	
จำนวนหน่วยบริโภคต่อ.....	
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	
พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน กิโลแคลอรี)	
ไขมันทั้งหมด ก.	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *
ไขมันอิ่มตัว ก.%
โคเลสเตอรอล มก.%
โปรตีน ก.%
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก.%
ใยอาหาร ก.%
น้ำตาล ก.%
โซเดียม มก.%
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *	
วิตามินเอ %	วิตามินบี 1 %
วิตามินซี 2 %	แคลเซียม %
เหล็ก %	
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (TDR) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี	
ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้	
ไขมันทั้งหมด	น้อยกว่า 65 ก.
ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า 20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า 300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	300 ก.
ใยอาหาร	25 ก.
โซเดียม	น้อยกว่า 2,000 มก.
พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม: ไขมัน = 9; โปรตีน = 4; คาร์โบไฮเดรต = 4	

1. สารอาหารที่ต้องการน้อย
หรือต้องจำกัดไม่ให้ได้รับมากเกินไป

เช่น ไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์
โคเลสเตอรอล และโซเดียม

ไม่ควรเกินร้อยละ 5

2. สารอาหารที่ต้องการมาก
และมีประโยชน์

เช่น ใยอาหาร วิตามิน
แคลเซียม และเหล็ก

ควรมีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

ดูคุณค่าทางโภชนาการ
ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค
ได้แก่ ปริมาณพลังงาน
สารอาหารและร้อยละ
ของสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน

ภาพที่ 50 ฉลากโภชนาการแสดงข้อมูลและสารอาหารและพลังงานต่อ 1 หน่วยบริโภค

2 ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (Guideline Daily Amounts: GDA) หรือฉลากหวาน มัน เค็ม

วิธีการอ่าน

คำแนะนำการแบ่งกิน
ว่าแบ่งกินกี่ครั้ง
ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

คุณค่าทางโภชนาการต่อ.....
ควรแบ่งกิน ครั้ง

พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม
.....
กิโลแคลอรี	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม
*.....%	*.....%	*.....%	*.....%

แสดงปริมาณพลังงาน น้ำตาล
ไขมัน และโซเดียมที่จะได้รับ
ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

*คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน

ดูพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมใน 1 บรรจุภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละเท่าใด
ของปริมาณที่ควรได้รับ เช่น ปริมาณโซเดียมในนมผงเต็ม
ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อนม 1 ซอง (30 กรัม)
(ไม่เกินร้อยละ 10 ของปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับต่อวัน)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักมาตรฐานการอาหารและยา. (2561, 12 พฤศจิกายน). คำสั่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 392 (พ.ศ. 2561)

ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง ฉลากโภชนาการอาหาร (ฉบับที่ 3).

2. กระทรวงสาธารณสุข. (2561, 26 กันยายน). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561)

ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และกำหนดปริมาณ น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในผลิตภัณฑ์

LINE Ramathibodi

RAMA
CHANNEL

ดร.วนะพร ทองโสม นักวิชาการโภชนาการ กลุ่มสาขาวิชาโภชนศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
<https://www.rama.mahidol.ac.th/Infographics>

การให้อาหารทางสายยางทางจมูก (Nasogastric tube feeding)

ความหมายของการให้อาหารทางสายยางทางจมูก

การให้อาหารทางสายยางทางจมูก หมายถึง การให้อาหารผ่านทางสายยางจากจมูกถึงกระเพาะอาหารโดยจะให้เมื่อมีปัญหาการให้อาหารทางปาก มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ได้แก่ การที่ปาก คอ หลอดอาหารได้รับบาดเจ็บ หรือผ่าตัดโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวติดต่อกันเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ หากในวัดมีพระภิกษุใช้ในลักษณะดังกล่าว และต้องได้รับอาหารทางสายยาง พระบริบาลภิกษุใช้จึงควรพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะในการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติการให้อาหารทางสายยางทางจมูก

อุปกรณ์

1. อาหารสำหรับให้ทางสายยางที่อุ่นแล้วใส่ในภาชนะสะอาดมีฝาปิด
2. ถาดสำหรับวางอุปกรณ์
3. กระบอกฉีดยาที่มีหัวต่อสำหรับให้อาหาร ขนาด 50 มิลลิลิตร
4. ถุงให้อาหารสำเร็จรูป
5. เครื่องตรวจฟัง
6. ถุงมือสะอาด
7. สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%
8. ผ้าขนหนู หรือผ้ากันเปื้อน
9. น้ำดื่มสะอาดใส่แก้วประมาณ 50-100 มิลลิลิตร
10. ผ้าสะอาดรองหน้าอกผู้ป่วย

การประเมินก่อนให้อาหารทางสายยาง

การประเมินช่องท้องโดยการฟังเสียงของลำไส้ และการคลำท้องว่าแน่นหรือนุ่ม ถ้าท้องโตตั้ง แสดงว่าความดันของช่องท้องเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ฟังไม่ได้ยินเสียงของลำไส้ ให้ปรึกษากับแพทย์ก่อนการให้อาหาร

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. บอกให้พระภิกษุใช้ทราบว่า กำลังจะให้อาหารทางสายยาง
2. จัดท่าพระภิกษุใช้นอนในท่าหงายศีรษะสูง และดูดเสมหะในช่องปาก
3. ทำความสะอาดช่องปากก่อนให้อาหารด้วยน้ำสะอาด และใช้สำลีชุบน้ำยาบ้วนปาก เช็ดทำความสะอาดช่องปากเพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากอีกครั้ง
4. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ไปที่เตียงพระภิกษุใช้

5. ล้างมือให้สะอาด
6. วางผ้าสะอาดบนหน้าอกผู้พระภิกษุใช้
7. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์หรือน้ำต้มสุกเช็ดจุดสายยางก่อนและหลังการให้อาหารทางสายยาง
8. ตรวจสอบว่ามีอาหารค้างในกระเพาะอาหารโดยใช้กระบอกฉีดยาที่มีหัวต่อสำหรับให้อาหาร ดูดขึ้นมา เพื่อดูว่ากระเพาะอาหารทำหน้าที่ดูดซึมได้ดีและสายมีการอุดตันหรือไม่ ถ้าไม่สามารถให้อาหารได้ ถ้ามีไม่เกิน 50 มิลลิลิตร ให้ดื่มน้ำแล้วให้อาหารตามปกติ ถ้าเกิน 50 มิลลิลิตร ให้เลื่อนเวลาให้อาหารออก 1 ชั่วโมง ถ้าดูอาหารค้างแล้วพบว่ามีการอุดตัน ให้รายงานแพทย์
9. พับสายยางก่อนถอดใส่กระบอกฉีดยาที่มีหัวต่อสำหรับให้อาหาร ขณะเทอาหาร
10. คนอาหารเหลวก่อนเทลงในกระบอกฉีดยาที่มีหัวต่อสำหรับให้อาหาร ครั้งละ 50 มิลลิลิตรที่ยกขึ้นสูง 1 ฟุตให้อาหารเหลวไหลลง ตามแรงโน้มถ่วงของโลก อย่าให้มีอากาศในสายยางเพราะจะทำให้พระภิกษุใช้ท้องอืดได้ระหว่างให้อาหารควรสังเกตอาการ
11. เมื่อให้อาหารเหลวครบตามจำนวนแล้ว ให้น้ำดื่มทางสายยางตามลงไป 50 มิลลิลิตร

ข้อควรระวัง

1. ทดสอบตำแหน่งของสายว่าอยู่ในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทุกครั้ง
2. ระวังระดับน้ำไม่ให้ลมนผ่านเข้าสู่ร่างกายพระภิกษุใช้ทางสายยางให้อาหาร
3. เปลี่ยนสายให้อาหารทุก 1 เดือนหรือเมื่อเห็นว่าสายขุ่นสกปรก หรือมีอาหารอุดตันทำให้อาหารไม่สามารถไหลลงไป ได้ หรือสายให้อาหารรั่ว
4. จัดให้พระภิกษุใช้นอนศีรษะสูงระหว่างให้อาหารและภายหลังให้อาหารอย่างน้อย 30 นาที
5. หากพระภิกษุใช้มีอาการไอระหว่างให้อาหาร ให้หยุด และพับสายให้อาหารจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดไอ จึงให้อาหารต่อ
7. หากพระภิกษุใช้สำลัก หรือมีอาหารออกมาทางปากจมูกควรหยุดให้อาหารทันที และรีบจัดให้พระภิกษุใช้นอนตะแคงหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง ดูดอาหารในช่องปากและจมูกออกให้หมด

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน พ.ศ. 25641

สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยโรงพยาบาลสงฆ์. (2566). คู่มือดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่เป็นเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2566. มปท. (เอกสารเผยแพร่ออนไลน์).

พรจิรา ศุภราศี. (2564). เลือกอาหารเพื่อสุขภาพพระ. <https://shorturl.asia/O1G5p>

Cite in วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2566.

จินตนา บุญจันทร์ และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการพยาบาล เล่ม 1.ขอนแก่น: งานบริการ

พยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.

วาสนา ธรรมศิริพงษ์. (2553). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ให้สารอาหาร

ทางสายยางในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โรงพยาบาลหาดง กลุ่มการพยาบาล. (2562). ข้อกำหนดวิธีการปฏิบัติ (Work instruction)

เรื่อง การให้อาหารทางสายยาง. มปท.

