

ก้าวต่อไปของ

งานปฐมภูมิ

ด้วย การแพทย์เชื่อมศาสตร์

Integrative Health for Thai Primary Care



นายแพทย์นรุตม์ อภิชาติอำมฤต

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม · พ.ศ. 2569

คำนำ · การแพทย์ที่เปิดตาทั้งสองข้าง

ถ้าระบบสุขภาพไทยเป็นร่างกาย งานปฐมนิเทศคือหัวใจ ตลอด 20 กว่าปีที่ผ่านมา เราช่วยกันสร้างสิ่งที่หลายประเทศชื่นชม ทั้งหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมคนทั้งประเทศ หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน ทีมหมอครอบครัว และ อสม. ราว 1.1 ล้านคนที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกับคนไข้ นี่คือการฐานที่มั่นคง และผมภูมิใจที่ได้ทำงานในระบบนี้

แต่โจทย์ของวันนี้ต่างจากเมื่อ 20 ปีก่อน โรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งก่อตัวและดำเนินไปในชีวิตประจำวัน คนไทยที่รักษาความดันโลหิตสูงอยู่ราว 7.4 ล้านคน เกือบครึ่งยังคุมความดันไม่ได้ตามเป้า ทั้งที่อยู่ในระบบและได้รับยาแล้ว คนไข้พบหมอเพียงปีละไม่กี่นาที เวลาที่เหลือทั้งปีเขาอยู่ที่บ้าน ที่โต๊ะกินข้าว ในที่นอน และในความสัมพันธ์ของเขา สิ่งที่ยังขาดจึงไม่ใช่ยา หรือความตั้งใจของคนทำงาน แต่คือภาษาที่คนไข้ใช้รู้จักตัวเองและถือกลับบ้านได้ วิธีเฝ้าอาการเข้ากับชีวิต และคนที่เดินไปด้วยกันระหว่างนั้น

ผมใช้เวลากว่า 12 ปีตามหาสิ่งที่ขาดนี้ ด้วยคำถามข้อเดียว "เราจะช่วยให้คนดูแลตัวเองได้ง่าย ๆ ได้อย่างไร" คำถามนี้พาผมออกจากห้องตรวจ ไปเรียนแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และอายุรเวท และใช้วันลาของแต่ละปีไปเรียนกับครูอีกหลายศาสตร์ ยิ่งเรียน ผมยิ่งพบว่าการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งและทรงประสิทธิภาพกว่าที่ผมเคยเข้าใจ และศาสตร์เหล่านี้ไม่ได้ขัดกับการแพทย์ที่ผมเรียนมา เพียงแต่มองคนจากคนละมุม

การแพทย์แผนปัจจุบันมองลึกเข้าไปในร่างกาย หาโรค วัดค่า และพิสูจน์ด้วยหลักฐาน จึงแม่นยำและช่วยชีวิตคนมานับไม่ถ้วน การแพทย์ภูมิปัญญามองกว้างออกไปรอบตัวคน ทั้งความต่างของร่างกายแต่ละคน อาหาร ฤดูกาล ความสัมพันธ์ และใจ จึงมีภาษาที่คนธรรมดาใช้ดูแลตัวเองได้ตั้งแต่ก่อนป่วย มุมหนึ่งเห็นโรค อีกมุมหนึ่งเห็นชีวิตที่โรคนั้นเกิดขึ้น ตาข้างเดียวก็มองเห็นได้ แต่ต้องเปิดตาทั้งสองข้าง เราจึงจะระเี่ยได้ถูก และเห็นคนไข้ครบทั้งคน

การแพทย์เชื่อมศาสตร์ที่เล่นนี้เสนอ คือการแพทย์ที่เปิดตาทั้งสองข้าง ใช้ความแม่นยำของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่คู่กับการมองทั้งชีวิตของภูมิปัญญา และพหุองค์ความรู้ "จากคัมภีร์" มาสู่ "ครัวเรือน" ในรูปที่คนไข้ อสม. พยาบาล แพทย์แผนไทย และแพทย์ใช้ภาษาเดียวกันได้ ผมเชื่อว่านี่คือสิ่งที่งานปฐมนิเทศของไทยต้องการในก้าวต่อไป เพราะสิ่งที่ต้องใช้มีอยู่ในประเทศเราแล้ว ทั้งภูมิปัญญา สมุนไพร อาหาร ชุมชน และคนทำงานที่อยู่ใกล้คนไข้ที่สุด ข้อเสนอฉันยังต้องพิสูจน์ บทท้ายของเล่มจึงเสนอแผนนำร่องที่วัดผลได้ ผมเขียนเล่มนี้ถึงเพื่อนแพทย์ ทีมสุขภาพ ปฐมนิเทศ และผู้วางนโยบาย เพื่อชวนกันลองก้าวไปด้วยกัน

นายแพทย์นฤตม์ อภิชาติอำมฤต
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

สารบัญ

คำนำ · การแพทย์ที่เปิดตาทั้งสองข้าง	2
ภาค 1 · ช่องโหว่ มองจากในระบบ	4
บทที่ 1 · วันหนึ่งในหน่วยปฐมภูมิ	5
บทที่ 2 · 3 กล้องของงานปฐมภูมิ และช่องโหว่ของแต่ละกล้อง	9
บทที่ 3 · ทำไมเครื่องมือเดิมไม่พอ	15
บทที่ 4 · คนไทยไปหาแผนไทยและทางเลือกอยู่แล้ว	20
ภาค 2 · การแพทย์เชื่อมศาสตร์คืออะไร และไม่ใช่อะไร	24
บทที่ 5 · เชื่อมที่แน่น ไม่ใช่เอาเครื่องมือมากองรวมกัน	25
บทที่ 6 · ภาษากลางที่คนใช้ถือเอง	30
บทที่ 7 · วงดูแลสองวงรอบแกนเดียว ในภาษาแพทย์	39
บทที่ 8 · ความปลอดภัยและขอบเขต	46
ภาค 3 · ใช้จริงในงานปฐมภูมิ	54
บทที่ 9 · กล้องส่งเสริมสุขภาพ · ธาตุประจำตัวในงานชุมชน	55
บทที่ 10 · กล้องป้องกันโรค · วงบนในคลินิก NCD และคนไข้ที่ตรวจแล้วปกติ	60
บทที่ 11 · กล้องรักษาฟื้นฟู · วงล่างกับคนไข้เรื้อรัง	65
บทที่ 12 · คนและระบบ · ใครเดินวงในหน่วยปฐมภูมิ	71
ภาค 4 · ระบบและหลักฐาน	75
บทที่ 13 · จากครัวเรือนถึงเมือง	76
บทที่ 14 · สิ่งที่มีพิสูจน์แล้ว สิ่งที่ยังไม่พิสูจน์ และแผนนำร่อง	80
ภาคผนวก ก · ธงแดงสองชั้น ผังส่งต่อ 4 ข้อ และทางออก 3 จุด	85
ภาคผนวก ข · ตารางคำ แผนไทย เพลินไพร แผนปัจจุบัน	87
ภาคผนวก ค · แบบฟอร์มที่ใช้ในหน่วยปฐมภูมิ	88
ภาคผนวก ง · กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง	90
ภาคผนวก จ · เอกสารอ้างอิง	92

ภาค 1 · ช่องโหว่ มองจากในระบบ

สื่อบทแรกมองจากห้องตรวจของแพทย์แผนปัจจุบันออกไป เพื่อให้เห็นช่องโหว่ก่อนจะพูดถึงทฤษฎีใด บทที่ 1 เล่าวันหนึ่งในหน่วยปฐมภูมิ บทที่ 2 วางกรอบ 3 กล้องที่ใช้ทั้งเล่ม บทที่ 3 นับว่าเครื่องมือเดิมได้ผลแค่ไหน และบทที่ 4 ชี้ว่าคนไข้เชื่อมศาสตร์เองอยู่แล้วโดยเราไม่เห็น



บทที่ 1 · วันหนึ่งในหน่วยปฐมภูมิ

คนไข้ทุกคนในเล่มนี้เป็นเคสจำลอง สร้างจากเรื่องที่พบบ่อยในห้องตรวจ ไม่ตรงกับคนไข้คนใดจริง

เช้าวันพุธ

หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลที่ผมตรวจอยู่เปิดประตูแปดโมง คนไข้ส่วนใหญ่มาถึงตั้งแต่เจ็ดโมง บางคนมาตั้งแต่หกโมงครึ่งเพื่อให้ได้คิวต้น ๆ แล้วกลับไปทำงานทัน เช้าวันนั้นมีชื่อในบัญชีของผม 64 คน นับว่าเป็นวันธรรมดาวันหนึ่ง

ผมอยากเล่าถึง 3 คนในจำนวนนั้น ทั้งสามไม่ใช่เคสยาก ตรงกันข้าม เป็นเคสที่แพทย์ปฐมภูมิทุกคนเจอทุกสัปดาห์ และเพราะเหตุนี้เอง ผมจึงคิดว่าควรเล่า

คนที่ 1 · ลุงชัย ที่กินยาครบแต่ความดันไม่ลง

ลุงชัยอายุ 68 ปี เป็นความดันโลหิตสูงมา 7 ปี มาตามนัดทุก 3 เดือนไม่เคยขาด ยา 3 ตัวกินครบ ซองยาที่เขามาให้ดูเหลือเม็ดพอดีกับวันที่เหลือ ความดันที่วัดได้วันนั้น 162/94 ครั้งก่อน 158/92 ครั้งก่อนหน้า 165/96

ทางเลือกที่ผมรู้จักดีมีอยู่ 3 ทาง เพิ่มขนาดยา เพิ่มยาตัวที่ 4 หรือส่งต่ออายุรแพทย์ ปีนี้ผมเลือกทางแรกไปแล้ว 2 ครั้ง ก่อนจะตัดสินใจรอบนี้ ผมถามคำถามที่ควรถามตั้งแต่ครั้งแรก "ช่วงนี้ที่บ้านเป็นอย่างไรบ้างครับลุง"

ลุงเงยไปครู่หนึ่ง แล้วเล่าสั้น ๆ ว่าภรรยาเสียเมื่อต้นปี ลุงอยู่กรุงเทพ ลุงกินข้าวคนเดียวมา 8 เดือน ช่วงนั้นนอนไม่ค่อยหลับ ตื่นตีสามแล้วนอนต่อไม่ได้ "ใจมันหวิว ๆ" ลุงใช้คำนี้ แล้วก็ไม่ได้พูดอะไรต่อ

ผมรู้สึกในวินาทีนั้นว่ายาตัวที่ 4 คงไม่ช่วย และรู้ด้วยว่าในเวลาที่เหลืออีก 4 นาที ผมไม่มีเครื่องมืออะไรจะยื่นให้ ลุงนอกจากคำพูดว่า "ลุงลองหากิจกรรมทำ หาเพื่อนคุย ลดเค็มหน่อยนะครับ" ลุงพยักหน้ารับเหมือนที่เคยพยักหน้ามาทุกครั้ง และผมก็รู้ว่าลุงจะกลับไปนั่งที่โต๊ะกินข้าวตัวเดิมคนเดียว

คนที่ 2 · คุณเอ ที่ตรวจแล้วปกติ

คุณเออายุ 34 ปี เป็นพนักงานออฟฟิศ ทำงานหน้าจอรวันละ 9 ถึง 10 ชั่วโมง มาด้วยปวดตึงคอมา 3 เดือน นอนหลับยาก ตื่นมาไม่สดชื่น เธอไปมาแล้ว 2 โรงพยาบาล เอกซเรย์คอปกติ ผลเลือดปกติ ได้ยาคลายกล้ามเนื้อกับยาแก้ปวด กินแล้วดีขึ้นสองสามวันก็กลับมาเหมือนเดิม ระหว่างที่ผมจับคอ เธอเล่าแบบผ่าน ๆ ว่าช่วงนี้เพิ่งรับงานโครงการใหม่ งานล้นมือ ผมพยักหน้า แล้วกลับไปตรวจต่อ

ผมตรวจซ้ำตามหน้าที่ ไม่มีแขนขา ไม่มีอ่อนแรง ไม่มีปวดร้าวลงแขน ไม่มีสัญญาณอะไรที่ต้องกังวล ผมบอกเธอว่าไม่มีอะไรน่าห่วง เป็นกล้ามเนื้อจากท่าทาง ให้จัดโต๊ะทำงาน ลุกบ่อย ๆ และส่งกายภาพบำบัด

เธอถามกลับประโยคหนึ่งที่ผมยังจำได้ "แล้วทำไมหนูถึงนอนไม่หลับคะหมอ มันเกี่ยวกันไหม"

ผมตอบว่าอาจเกี่ยว ความปวดทำให้หลับยาก และหลับไม่พอก็ทำให้ปวดง่ายขึ้น คำตอบนั้นถูกต้อง แต่ช่วยเธอได้น้อยมาก เพราะไม่ได้บอกว่าต้องเริ่มแก้อะไรไหน เธอออกจากห้องไปพร้อมใบส่งกายภาพ และผมเดาว่าพร้อมความรู้สึกว่าตัวเองคงเป็นอะไรสักอย่างที่ไม่เจอ

คนที่ 3 · ป้าละอ ที่ไม่ได้บอกเรื่องสมุนไพร

ป้าละอออายุ 55 ปี เป็นแม่บ้าน เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 น้ำตาลสะสมดีขึ้นจาก 8.9 เป็น 7.6 ใน 3 เดือน ผมตีใจ และชมป้าว่าคุมอาหารได้ดี ป้ายิ้มแล้วบอกว่าไม่ได้คุมอะไรมาก แต่ไปกินยาต้มของหมอพื้นบ้านแถวบ้าน และไปนวดทุกล้อสัปดาห์ เพราะเพื่อนบ้านแนะนำ ทำมาได้ 2 เดือนแล้ว

ผมถามว่าทำไมไม่บอกตั้งแต่ครั้งก่อน ป้าตอบตรง ๆ ว่า "กลัวหมอ" ครั้งก่อนที่เคยถามเรื่องสมุนไพรกับหมออีกคน ป้าถูกบอกว่าย่าไปเชื่อ

ผมไม่รู้ว่าย่าตัมนั้นมีอะไร ไม่รู้จะทำปฏิกิริยากับยาเบาหวานที่ผมให้หรือไม่ และไม่รู้ว่าน้ำตาลที่ลดลงมาจากอะไร สิ่งที่ผมรู้แน่คือป้าจะทำต่อไม่ว่าผมจะว่าอย่างไร และถ้าผมดู ป้าจะไม่บอกผมอีก ผมห่วงป้ามากกว่าที่แสดงออกไปในวันนั้น

สิ่งที่ทั้ง 3 คนมีเหมือนกัน

ตอนเย็นวันนั้น ผมนั่งนึกถึง 3 คนนี้ แล้วพบว่าเรื่องของทั้งสามเป็นเรื่องเดียวกัน

ทั้ง 3 คนผ่านระบบมาครบ ตรวจแล้ว วินิจฉัยแล้ว ได้ยาแล้ว ไม่มีใครพลาด ไม่มีใครผิด และทั้ง 3 คนยังไม่สบาย

ลุงชัยไม่ได้ต้องการยาตัวที่ 4 ลุงต้องการให้ใครสักคนเห็นว่าความดันที่คุมไม่ได้ของลุงมีต้นทางที่โตะกินข้าวว่าง ๆ ที่บ้าน และต้องการก้าวแรกที่ทำให้จริงในชีวิตที่เหลืออยู่คนเดียว

คุณเอไม่ได้ต้องการการตรวจเพิ่ม เธอต้องการคำอธิบายที่เชื่อมอาการ 2 อย่างของเธอเข้าด้วยกัน แล้วบอกว่าเริ่มแก้ที่ไหนก่อน เธอต้องการแผนที่ไม่ใช่ใบส่งตัว

ป้าละออไม่ได้ต้องการให้ผมเห็นด้วยกับหมอพื้นบ้าน ป้าต้องการที่ที่พูดเรื่องนี้ได้โดยไม่ถูกตัดสิน เพื่อที่ผมจะได้รู้และช่วยดูว่าสิ่งที่ป้าทำอยู่ปลอดภัยไหม

3 ความต้องการนี้มีชื่อในภาษาของเราอยู่แล้ว ได้แก่ การดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันก่อนเป็นโรค ทุกตำราเวชศาสตร์ครอบครัวบอกว่า 3 เรื่องนี้เป็นหัวใจของงานปฐมภูมิ และก็เป็น 3 เรื่องที่ห้องตรวจของผมมีเครื่องมือน้อยที่สุด

ช่องว่างระหว่างห้องตรวจกับชีวิต

ผมไม่ได้เขียนบทนี้เพื่อบอกว่าระบบล้มเหลว ระบบที่ผมทำงานอยู่ทำสิ่งที่ออกแบบมาให้ทำได้ดีมาก ทั้งหาโรค รักษาโรค และไม่ปล่อยให้คนตายจากสิ่งที่ป้องกันได้ สิทธิบัตรทองทำให้คนไทยมาหาหมอได้เกือบ 4 ครั้งต่อคนต่อปี รวมกว่า 176 ล้านครั้งในปีเดียว (สปสช. 2567) ผมยังรู้สึกทึ่งกับตัวเลขนี้ทุกครั้งที่เห็น

แต่ระหว่างห้องตรวจของผมกับชีวิตของคนไข้ ยังมีช่องว่างอยู่ และเมื่อมองดี ๆ ช่องว่างนั้นมีรูปร่างชัดเจน

เวลา ในห้องตรวจของผม ผมมีเวลาต่อคนราว 5 นาที บางวันน้อยกว่านั้น 5 นาทีพอให้ผมทำสิ่งที่ต้องทำได้ครบทั้งวัด ตรวจ สั่งยา และนัด แต่ไม่พอให้ถามว่าลุงชัยกินข้าวกับใคร และต่อให้ถาม ผมก็ไม่มีเวลาทำอะไรกับคำตอบ

ภาษา เมื่อผมบอกลุงให้ลดเค็ม หากิจกรรมทำ ผมกำลังพูดภาษาของป๋ายัยเสียง ส่วนลุงพูดภาษาของคนใจหวิว ๆ 2 ภาษา นี่แปลกันไม่ได้ ลุงรับคำแนะนำของผมไปโดยไม่มีที่วาง เพราะคำแนะนำนั้นไม่ได้ผูกกับสิ่งที่ลุงรู้สึกว่าเป็นตัวเอง

คนเดิน ระหว่างนัด 3 เดือน ไม่มีใครเดินไปกับลุง ไม่มีใครช่วยคุณเอดูว่าอาการปวดกับการนอนของเธอเชื่อมกันอย่างไร ไม่มีใครรู้ว่าป้าละออกินยาต้มอะไร เรามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ราว 1.1 ล้านคนทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข 2567ก) แต่เครื่องมือที่เราให้เขาคือเครื่องวัดความดันกับแบบบันทึก เรายังไม่ได้ให้วิธีอ่านคนกับเขาเลย



ภาพ 1.1 ช่องว่าง 3 ช่องระหว่างห้องตรวจกับชีวิตของคนไข้ คือเวลา ภาษา และคนเดิน

ช่องว่าง 3 ช่องนี้ไม่มีช่องไหนแก้ได้ด้วยการเพิ่มแพทย์อย่างเดียว ประเทศไทยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบปฐมภูมิราว 2,000 คน จากที่ต้องการ 6,500 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2567ก) และต่อให้ครบ 5 นาทีก็ยังไม่ถึง 5 นาที

คำถามของเล่มนี้

หนังสือเล่มนี้เกิดจากคำถามเดียว ถ้าเราให้คนไข้ถือแผนที่เอง จะเกิดอะไรขึ้น

แผนที่ที่ผมนึกถึงเป็นภาษาอีกชุดหนึ่ง ที่คนไข้ใช้อ่านตัวเองได้ว่าเป็นคนแบบไหน ตอนนี้เอียงไปทางไหน และควรกลับมาตรงไหน เป็นภาษาที่ อสม. ใช้คุยกับคนไข้ได้ และแพทย์แผนไทยกับแพทย์อย่างผมอ่านแล้วรู้ได้เร็วว่าคนไข้มาถึงตรงไหนแล้ว ภาษานี้ต่างจากการย่อความรู้ทางการแพทย์ให้ง่ายลง เพราะเริ่มจากสิ่งที่คนไข้รู้สึกอยู่แล้ว

ภาษานั้นมีอยู่ในประเทศนี้มานาน เป็นภาษาของธาตุ ของร้อน เย็น หนัก เบา แห้ง ชุ่ม ที่คนไทยใช้บรรยายร่างกายตัวเองมาก่อนจะมีคำว่าความดันโลหิต หลายปีที่ผ่านมา ผมกับทีมเพลินไพรนำภาษานั้นมาจัดระบบ ให้มีขอบเขต มีจุดส่งต่อ และมีวิธีวัดผล จนคนทั่วไปใช้เองได้โดยไม่ล้าเส้นของการวินิจฉัย

ผมยังบอกไม่ได้ว่าวิธีนี้ได้ผล เพราะยังไม่เคยพิสูจน์อย่างเป็นระบบ และทุกครั้งที่เรื่องไหนยังเป็นแค่ข้อสังเกต ผมจะบอกไว้ตรงนั้น สิ่งที่ผมบอกได้คือมันปลอดภัย มีขอบเขตชัด วัดผลได้ และตอบช่องว่าง 3 ช่องนั้นตรงจุด ผมจึงอยากชวนเพื่อนร่วมวิชาชีพดูทั้งระบบก่อนตัดสินใจ

สิ่งที่ทำได้พรุ่งนี้

ก่อนอ่านบทต่อไป ผมอยากชวนให้ทำสิ่งเดียวในการตรวจวันนี้ เลือกคนไข้โรคเรื้อรังที่คุณไม่ได้ 1 คน แล้วถามคำถามเดียวก่อนสั่งยา

"ช่วงนี้ชีวิตเปลี่ยนอะไรไปบ้าง"

ไม่ต้องทำอะไรกับคำตอบ แคฟัง แล้วสังเกตดูว่าคำตอบนั้นเปลี่ยนสิ่งที่เราอยากสั่งหรือไม่ บทที่เหลือของเล่มนี้คือสิ่งที่เราจะทำกับคำตอบนั้นได้ เมื่อมีเครื่องมือและมีคนเดินไปด้วย และบทที่ 2 จะเริ่มจากการดูว่าคำตอบแบบนั้นตกอยู่ในกล่องไหนของงานปฐมนุญ

บทที่ 2 · 3 กล้องของงานปฐมภูมิ และช่องโหว่ของแต่ละกล้อง

กรอบที่ทุกคนรู้อยู่แล้ว

ถ้าถามบุคลากรสาธารณสุขคนไหนก็ตามว่างานปฐมภูมิมีกี่ด้าน คำตอบจะออกมาเกือบเหมือนกัน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู เราเรียนกรอบนี้กันตั้งแต่ปีแรก และเห็นกรอบนี้อยู่ในชื่อหน่วยงาน ตัวชี้วัด และแผนงานทุกระดับ

ผมจะใช้กรอบเดียวกันนี้ตลอดเล่ม โดยรวบรักษาและฟื้นฟูไว้เป็นกล่องเดียว เพราะในงานปฐมภูมิ 2 อย่างนี้เกิดกับคนใช้คนเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกัน จึงเหลือ 3 กล่อง

- ส่งเสริมสุขภาพ สำหรับคนที่ยังสบายดี
- ป้องกันโรค สำหรับคนที่เริ่มเอียงแต่ยังไม่เป็นโรค
- รักษาฟื้นฟู สำหรับคนที่เป็นโรคแล้ว

ที่ผมเลือกกรอบนี้ ไม่ใช่เพราะมันใหม่ แต่เพราะมันเก่า ผู้อ่านไม่ต้องเรียนกรอบใหม่ เพียงมองกรอบเดิมด้วยคำถามใหม่ ในแต่ละกล่อง เรามีเครื่องมืออะไรยื่นให้คนใช้ถือกลับบ้าน

ร่มที่ครอบ 3 กล่อง

3 กล่องไม่ได้ลอยอยู่เดี่ยว ๆ ทั้งหมดอยู่ใต้ร่มเดียวกัน ซึ่งเวชศาสตร์ครอบครัวเรียกว่าการดูแลแบบองค์รวม หมายถึงการมองคนใช้ทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกัน นิยามสมรรถนะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของ WONCA Europe ฉบับปี 2023 ใช้คำว่ามุมมองแบบองค์รวม (holistic modelling) และระบุมิติที่ต้องมองไว้ 6 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ (WONCA Europe 2023)

ตรงร่มนี้เองที่การแพทย์เชื่อมศาสตร์กับเวชศาสตร์ครอบครัวพูดเรื่องเดียวกันมาตั้งแต่ต้น ที่ต่างกันอยู่ตรงที่ผมกับทีมเพลินไพรพยายามแปลร่มนี้ให้เป็นภาพที่คนไข้มองเห็นได้เอง ในภาษาของวงดูแล ภาพนั้นประกอบด้วยพลังที่เคลื่อนไหวอยู่ในร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบ คำเหล่านี้เป็นภาษาในกรอบของเพลินไพร ไม่ได้ตั้งใจใช้เป็นคำอธิบายทางสรีรวิทยา ผมจะเล่าเรื่องนี้ละเอียดในบทที่ 6

ภาพที่จะใช้ทั้งหมด

ผมอยากให้ผู้อ่านเห็น 3 กล่องเป็นชั้นที่ซ้อนกัน มากกว่าเป็น 3 ช่องเรียงกันเป็นแถว

ชั้นล่างสุดกว้างที่สุด ได้แก่ส่งเสริมสุขภาพ ทุกคนยืนอยู่บนชั้นนี้ตลอดชีวิต รวมทั้งคนที่ป่วยอยู่ ชั้นกลางเป็นป้องกันโรค คนขึ้นมาชั้นนี้เมื่อเริ่มเอียง และกลับลงไปได้เมื่อตั้งตัวเองกลับมาได้ ชั้นบนสุดแคบที่สุดเป็นรักษาฟื้นฟู คนขึ้นมาถึงชั้นนี้เมื่อเป็นโรคแล้ว และเป้าหมายของชั้นนี้คือพาเขากลับลงไป

ที่ต้องเป็นชั้นซ้อน เพราะความเข้าใจผิดที่ผมเห็นบ่อยที่สุดในระบบ คือเมื่อคนป่วยแล้ว การส่งเสริมสุขภาพก็หายไปจากแผนการดูแล ลูกชายอยู่ในกล่องรักษามา 7 ปี และตลอด 7 ปีนั้น ไม่มีใครถามว่าลูกเป็นคนแบบไหน และควรดูแลตัวเองตามธรรมชาติของลูกอย่างไร ผมเองก็ไม่เคยถาม



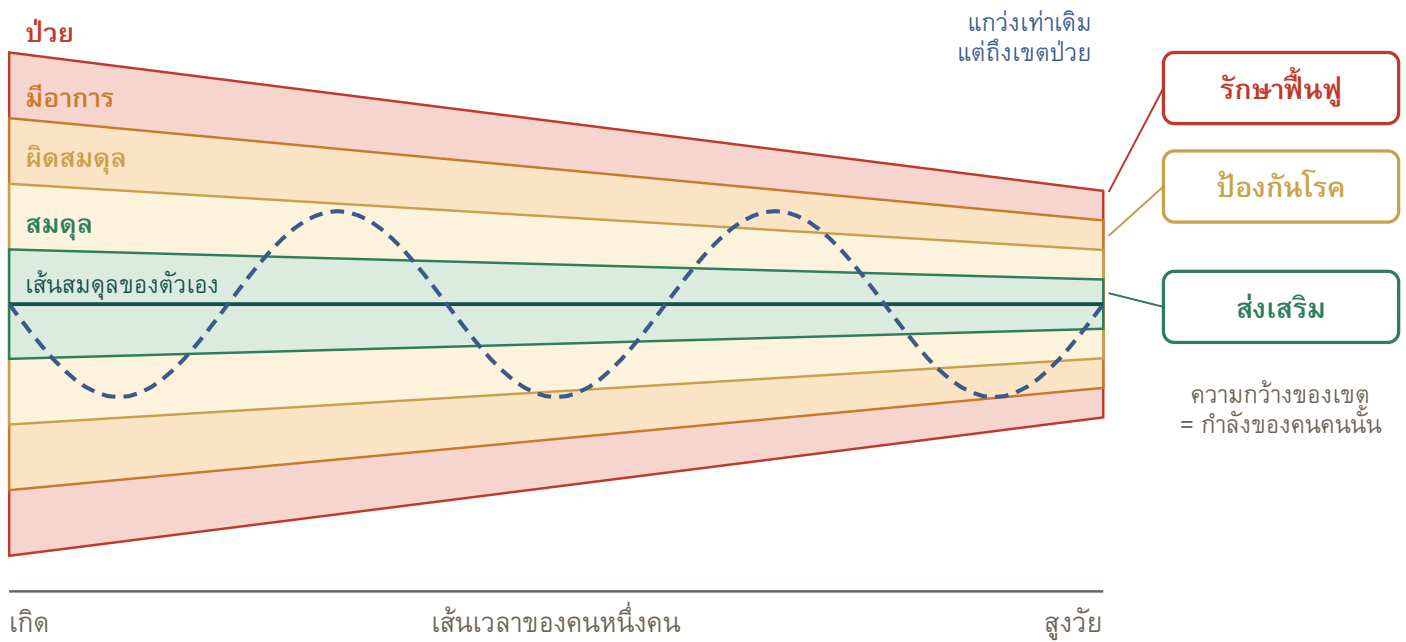
คนป่วยไม่ได้ออกจากชั้นล่าง · ชั้นส่งเสริมจึงต้องอยู่ในแผนของทุกคน แม้ขณะรักษา

ภาพ 2.1 กล้องงานปฐมนิเทศทั้ง 3 กล้องเป็นชั้นที่ซ้อนกันได้รับการดูแลแบบองค์รวม ไม่ใช่ 3 ช่องเรียงแถว

ภาพนี้สอดคล้องกับอีกภาพหนึ่งที่ผมกับทีมเพลินไพรใช้สอน เป็นเส้นเวลาของสมดุตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งแบ่งสภาพของคนเป็น 4 เขตรอบเส้นสมดุของตัวเอง ได้แก่ สมดุล ผิดสมดุล มีอาการ และป่วย

- เขตสมดุลตรงกับกล่องส่งเสริม
- เขตผิดสมดุลและเขตมีอาการตรงกับกล่องป้องกัน
- เขตป่วยตรงกับกล่องรักษาฟื้นฟู

ความกว้างของแต่ละเขตสะท้อนกำลังของคนคนนั้น ซึ่งแคบลงตามวัย คนสูงอายุจึงแกว่งเท่าเดิมก็ถึงเขตป่วยได้ เหตุนี้กล่องส่งเสริมจึงยังสำคัญขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น



กำลังแคบลงตามวัย · กล้องส่งเสริมจึงสำคัญขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ไม่ใช่แค่น้อยลง
 ภาพ 2.2 เส้นสมดุลของคนหนึ่งคนตั้งแต่เกิดจนสูงวัย 4 เขตรอบเส้นสมดุล และกล้องที่แต่ละเขตตรงกับ

น้ำหนักของระบบอยู่ที่ไหน

ก่อนจะพูดถึงช่องโหว่ ผมอยากดูตัวเลขก่อนว่าระบบวางน้ำหนักไว้ตรงไหน

รายจ่ายสุขภาพทั้งประเทศในปี 2564 อยู่ที่ราว 872,000 ล้านบาท หรือ 5.4% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติระบุว่ารายจ่ายด้านการควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพในปีนั้นคิดเป็นราว 11% ของรายจ่ายสุขภาพประจำ ตัวเลขนี้น่าจะสูงกว่าปีปกติ เพราะปี 2564 มีรายจ่ายที่เกี่ยวกับโควิด-19 สูงถึงราว 14% ของรายจ่ายสุขภาพประจำ ส่วนในอดีตสัดส่วนของงานควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพเคยอยู่ที่ราว 8% (IHPP 2566) ในปีงบประมาณ 2569 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับอนุมัติวงเงินราว 265,000 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทุกคนทุกสิทธิราว 27,760 ล้านบาท หรือราว 1 ใน 10 ของกองทุน คิดเป็นราว 410 บาทต่อคน ขณะที่งบประมาณรายหัวสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทองอยู่ที่ 4,175.99 บาทต่อคน (คณะรัฐมนตรี 2568)

1 ใน 10 ไม่ได้น้อยเกินไปในตัวเอง หลายประเทศใช้น้อยกว่านี้ คำถามที่ผมอยากชวนถามจึงอยู่ที่ว่างบก้อนนั้นซื้ออะไร และสิ่งที่ซื้อมาถึงมือคนไข้ในรูปที่เขาใช้ได้หรือไม่

อีกด้านหนึ่งของตัวเลขคือภาระที่ระบบแบกรับอยู่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายราว 74% ของคนไทย ปีละราว 4 แสน คน และมีต้นทุนต่อเศรษฐกิจราว 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผลผลิตที่หายไปมากกว่าค่ารักษา (WHO และ UNDP 2021) โรคเหล่านี้เริ่มในกล้องส่งเสริมและกล้องป้องกัน แต่มักถูกจับได้ในกล้องรักษา

ช่องโหว่ของกล้องส่งเสริม · ไม่มีภาษาบอกว่าคนนี้เป็นคนแบบไหน

งานส่งเสริมสุขภาพที่เราทำ ส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำชุดเดียวกันสำหรับทุกคน กินผักผลไม้ ออกกำลังกาย นอนให้พอ ลดหวานมันเค็ม งดบุหรี่สุรา ทั้งหมดถูกต้อง และทั้งหมดยังไม่ได้บอกคนไข้ว่าตัวเขาควรเริ่มตรงไหน

เรามีภาษาของปัจจัยเสี่ยง ทั้งอายุ น้ำหนัก ประวัติครอบครัว ผลเลือด แต่เรายังไม่มีภาษาของ "พื้นของคน" ที่บอกว่าคนนี้มีแนวโน้มเสี่ยงไปทางไหนตั้งแต่ยังไม่ป่วย ลุงชัยเป็นคนขี้นาว นอนหลับยาก ท้องอืดง่ายมาทั้งชีวิต ส่วนป้าละออเป็นคนขี้อ้อน หิวแล้วหงุดหงิด เป็นสิ่วง่ายมาตั้งแต่สาว ทั้งสองคนได้รับคำแนะนำส่งเสริมสุขภาพชุดเดียวกันจากเรา ทั้งที่ร่างกายของ 2 คนนี้น่าจะต้องการการดูแลคนละทิศ

การแพทย์แผนไทยมีภาษานี้มานานแล้ว เรียกว่าธาตุเจ้าเรือน อายุรเวทก็มี เรียกว่าธาตุธาตุแต่กำเนิด แต่ภาษานี้ยังไม่เคยถูกนำมาวางในกล่องส่งเสริมของระบบปฐมภูมิในรูปที่คนใช้ตรวจสอบตัวเองได้ นี่เป็นช่องโหว่แรก และผมคิดว่าเป็นช่องที่เติมได้ง่ายที่สุด เพราะไม่ต้องใช้แพทย์เลย

ช่องโหว่ของกล่องป้องกัน . ระบบจับได้เมื่อเป็นโรคแล้ว

กล่องป้องกันของเราแข็งแรงมากในเรื่องที่วัดได้ ทั้งวัดขึ้น การคัดกรองมะเร็ง และการคัดกรองเบาหวานความดันตามอายุ งานเหล่านี้ต้องทำต่อ และหนังสือเล่มนี้ไม่ได้เสนอให้แตะ

แต่การคัดกรองของเราจับคนได้เมื่อตัวเลขผิดปกติแล้ว ซึ่งก็คือเมื่อเขาเข้าเขตป่วยแล้วนั่นเอง ระหว่างเขตสมดุลกับเขตป่วย มีช่วงที่คนรู้สึกตัวเอง "ไม่ค่อยสบาย" อยู่หลายเดือนหรือหลายปี ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องอืด ใจสั่น ช่วงนี้ไม่มีชื่อโรค ไม่มีรหัส และไม่มีเครื่องมือในระบบ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พบความดันโลหิตสูงในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป 25.4% และเบาหวาน 9.5% แต่ยังมีคนอีก 10.7% ที่น้ำตาลสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เบาหวาน (วิชัย เอกพลากร 2564) คนกลุ่มหลังนี้อยู่ในกล่องป้องกัน และสิ่งที่เรามีให้เขาคือคำว่า "ระวังนะ" กับนัดเจาะเลือดปีหน้า

หลักฐานจากต่างประเทศบอกว่าช่วงนี้แก้ได้ โครงการป้องกันเบาหวาน (Diabetes Prevention Program) ในสหรัฐอเมริกาแสดงว่าการปรับวิถีชีวิตอย่างมีโครงสร้าง ลดการเกิดเบาหวานในคนที่น้ำตาลสูงแต่ยังไม่เป็นเบาหวานได้ 58% ใน 3 ปี (Knowler และคณะ 2002) ผมจะกลับมาดูงานนี้ละเอียดในบทที่ 3 รวมทั้งผลที่ลดลงเมื่อติดตามไปนาน ๆ ตรงนี้ผมอยากให้จำคำว่า "อย่างมีโครงสร้าง" ไว้ก่อน หมายถึงมีคนเดินไปด้วย มีการติดตาม และมีเป้าที่คนไข้เข้าใจ

ช่องโหว่ของกล่องป้องกันจึงอยู่ตรงที่เราไม่มีเครื่องมือที่คนไข้จับตัวเองได้ก่อนตัวเลขจะผิด และไม่มีใครเดินไปกับเขาระหว่างนี้ เรารู้อยู่แล้วว่าต้องทำอะไร

ช่องโหว่ของกล่องรักษาฟื้นฟู . รักษาตามโรค ไม่ได้รักษาตามเหตุ

กล่องนี้เป็นกล่องที่ระบบเก่งที่สุด และก็เป็นกล่องที่ช่องโหว่ซ่อนอยู่ลึกที่สุด

เรารักษาตามโรค และเราทำได้ดี แต่โรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีต้นทางอยู่ในชีวิต ความดันของลุงชัยมีต้นทางที่โต๊ะกินข้าว ส่วนอาการ 2 อย่างของคุณเอ วันที่เธอมาหาผม ผมยังไม่รู้ว่าต้นทางอยู่ตรงไหน และเราจะกลับไปเดินหาด้วยกันในบทที่ 11 เมื่อเรารักษาที่ปลายทางโดยไม่แตะต้นทาง คนไข้ก็กลับมาซ้ำ และเราก็เพิ่มยา

ตัวเลขบอกเรื่องนี้ชัด คนไทยที่รักษาความดันโลหิตสูงอยู่ราว 7.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ราว 3.5 ล้านคนรักษาแต่คุมไม่ได้ (กรมควบคุมโรค 2568) ผมจะวางตัวเลขการคุมโรคทั้งชุดไว้ในบทที่ 3

ผมไม่คิดว่าตัวเลขเหล่านี้เกิดจากยาไม่ดีหรือหมอไม่เก่ง ผมคิดว่าในการรักษาของเรายังไม่มีส่วนตอนที่ถามว่า "โดมิโนตัวแรกล้มที่ไหน" และต่อให้ถาม ก็ไม่มีใครมีเวลาเดินไปหาคำตอบกับคนไข้

อีกเรื่องหนึ่งในกล่องนี้ที่พูดถึงกันน้อย ได้แก่อาการทางกายที่หาสาเหตุไม่พบ การทบทวนงานวิจัยจาก 24 ประเทศพบว่าผู้ป่วยปฏิกิริยา 40–49% มีอาการอย่างน้อย 1 อย่างที่อธิบายด้วยโรคไม่ได้ (Haller และคณะ 2015) ในประเทศไทย การสำรวจผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชน พบอาการทางกายที่มีรากจากภาวะทางใจ (somatization) 12.5% (Pengpid และ Peltzer 2020) ตัวเลข 2 ชุดนี้วัดคนละนิยาม แต่บอกเรื่องเดียวกัน คนกลุ่มนี้อยู่ในกล่องรักษาโดยไม่มีโรคให้รักษา และเป็นกลุ่มที่ทั้งคนไข้และแพทย์เหนื่อยที่สุด เพราะส่งตรวจเท่าไรก็ไม่จบ

ช่องโหว่ร่วมของทั้ง 3 กล่อง

เมื่อวาง 3 ช่องโหว่เทียบกัน ผมเห็นว่าเป็นช่องเดียวกันใน 3 รูป

กล่องส่งเสริมไม่มีภาษาบอกว่าคนนี้เป็นคนแบบไหน กล่องป้องกันไม่มีเครื่องมือให้คนไข้จับตัวเองก่อนเป็นโรค กล่องรักษาไม่มีขั้นตอนหาต้นเหตุในชีวิต ทั้ง 3 กล่องขาด **สิ่งที่คนไข้ถือเอง** ระหว่างการมาพบเรา

	ส่งเสริมสุขภาพ	ป้องกันโรค	รักษาฟื้นฟู
สิ่งที่ ผู้รักษามี	คำแนะนำชุดเดียว สำหรับทุกคน	คัดกรอง · ผลเลือด "ระวังนะ" + นัดปีหน้า	วินิจฉัย · ยา ปรับยาเมื่อคุมไม่ได้
สิ่งที่ขาด คนไข้ถือเอง	ภาษาบอกว่า คนนี้เป็นคนแบบไหน	เครื่องมือจับตัวเอง ก่อนเป็นโรค	ขั้นตอนหาต้นเหตุ ในชีวิต
สิ่งที่เติม ภาค 2	ธาตุประจำตัว	วงล้อ 6 ข้อ · วงบน	5 มิติ · วงล่าง

ช่องเดียวกันใน 3 รูป: ความรู้อยู่กับผู้รักษา ไม่มีสิ่งที่คนไข้ถือเองระหว่างการมาพบ

ภาพ 2.3 ช่องโหว่ร่วมของ 3 กล่อง และสิ่งที่การแพทย์เชื่อมศาสตร์เติมลงในแต่ละกล่อง

ระบบของเราออกแบบมาให้ความรู้อยู่กับผู้รักษา คนไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลและรับแผน การออกแบบนี้สมเหตุสมผลสำหรับกล่องรักษา เพราะการวินิจฉัยต้องอยู่กับคนที่เรียนมา แต่สำหรับกล่องส่งเสริมและกล่องป้องกัน การออกแบบแบบนี้ทำให้งาน 2 กล่องต้องรอคิวห้องตรวจไปด้วย ทั้งที่ไม่จำเป็น

หลักฐานจากการดูแลโรคเรื้อรังชี้ไปทางเดียวกับข้อสังเกตนี้ แต่ต้องอ่านอย่างระวัง การทบทวนงานวิจัยเรื่องแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) 77 ชิ้น พบว่าการสนับสนุนให้คนไข้จัดการตัวเอง (self-management support) เป็นองค์ประกอบที่ใช้บ่อยที่สุด แต่ยังไม่ได้อำนาจองค์ประกอบใดทำให้ได้ผล (Davy และคณะ 2015) บททบทวนเรื่องความพร้อมของคนไข้ในการดูแลตัวเอง (patient activation) พบว่าคนไข้ที่มีความพร้อมสูงมีผลลัพธ์ดีกว่า (Hibbard และ Greene 2013) ส่วนเรื่องต้นทุน งานเชิงสังเกตอีกชิ้นพบว่าคนไข้ที่มีความพร้อมต่ำที่สุดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าราว 8–21% (Hibbard, Greene และ Overton 2013)

อีกด้านหนึ่ง การทบทวนเครื่องมือที่ให้คนไข้ถือไว้เอง เช่น สมุดบันทึกสุขภาพ ไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจน และหลักฐานที่ยังมีคุณภาพต่ำ (Ko และคณะ 2010) งานนี้ไม่ได้ทดสอบว่าถ้าเครื่องมือผูกกับอะไรบางอย่างแล้วจะได้ผลหรือไม่ ข้อสรุปต่อจากนี้จึงเป็นของผมเอง ผมคิดว่าสิ่งที่คนไข้ถือเฉย ๆ อาจไม่พอ ถ้าไม่ผูกกับคำอธิบายและการ

ลงมือร่วมกับผู้ดูแล และนี่เป็นเงื่อนไขที่ผมตั้งให้เครื่องมือในเล่มนี้ต้องผ่านให้ได้

สิ่งที่เล่มนี้เสนอ ในหนึ่งย่อหน้า

การแพทย์เชื่อมศาสตร์ที่ผมจะอธิบายในภาคที่ 2 เป็นการเติมสิ่งที่คนไข้ถือเองลงในแต่ละกล่อง กล่องส่งเสริมได้ภาษาบอกว่าคนนี้เป็นคนแบบไหน ได้แก่ธาตุประจำตัว กล่องป้องกันได้เครื่องมือจัดการเอียงก่อนเป็นโรค ได้แก่ วงล้อ 6 ขั้วและวงบนที่คนไข้เดินเอง กล่องรักษาฟื้นฟูได้ขั้นตอนหาต้นเหตุในชีวิต ได้แก่ 5 มิติและวงล่างที่เดินกับผู้พาเดิน ซึ่งเป็นคนที่ผ่านการฝึกให้เดินไปกับคนไข้ (ผมจะเล่าว่าเป็นใครได้บ้างในบทที่ 12) ทั้งหมดอยู่บนแผนที่เดียวกัน ที่แพทย์อ่านได้เร็ว และไม่มีขั้นตอนมาแทนการวินิจฉัยและการรักษาของเรา

สิ่งที่ทำได้พຽງนี้

หยิบรายชื่อคนไข้ในบัญชีของวันพຽງนี้ขึ้นมา แล้วเขียนตัวอักษรกำกับแต่ละคนว่าอยู่กล่องไหน ส = ส่งเสริม ป = ป้องกัน ร = รักษาฟื้นฟู ทำได้ในช่วงสั้น ๆ ก่อนเริ่มตรวจ

ผมเดาว่าตัว ร จะมากที่สุด ตัว ป จะมีบ้าง และตัว ส จะแทบไม่มีเลย คนสบายดีมีอยู่มาก เพียงแต่เขาไม่เคยมาหาเรา และเราก็ยังไม่มีอะไรจะให้เขาเมื่อเขามา

นั่นคือจุดเริ่มของบทที่ 3 ซึ่งผมจะนั่งลงนับอย่างซื่อตรงว่า ทำไมเครื่องมือที่เรามีอยู่จึงยังไม่พอสำหรับคนที่ติดตัว ป และตัว ส

บทที่ 3 · ทำไมเครื่องมือเดิมไม่พอ

บทที่ผมไม่อยากเขียน

บทนี้เขียนยากที่สุดในภาคแรก เพราะเป็นการนั่งลงนับว่าสิ่งที่ผมทำทุกวันได้ผลแค่ไหน และคำตอบไม่ค่อยน่าฟัง บทนี้ไม่ได้ตำหนิใคร ทุกคนในระบบทำงานหนักกว่าที่ตัวเลขสะท้อน รวมทั้งคนใช้ด้วย ผมอยากหยิบเครื่องมือในมือเราขึ้นมาดูทีละชิ้น แล้วถามอย่างตรงไปตรงมาว่าชิ้นไหนออกแบบมาเพื่องานไหน และชิ้นไหนที่เรากำลังใช้ผิดงาน

ผมจะไล่ดูตั้งแต่คำแนะนำเรื่องวิถีชีวิต การรักษาโรคเรื้อรัง การรับมืออาการที่หาสาเหตุไม่พบ ไปจนถึงกำลังคน

คำแนะนำที่ถูกต้องทุกคำ และเปลี่ยนอะไรได้น้อย

ในหน้าที่ท้าย ๆ ของการตรวจคนไข้แทบทุกคน ผมจะพูดประโยคชุดหนึ่งซ้ำแล้วซ้ำอีก ลดเค็ม ลดหวาน เดินวันละครึ่งชั่วโมง นอนให้พอ เลิกบุหรี่ ประโยคเหล่านี้ถูกต้องทุกคำ และผมพูดด้วยความตั้งใจจริงทุกครั้ง

คำถามที่ผมไม่กล้าถามตัวเองอยู่นานคือ ประโยคเหล่านี้ได้ผลไหม

งานที่ตอบคำถามนี้ได้ตรงที่สุดมี 2 ชิ้น ชิ้นแรกเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบของการทดลองแบบสุ่ม 25 ชิ้น เรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหน่วยปฐมภูมิ เมื่อวัดที่ 6 เดือน ขนาดผล (effect size) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำกับกลุ่มที่ไม่ได้รับอยู่ที่ 0.04 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% -0.06 ถึง 0.14) แทบเป็นศูนย์ และช่วงความเชื่อมั่นคร่อมศูนย์ จึงไม่นับสำคัญทางสถิติ เมื่อวัดที่ 12 เดือน ขนาดผลเป็น 0.20 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 0.04 ถึง 0.36) ช่วงนี้ไม่คร่อมศูนย์ จึงมีนัยสำคัญ แต่ขนาดผล 0.2 ยังจัดเป็นผลขนาดเล็ก ผู้วิจัยสรุปว่าการให้คำปรึกษาเรื่องกิจกรรมทางกายในปฐมภูมิมีผลจำกัด และอาจไม่พอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตัวเอง (van der Wardt และคณะ 2021)

ชิ้นที่ 2 ใหญ่กว่า เป็นการทบทวนการทดลองแบบสุ่ม 46 ชิ้น ผู้เข้าร่วม 16,198 คน พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหน่วยปฐมภูมิเพิ่มกิจกรรมระดับปานกลางถึงหนักได้ราว 14 นาทีต่อสัปดาห์ (Kettle และคณะ 2022) ได้ผลจริง แต่เล็ก

อ่าน 2 ชิ้นนี้คู่กัน ผมได้ข้อสรุปที่ทั้งให้กำลังใจและทำให้ถ่อมตัว คำแนะนำที่ให้ในห้องตรวจได้ผล แต่ผลเล็ก ผมไม่ได้คิดว่าเราควรเลิกพูด แต่ผมเลิกคาดหวังว่าประโยคใน 5 นาทีจะเปลี่ยนชีวิตใครได้ด้วยตัวเอง

ในทางกลับกัน หลักฐานก็ชี้ว่าการเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ผลจริงเมื่อทำถึง โครงการป้องกันเบาหวานในสหรัฐอเมริกา (Diabetes Prevention Program) พบว่าการปรับวิถีชีวิตอย่างเข้มข้นลดการเกิดเบาหวานในคนที่มีน้ำตาลสูงกว่าปกติได้ 58% ใน 3 ปี มากกว่ายาเมตฟอร์มินซึ่งลดได้ 31% (Knowler และคณะ 2002) แต่เมื่อติดตามไปถึง 21 ปี ผลลดเหลือ 24% และสิ่งที่ได้จริงคือการเลื่อนการเกิดโรคออกไปราว 3 ปีครึ่ง (DPP Research Group 2025) โครงการนั้นใช้ผู้ฝึกสอนรายบุคคล พบกัน 16 ครั้งใน 6 เดือนแรก และติดตามต่อเนื่องหลายปี ไกลจากประโยคใน 5 นาทีของผมมาก

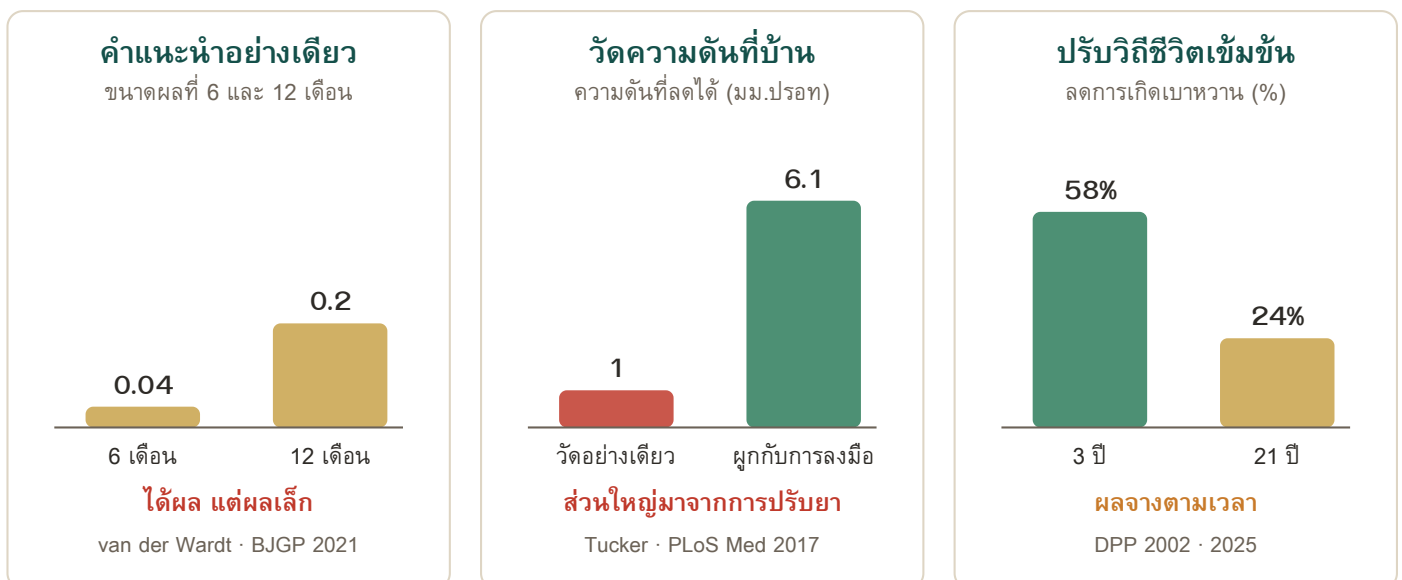
อ่านงานเหล่านี้รวมกัน ผมได้บทเรียนที่จะพกติดตัวไปจนถึงภาคที่ 2

- การเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ผลจริง และในระยะแรกได้ผลมากกว่ายาด้วย

- สิ่งที่ทำให้ได้ผลอยู่รอบ ๆ คำแนะนำ ทั้งคนที่เดินไปด้วย ความถี่ของการพบ และแผนที่ผูกกับชีวิตจริงของคนนั้น
- แม้โครงการที่ทำถึงอย่าง DPP ผลก็ยังจางลงตามเวลา จึงต้องมีอะไรบางอย่างที่วนกลับมาได้เรื่อย ๆ มากกว่าโครงการที่จบแล้วจบเลย

บทเรียนอีกข้อมาจากการวัดความดันด้วยตัวเองที่บ้าน การวิเคราะห์อภิมานจากข้อมูลรายบุคคล (individual patient data meta-analysis) ของการทดลอง 25 ชิ้น พบว่าเมื่อคนไข้วัดอย่างเดียว ความดันลดลง 1.0 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งไม่ต่างจากศูนย์ แต่เมื่อการวัดผูกกับการสนับสนุนที่เข้มข้น ความดันลดลง 6.1 มิลลิเมตรปรอท (Tucker และคณะ 2017) การสนับสนุนในงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการปรับยาอย่างเป็นระบบ โดยแพทย์เภสัชกร หรือคนไข้เอง การทดลอง TASMINGH4 ก็ไปในทางเดียวกัน แพทย์ใช้ค่าที่คนไข้วัดเองไปปรับยา (McManus และคณะ 2018)

งานเหล่านี้สนับสนุนหลักข้อหนึ่งที่ผมยึดไว้ตลอดเล่ม บันทึกอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการลงมือที่ผูกกับข้อมูลนั้น แต่การลงมือในงานเหล่านี้เป็นการปรับยาเป็นหลัก ส่วนการลงมือแบบไม่ใช่ว่าอย่างที่ว่าดูแลเสนอ ยังไม่ได้ทดสอบ ผมจึงวางชั้นลงมือไว้ในแผนที่ของคนไข้ในภาคที่ 2 และให้แผนนำร่องในบทที่ 14 วัดเรื่องนี้



3 งานบอกเรื่องเดียวกัน: คำแนะนำได้ผลเล็กน้อย ผลมากขึ้นเมื่อผูกกับการลงมือและคนร่วม และจางลงถ้าไม่วนกลับมา

ภาพ 3.1 หลักฐาน 3 ชิ้นที่กำหนดรูปร่างของเครื่องมือในเล่มนี้ คำแนะนำอย่างเดียวได้ผลเล็กน้อย การวัด ได้ผลเมื่อผูกกับการลงมือ และแม้โครงการที่ทำถึง ผลก็จางลงตามเวลา

โรคเรื้อรังที่เรารู้จักดีที่สุด และคุมน้อยที่สุด

ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็น 2 โรคที่ระบบปฐมภูมิไทยทุ่มทรัพยากรให้มากที่สุด มีคลินิกเฉพาะ มีตัวชี้วัด มีทะเบียน มีการคัดกรองระดับประเทศ และเป็น 2 โรคที่เราเข้าใจกลไกและมียาที่ตีราคาถูกมานานหลายสิบปี

ตัวเลขจากกรมควบคุมโรคระบุว่ามีคนไทยที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงอยู่ราว 7.4 ล้านคน และในจำนวนนั้นคุมความดันไม่ได้ตามเป้าราว 3.5 ล้านคน (กรมควบคุมโรค 2568) เท่ากับเกือบครึ่งของคนที่อยู่ในระบบแล้ว รู้ตัวแล้ว กินยาแล้ว สำหรับเบาหวาน สัดส่วนที่คุมนได้ตามเป้าอยู่ราว 1 ใน 3 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 2566) ตัวชี้วัดของกระทรวงเองตั้งเป้าไว้ที่ 40% สำหรับเบาหวาน และ 60% สำหรับความดัน ซึ่งบางเขตยังไม่ถึง (กระทรวงสาธารณสุข 2568ข)

เข้าเบาหวานที่ 40% ทำให้ผมหนึ่งไปพักหนึ่งตอนเห็นครั้งแรก ตัวเลขนี้บอกผมว่าระบบเองก็รู้ ว่าเครื่องมือที่มีอยู่พาคนไข้เบาหวานส่วนใหญ่ไปถึงเข้าได้ยาก และนั่นไม่ได้เกิดจากใครไม่พยายาม

ลุงชัยอยู่ในกลุ่ม 3.5 ล้านคนนั้น สิ่งที่ผมทำให้ลุงได้คือเพิ่มยา ซึ่งปีนี้ผมเพิ่มไปแล้ว 2 ครั้ง สิ่งที่ลุงต้องการคือใครสักคนช่วยให้ลุงเห็นว่าความดันของลุงเริ่มที่โตะกินข้าวและการนอน และช่วยให้ลุงเปลี่ยน 2 อย่างนั้นได้ในชีวิตจริงของลุง งานนี้ยาตัวที่ 4 ทำแทนไม่ได้

คนไข้ที่ครองห้องตรวจ แต่ไม่มีที่ในระบบ

กลุ่มที่ 3 เป็นคนที่ผมเจอทุกวัน แต่ระบบไม่มีชื่อเรียกให้ คนที่มีอาการจริง ทุกข์จริง ตรวจแล้วไม่พบโรค

การทบทวนงานวิจัยใน 24 ประเทศ ครอบคลุมผู้ป่วยกว่า 70,000 คน พบว่าผู้ป่วยปฐมภูมิ 40–49% มีอาการทางกายอย่างน้อย 1 อย่างที่อธิบายด้วยโรคไม่ได้ และราว 26–35% เข้าเกณฑ์โรคกลุ่มอาการทางกาย (somatoform disorder) (Haller และคณะ 2015) ในประเทศไทย การสำรวจผู้มารับบริการที่ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน พบอาการทางกายที่มีรากจากภาวะทางใจ (somatization) 12.5% ซึมเศร้า 15.8% และวิตกกังวล 3.5% (Pengpid และ Peltzer 2020) ตัวเลขไทยต่ำกว่าตัวเลขสากลเพราะวัดคนละนิยาม แต่ทั้งสองชุดบอกตรงกันว่าคนกลุ่มนี้มีอยู่มาก

ระบบมักส่งคนกลุ่มนี้ไปตรวจ เมื่อผลปกติก็ส่งตรวจอีก หรือบอกว่าไม่เป็นอะไร ซึ่งคนไข้ได้ยินเป็น "หมอไม่เชื่อว่าฉันป่วย" ผมคิดว่าคุณเอออกจากห้องผมไปด้วยความรู้สึกนั้น และผมยังรู้สึกไม่สบายใจทุกครั้งที่นึกถึง

งานวิจัยที่ให้ความหวังมากที่สุดในเรื่องนี้ เป็นการทดลองแบบสุ่มในอังกฤษชื่อ Multiple Symptoms Study 3 ซึ่งให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการฝึกเฉพาะ พบคนไข้กลุ่มนี้สูงสุด 4 ครั้ง โดยเดินตามลำดับ รับรู้ว่าการเป็นของจริง อธิบายกลไกด้วยกันจนคนไข้เห็นภาพ แล้วจึงลงมือ ที่ 52 สัปดาห์ คะแนนอาการทางกาย (PHQ-15) ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบนี้ลดลง 1.82 คะแนนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Burton และคณะ 2024) และรายงานของสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษประเมินว่าคุ้มค่าตามเกณฑ์ของระบบสุขภาพอังกฤษ (Burton และคณะ 2025) ผู้วิจัยสรุปกลไกไว้ประโยคเดียวที่ผมอยากขีดเส้นใต้ คำอธิบายที่คนไข้ยอมรับได้ ทำหน้าที่เป็นสะพานจากความไม่แน่ใจไปสู่การลงมือ

ผมมีสะพานแบบนั้นให้คุณเอไหม ตอนนั้นไม่มี ผมมีแต่ "กล้ามเนื้อจากท่าทาง" กับ "อาจเกี่ยวกับการนอน" คำอธิบาย 2 ชั้นที่ไม่ต่อกัน และเธอเอากลับไปใช้ไม่ได้

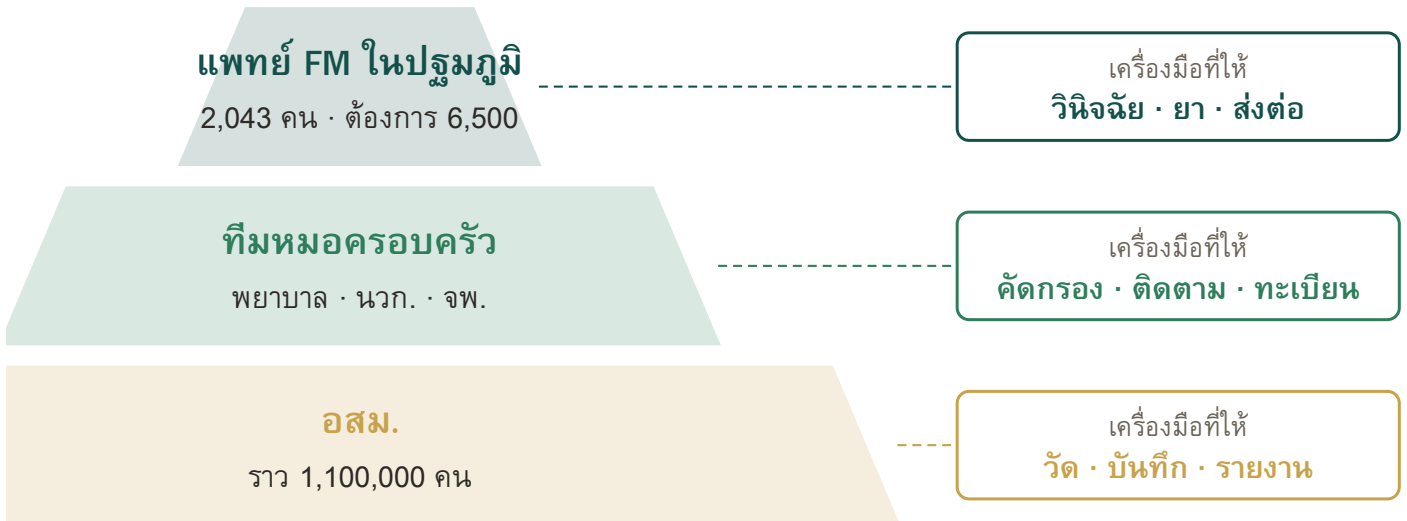
กำลังคนที่ใหญ่ที่สุด และเครื่องมือที่เล็กที่สุด

เรื่องสุดท้ายเป็นเรื่องของคน ประเทศไทยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำงานในหน่วยปฐมภูมिरาว 2,043 คน ขณะที่นโยบายตั้งเป้าไว้ 6,500 ทีม ซึ่งต้องมีแพทย์ทีมละ 1 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2567ก) ตัวเลขนี้เพิ่มจาก 628 คนในปี 2560 ซึ่งเป็นความก้าวหน้าที่ควรชื่นชม แต่ถ้าถามว่าเมื่อไรจะถึงเป้า คำตอบที่ซื่อสัตย์คือคงไม่ใช่ในทศวรรษนี้ และต่อให้ถึง 1 ทีมต่อ 10,000 คนก็ยังไม่หมายความว่าแพทย์ 1 คนมีเวลาให้คนไข้แต่ละคนปีละไม่กี่นาที

ในขณะเดียวกัน ประเทศนี้มี อสม. ราว 1.1 ล้านคน ได้รับค่าป่วยการเดือนละ 2,000 บาท ใช้งบประมาณปีละราว 25,000 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข 2567ก) นี่เป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ และเป็นคนที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกับคนไข้ รู้จักบ้าน รู้จักครอบครัว รู้ว่าใครกินอะไร นอนก็โง่ง ทะเลาะกับใคร

เครื่องมือที่เราให้อสม. ได้แก่ เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะน้ำตาล สมุดบันทึก และแอปรายงานผล ทั้งหมดเป็นเครื่องมือวัดและเครื่องมือบันทึก ยังไม่มีขึ้นไหนเป็นเครื่องมือ "อ่านคน" หรือช่วยให้ อสม. นั่งคุยกับคนไข้แล้วรู้ว่าควรเริ่มแก้ตรงไหน อสม. จึงกลายเป็นปลายทางของข้อมูลที่ไหลขึ้นไปหาเรา แทนที่จะเป็นต้นทางของการดูแลที่เริ่มในบ้าน

ช่องว่างเรื่องคนเดินในบทที่ 1 ปรากฏตรงนี้ในรูปของตัวเลข เรามีคนเดินอยู่แล้ว 1 ล้าน คน แต่ยังไม่มีแผนที่ให้เขาเดิน



กำลังคนที่ใหญ่ที่สุดอยู่ชั้นล่าง อยู่ในหมู่บ้านเดียวกับคนไข้ แต่เครื่องมือที่ได้เป็นเครื่องมือวัด ไม่ใช่เครื่องมืออ่านคน

สิ่งที่ขาดทุกชั้น: แผนที่ที่คนใช้ถือเอง

ภาพ 3.2 กำลังคน 3 ชั้นของระบบปฐมภูมิ และเครื่องมือที่แต่ละชั้นได้รับ

สิ่งที่เครื่องมือเดิมทำได้ดี

ก่อนจบบท ผมอยากพูดถึงอีกด้านหนึ่ง เครื่องมือของแพทย์แผนปัจจุบันทำสิ่งที่ถูกออกแบบมาให้ทำได้ดีมาก หารโรคที่ซ่อนอยู่ได้ แยกอาการที่อันตรายออกจากอาการที่ไม่อันตรายได้ในเวลาไม่กี่นาที มียาที่ลดความดัน ลดน้ำตาล และลดการตายได้จริง มีหลักฐานระดับที่ไม่มีศาสตร์อื่นเทียบได้ และมีระบบส่งต่อที่พาคนไข้จากหมู่บ้านไปถึงโรงพยาบาลศูนย์ได้ในวันเดียว ไม่มีอะไรในเล่มนี้ที่จะมาแทนสิ่งเหล่านี้ และในบทที่ 8 ผมจะกลับมาย้ำว่าทุกเครื่องมือที่ผมเสนอ ต้องเดินผ่านด่านของเครื่องมือเดิมก่อนเสมอ

สิ่งที่เครื่องมือเดิมไม่ได้ออกแบบมาให้ทำ ได้แก่ 3 เรื่องที่ผมเล่ามา การเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการพูดครั้งเดียว การทำให้คนไข้โรคเรื้อรังเห็นต้นทางของโรคในชีวิตตัวเอง และการให้คำอธิบายที่คนไข้ที่ตรวจแล้วปกติเอากลับไปใช้ได้ 3 เรื่องนี้ไม่ใช่ความล้มเหลวของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่เป็นงานคนละชั้น ที่ต้องการเครื่องมือคนละชุด และคนเดินคนละกลุ่ม ภาคที่ 2 ของเล่มนี้เป็นข้อเสนอของผมว่าเครื่องมือชุดนั้นอาจมีหน้าตาอย่างไร

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

ในนัดของคนไข้โรคเรื้อรังที่คุณไม่ได้มานานสักคน ให้เปลี่ยนคำถาม 1 ข้อ แทนที่จะถามว่ากินยาครบไหม ให้ถามว่า "ก่อนที่ความดันจะเริ่มคุมไม่ได้ ชีวิตเปลี่ยนตรงไหน" แล้วฟังโดยไม่ขัดสักร 2 นาที

นี่ภาพลุงชัยในนัดถัดมา เมื่อได้ยินคำถามนี้ เรื่องที่ลุงเล่าสั้น ๆ ในบทที่ 1 ก็มีรายละเอียดขึ้น ภรรยาของลุงเสียชีวิตตั้งแต่ต้นปี ตั้งแต่นั้นลุงกินข้าวคนเดียว ซื้อมือโยนหน้าทีวีโดยไม่มีเวลาประจำ และนอนไม่ค่อยหลับ ความดันของลุงเริ่มคุมไม่ได้หลังจากนั้น จึงมีวันเริ่มต้น และวันนั้นไม่ได้อยู่ในแฟ้มเวชระเบียน

2 นาทีแบบนี้ไม่ได้รับรักษาอะไร แต่อาจเปลี่ยนคำถามของแพทย์ จาก "จะเพิ่มยาอะไร" เป็น "ใครจะช่วยลุงเรื่องมือโยน" และคำถามหลังนี้มีคนตอบได้มากกว่าแพทย์คนเดียว

ในบทที่ 4 ผมจะเล่าถึงอีกเรื่องหนึ่งที่คนไข้มักไม่เล่าถ้าเราไม่ถาม นั่นคือสิ่งที่เขากิน ดื่ม และไปทำนอกห้องตรวจ อย่างที่ป้าละออเล่าในบทที่ 1

บทที่ 4 · คนไทยไปหาแผนไทยและทางเลือกอยู่แล้ว

คำถามที่ตั้งผิด

ทุกครั้งที่ผมคุยเรื่องการเชื่อมแผนไทยเข้ากับงานปฐมนิเทศกับเพื่อนแพทย์ คำถามแรกที่ได้ยินคือ "ควรไหม" ตามด้วยข้อกังวลที่สมเหตุสมผลทั้งหมด หลักฐานไม่พอ สมุนไพรตีกับยา คนไข้จะเลิกกินยาจริง และเราจะรับผิดชอบไหวไหม

ผมเองก็เคยถามคำถามเดียวกันนี้อยู่หลายปี จนนึกถึงคนไข้อย่างป้าละอในบทที่ 1 ที่นั่งอยู่ตรงหน้าแล้วบอกว่า 2 เดือนมานี้ป้ากินยาต้มของหมอพื้นบ้านแถวบ้าน และไปนวดทุกสัปดาห์ตามที่เพื่อนบ้านแนะนำ โดยไม่เคยบอกผม เพราะ "กลัวหมอดุ"

เมื่อนึกถึงป้า ผมจึงเห็นว่าคำถาม "ควรเชื่อมไหม" เป็นคำถามที่ตั้งผิด เพราะคำถามนี้สมมติว่าเรามีทางเลือกที่จะไม่เชื่อม ความจริงคือคนไข้เชื่อมเองอยู่แล้ว เชื่อมทุกวัน เชื่อมโดยไม่มีใครดู และต้นทุนของการที่เราไม่รู้ตอกอยู่กับเขา คำถามที่ถูกต้องจะเป็น "จะเชื่อมอย่างไรให้ปลอดภัย" และนั่นเป็นคำถามที่เล่มนี้พยายามตอบ

สิ่งที่เกิดในห้องตรวจ

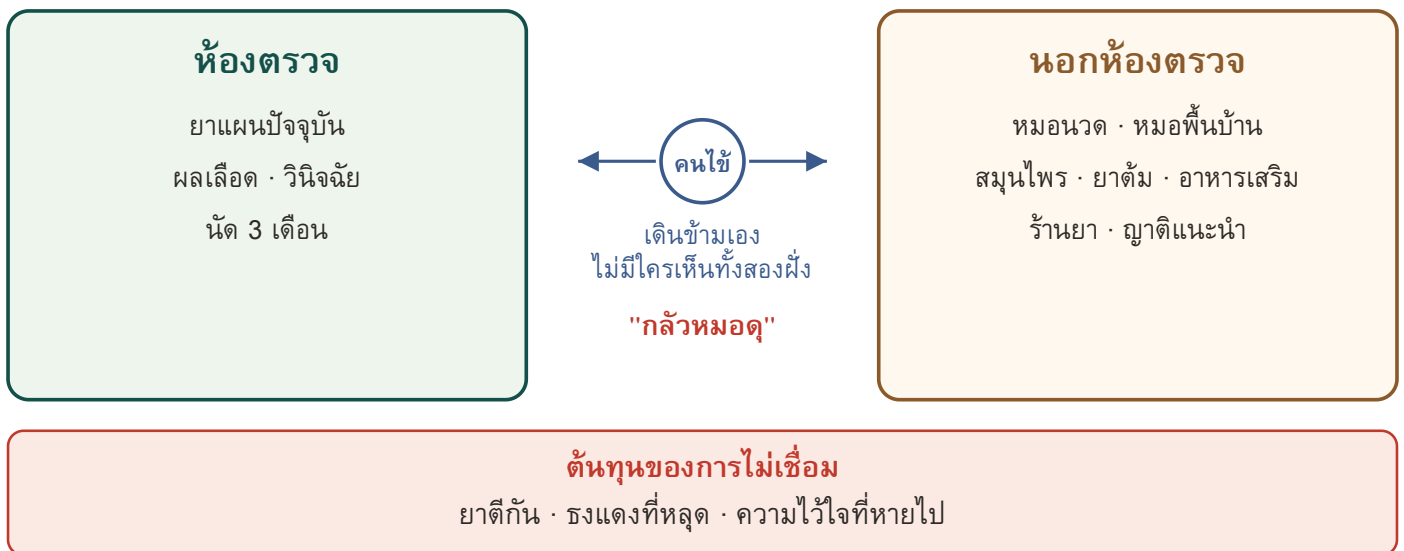
ผมไม่มีตัวเลขระดับชาติที่บอกได้ว่าคนไทยสัดส่วนเท่าไรใช้แผนไทยหรือสมุนไพรในรอบปี การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเก็บข้อมูลนี้อยู่ แต่ตารางที่เผยแพร่ยังไม่ได้แยกออกมาในรูปแบบที่ผมอ้างได้อย่างมั่นใจ ตัวเลขจำนวนแพทย์แผนไทยในระบบรัฐ และสัดส่วนหน่วยปฐมภูมิที่มีบริการแผนไทยจริง ผมก็ยังไม่รู้ ผมจึงจะไม่เดา และขอเล่าจากสิ่งที่เห็น แล้วชวนผู้อ่านเทียบกับห้องตรวจของตัวเอง

จากที่ผมเห็น ในคนไข้โรคเรื้อรัง 10 คน มีหลายคนที่ยินอะไรบางอย่างนอกจากยาของผม อาจเป็นสมุนไพร แคปซูล ยาต้ม น้ำหมัก อาหารเสริม หรือยาลูกกลอนที่ไม่รู้ที่มา คนส่วนใหญ่ไม่บอก เพราะคิดว่าไม่เกี่ยว หรือเพราะเคยบอกแล้วถูกตำหนิ น้อยคนที่ตั้งใจปิดบัง และคนไข้ที่ปวดเมื่อยส่วนใหญ่อย่าไปนวดก่อนจะมาหาผม การนวดนั้นบางครั้งช่วย บางครั้งทำให้แย่ลง และบางครั้งทำให้แรงดันที่ควรมาหาเราตั้งแต่สัปดาห์แรก มาถึงในเดือนที่ 3

ต้นทุนของการไม่เชื่อมจึงเป็นเรื่องที่จับต้องได้ และมาในหลายรูป

- **ยาตีกัน** คนไข้ที่กินวาร์ฟารินและกินสมุนไพรบางชนิดโดยเราไม่รู้ คนไข้เบาหวานที่กินสมุนไพรลดน้ำตาลซ้อนกับยาแล้วน้ำตาลต่ำ คนไข้โรคไตที่กินยาต้มที่มีโพแทสเซียมสูง
- **แรงดันที่หลุด** อาการที่ควรได้รับการวินิจฉัย ถูกดูแลด้วยวิธีอื่นจนเลยเวลา
- **ความไวใจที่หายไป** รูปนี้เจ็บที่สุดแต่แพงที่สุด เมื่อคนไข้เรียนรู้ว่ามีเรื่องที่พูดกับหมอไม่ได้ เขาจะพูดน้อยลงเรื่อย ๆ และเรื่องที่เขาไม่พูดก็มีมากกว่าเรื่องสมุนไพร

ผมห่วงรูปสุดท้ายมากที่สุด เพราะเป็นรูปที่ผมมองไม่เห็นจากในห้องตรวจเลย



ภาพ 4.1 โลก 2 ใบที่คนไข้เดินข้ามเองโดยไม่มีใครเห็นทั้งสองฝั่ง และต้นทุน 3 รูปของการไม่เชื่อม

นโยบายไปไกลกว่าที่เรารู้

สิ่งที่ผมเพิ่งมาเข้าใจเมื่อไม่นานนี้ คือระบบที่ผมทำงานอยู่ได้ตัดสินใจเรื่องนี้ไปแล้วในระดับนโยบาย โดยที่แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ รวมทั้งผม ไม่ค่อยรู้ เมื่อเรียงดูทีละเรื่อง ภาพที่ได้ชัดกว่าที่ผมคาดไว้มาก

- **กฎหมาย** พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีมาตั้งแต่ปี 2556 ให้แพทย์แผนไทยเป็นวิชาชีพที่มีสภาและใบอนุญาตของตัวเอง
- **ตัวชี้วัด** กระทรวงสาธารณสุขเคยตั้งเป้าว่าบริการผู้ป่วยนอกด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต้องได้ 19.5% ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ปีงบประมาณ 2563) และในปีงบประมาณ 2569 มีตัวชี้วัดใหม่ว่าบริการในหน่วยปฐมภูมิต้องเป็นการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่น้อยกว่า 50% ตัวชี้วัดนี้นับเป็นครั้งแรกที่ไม่ได้นับเป็นคน และนับรวมทุกครั้งที่มีการจ่ายยาสมุนไพร (กระทรวงสาธารณสุข 2569)
- **งบประมาณ** กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดงบบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มจาก 31.90 บาทต่อคนในปี 2568 เป็น 63.24 บาทต่อคนในปี 2569 (สปสช. 2568)
- **ยา** บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรมี 94 รายการในปี 2564 และกระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มเป็นราว 106 รายการเมื่อปลายปี 2567 (ราชกิจจานุเบกษา 2564; กระทรวงสาธารณสุข 2567ข) และตั้งแต่ 1 มีนาคม 2568 สปสช. ปรับระบบเบิกจ่ายเพื่อสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน 32 รายการใน 10 กลุ่มอาการ โดยเป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ขึ้นนโยบายบังคับ
- **สถานบริการ** กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเปิดตัวโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 10 แห่ง เมื่อเดือนธันวาคม 2566 (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2566)

ในปีงบประมาณ 2568 มีการให้บริการแพทย์แผนไทยในสิทธิบัตรทอง 4.05 ล้านครั้ง และบริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 13.2 ล้านครั้ง (สปสช. 2568) ตัวเลขหลังนี้ใหญ่กว่าที่ผมคิดไว้มาก

นอกประเทศ องค์การอนามัยโลกรับรองยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมฉบับใหม่สำหรับปี 2025–2034 ในสมัชชาอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม 2568 โดยตั้งเป้าไว้ 4 ด้าน หนึ่งในนั้นคือการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการสร้างหลักฐาน การกำกับความปลอดภัย และการวัดคุณค่า (WHO 2025)

ผมเล่าเรื่องนี้ไม่ใช่เพื่อบอกว่านโยบายถูกต้องทั้งหมด แต่อยากให้เห็นว่าคำถาม "ควรไหม" ถูกตอบไปแล้ว สิ่งที่ยังรอคำตอบคือ "อย่างไร"

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน และสิ่งที่มันบอก

รายงานประเมินผลแผนปฏิบัติการของกระทรวงปี 2568 ระบุว่าตัวชี้วัดการส่งยาสมุนไพร "ไม่ผ่านเกณฑ์" (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2568) และข้อมูลจากระบบตัวชี้วัดของกระทรวงแสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดแผนไทยในหน่วยปฐมภูมิ อยู่ที่ราว 45% ของครั้งบริการ ยังต่ำกว่าเป้า 50% และมีเพียง 1 ใน 12 เขตสุขภาพที่ถึงเป้า (กระทรวงสาธารณสุข 2569) ผมคิดว่าผลนี้บ่งบอกอะไรที่สำคัญกว่าตัวเลข

การเชื่อมที่ทำอยู่เป็นการเชื่อมที่ "บริการ" เพิ่มห้องแผนไทยในโรงพยาบาล เพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชี เพิ่มงบรายหัว แล้ววัดว่ามีคนมาใช้บริการกี่ครั้ง นี่เป็นการเชื่อมในกล่องรักษาฟื้นฟู ซึ่งจำเป็นและผมสนับสนุน แต่ยังไม่ถึงกล่องส่งเสริมและกล่องป้องกัน เพราะยังเป็นบริการที่คนไข้ต้องเดินมารับ คนไข้ยังไม่มีภาษาที่ถือกลับบ้านได้

ยาสมุนไพร 13.2 ล้านครั้งต่อปีเป็นการจ่ายยา ซึ่งยังห่างจากการที่คนไข้รู้จักตัวเอง ห้องแผนไทยในโรงพยาบาลเป็นจุดบริการ และ อสม. ยังหยิบห้องนั้นไปใช้ในบ้านคนไข้ไม่ได้ นโยบายเปิดประตูไว้ให้แล้ว สิ่งที่ยังขาดคือทางเดินจากประตูนั้นไปถึงครัวและห้องนอนของคนไข้

จุดยืนของเล่มนี้

ก่อนเข้าภาคที่ 2 ผมอยากบอกจุดยืนของเล่มนี้ไว้ตรงนี้ เพื่อให้ผู้อ่านรู้ว่ากำลังจะอ่านอะไร และจะไม่ได้อ่านอะไร เล่มนี้เสนอให้เชื่อมที่ภาษาและแผนที่ ไม่ใช่เชื่อมที่ยา

ตำรายา หัตถการ และการวินิจฉัยตามคัมภีร์ เป็นงานของแพทย์แผนไทยที่มีใบอนุญาต และควรอยู่ในมือเขา สิ่งที่ผมจะยืมจากแพทย์แผนไทยและศาสตร์ดั้งเดิมอื่นคือ "วิธีมองคน" ที่ศาสตร์เหล่านี้มีมาหลายร้อยปี การมองว่าคนแต่ละคนมีพื้นที่ต่างกัน การมองอาการเป็นการเอียงออกจากสมดุลที่ดึงกลับได้ก่อนเป็นโรค และการมองว่าเหตุของความไม่สบายส่วนใหญ่อยู่ในชีวิต มากกว่าอยู่ในอวัยวะ

วิธีมองแบบนี้ไม่ต้องใช้ใบอนุญาต ไม่มียา ไม่มีหัตถการ ไม่มีการตั้งชื่อโรค เป็นภาษาที่คนไข้ อสม. พยาบาล แพทย์แผนไทย และผม ใช้เล่าเรื่องเดียวกันได้ และเมื่อทุกคนเล่าเรื่องเดียวกัน ผมหวังว่าป่าละอจะไม่ต้องเก็บเรื่องยาต้มไว้คนเดียวอีก

ข้อดีของการเชื่อมที่ภาษาคือเชื่อมได้ในทุกกล่อง คนที่สบายดีใช้ภาษานี้รู้จักตัวเอง คนที่เริ่มเอียงใช้ภาษานี้จับตัวเองก่อนเป็นโรค คนที่เป็นโรคแล้วใช้ภาษานี้หาต้นทางในชีวิต และเมื่อถึงจุดที่ต้องใช้ยา ไม่ว่าจะเป็นยาของผมหรือยาของแพทย์แผนไทย คนที่หายากก็ยังเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบตามกฎหมายเหมือนเดิม

สิ่งที่ทำได้พรุ่งนี้

เพิ่มคำถาม 1 ข้อในทุกการซักประวัติ และถามด้วยน้ำเสียงเดียวกับที่ถามเรื่องยาประจำ "นอกจากยาที่หมอให้ มีอะไรที่กิน ดื่ม ทา หรือไปทำอยู่บ้างไหม สมุนไพร อาหารเสริม นวด อะไรก็ได้ ไม่เป็นไร หมอแค่อยากรู้ให้ครบ"

ครึ่งหลังของประโยคนั้นสำคัญกว่าครึ่งแรก เพราะบอกคนไข้ว่าคำตอบจะไม่ถูกตัดสิน เมื่อถามด้วยน้ำเสียงแบบนี้ คนไข้หลายคนตอบเร็วกว่าที่เราคิด

แต่ก่อนจะเล่าว่าภาษาที่ผมพูดถึงหน้าตาเป็นอย่างไร ผมต้องนิยามให้ชัดก่อนว่าการเชื่อมแบบนี้คืออะไร และต่างจากคำที่เราคุ้นอย่าง "ทางเลือก" หรือ "ผสมผสาน" ตรงไหน ซึ่งเป็นเรื่องของบทที่ 5

ภาค 2 • การแพทย์เชื่อมศาสตร์คืออะไร และไม่ใช่อะไร

สี่บทนี้นิยามคำ แนะนำเครื่องมือ ร้อยเครื่องมือเป็นวง และวางขอบเขตความปลอดภัย บทที่ 5 แยก 3 คำที่มักถูกใช้ปนกัน บทที่ 6 ให้ภาษากลางที่คนใช้ถือเอง บทที่ 7 อธิบายวงดูแลในภาษาแพทย์ และบทที่ 8 คือบทที่ควรอ่านก่อนบทอื่นถ้าผู้อ่านมีเวลาน้อย



บทที่ 5 · เชื่อมที่แน่น ไม่ใช่เอาเครื่องมือมากองรวมกัน

ทำไมต้องนิยามก่อน

ลองนึกถึงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีห้องนวด ตูสมุนไพร ห้องโยคะ และมุมนั่งสมาธิ อยู่ในตึกเดียวกัน ป้ายหน้าตึกเขียนว่าบูรณาการ แต่คนไข้ที่เดินจากห้องหนึ่งไปอีกห้องหนึ่งไม่ได้ถือสิ่งใดติดมือไปด้วย และผู้รักษาแต่ละห้องก็ไม่ว่าห้องข้าง ๆ ทำอะไรกับคนไข้คนเดียวกัน สิ่งที่เชื่อมห้องเหล่านั้นไว้ด้วยกันมีเพียงตัวตึก

ผมคิดว่าเพื่อนแพทย์หลายคนเคยเห็นภาพแบบนี้ และเคยผิดหวังมาแล้ว คำว่า "เชื่อม" "ผสมผสาน" "ทางเลือก" และ "องค์รวม" จึงถูกใช้ปนกันจนหลายคนเลิกฟังตั้งแต่ได้ยินคำแรก ผมเข้าใจความรู้สึกนั้น และก่อนจะเล่าว่าการแพทย์เชื่อมศาสตร์หมายถึงอะไร ผมอยากวางคำให้ชัดก่อน ว่าคำนี้ต่างจากคำที่คนคุ้นกว่าตรงไหน และทำไมผมจึงเลือกใช้คำนี้

3 คำที่มักใช้ปนกัน



การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) หมายถึงการใช้วิธีอื่นแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน หัวใจของคำนี้อยู่ที่คำว่า "แทน" คนไข้ที่เลิกยาเบาหวานแล้วกินสมุนไพรอย่างเดียว กำลังใช้การแพทย์ทางเลือก เล่มนี้ไม่ได้ชวนไปทางนั้น และการเลิกยาที่จำเป็นเป็นหนึ่งในเส้นแดงที่ผมจะกลับมาพูดถึงในบทที่ 8

การแพทย์ผสมผสาน (integrative medicine) ในความหมายที่ใช้กันทั่วไป และในความหมายที่เล่มนี้ใช้ หมายถึงการที่ผู้รักษานำวิธีจากหลายศาสตร์มาใช้ร่วมกันในการรักษาคนไข้คนหนึ่ง หัวใจของคำนี้อยู่ที่ "ผู้รักษานำมาใช้ร่วม" แพทย์ที่ส่งคนไข้ปวดหลังเรื้อรังไปนวดแผนไทยควบคู่กับกายภาพบำบัด หรือโรงพยาบาลที่มีคลินิกฝังเข็มสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กำลังทำการแพทย์ผสมผสาน ในประเทศไทย งานนี้อยู่กับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อไปผมจะเรียกว่ากรมฯ) และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานทั้ง 10 แห่ง เป็นงานที่มีอยู่จริง มีคุณค่า และอยู่ในกล่องรักษาฟื้นฟูเป็นหลัก

การแพทย์เชื่อมศาสตร์ เป็นคำที่ผมกับทีมเพลินไพรใช้เรียกสิ่งที่กว้างกว่านั้น หมายถึงการนำ "แก่น" ของหลายศาสตร์มาวางบนแผนที่เดียว ที่คนใช้ถือเอง และผู้รักษาทุกศาสตร์อ่านร่วมกันได้ ครอบคลุมทั้ง 3 กล่อง ตั้งแต่คนที่ยังสบายดีจนถึงคนที่เป็นโรคแล้ว ถ้าต้องหาคำภาษาอังกฤษ คำที่ผมคิดว่าใกล้เคียงที่สุดคือ integrative health มากกว่า integrative medicine เพราะ health ขึ้นที่สุขภาพของคน ซึ่งเริ่มก่อนจะมีโรค ส่วน medicine ขึ้นที่การรักษา ซึ่งเริ่มเมื่อมีโรคแล้ว

2 คำหลังต่างกัน 2 จุด จุดแรกอยู่ที่ "ใครถือ" การแพทย์ผสมผสานอยู่ในมือผู้รักษา ส่วนการแพทย์เชื่อมศาสตร์วางแผนที่ไว้ในมือคนไข้ก่อน แล้วผู้รักษาจึงเข้ามาอ่านแผนที่เดียวกัน จุดที่ 2 อยู่ที่ "เริ่มที่ไหน" การแพทย์ผสมผสานเริ่มที่การรักษา ส่วนการแพทย์เชื่อมศาสตร์เริ่มที่การรู้จักตัวเอง ซึ่งอยู่ในกล่องส่งเสริม

ผมเลือกคำว่า "เชื่อมศาสตร์" แทน "ผสมผสาน" ด้วยเหตุผลที่โยงกันอยู่ เหตุผลแรกคือผมไม่อยากให้คำนี้ปนกับงานของกรมฯ ซึ่งมีขอบเขตงานของตัวเองอยู่แล้ว และไม่อยากให้ผู้อ่านเข้าใจว่าเล่มนี้เสนอให้ทำสิ่งที่กรมฯ ทำอยู่ อีกเหตุผลหนึ่งอยู่ที่ตัวคำ คำว่า "ผสม" ขวนให้นึกถึงของหลายอย่างที่ถูกเทรวมกันจนแยกไม่ออก ส่วนคำว่า "เชื่อม" บอกว่าของแต่ละอย่างยังเป็นตัวของตัวเอง เพียงแต่มีสะพานถึงกัน ซึ่งตรงกับสิ่งที่ผมอยากเสนอมากกว่า

บทเรียนจากการเปลี่ยนชื่อหน่วยงานหนึ่งแห่ง

ในปี 2557 สถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health) เปลี่ยนชื่อหน่วยงานด้านนี้ จากเดิม National Center for Complementary and Alternative Medicine เป็น National Center for Complementary and Integrative Health หรือ NCCIH

เหตุผลที่ให้ไว้ตรงไปตรงมา การสำรวจพบว่าคนอเมริกันที่ใช้วิธีเหล่านี้ "แทน" การแพทย์แผนปัจจุบันจริง ๆ มีน้อยมาก คนส่วนใหญ่ใช้ "ร่วม" และสิ่งที่ใช้ร่วมกันมุ่งที่การดูแลสุขภาพ การจัดการความเจ็บปวด และความเป็นอยู่ที่ดี มากกว่าการรักษาโรค คำว่า alternative จึงไม่ตรงกับสิ่งที่คนทำจริง และคำว่า medicine ก็แคบเกินไป (NIH 2015)

นิยามของ NCCIH ในปัจจุบันแยก 3 คำไว้ชัด complementary ใช้เมื่อนำวิธีเหล่านี้มาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน alternative ใช้เมื่อนำมาใช้แทน และ integrative health ใช้เมื่อนำการแพทย์แผนปัจจุบันกับวิธีเสริมมาประสานกันอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลทั้งคน และรวมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไว้ด้วย (NCCIH 2021) ส่วนองค์การอนามัยโลกใช้คำว่า traditional, complementary and integrative medicine และนิยาม integrative ว่าเป็นแนวทางที่ข้ามสาขาและอิงหลักฐาน ซึ่งรวมการแพทย์ชีวภาพกับการแพทย์ดั้งเดิมเข้าด้วยกัน (WHO 2025)

ผมยกเรื่องนี้มาเพื่อให้เห็นว่าคำว่า integrative health ไม่ได้เป็นคำที่เพลินไพรคิดขึ้นเอง หน่วยงานวิจัยสุขภาพของรัฐที่ใหญ่แห่งหนึ่งของโลกเลือกใช้คำนี้ หลังจากพบว่าคำเดิมไม่ตรงกับสิ่งที่คนทำจริง และสิ่งที่คนอเมริกันทำจริงนั้น ก็คล้ายกับที่ป่าละอูในบทที่ 1 ทำ ป่าดั้นยาต้มของหมอพื้นบ้านแถวบ้านไปพร้อมกับยาเบาหวาน ป่าใช้ร่วม ไม่ได้ใช้แทน

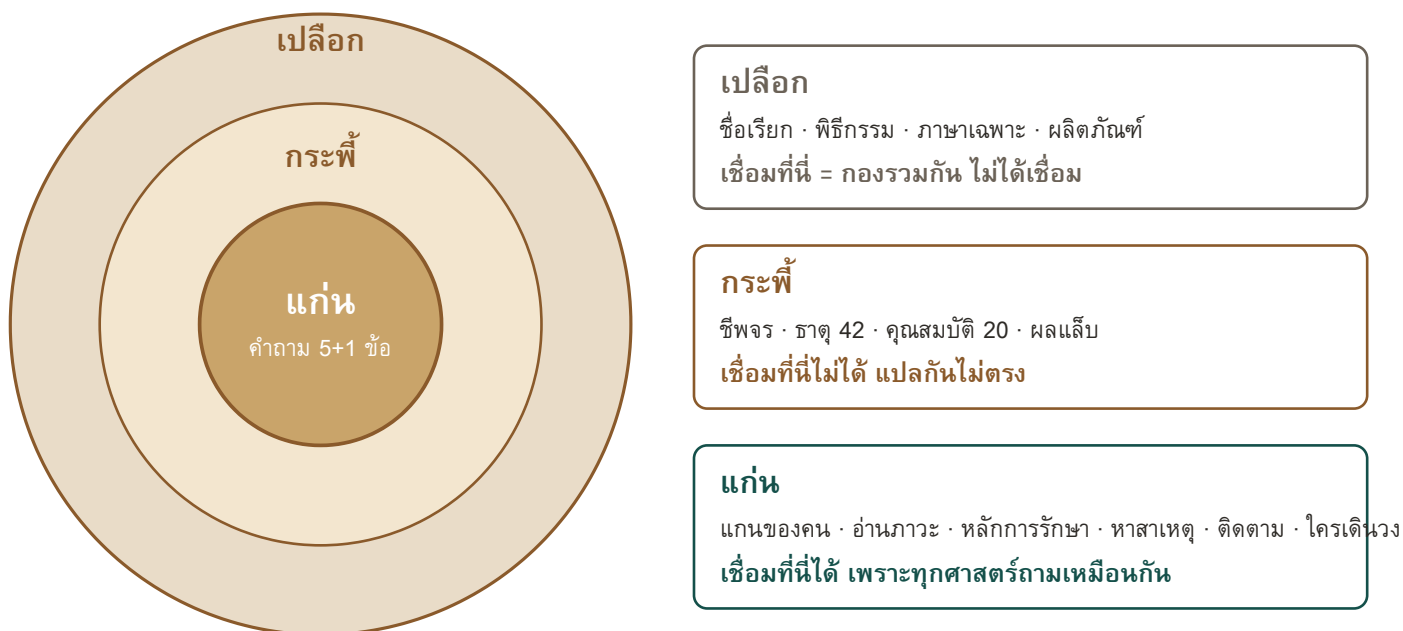
แก่น กระพี เปลือก

ถ้าถามว่าศาสตร์ที่เกิดห่างกันหลายพันกิโลเมตรและหลายร้อยปีจะเชื่อมกันได้อย่างไร คำตอบที่ผมกับทีมยึดไว้ตลอดคือ ให้เชื่อมที่แก่น

ลองนึกถึงต้นไม้ที่มีสามชั้น เปลือกเป็นชั้นนอกสุดที่มองเห็นก่อน ในศาสตร์การแพทย์ เปลือกได้แก่ชื่อเรียก พิธีกรรม ภาษาเฉพาะ รูปแบบการแต่งกาย และผลิตภัณฑ์ที่ขาย ถัดเข้าไปเป็นกระพี้ ซึ่งเป็นเนื้อไม้จริง แต่ยังเป็นของเฉพาะต้นนั้น ในศาสตร์การแพทย์ กระพี้ได้แก่ระบบเทคนิค เช่น การจับชีพจรของแพทย์แผนจีน ธาตุ 42 ประการของแพทย์แผนไทย คุณสมบัติ 20 ข้อของอายุรเวท และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ละอย่างลึก ซับซ้อน และต้องใช้เวลาหลายปีจึงจะชำนาญ

ส่วนแก่นอยู่ในสุด เป็นชั้นที่ต้นไม้ทุกต้นมีเหมือนกัน ในศาสตร์การแพทย์ แก่นหมายถึงคำถามที่การแพทย์ทุกแบบต้องตอบ เมื่อมีคนเดินเข้ามาหาด้วยความไม่สบาย

การเชื่อมที่เปลือกเท่ากับการเอาของจากหลายศาสตร์มาวางรวมกันแล้วเรียกว่าบูรณาการ อย่างตึกในต้นบท ซึ่งไม่ได้เชื่อมอะไรเลย การเชื่อมที่กระพี้ก็ทำไม่ได้ เพราะระบบเทคนิคของแต่ละศาสตร์แตกต่างกันตรง ๆ ไม่ได้ ซ้ำพจนานุกรมแปลเป็นธาตุแบบไทยไม่ได้ และทั้งสองอย่างก็แปลเป็นคำแปลไม่ได้ ที่เหลือจึงมีแต่การเชื่อมที่แก่น เพราะที่แก่น ทุกศาสตร์ถามคำถามชุดเดียวกัน



ภาพ 5.2 แก่น กระพี้ เปลือก การเชื่อมศาสตร์ทำได้ที่แก่นเท่านั้น เพราะที่แก่นทุกศาสตร์ถามคำถาม เดียวกัน

เมื่อผมกับทีมวาง 4 ศาสตร์ไว้เทียบกัน ผมเห็นคำถาม 5 ข้อที่ทุกศาสตร์ต้องตอบ ต่างกันเพียงภาษาและลำดับ

- 1. แกนของคน** คนตรงหน้าเป็นคนแบบไหนมาแต่เดิม แพทย์แผนไทยเรียกธาตุเจ้าเรือน อายุรเวทเรียกธรรมชาติแต่กำเนิด แพทย์แผนจีนมีพื้นฐานร่างกาย 9 แบบ ในการแพทย์แผนปัจจุบัน สิ่งที่เราเขียนลงแฟ้มได้เป็นภาษาของปัจจัยเสี่ยง ส่วนการรู้ว่าคนไข้เป็นคนแบบไหน มักอยู่ในความจำของแพทย์ที่ดูแลกันมานาน
- 2. อานาภาวะ** ตอนนี้เสียสมดุลอย่างไร มากแค่ไหน แพทย์แผนไทยอ่านว่ากำเริบ หย่อน พิการ แพทย์แผนจีนอ่านด้วย 8 หลัก แพทย์แผนปัจจุบันอ่านด้วยอาการนำ ความแรงดาวน์ และเชื้อโรค
- 3. หลักการรักษา** จะแก้อย่างไร แพทย์แผนไทยและอายุรเวทใช้ฝังตรงข้ามแก้ แพทย์แผนจีนรักษาตามภาวะ แพทย์แผนปัจจุบันรักษาตามกลไกของโรคและหลักฐาน
- 4. สาเหตุ** ทำไมจึงเป็น และเริ่มจากตรงไหน แพทย์แผนไทยมีมูลเหตุ 8 ประการ อายุรเวทมีเหตุ 3 ทาง และให้การเลิกเหตุเป็นการรักษาข้อแรก แพทย์แผนปัจจุบันมีกลไกโรค แบบจำลองกาย-จิต-สังคม และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

5. ติดตาม ได้ผลไหม แล้วทำอะไรต่อ ทุกศาสตร์มีวิธีนัดดูซ้ำ และเมื่อคำตอบข้อนี้ย้อนกลับไปหาข้อ 2 การดูแล จึงวนเป็นวง แทนที่จะจบในครั้งเดียว

ยังมีคำถามข้อที่ 6 ซึ่งผมกับทีมเดิมเข้าไปเอง และเป็นจุดที่วงดูแลเพลินไฟรต่างจากทุกศาสตร์มากที่สุด คำถามนั้นคือ **ใครเป็นคนเดินวง** ใน 4 ศาสตร์ ผู้รักษาเดินวงเกือบทั้งหมด คนไข้ให้ข้อมูลและรับแผน ส่วนวงดูแล ออกแบบวงวนให้คนไข้และครอบครัวเดินเองได้ตั้งแต่ต้น แล้วให้ผู้พาเดิน แพทย์แผนไทย และแพทย์ เข้ามาในจุดที่ต้องการ ผู้พาเดินในที่นี้หมายถึงคนในชุมชนหรือในทีมสุขภาพที่ผ่านการอบรมให้พาคนอื่นเดินวงได้ ผมจะเล่าเรื่องคนกลุ่มนี้ในบทที่ 12

เมื่อมองที่แก่น ผมเห็นว่าแพทย์แผนปัจจุบันตอบข้อ 2, 3 และ 5 ได้ดีที่สุดในบรรดาทุกศาสตร์ ด้วยความแม่นยำ และหลักฐานที่ศาสตร์อื่นยังเทียบได้ยาก สำหรับข้อ 1 ความรู้เรื่องพื้นของคนอยู่ในหัวแพทย์ประจำครอบครัว แต่ไม่ได้อยู่ในมือคนไข้ สำหรับข้อ 4 เราตอบได้ดีในระบกกัลโยของโรค ส่วนในระดับชีวิตของคน เรารู้ว่าควรถาม แต่มักไม่มีเวลา และไม่มีเครื่องมือที่คนไข้ใช้ต่อเองได้ ศาสตร์ดั้งเดิมตอบข้อ 1 และข้อ 4 ได้ละเอียดกว่า แต่อ่านภาวะในข้อ 2 ได้แม่นน้อยกว่า การเชื่อมโยงมีประโยชน์ตรงนี้ แต่ละศาสตร์เด่นคนละข้อ และยังไม่มีศาสตร์ใดเด่นครบทั้ง 6 ข้อ

เส้นแดง 4 เส้น

การเชื่อมที่แก่นมีด้านที่ผมต้องระวังเสมอ เมื่อยืมวิธมองจากศาสตร์ดั้งเดิม สิ่งที่ไม่ควรยืมอาจติดมาด้วย ผมกับทีมจึงตั้งเส้นแดง 4 เส้นไว้ และทุกเอกสารของเพลินไฟรต้องไม่ข้าม

1. **ไม่อ้างว่าหายขาด** ไม่มีเครื่องมือใดในเล่มนี้สัญญาว่าโรคจะหาย สิ่งที่ได้คือคนไข้จะเข้าใจตัวเองมากขึ้น และมีสิ่งที่ลงมือเองได้ ส่วนผลที่เกิดขึ้นต้องวัดเอา
2. **ไม่ใช่ความกลัว** ศาสตร์ดั้งเดิมบางสายใช้ความกลัวเป็นเครื่องมือ เช่น กินสิ่งนี้แล้วจะเป็นมะเร็ง ไม่ทำสิ่งนั้นแล้วธาตุจะแตก ข้อความทุกชิ้นในวงดูแลต้องอ่านแล้วรู้สึกว่ามีทางทำ
3. **ไม่ปฏิเสธยาที่จำเป็น** ยาที่แพทย์สั่งอยู่ ไม่หยุด ไม่ลด ไม่ปรับเองจากเครื่องมือใดในเล่มนี้ ถ้าสงสัยว่ายาเกี่ยวกับอาการ ให้นำยาไปถามแพทย์ผู้สั่งยาหรือเภสัชกร ข้อความนี้อยู่ในเอกสารทุกชิ้นของเพลินไฟร
4. **ไม่ใช่ธาตุเป็นดวง** ธาตุประจำตัวหาจากลักษณะของร่างกายและนิสัยที่เป็นมาตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่วันเดือนปีเกิด ไม่ทำนายโชคชะตา และไม่ใช้อธิบายอาการใหม่หรืออาการแรงแทนการเช็กธงแดง ธาตุเป็นกรอบที่บอกว่าคนคนหนึ่งเอียงไปทางไหนได้ง่าย ไม่ใช่เหตุของอาการ

ผมหวังว่าเส้นแดง 4 เส้นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เพื่อนแพทย์ไวใจเครื่องมือชุดนี้ได้ ในบทที่ 8 ผมจะกลับมาขยายทั้ง 4 เส้น ว่าในเครื่องมือจริงแต่ละเส้นถูกกันไว้อย่างไร

สิ่งที่เล่มนี้ไม่ได้มาแทน

ก่อนจบบท ผมอยากกลับไปถึงงานการแพทย์ผสมผสานของกรมฯ อีกครั้ง เพราะผู้อ่านบางท่านอาจทำงานอยู่ในระบบนั้น และผมไม่อยากให้บทนี้อ่านแล้วรู้สึกว่กำลังถูกวางไว้อีกฝั่งหนึ่ง

งานของกรมฯ คือการนำบริการแผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีหลักฐานเข้าสู่ระบบบริการ ให้มีมาตรฐาน มีการกำกับ และมีสิทธิประโยชน์รองรับ งานนี้เป็นการเชื่อมโยงในกล่องรักษาฟื้นฟูที่ทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพ และเป็นงานที่เล่มนี้พึ่งพา เพราะเมื่อคนไข้เดินวงดูแลมาถึงจุดที่ต้องใช้ยาสมุนไพรหรือหัตถการ คนที่รับช่วงต่อคือแพทย์แผนไทยในระบบของกรมฯ

สิ่งที่เล่มนี้เสนอเพิ่ม คือสิ่งที่คนไข้ถือเองได้ในทั้ง 3 กล้อง ในกล้องส่งเสริมและกล้องป้องกัน ได้แก่ภาษาที่คนสบายดีใช้รู้จักตัวเอง และเครื่องมือที่คนเริ่มเอียงใช้จับตัวเองก่อนเป็นโรค ซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องใช้ใบอนุญาต ไม่ต้องใช้ห้องบริการ และไม่ต้องรอให้คนไข้มาหา ผมไม่คิดว่า 2 กล้องนี้ว่างอยู่เพราะใครละเลย แต่เพราะเครื่องมือที่ออกแบบให้คนไข้ถือเองสำหรับ 2 กล้องนี้ยังมีน้อย ส่วนในกล้องรักษาฟื้นฟู สิ่งที่เล่มนี้เติมลงไปคือขั้นตอนหาต้นเหตุในชีวิตที่คนไข้เดินร่วมกับผู้พาเดิน ก่อนจะถึงมือแพทย์แผนไทยและแพทย์ในจุดที่ต้องใช้การตรวจ ยา หรือหัตถการ

สิ่งที่ทำได้พຽງนี้

เมื่อคนไข้คนถัดไปเดินเข้ามา ถามตัวเองด้วยคำถาม 6 ข้อของแก่นในใจ แล้วสังเกตว่าข้อไหนเราตอบได้ทันที ข้อไหนตอบได้ถ้ามีเวลา และข้อไหนที่เราไม่มีเครื่องมือตอบเลย ถ้าชวนเพื่อนร่วมงานอีกคนทำด้วย แล้วเทียบคำตอบกันตอนพักเที่ยง ภาพจะยิ่งชัด

สำหรับผม ข้อ 2, 3 และ 5 ตอบได้ใน 5 นาที ข้อ 4 ตอบได้ถ้ามี 15 นาที ข้อ 1 ผมพอรู้คำตอบสำหรับคนไข้ที่ดูแลกันมานาน แต่คำตอบนั้นอยู่ในหัวผมคนเดียว คนไข้ไม่เคยได้ถือกลับบ้าน ส่วนข้อ 6 ผมแทบไม่เคยถามตัวเองเลย

บทถัดไปให้เครื่องมือสำหรับข้อ 1, 2 และ 4 ส่วนบทที่ 7 ร้อยเครื่องมือทั้งหมดเป็นวง และตอบข้อ 6

บทที่ 6 · ภาษากลางที่คนใช้ถือเอง

เครื่องมืออ่านคน 4 ชั้น และตัวคัดกรอง 1 ตัว

ถ้าให้ลุงชัยเล่าตัวเองใน 3 ประโยค ลุงคงบอกว่า "ข้าหนามาตั้งแต่เด็ก นอนหลับยาก แล้วก็ท้องอืดง่าย" 3 ประโยคนี้นี้ไม่มีอยู่ในแฟ้มความดัน 7 ปีของลุง ทั้งที่บอกสิ่งที่ผมอยากรู้มาตลอด ว่าคำแนะนำแบบไหนจะเข้ากับคนคนนี้

เครื่องมือ 5 ชั้นในบทนี้ ผมกับทีมเฟลีนไฟร์ใช้ตอบคำถามข้อ 1, 2 และ 4 ของแก่น คนตรงหน้าเป็นคนแบบไหน ตอนนี้เอียงไปทางไหน อาการอยู่ที่หน้าที่ใดของร่างกาย และเหตุมาจากส่วนไหนของชีวิต ผมหวังว่าเมื่ออ่านจบ เพื่อนแพทย์จะเห็นว่าหลายชิ้นเป็นสิ่งที่เราทำอยู่ในหัวทุกวัน เพียงแต่ถูกเขียนออกมาในรูปที่คนใช้ถือกลับบ้านได้ ทุกชั้นใช้กติกาเดียวกัน ไม่มีชั้นไหนเป็นการวินิจฉัย ชงแดงมาก่อนเสมอ และไม่มีชั้นไหนใช้หยุด ลด หรือปรับยาที่แพทย์สั่ง

เครื่องมือที่ 1 · ธาตุประจำตัว

แพทย์แผนไทยสอนว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุ 4 ได้แก่ดิน น้ำ ลม ไฟ เครื่องมือนี้น้อยทอดจากหลักนั้น โดยมองว่าธาตุดินเป็นร่างที่ห่อหุ้ม ส่วนสิ่งที่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนอยู่ภายในร่างกายแบ่งเป็น 3 ธาตุหลัก การจัดเป็น 3 ธาตุหลักนี้เป็นการจัดระบบของเฟลีนไฟร์ เพื่อให้คนทั่วไปถือได้ ส่วนในคัมภีร์ ธาตุถูกแจกแจงไว้ถึง 42 ประการ

- **ลม** การเคลื่อนไหว ความแห้ง ความเบา คนที่ลมเด่นมักตัวเล็ก ผิวแห้ง ขี้หนาว คิดเร็ว เปลี่ยนเร็ว นอนหลับยาก ท้องอืดง่าย
- **ไฟ** ความร้อน การเผาผลาญ ความคม คนที่ไฟเด่นมักตัวอ้วน หิวแล้วหงุดหงิด ย่อยเร็ว ผิวเป็นสีม่วง ใจร้อน ตัดสินใจเด็ดขาด
- **น้ำ** ความหนัก ความเย็น ความชุ่ม คนที่น้ำเด่นมักตัวใหญ่ ผิวชุ่ม อดทน หลับง่าย เริ่มอะไรช้าแต่ทำได้นาน น้ำหนักขึ้นง่าย

คนส่วนหนึ่งเด่นธาตุเดียว ส่วนหนึ่งเด่น 2 ธาตุผสมกัน และส่วนน้อยสมดุลทั้งสาม รวมเป็น 7 แบบ ได้แก่ ธาตุลม ธาตุไฟ ธาตุน้ำ ธาตุลมไฟ ธาตุลมน้ำ ธาตุไฟน้ำ และดุลยภาพ

ธาตุประจำตัวหาจากลักษณะที่เป็นมาตั้งแต่เด็กใน 3 หมวด ได้แก่รูปร่างและผิวพรรณ การทำงานของร่างกาย เช่น การย่อย การนอน การทนร้อนทนหนาว และใจกับบุคลิก ลำดับการหาเป็นดังนี้

1. ทำแบบคัดกรองธาตุประจำตัว 21 ข้อด้วยตัวเอง
2. ทบทวนคำตอบของตัวเองอีกรอบ
3. อ่านคำบรรยายของธาตุที่ได้ แล้วถามว่า "ใช่ฉันไหม"
4. ถามคนในบ้านที่รู้จักกันมานาน
5. ถ้ายังไม่แน่ใจ ให้ผู้พาเดินหรือแพทย์แผนไทยช่วยดู

ผมกับทีมไม่ใช้วันเดือนปีเกิด แม้คัมภีร์แผนไทยจะมีวิธีนั้น เพราะอยากได้สิ่งที่คนใช้ตรวจสอบกับตัวเองได้ มากกว่าสิ่งที่ต้องเชื่อ ลุงชัยทำแบบคัดกรองแล้วได้ธาตุลม ตรงกับ 3 ประโยคที่ลุงเล่าตัวเอง

เทียบกับสิ่งที่เรารู้ ธาตุประจำตัวเป็นแบบแผนการตอบสนองที่คนใช้สังเกตในตัวเองได้ คนที่ขี้หนาว นอนหลับยาก ท้องอืดง่ายมาทั้งชีวิต มีแนวโน้มจะเอียงไปทางแห้งและเย็นเมื่อเครียดหรืออดนอน ส่วนคนที่ขี้ร้อน หิวแล้วหงุดหงิด มีแนวโน้มจะเอียงไปทางร้อนเมื่อถูกกดดัน

คำถามที่เพื่อนแพทย์มักถามต่อคือ การแบ่งคนแบบนี้มีอะไรทางชีววิทยารองรับบ้างไหม ที่อินเดียมีงานวิจัยกลุ่มหนึ่งเรียกว่าอายุรจีโนมิกส์ (Ayurgenomics) ซึ่งตั้งคำถามนี้ตรง ๆ อายุรเวทแบ่งคนเป็นธาตุหลัก 3 แบบที่ใกล้เคียงลม ไฟ และน้ำ และผสมกันได้ 7 แบบ คล้ายกับที่เล่มนี้ใช้ คณะวิจัยในสถาบันวิจัยของรัฐบาลอินเดียคัดคนสุขภาพดีที่แพทย์อายุรเวทประเมินว่ามีธาตุเด่นชัด 3 แบบ แล้วพบว่าการแสดงออกของยีนในเลือด และค่าเลือดบางตัว เช่น ไชมันในเลือด การทำงานของตับ และฮีโมโกลบิน ต่างกันระหว่างกลุ่ม (Prasher และคณะ 2008) งานต่อมาพบว่ายีน EGLN1 ซึ่งทำหน้าที่รับรู้ระดับออกซิเจนของร่างกาย มีรูปแบบต่างกันระหว่างกลุ่ม และรูปแบบนั้นสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อที่สูงและความเสี่ยงต่อภาวะปอดบวมน้ำจากที่สูง (Aggarwal และคณะ 2010) อีกคณะหนึ่งตรวจพันธุกรรมทั้งจีโนมของผู้ชาย 262 คนที่คัดจากผู้ถูกประเมิน 3,416 คน พบตำแหน่งพันธุกรรม 52 ตำแหน่งที่ต่างกันระหว่าง 3 กลุ่ม และใช้ตำแหน่งเหล่านี้จัดคนกลับเข้ากลุ่มเดิมได้ (Govindaraj และคณะ 2015) และเมื่อให้คอมพิวเตอร์จัดกลุ่มคนจากลักษณะร่างกายและนิสัยโดยไม่บอกคำตอบไว้ก่อน ข้อมูลก็แยกตัวเองออกเป็น 3 กลุ่มที่ตรงกับธาตุ 3 แบบ (Tiwari และคณะ 2017) ปัจจุบันงานกลุ่มนี้ขยายเป็นเครือข่ายวิจัยในประชากรหลายพื้นที่ของอินเดีย (Prasher และคณะ 2017)

ผมอ่านงานเหล่านี้แล้วรู้สึกว้าว สิ่งที่บรรพบุรุษสังเกตมาหลายร้อยปีอาจไม่ได้ห่างจากชีววิทยาอย่างที่เรเคยคิด แต่ผมก็ต้องอ่านอย่างระวังเท่ากัน งานส่วนใหญ่มาจากเครือข่ายวิจัยไม่กี่กลุ่ม ศึกษาเฉพาะคนที่ธาตุเด่นชัดมาก กลุ่มตัวอย่างยังเล็ก ทำในประชากรอินเดีย และเป็นความสัมพันธ์ ยังไม่ใช่เหตุและผล ที่สำคัญคือยังไม่มีการใดศึกษาธาตุตามแบบแผนไทย หรือแบบคัดกรองธาตุของเพลินไพร ผมจึงยังไม่อ้างว่าธาตุประจำตัวเป็นลักษณะทางชีววิทยา (phenotype) หรือตรงกับยีนตัวใด สิ่งที่พูดได้คือ คำถามนี้มีคนถามอย่างเป็นวิทยาศาสตร์แล้ว และคำตอบเบื้องต้นชวนให้ศึกษาต่อ ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่บทที่ 14 วางการตรวจความตรงของแบบคัดกรองธาตุไว้ในแผนนำร่อง

ข้อมูลเรื่องธาตุบอกโรคไม่ได้ แต่บอกได้ว่าคำแนะนำส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนขี้หนาวกับคนขี้ร้อนควรต่างกันอย่างไร เป้าการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติยังเป็นเป้าหมายสำหรับทุกธาตุ ธาตุช่วยเลือกเพียงว่าจะเดินไปหาเป้าหมายนั้นด้วยก้าวแบบไหน

ธาตุประจำตัวใช้ในกล่องส่งเสริม เป็นพื้นที่ทุกอย่างวางทับ เมื่อรู้ธาตุ คนใช้ได้ทางปรับหลักประจำธาตุที่ทำทุกวันในระดับอ่อน และได้รู้จักของแสลงที่ควรรู้จักพอ โดยไม่ต้องห้ามตลอดชีวิต

เครื่องมือที่ 2 · วงล้อ 6 ขั้ว



X ธาตุประจำตัว ตำแหน่งประจำ ไม่เปลี่ยน · ▲ หมด ทิศที่เอียงตอนนี อ่านจากอาการ เปลี่ยนได้ · ตรงข้ามคือยา: ทางปรับอยู่ฝั่งตรงข้ามของ ▲

ภาพ 6.1 วงล้อ 6 ขั้ว ตำแหน่ง X ของธาตุประจำตัวทั้ง 7 แบบ และหมด ▲ ที่อ่านจากอาการ

วงล้อ 6 ขั้วเป็นแผนที่แผ่นเดียวของวงดูแล มีคุณสมบัติ 3 คู่วางตรงข้ามกัน ได้แก่ร้อนกับเย็น แห้งกับชุ่ม หนักกับเบา เรียงตามเข็มนาฬิกาจากด้านบนเป็นร้อน เบา แห้ง เย็น หนัก ชุ่ม วงล้อตอบ 3 คำถามบนแผ่นเดียว คนคนนี้เป็นใคร ตอนนี้อยู่ไปทางไหน และควรปรับไปทางไหน

ธาตุประจำตัวมีตำแหน่งประจำบนวงล้อ เขียนด้วยเครื่องหมาย X ธาตุลมอยู่ขั้วแห้ง ธาตุไฟอยู่ขั้วร้อน ธาตุน้ำอยู่ขั้วหนัก ธาตุลมไฟอยู่ขั้วเบา ธาตุลมน้ำอยู่ขั้วเย็น ธาตุไฟน้ำอยู่ขั้วชุ่ม และดุลยภาพอยู่กลางวง ส่วนทิศที่ร่างกายเอียงไปในตอนนี้อ่านจากอาการ เขียนด้วยเครื่องหมาย ▲ และเรียกว่า "หมด" หมดเปลี่ยนได้ตามวัน ตามฤดู และตามชีวิต ขณะที่ X ติดตัวไปตลอด X ไม่ใช่ ▲ และ 2 เครื่องหมายนี้อาจอยู่คนละทิศกันได้

หลักที่ใช้ปรับเรียกว่า "ตรงข้ามคือยา" เมื่อหมดปักที่ร้อน ทางปรับอยู่ที่เย็น เมื่อปักที่หนัก ทางปรับอยู่ที่เบา โดยไม่ดันเลยกลางวงไปทางธาตุประจำตัว และความแรงขึ้นกับกำลังของคนคนนั้น คำว่า "ยา" เป็นเพียงชื่อหลักการสิ่งที่คนไข้ทำเองเรียกว่า "ทางปรับ"

ลูขัยเป็นตัวอย่างที่ดี X ของลูขัยอยู่ที่ขั้วแห้ง เพราะลูขัยเป็นธาตุลม แต่เมื่อลูขัยมีอาการช่วงนี้ลงบนวงล้อ หมดกลับไปปักอยู่ระหว่างเย็นกับหนัก ถ้าดูแล้วตาม X อย่างเดียว ลูขัยได้ทางปรับที่ไม่ตรงกับร่างกายในตอนนี ช่วงที่ร่างกายเอียง ทางปรับตามหมดจึงนำ

เทียบกับสิ่งที่เรารู้ 6 คำบนวงล้อเป็นคำที่คนไข้ใช้บรรยายอาการกับเราอยู่แล้ว ตัวร้อน มือเท้าเย็น ตัวหนัก ใจเบา หวิว ปากแห้ง เสมหะเหนียว วงล้อเพียงจัดคำเหล่านี้ให้เป็นแผนที่ ซึ่งแพทย์อ่านได้เร็ว สมมติว่า อสม. บอกผมว่า ลุงช้ำปึกหมุดที่เย็นและหนัก ผมยังไม่รู้ว่าลุงเป็นอะไร เพราะหมุดบอกทิศ ไม่ได้บอกโรค แต่ผมได้จัดตั้งต้นของการชักประวัติ ผมรู้ว่าควรถามเรื่องการช้ำปึก การกิน และการนอนกลางวัน และเมื่อถาม ลุงก็เล่าว่าช่วงนี้กินกับข้าวถุง นั่งหน้าทีวีทั้งวัน และงีบกลางวัน เรื่องเหล่านี้มาจากปากลุง หมุดเพียงชี้ว่าควรถามตรงไหน

วงล้อใช้ในกล่องป้องกันเป็นหลัก ด้วยความหวังว่าคนไข้จะจัดการเอียงได้ก่อนเป็นโรค ซึ่งยังต้องวัด

เครื่องมือที่สาม • 5 มิติ

เมื่ออาการเป็นนาน หรือกลับมาซ้ำ คำถามเปลี่ยนจาก "เอียงไปทางไหน" เป็น "อาการนี้เสียหน้าที่ใดของร่างกาย" 5 มิติจัดหน้าที่ของร่างกายและใจเป็น 5 หมวด และแต่ละหมวดมีคำถามประจำที่ใช้ดูว่าหน้าที่นั้นเสียไปในลักษณะใด

มิติ	หน้าที่	เสียได้อย่างไร
โครงสร้าง	รับน้ำหนักและเคลื่อนไหว	ใช้งานมากหรือน้อยเกินไป พักไม่พอ หรืออยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมนาน ๆ เช่น นั่งเกร็งหน้าจอตลอดวันจนคอบ่าตึง
พลังชีวิต	รับอาหาร ย่อย ดูดซึม ใช้เป็นแรง ช่อมแซม ชับของเสีย ให้ความอบอุ่น	รับเข้ามากกว่าที่ย่อยและขับออกได้ จนของคั่งในร่างกาย หรือใช้แรงมากกว่าที่ช่อมทน จนร่างกายพร่อง เช่น กินดึกแล้วท้องอืด หรือทำงานหนักจนเพลียไม่หาย
ไหลเวียน	การเคลื่อน ส่ง และเชื่อมโยง ระหว่างเซลล์กับเซลล์ อวัยวะกับอวัยวะ รวมถึงการหายใจ	แรงส่งอ่อน ทางเดินติดขัด หรือถูกเร่งจนเร็วเกินไป เช่น มือเท้าเย็น ขาบวม หรือใจสั่น
สมอง	รับสัญญาณ ประมวล เดินนาฬิกาของร่างกาย เป็นประตูเชื่อมกายกับใจ	รับเรื่องเข้ามามากจนล้น นาฬิกาของร่างกายเพี้ยน หรือไม่ได้พัก เช่น หัวคิดไม่หยุด หรือนอนผิดเวลา
จิตใจ	สิ่งที่ใจรับเข้า ให้ออก แบกไว้ หรือวางลง	รับกับให้ไม่พอดี หรือแบกเรื่องไว้นาน โดยไม่ได้วางลง เช่น ดูละครอื่นจนตัวเองหมดแรง หรือเก็บความเศร้าไว้คนเดียว

มิติแบ่งตามหน้าที่ อาการที่อวัยวะเดียวกันจึงอาจอยู่ต่างมิติได้ ท้องอืดอาจอยู่มิติไหลเวียน ถ้าเกิดหลังนั่งนาน และดีขึ้นเมื่อขยับ หรืออยู่มิติพลังชีวิต ถ้าเกิดหลังกินผิดชนิดและดีขึ้นเมื่อแก้ที่สิ่งที่กิน ใจสั่นอยู่มิติไหลเวียน แม้จะเกิดจากความเครียด เพราะคำถามของมิติคือ "หน้าที่ใดเสีย" ส่วนคำถามว่า "เหตุมาจากไหน" รอไว้ที่กล่องชีวิต (ส่วนใจสั่นในผู้สูงอายุเป็นธงแดงขั้นที่ 2)

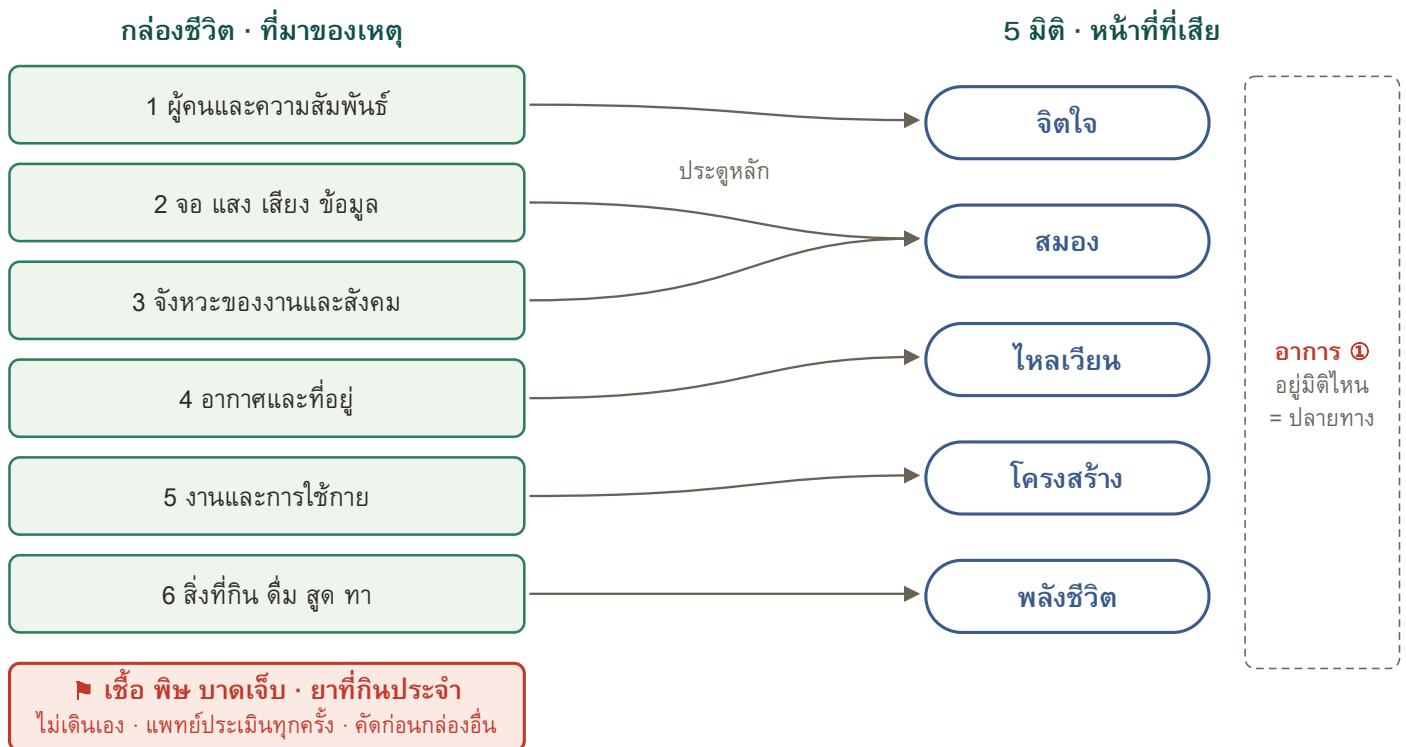
เทียบกับสิ่งที่เรารู้ 5 มิติใกล้กับการทบทวนตามระบบ (review of systems) ที่เราทำตอนซักประวัติ แต่ย่อจาก 10 กว่าระบบให้เหลือ 5 หน้าที่ที่คนจำได้ และต่างจากของเรา 2 จุด 5 มิติวางจิตใจไว้ในแผนที่เดียวกับกาย และถามว่าหน้าที่ใดเสีย มากกว่าถามว่าอวัยวะใดเสีย ผมชอบจุดแรกเป็นพิเศษ เพราะในห้องตรวจ เรื่องใจของคนไข้

มักถูกวางไว้ท้ายสุด ถ้ามีเวลาเหลือ

5 มิติใช้ในกล่องรักษาฟื้นฟู เป็นขั้นแรกของการหาต้นเหตุในชีวิต โดยถามว่าอาการที่รบกวนที่สุดอยู่ในมิติใด มิตินั้นเรียกว่า "ปลายทาง" แล้วจึงเดินย้อนไปหาต้นทาง แต่ 5 มิติไม่ได้แยกจากกันเป็นห้อง ๆ มิติหนึ่งที่เกี่ยวข้องที่ส่งแรงต่อไปยังมิติอื่นได้เสมอ ผมจะกลับมาเล่าเรื่องนี้หลังจากแนะนำกล่องชีวิต เพราะต้องเห็นทั้งสองเครื่องมือก่อน จึงจะเห็นภาพเต็ม

เครื่องมือที่ 4 · กล่องชีวิต 6+1

ผมเชื่อว่าต้นเหตุของความไม่สบายเรื้อรังจำนวนมากอยู่ในชีวิตรอบตัวคนไข้ กล่องชีวิตจัดชีวิตรอบตัวเป็น 6 กล่องที่คนไข้เปลี่ยนเองได้ กับอีก 1 กล่องที่ต้องส่งแพทย์ทุกครั้ง



กฎข้อเดียว: ต้นทางต้องอยู่ในกล่อง ไม่ใช่ในมิติ · หยุดที่มิติ ให้ถาม "ทำไม" อีกครั้งจนถึงกล่อง

ภาพ 6.2 กล่องชีวิต 6 กล่องกับกล่อง ๗ และประตูลูกที่แต่ละกล่องส่งแรงเข้า 5 มิติ

แต่ละกล่องมี "ประตูลูก" ที่มักส่งแรงเข้ามิติใดมิติหนึ่งก่อน

1. ผู้คนและความสัมพันธ์ เข้าทางจิตใจ
2. จอ แสง เสียง ข้อมูล เข้าทางสมอง
3. จังหวะของงานและสังคม เข้าทางสมอง
4. อากาศและที่อยู่ เข้าทางไหลเวียน
5. งานและการใช้กาย เข้าทางโครงสร้าง
6. สิ่งที่กิน ดื่ม สูด ทา เข้าทางพลังชีวิต

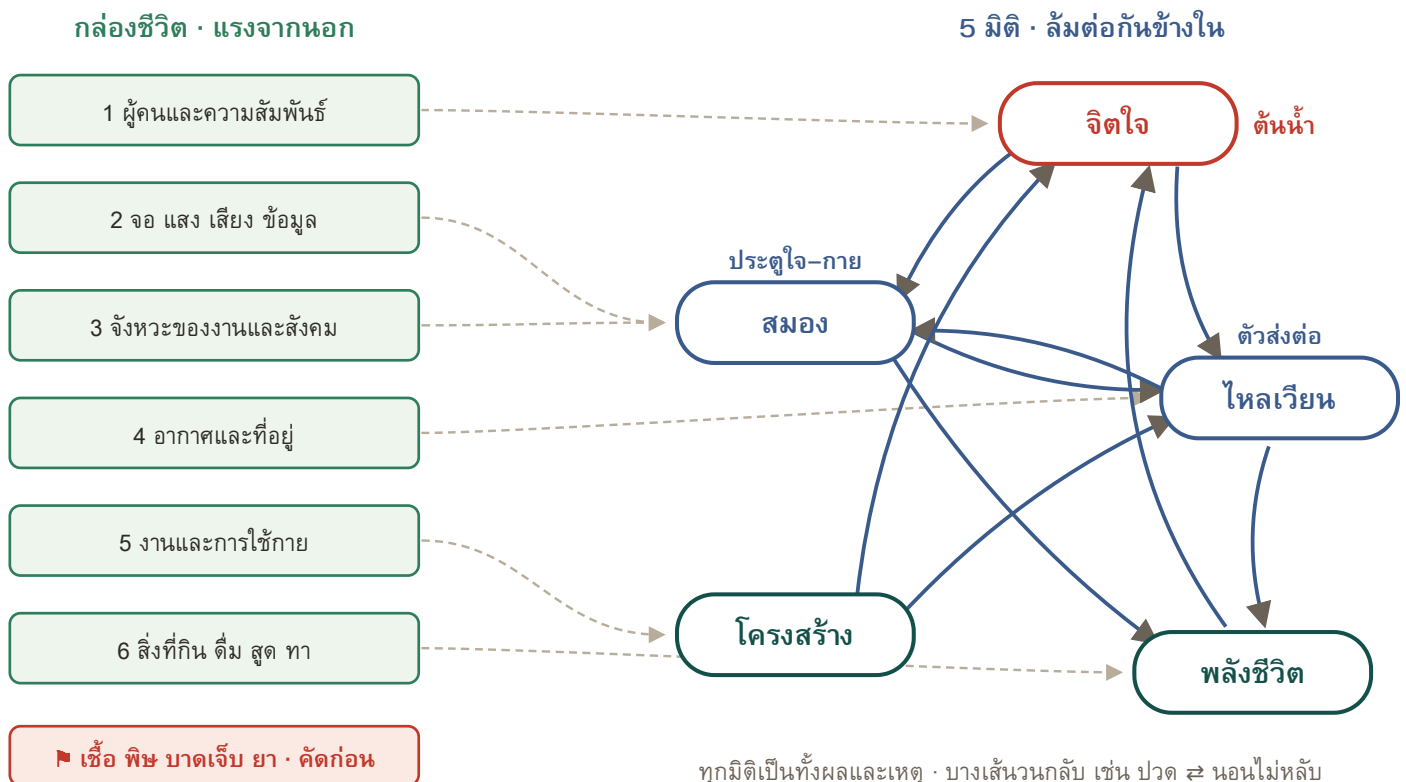
กล่องที่ 7 มีเครื่องหมาย ► ได้แก่ เชื้อ พิษ บาดเจ็บ ยาที่กินประจำ และผลข้างเคียงของยา คนไข้ไม่เดินกล่องนี้เอง แพทย์แผนไทยหรือแพทย์ประเพณีทุกครั้ง และต้องคัดกล่องนี้ก่อนที่ใครจะเริ่มหาต้นเหตุในกล่องอื่น

กติกาข้อเดียวของกล่องชีวิตคือ ต้นทางต้องอยู่ในกล่อง ถ้าการเดินย้อนไปหยุดที่ "นอนไม่หลับเพราะสมองไม่พัก" ให้ถาม "ทำไม" อีกครั้งจนถึงกล่อง เช่น "เพราะดูจอในห้องนอนจนเที่ยงคืน" ซึ่งอยู่ในกล่องจอ บางครั้งเหตุที่พบเปลี่ยนไม่ได้ เช่น งานกะดึก ซึ่งอยู่ในกล่องจังหวะของงานและสังคม กรณีนี้ให้หาส่วนอื่นในกล่องเดียวกันที่ยังเปลี่ยนได้ เช่น เวลานอนหลังเลิกกะ หรือเวลาของมือหลัก

เทียบกับสิ่งที่เรารู้ กล่องชีวิตใกล้เคียงกับแบบจำลองกาย-จิต-สังคม (biopsychosocial model) และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ในรูปที่คนไข้ชี้เองได้ แบบจำลองของเราเป็นกรอบสำหรับผู้รักษาคิด ส่วนกล่องชีวิตเป็นรายการสำหรับคนไข้ชี้ และเมื่อคนไข้ชี้เอง สิ่งชี้้อาจเป็นสิ่งที่เขาพร้อมจะเปลี่ยนมากกว่าสิ่งที่เราเลือกให้

5 มิติสัมพันธ์แบบโดมิโน

ถ้าอ่านมาถึงตรงนี้ อาจดูเหมือนว่าแต่ละอาการมีมิติของตัวเอง และแต่ละมิติมีกล่องของตัวเอง แต่ร่างกายของคนไม่ได้แบ่งเป็นห้อง ๆ 5 มิติเชื่อมกันอยู่ตลอดเวลา เมื่อมิติหนึ่งเสียหายที่ มิติดันก็ส่งแรงต่อไปที่มิติอื่น เหมือนโดมิโนที่ล้มต่อกันเป็นแถว ผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นหัวใจของวงล่าง เพราะอาการที่คนไข้มาบอกเรามักเป็นโดมิโนตัวท้าย ๆ ของแถว ไม่ใช่ตัวแรก



ภาพ 6.3 มิติทั้ง 5 ไม่ได้แยกจากกัน แรงเข้ามาจากกล่องชีวิตทางประตูหลัก (เส้นประ) แล้วล้มต่อกัน ระหว่างมิติ (เส้นทึบ) จิตใจเป็นต้นน้ำ ไหลเวียนเป็นตัวส่งต่อ และสมองเป็นประตูเชื่อมใจกับกาย

แรงมาจาก 2 ทาง ทางแรกมาจากข้างนอก คือกล่องชีวิตส่งแรงเข้ามิติทางประตูหลักอย่างที่เราเห็นในภาพ 6.2 ทางที่ 2 เกิดข้างใน คือมิติหนึ่งส่งแรงต่อไปอีกมิติหนึ่ง ตัวอย่างที่เราเห็นกันอยู่ในห้องตรวจ

- ใจที่แบกเรื่องหนัก ทำให้สมองไม่ได้พัก นอนไม่หลับ แล้วไหลเวียนก็ถูกเร่งจนใจสั่น (จิตใจ → สมอง → ไหลเวียน)
- นิ่งเกร็งทั้งวันจนคอบ่าตึง แล้วไหลเวียนไปศีรษะไม่ดี เป็นมินส์ศีรษะ (โครงสร้าง → ไหลเวียน)
- ปวดหลังมานาน จนเริ่มท้อและไม่อยากทำอะไร (โครงสร้าง → จิตใจ)
- ท้องผูก ลำไส้ไม่สบาย แล้วอารมณ์ขุ่นมัวตาม (พลังชีวิต → จิตใจ)
- หายใจตื้นค้ำ มือเท้าเย็น แล้วหลับยาก (ไหลเวียน → สมอง)
- นอนดึกจนนาฬิกาของร่างกายเพี้ยน แล้วการขับถ่ายและผิวเปลี่ยนตาม (สมอง → พลังชีวิต)

3 มิติมีบทบาทพิเศษ เมื่อผมกับทีมวาดเส้นเหล่านี้ลงบนแผ่นเดียว เราเห็นรูปแบบที่ซ้ำกัน จิตใจเป็นต้นน้ำ ส่งแรงออกไปหามิติอื่นมากกว่ารับเข้ามา ไหลเวียนเป็นตัวส่งต่อ รับแรงจากแทบทุกมิติแล้วส่งต่อไปอีกทอด อาการอย่างใจสั่น มีน เวียน มือเท้าเย็น จึงมักเป็นปลายทางของเส้นที่เริ่มจากที่อื่น ส่วนสมองเป็นประตูที่เชื่อมโยงกับกาย เส้นที่ข้ามระหว่างใจกับกายส่วนใหญ่ผ่านสมอง ผ่านการนอน การพัก และนาฬิกาของร่างกาย

ลูกโซ่มี 3 รูปแบบที่พบบ่อย

- **ใจลง** เริ่มที่จิตใจแล้วไหลลงมาถึงกาย อย่างยายบุญมีในบทที่ 10 ที่กินข้าวเย็นคนเดียวหลังหลานย้ายไปทำงาน แรงแซงทางใจ ผ่านสมอง และออกมาเป็นการนอนที่เปลี่ยนไป
- **กายขึ้น** เริ่มที่กายแล้วขึ้นไปหาใจ เช่น คนที่ปวดเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำอะไรไม่ได้เลยจนใจตก แล้วใจที่ตกก็ทำให้ไม่อยากขยับ กายยิ่งทรุด
- **แตกจากประตู** แรงแซงทางประตูเดียวแล้วแตกเป็นหลายกิ่ง อย่างคุณเอในบทที่ 11 จังหวะของงานที่ไม่มีเส้นปิดเข้าทางสมองจนหัวไม่ได้พัก และแตกอีกกิ่งเป็นคอบ่าตึงกับมินส์ศีรษะ หรือคุณดีที่ใช้มือถือในห้องนอนจนตึงทุกคืน จนนาฬิกาของร่างกายเพี้ยน แล้วไปถึงการขับถ่ายและผิว

บางเส้นวนกลับ โดมินิตัวท้ายอาจย้อนกลับมาผลักดันตัวแรกอีก ปวดทำให้นอนไม่หลับ นอนไม่หลับทำให้ปวดมากขึ้น หรือใจตกทำให้ไม่ขยับ ไม่ขยับทำให้กายทรุด แล้วใจยิ่งตก วงแบบนี้หมุนต่อเองได้ แม้เหตุแรกจะหายไปแล้ว ทุกมิติในลูกโซ่จึงเป็นทั้งผลและเหตุ ขึ้นกับว่าเรามองจากจุดไหน

กติกาการเดินทาง ผมกับทีมใช้กติกา 5 ข้อ เพื่อไม่ให้การลากเส้นกลายเป็นการเดาที่ไม่มีที่สิ้นสุด

1. คัดกล่อง ► และภาวะที่เลียนแบบความผิดสมดุลออกก่อนเสมอ เพราะเส้นที่ฟุ้งขึ้นอาจบังโรคที่ต้องวินิจฉัย
2. เริ่มที่ปลายทาง แล้วเดินย้อนไม่เกิน 3 ช่วง ถ้าเกิน 3 ช่วงยังไม่ถึงกล่อง มักแปลว่าเริ่มผิดเส้น
3. ต้นทางต้องอยู่ในกล่องชีวิต ถ้าเดินไปหยุดที่มิติ ให้ถามว่า "ทำไม" อีกครั้งจนถึงกล่อง
4. ธาตุประจำตัวไม่ได้เลือกเส้น แต่เลือกทางที่แรงไหลและหน้าตาของปลายทาง ใจที่แบกเรื่องเดียวกัน คนธาตุลมอาจออกมาเป็นนอนยาก ใจสั่น ท้องอืด ส่วนคนธาตุไฟอาจออกมาเป็นร้อนใน หงุดหงิด แสบท้อง
5. เส้นที่เดินได้เป็นสมมติฐาน จะรู้ว่าจริงหรือไม่ก็ต่อเมื่อทดลองหยุดเหตุ 14 วันแล้วลูกโซ่คลาย

ทำไมก้าวเดียวจึงพอ เพราะมิติลุ่มต่อกัน การหยุดโดมินิตัวแรกที่ต้นทางจึงคลายได้หลายมิติพร้อมกัน คุณเอเปลี่ยนเพียงเส้นปิดงาน แล้วทั้งการนอน คอบ่า และมินส์ศีรษะดีขึ้นตาม เส้นโยงใยจึงบอกตำแหน่งที่ลงมือได้ 3 จุดที่ปลายทาง เพื่อบรรเทาตอนนี้ เช่น ประคบอุ่นคอบ่า ที่ทางผ่าน เพื่อลดแรงที่ส่งต่อและตัดวงวน เช่น ให้สมองได้พักก่อนนอน และที่ต้นทาง เพื่อไม่ให้กลับมาซ้ำ ซึ่งเป็นที่ของก้าวหยุดเหตุ การบรรเทาที่ปลายทางยังจำเป็น แต่ถ้าไม่แตะต้นทาง โดมินิก็จะลุ่มซ้ำแถวเดิม

เทียบกับสิ่งที่เรารู้ แพทย์คุ้นกับเส้นแบบนี้อยู่แล้ว ทั้งความเครียดที่พาให้นอนไม่หลับและความดันขึ้น ความปวดกับการนอนที่ทำให้กันแย่งทั้งสองทาง หรือโรคเรื้อรังที่พาภาวะซึมเศร้ามาด้วย สิ่งที 5 มิติเพิ่มคือแผนที่ที่คนไข้กับผู้พาเดินวาดเส้นเหล่านี้ได้เองในภาษาเดียวกัน และนับได้ว่าย้อนไปถึงช่วงจึงถึงต้นทาง ผมต้องบอกตรง ๆ ว่าเส้นบนแผนที่นี้เป็นแบบจำลองที่ทีมพหุวิชาชีพสร้างจากประสบการณ์และตำราดั้งเดิม ยังไม่ได้วัดว่าเส้นใดพบบ่อยแค่ไหน หรือผู้พาเดิน 2 คนลากเส้นตรงกันแค่ไหน ซึ่งเป็นเรื่องที่แผนนำร่องในบทที่ 14 จะเก็บข้อมูล

ตัวคัดกรอง · กำลัง 3 ข้อ

เครื่องมือทั้งสี่บอกทิศและบอกที่ แต่ยังไม่บอกว่าควรปรับแรงแค่ไหน กำลัง 3 ข้อจึงถามเรื่องกำลังของร่างกายย้อนหลัง 2 สัปดาห์

1. **แรงทำกิจวัตร** ยังทำกิจวัตรได้เท่าเดิม เช่น เดิน ขึ้นบันได ทำงานบ้าน โดยไม่ต้องหยุดพักกลางทาง
2. **ฟื้นจากการออกแรง** ออกแรงหรือทำงานหนักแล้ว นอนพักคืนเดียวก็ฟื้น
3. **ฟื้นจากการป่วย** ไม่ค่อยป่วย และเวลาป่วยก็หายไวพอ ๆ กับคนอื่น

ตอบใช่ 3 ข้อ กำลังมาก 2 ข้อ กลาง 0–1 ข้อ น้อย ไม่แน่ใจให้ตอบไม่ใช่ และคนที่เพิ่งป่วย เพิ่งฟื้นไข้ หรืออดนอนหลายคืน ถือว่ากำลังน้อยไว้ก่อน ผลของกำลังใช้อย่างเดียว คือลดความเสี่ยงของการดูแลตัวเอง คนกำลังน้อยใช้วิธีอ่อน สั้น บ่อย เดิมก่อนลด ห้ามอดอาหาร ห้ามอบร้อนนาน ห้ามออกกำลังกายหนัก

เทียบกับสิ่งที่เรารู้ กำลัง 3 ข้อเป็นตัวคัดกรองเบา ๆ ยังห่างไกลจากการประเมินสมรรถภาพทางคลินิก และไม่ใช้กำหนดยา ขนาดยา หรือหัตถการ มีข้อหนึ่งที่ผมอยากให้ทีมจำไว้ ถ้ากำลังลดลงชัดเจนโดยหาเหตุไม่ได้ ร่วมกับน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ เหนื่อยจนนอนราบไม่ได้ หรือบวม เรื่องนั้นเป็นธงแดงขั้นที่ 2 ต้องพบแพทย์ และพ้นจากเรื่องของกำลังไปแล้ว

เครื่องมือทั้งหมดในตารางเดียว

เครื่องมือ	ตอบคำถาม	กล่องที่ใช้	ใกล้กับสิ่งที่แพทย์รู้	สิ่งที่ต่าง
ธาตุประจำตัว X	คนนี้เป็นคนแบบไหน มาแต่เดิม	ส่งเสริม	ไม่มีคู่มือ ใกล้ที่สุด คือการรู้จักคนไข้ของแพทย์ประจำครอบครัว	เขียนเป็นระบบ คนไข้ยืนยันเอง
วงล้อ 6 ข้อ ▲	ตอนนี้เอียงไปทางไหน ควรปรับไปทางไหน	ป้องกัน	อาการนำและคำบรรยายของคนไข้	จัดคำของคนไข้เป็นแผนที่ อ่านได้เร็ว
5 มิติ	อาการเสียหน้าที่ใดของร่างกาย	รักษาฟื้นฟู	review of systems	ย่อเหลือ 5 รวมใจกับกาย ถามหน้าที่ไม่ถามอวัยวะ
กล่องชีวิต 6+1	เหตุมาจากส่วนไหนของชีวิต	รักษาฟื้นฟู	กาย-จิต-สังคม · ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ	คนไข้ชี้เอง มีกล่อง ► ที่ส่งแพทย์เสมอ

เครื่องมือ	ตอบคำถาม	กล่องที่ใช้	ใกล้กับสิ่งที่แพทย์รู้	สิ่งที่ต่าง
กำลัง 3 ข้อ	ควรปรับแรงแค่ไหน	ทุกกล่อง	การประเมินสมรรถภาพอย่างหยาบ	ใช้ลดความแรงเท่านั้น ไม่ใช่กำหนดยา

ทำไมเครื่องมือต้องมีชั้นลงมือ

หลักฐาน 2 ชั้นในภาคที่ 1 กำหนดรูปร่างของเครื่องมือทั้งหมดนี้ ขึ้นแรก การทบทวนสมุดบันทึกสุขภาพที่ให้แก่ผู้ใช้ถือเอง ไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจน และหลักฐานยังมีคุณภาพต่ำ (Ko และคณะ 2010) ชั้นที่ 2 การวัดความดันที่บ้านแทบไม่ได้ผลเมื่อวัดอย่างเดียว และได้ผลชัดเจนเมื่อผูกกับการสนับสนุนที่เข้มข้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการปรับยาอย่างเป็นระบบโดยแพทย์ เภสัชกร หรือคนไข้เอง (Tucker และคณะ 2017)

2 งานนี้สนับสนุนหลักว่าบันทึกอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการลงมือที่ผูกกับข้อมูลนั้น ส่วนข้อที่ว่าเครื่องมือต้องผูกกับคำอธิบาย และการลงมือแบบไม่ใช่ว่าอย่างที่ว่าดูแลเสนอจะได้ผล เป็นข้อสรุปของผมเอง ยังไม่มีงานใดทดสอบ ผมจึงถือหลักนี้เป็นหลักออกแบบ มากกว่าเป็นหลักฐานว่าดูแลได้ผล เครื่องมือ 4 ชั้นจึงถูกร้อยเข้าเป็นวงที่มีชั้นลงมือ ชั้นติดตาม และคนเดินไปด้วย

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

อ่านคนไข้ 2 คนแรกของวันด้วยสายตาธาตุประจำตัว ไม่ต้องใช้แบบคัดกรอง แค่สังเกตว่าคนนี้ตัวเล็ก ผิวแห้ง พูดเร็ว หรือตัวอ้วน เสียงดัง ใจร้อน หรือตัวใหญ่ ผิวชุ่ม พูดช้า แล้วถามตัวเองว่าคำแนะนำ "กินผัก ออกกำลังกาย นอนให้พอ" ที่เราจะให้ 2 คนนี้ ควรเหมือนกันไหม

ถ้าคำตอบคือไม่ควรเหมือนกัน นั่นคือช่องว่างที่ธาตุประจำตัวเติม และในบทถัดไป ผมจะร้อยเครื่องมือทั้ง 5 ชั้นนี้เข้าเป็นวงที่คนไข้เดินเองได้

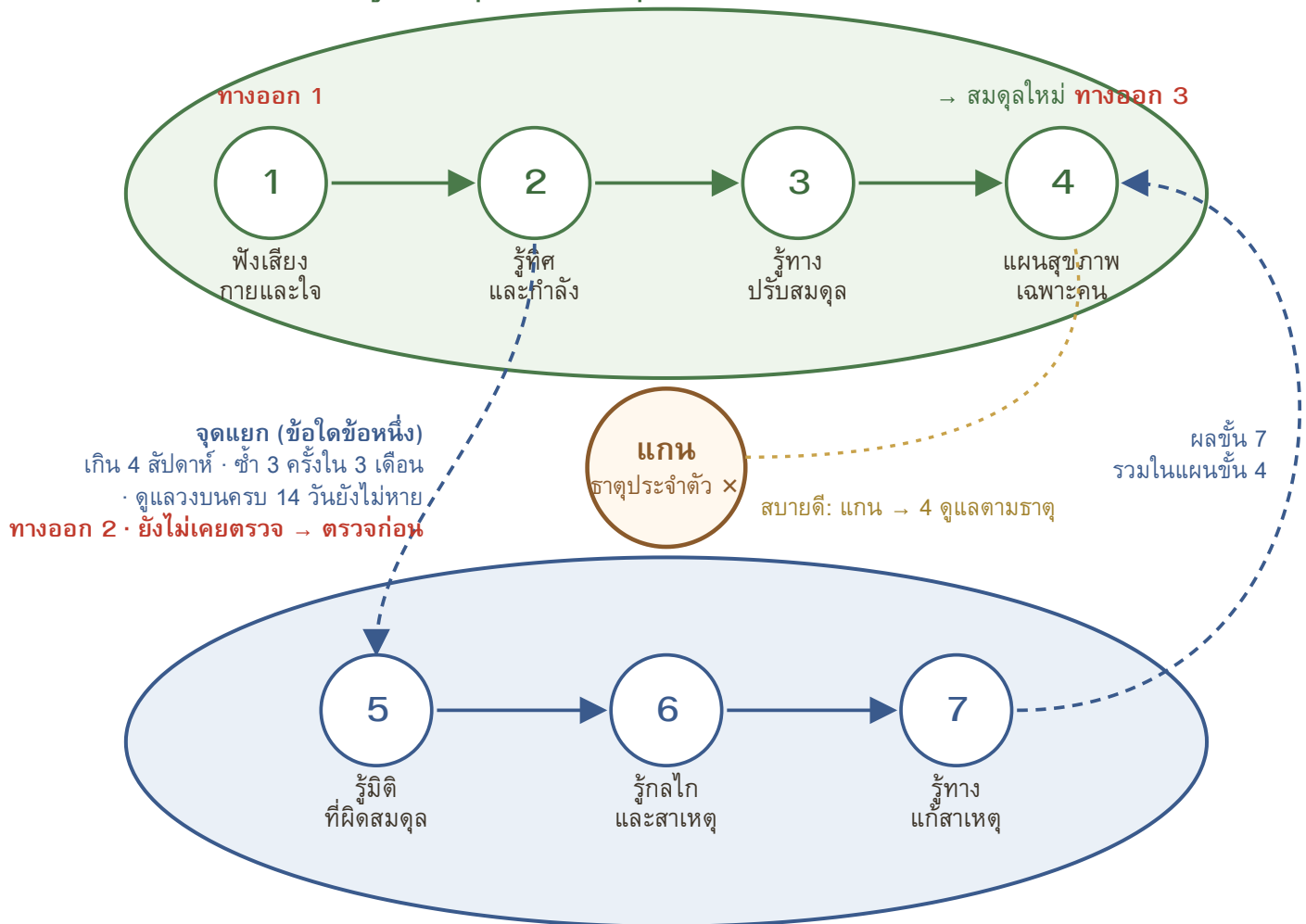
บทที่ 7 · วงดูแลสองวงรอบแกนเดียว ในภาษาแพทย์

ทั้งวงในหน้าเดียว

ถ้าเดินตามลุงชัยตั้งแต่วันที่รู้ธาตุของตัวเอง จนถึงเย็นวันที่ลุงหุงข้าวแล้วนั่งกินที่โต๊ะ เราจะเห็นลุงเดินผ่านชั้นเล็ก ๆ 7 ชั้น บางชั้นเดินคนเดียว บางชั้นมีคนเดินด้วย และมี 3 จุดที่ประตูเปิดออกไปหาแพทย์เสมอ ผมอยากเล่าทางเดินนั้นในภาษาที่เพื่อนแพทย์อ่านแล้วเห็นว่าตัวเองยืนอยู่ตรงไหน

ภาพรวมของวงดูแลมีแกนหนึ่งแกน และวงสองวงหมุนรอบแกนนั้น แกนคือธาตุประจำตัว วงบนเป็นการรู้ว่าผิดสมดุลและแก้ไขสมดุล ซึ่งคนไข้และครอบครัวควรเดินเอง วงล่างเป็นการรู้สาเหตุและแก้สาเหตุ ซึ่งเดินกับผู้พาเดินหรือแพทย์แผนไทย ทั้งสองวงมาบรรจบที่แผนสุขภาพเฉพาะคนแผ่นเดียว

วงบน · รู้ผิดสมดุล แก้ให้สมดุล — คนไข้และครอบครัวเดินเอง



วงล่าง · รู้สาเหตุ แก้สาเหตุ — เดินกับผู้พาเดินหรือหมอแผนไทย

ทางออกไปแพทย์ · 1 ชั้น 1 พบตรงแดง · 2 ปากทางวงล่าง อาการเกิน 4 สัปดาห์ยังไม่เคยตรวจ · 3 สมดุลใหม่ แยกหรือพบตรงแดง สมดุลใหม่ ติดตาม 7 วัน (วงบน) · 14 วัน (วงล่าง) · หมอแผนไทยเข้ามาได้ทุกชั้น

ภาพ 7.1 วงดูแลเฟลีนไฟร์ แกนหนึ่งแกน วงสองวง แผ่นหนึ่งใบ และทางออกไปแพทย์ 3 จุด

ในภาษาของ 3 กล้อง แกนอยู่กล้องส่องเสริม วงบนอยู่กล้องป้องกัน วงล่างอยู่กล้องรักษาฟื้นฟู

แกน · รู้จักตัวเองก่อนป่วย

ทุกคนเริ่มที่แกน คือรู้ธาตุประจำตัวของตัวเอง ได้ตำแหน่ง X บนวงล้อ ได้ทางปรับหลักประจำธาตุที่ทำทุกวันในระดับอ่อน และของแสลงที่ควรรู้จักพอ คนที่สบายคืออยู่ที่แกนตลอดชีวิต และกลับมาที่แกนทุกครั้งที่หายจากอาการ

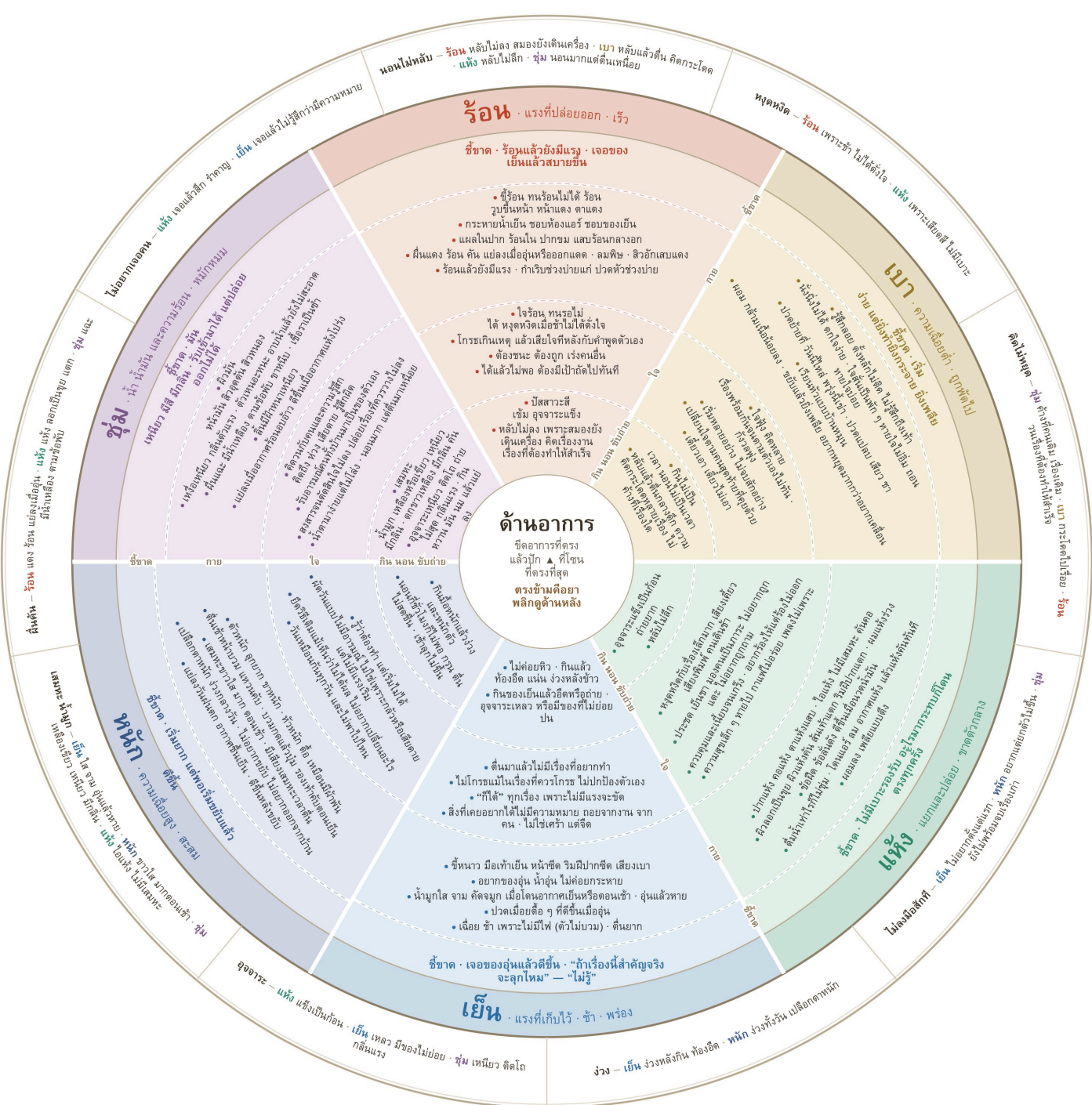
สำหรับแพทย์ แกนเป็นสิ่งที่ผมเสียद्याว่าแฟ้มของเราไม่เคยมี 1 บรรทัดที่บอกว่าคนไข้คนนี้เป็นคนแบบไหน ก่อนจะมีโรคใด ๆ

วงบน · ชั้น 1 ถึง 4

ชั้นที่ 1 ฟังเสียงกายและใจ คนไข้เขียนอาการที่รบกวน 1-3 อาการด้วยคำของตัวเอง เรียงจากรบกวนมากที่สุด อาการแรกเรียกว่า "อาการ ①" ให้คะแนน 0-10 ไว้เป็นตัววัดผลตัวเดียวตลอดทาง ตอบว่าเป็นมานานเท่าไร เริ่มหลังอะไร แล้วเช็คธงแดงสองชั้น ถ้าพบชั้นที่ 1 โทร 1669 ถ้าพบชั้นที่ 2 พบแพทย์ก่อนเริ่มดูแลเอง นี่คือทางออกไปแพทย์จุดที่ 1 ยาที่กินอยู่ทุกตัว รวมทั้งสมุนไพรและอาหารเสริม จดไว้ในแผ่นแยกชื่อ "รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร"

ชั้นที่ 2 รู้ทิศและกำลัง คนไข้ขีดอาการลงทุกโซนของวงล้อ แล้วใช้ข้อชี้ขาดของแต่ละโซนตัดสินว่าเอียงไปทางไหน โดยดูว่าโซนไหนตอบข้อชี้ขาดได้ ไม่นับว่าขีดมาก ลุงชัยตอบข้อชี้ขาดของเย็น (เจอของอุ่นแล้วดีขึ้น) และของหนัก (เริ่มยาก แต่พอเริ่มแล้วดีขึ้น) ได้ทั้งคู่ จึงปักหมุด ▲ ระหว่าง 2 โซนนั่น จากนั้นตอบกำลัง 3 ข้อ หมุดบอกทิศ กำลังบอกความแรง

ภาพ 7.2 เป็นวงล้อธาตุด้านอาการที่เพลินไพรทำเป็นการ์ดสองหน้า แบ่งเป็น 6 ขั้วตามคู่ตรงข้าม 3 คู่ คือ ร้อนกับเย็น แห้งกับชุ่ม และหนักกับเบา แต่ละขั้วเรียงอาการเป็นชั้นจากในออกนอก คือ กิน นอน ขับถ่าย ใจ กาย และอาการชี้ขาด คนไข้ขีดเส้นใต้อาการที่ตรงกับตัวเองให้ครบทุกโซน แล้วปักหมุด ▲ ที่โซนที่ตรงมากที่สุด ถ้าอาการคล้ายกันหลายโซน แถบรอบนอกช่วยแยกว่าต่างกันอย่างไร อาการหนึ่งอาจอยู่ได้หลายโซน จึงดูภาพรวมของทั้งโซน ไม่ตัดสินจากอาการเดียว



ภาพ 7.2 วงล้อธาตุด้านอาการ 6 ขั้ว ด้านหน้าของการ์ดสองหน้าของเพลินไฟร์ แต่ละขั้วเรียงอาการจากชั้น ในออกนอก คือ กิน นอน ขับถ่าย ใจ กาย และอาการชี้ขาด แลรอบนอกช่วยแยกอาการที่คล้ายกัน ระหว่างขั้ว · ดาวน์โหลดฉบับเต็มขนาด A3 ได้ที่ห้องสมุดเพลินไฟร์ library.plearnprai.org

สำหรับแพทย์ เมื่อใช้จริง เราอ่านหมดที่คนไข้ปัสมาแล้วด้วยภาษาเดียวกับคนไข้ แล้วเชื่อมกับสิ่งที่ตรวจพบ ข้อมูลรอบด้านจึงมาถึงเร็วโดยไม่ต้องเริ่มซักจากศูนย์ ถ้าหมุดขัดกับสิ่งที่ตรวจพบ แพทย์ก็ตรวจต่อตามปกติ และเมื่อหมุดไม่ขัด แพทย์แผนไทยเป็นผู้ซักประวัติและตรวจเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 รู้ทางปรับสมดุล ใช้หลักตรงข้ามคือยา เลือกทางปรับ 1-2 อย่างจากฝั่งตรงข้ามของหมุด ใน 4 ด้านที่ทำเองได้ ได้แก่อาหาร กิจกรรมทางกาย ผัสสะและสิ่งแวดล้อม และดูแลใจ ความแรงตามกำลัง ทำ 7 วัน แล้วถามค่าเดียวว่าอาการ ① ดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง ทางปรับเหล่านี้ไม่มียา ไม่มีสมุนไพร และไม่มีหัตถการ ยาสมุนไพรเป็น

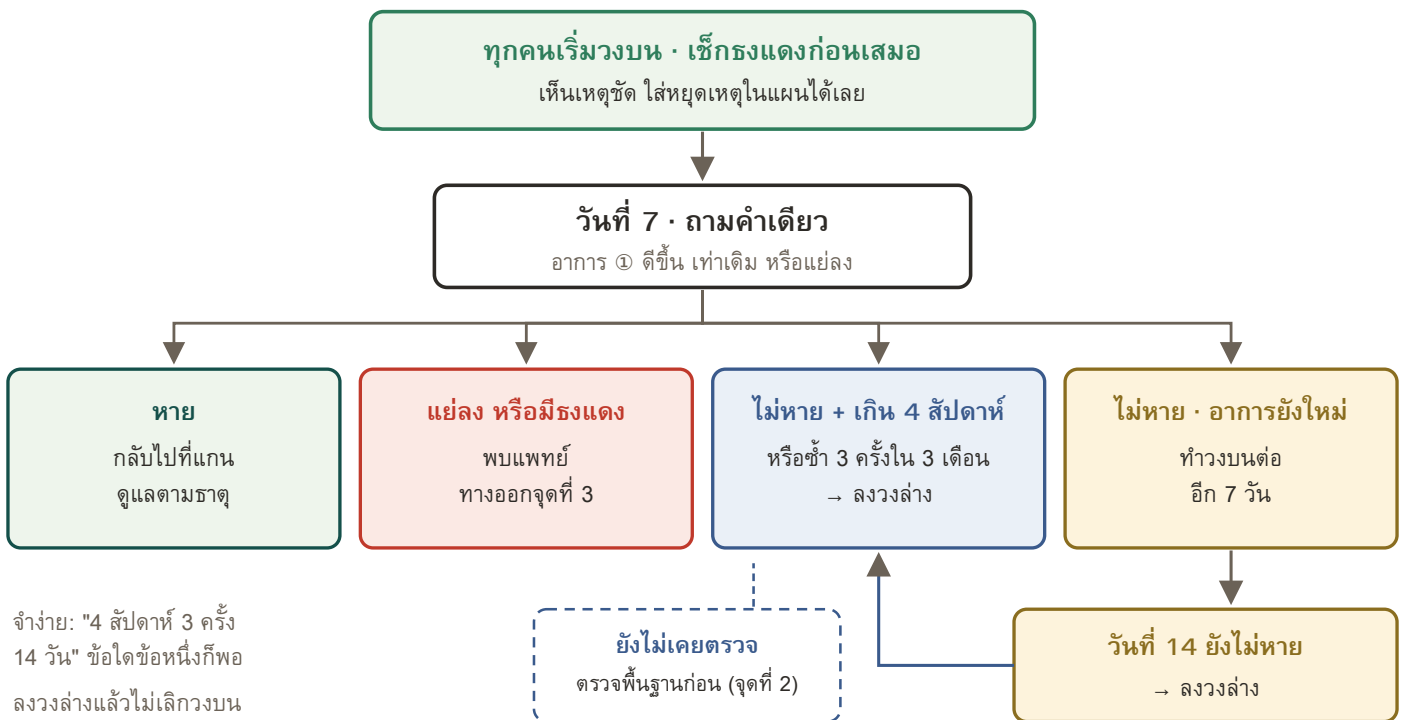
งานของแพทย์แผนไทย และยาแผนปัจจุบันเป็นงานของแพทย์

ขั้นที่ 4 แผนสุขภาพเฉพาะคน ทุกอย่างมารวมที่ใบแผนหน้าเดียวที่คนไข้เขียนเอง มี 2 ส่วน คือหยุดเหตุ 1 ก้าว กับเติมสิ่งที่ช่วยไม่เกิน 2 อย่าง ผสมกับทิมเรียกสั้น ๆ ว่า "หยุดหนึ่ง เติมสอง" ในวงบน ถ้าเห็นเหตุชัด ใส่ก้าวหยุดเหตุได้เลย ถ้ายังไม่เห็น ใช้เพียงส่วนเติม คนที่เขียนไม่คล่องให้คนในบ้านหรือผู้พาเดินจดตามคำบอกได้

ช่อง "ส่วนที่หมอเติม" มีไว้สำหรับตำรับยาหรือหัตถการที่แพทย์แผนไทยเติม และคำแนะนำของแพทย์ที่ไม่ใช่การสั่งยา ใบแผนไม่มีช่องยาและไม่มีการปรับยา การปรับยาบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ ทำยาใบมีแถบติดตามที่ตักทุกวันตามจริง และทุกใบมีข้อความว่าไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา

จุดแยก · เมื่อไรลงวงล่าง

ผมอยากให้จุดแยกอ่านแล้วรู้สึกยืดหยุ่น ทุกคนได้ลองวิธีง่ายในวงบนก่อน 7 วัน และไม่มีใครค้างอยู่ในวงบนเกิน 14 วัน ทุกคนเริ่มที่วงบนโดยเช็กธงแดงก่อนเสมอ และถ้าเห็นเหตุชัด ใส่หยุดเหตุลงในแผนวงบนได้เลย เมื่อครบ 7 วัน คำตอบของคำถามเดียว กับเวลาที่อาการเป็นมา บอกทางต่อไปตามผังนี้



อาการเจ็บปวด เช่น ไข้ หวัด ท้องเสีย ใช้ 48 ชั่วโมงตามผังส่งต่อไปบทที่ 8 · ไม่มีใครค้างในวงบนเกิน 14 วัน

ภาพ 7.3 ผังจุดแยก ทุกคนได้ลองวงบนก่อน 7 วัน และไม่มีใครค้างในวงบนเกิน 14 วัน

วันที่ 7 ถามคำเดียว	ทางต่อไป
หาย	กลับไปที่แกน ดูแลตามธาตุ
แย่ลง หรือมีธงแดง	พบแพทย์ (ทางออกจุดที่ 3)
ไม่หาย และเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์ หรือซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปใน 3 เดือน	ลงวงล่าง ถ้ายังไม่เคยตรวจ ตรวจพื้นฐานกับแพทย์ก่อน (ทางออกจุดที่ 2)
ไม่หาย แต่อาการยังใหม่	ทำวงบนต่ออีก 7 วัน

วันที่ 7 ถามคำถามเดียว	ทางต่อไป
วันที่ 14 ยังไม่หาย	ลงวงล่าง โดยผ่านทางออกจุดที่ 2 ก่อนถ้ายังไม่เคยตรวจ

"ไม่หาย" รวมทั้งดีขึ้นแต่ยังไม่หาย และเท่าเดิม ผมกับทีมให้คนไข้ท่องเกณฑ์เวลาว่า "4 สัปดาห์ 3 ครั้ง 14 วัน" ข้อใดข้อหนึ่งก็พอ และลงวงล่างแล้วไม่เลิกวงบน ทางปรับจากขั้นที่ 3 ยังทำคู่กันไป ลงซ้ายเดินตามผังนี้ตรง ๆ ครบ 7 วันอาการ ① ยังไม่หาย และเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์แล้ว ลงจึงลงวงล่างได้ตั้งแต่วันที่ 7

ตัวเลขเหล่านี้เป็นตัวเลขกลางที่ตั้งไว้ให้จำง่าย ยังไม่ได้ศึกษาเชิงวิจัย และเป็นสิ่งที่การนำร่องต้องวัด สิ่งที่ผมมั่นใจกว่าคือหลักข้างหลัง การดูแลตนเองต้องมีขอบเขตเวลาที่คนไข้จับได้เอง ส่วนอาการเฉียบพลันอย่างไข้หวัด ท้องเสีย ใช้ 48 ชั่วโมงตามผังส่งต่อไปในบทที่ 8

วงล่าง · ขั้น 5 ถึง 7

ขั้นที่ 5 รู้ปลายทาง คัดกรอง ► ออกก่อนเสมอ ได้แก่ภาวะที่เลียนแบบความผิดปกติและยาที่กินประจำ แล้วถามว่าอาการ ① เสียหน้าที่ใดใน 5 มิติ มิติด้านคือปลายทาง กวาดทุกมิติคร่าว ๆ 1 รอบก่อนจึงเจาะ ถ้า 2 มิติพอ ๆ กัน ให้แพทย์แผนไทยหรือแพทย์ตัดสิน

ขั้นที่ 6 รู้กลไกและสาเหตุ เดินย้อนจากปลายทางไปตามเส้นโยงใยระหว่าง 5 มิติ ถามว่ามิติไหนส่งแรงเข้ามาที่นี้ ย้อนไม่เกิน 3 ช่วง จนถึงกล่องชีวิตที่อธิบายได้ครบ แล้วหา "โดมิโนตัวแรก" สิ่งเดียวในกล่องนั้นที่ถ้าเปลี่ยนแล้ว ลูกโซ่จะคลาย ขั้นนี้ใช้คำถามเล่าเรื่อง "ก่อนเริ่มเป็น ชีวิตเปลี่ยนตรงไหน" "แย่งหลังอะไร" และ "ดีขึ้นหลังอะไร"

สำหรับแพทย์ ขั้นที่ 6 ก็คือการซักประวัติแบบที่เราอยากทำแต่มักไม่มีเวลา การจากไปของภรรยาลงซ้ายเมื่อต้นปี เป็นคำตอบของขั้นที่ 6 ที่อยู่นอกแฟ้มความดัน 7 ปีของลุงมาตลอด เมื่อลุงเดินเส้นกับผู้พาเดิน ต้นทางอยู่ในกล่อง สิ่งทีกินและกล่องจังหวะ คือกับข้าวถุงที่เค็ม มือเย็นที่ตึกและกินหน้าที่วี และวันที่ไม่มีเวลาประจำ เส้นนั้นผ่านพลังชีวิต ไปถึงสมอง

ขั้นที่ 7 รู้ทางแก้สาเหตุ เปลี่ยนในชีวิต 1 ก้าวที่โดมิโนตัวแรก ด้วยการเลิก เลี่ยง หรือเปลี่ยน เขียนเป็นแผน "ถ้า-แล้ว" ที่ผูกกับเวลาหรือเหตุการณ์ที่มีอยู่แล้วในวัน ทดลอง 14 วัน 1 ก้าวเท่านั้น และก้าวนั้นต้องไม่ใช่ยา

ก้าวของลุงช้อยอยู่ที่เวลามือเย็น ลุงเขียนเองว่า "ถ้าถึงห้าโมงครึ่ง แล้วจะหุงข้าวและกินที่โต๊ะ ไม่ใช่หน้าทีวี" สิ่งที่ช่วยของลุงคือไปชมรมผู้สูงอายุที่วัดสัปดาห์ละครั้ง ผมชอบก้าวนี้ เพราะบอกเวลา บอกที่ บอกสิ่งที่มือต้องทำ และลุงเลือกเอง

แผนแบบ "ถ้า-แล้ว" ตรงกับแนวคิดการตั้งใจล่วงหน้าว่าจะลงมือเมื่อไรและอย่างไร (implementation intention) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ 94 งานพบว่าแผนแบบนี้ช่วยให้คนลงมือตามเป้าหมายได้มากขึ้น ด้วยขนาดผลระดับปานกลางถึงสูง ($d = 0.65$) (Gollwitzer และ Sheeran 2006) งานเหล่านี้ไม่ได้ศึกษาวงดูแล แต่รองรับรูปของก้าวที่วงขอให้คนไข้เขียน

ก้าวนี้ไม่ไปสู่การติดตามโดยตรง แต่กลับไปรวมกับทางปรับจากขั้นที่ 3 ในใบแผนใบเดียวกัน วงล่างจึงเพียงเติมส่วน "หยุดเหตุ" ลงในแผนเดิม

สมศูลใหม่ • ถามคำเดียว

เมื่อครบ 7 วันในวงบน หรือ 14 วันในวงล่าง ดูแถบติดตามก่อนว่าทำตามแผนได้ถึงครึ่งของวันหรือไม่ ถ้าไม่ถึง ยังตัดสินใจไม่ได้ ให้อย่าก้าวแล้วเริ่มนับใหม่ ถ้าถึง จึงถามคำเดียวว่าอาการ ① เทียบกับวันแรก ดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง วงบนเดินตามผังจุดแยก ส่วนวงล่างเดินตามตารางนี้

คำตอบในวงล่าง	ทำอย่างไร
หาย และผ่านเกณฑ์คู่	กลับไปที่แกน ดูแลตามธาตุ
เท่าเดิม	ปรับสิ่งที่ช่วย หรือถามเส้นรอง ไม่เพิ่มสิ่งที่ช่วยเป็นสามสี่อย่าง
แย่ลง หรือมีธงแดงใหม่	พบแพทย์ (ทางออกจุดที่ 3)

เกณฑ์คู่หมายถึงอาการ ① ดีขึ้น และลูกโซ่ดีขึ้นด้วย คืออาการในมิติทางผ่านดีขึ้นตาม หรือเหตุที่ต้นทางในกล่องลดลง ถ้าอาการ ① ดีขึ้นแต่ต้นทางยังเหมือนเดิม ยังไม่นับว่าผ่าน ส่วนเส้นรองหมายถึงเส้นที่ระหว่างเดินย้อนตอบได้เพียงว่า "บ้าง" ทุกรอบติดตามทำ 4 อย่างเสมอ เช็กธงแดง ให้คะแนนอาการ ถามกำลังช้า และถ้ามีอาการใหม่ กลับเข้าประตูชั้นที่ 1 โดยไม่ต้องท่ายแผนเดิม

ในวันที่ 14 ลูกซัยบอกว่านอนดีขึ้น ส่วนความดันยังต้องรอดูในนัดหน้า ผมดีใจกับลูก แต่ยังไม่นึกกลับบอกว่าความดันจะลงตาม

ใครทำอะไร

	คนไข้และครอบครัว	อสม. และผู้พาเดิน	แพทย์แผนไทย	แพทย์
แกน	หาธาตุ ถามคนในบ้าน	ช่วยทบทวน "ใช้ฉันทใหม่"	ช่วยดูเมื่อไม่แน่ใจ	อ่าน 1 บรรทัดในแฟ้ม
ชั้น 1	เขียนอาการ ให้คะแนน เช็กธงแดง จดรายการยา	ทวนธงแดงช้า	—	รับทางออกจุดที่ 1 • ดูรายการยา
ชั้น 2-3	ปิดหมุด ตอบกำลังเลือกทางปรับ	ช่วยอ่านข้อชี้ขาด	ตรวจเพิ่มเมื่อหมุดไม่ชัด	อ่านหมุดด้วยภาษาเดียวกับคนไข้ เชื่อมกับสิ่งที่ตรวจพบ
จุดแยก	นับเวลา ถามคำเดียว	ระดับ 2 ถามคำเดียว ติดตามอาการ	—	ตรวจพื้นฐานที่ทางออกจุดที่ 2
ชั้น 5-6	เล่าเรื่อง ชักกล่อง	ระดับ 3 เดินเส้นร่วม มีที่ปรึกษา	คัดกล่อง ■ ตัดสินเมื่อ 2 มิติพอกกัน	คัดกล่อง ■ ภาวะเลียนแบบ ยา
ชั้น 7 และแผน	เขียนก้าว เขียนแผนเอง	ช่วยคัดก้าว จดตามคำบอก	ตำรับยาและเหตุการณ์ในส่วนที่หมอเติม	คำแนะนำที่ไม่ใช้การสั่งยา • ปรับยาในเวชระเบียน
สมศูลใหม่	ตึกแถบ ตอบคำเดียว	ถาม 4 อย่างทุกรอบ	ประเมินซ้ำเมื่อเท่าเดิม	รับทางออกจุดที่ 3

คอลัมน์ที่ 2 มาจากบันได 4 ระดับในบทที่ 12 อสม. ที่ผ่านระดับ 2 ถ้ามคำเดียวและติดตามอาการคนไข้ที่บ้านได้ ในฐานะผู้ช่วยติดตาม ส่วน อสม. ที่ผ่านระดับ 3 พาคนไข้เดินวงล่างได้ โดยมีแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านระดับ 3 เป็นที่ปรึกษา ยาปรากฏเฉพาะในคอลัมน์ของแพทย์ เพราะยาไม่ได้เป็นงานของวง แพทย์มีบทบาททุกแถว แต่ใช้เวลาไม่มาก งานที่ใช้เวลามากอยู่กับคนไข้ ครอบครัว อสม. และผู้พาเดิน

สิ่งที่คุ้น และสิ่งที่ต่าง

ชั้นของวงดูแล	สิ่งที่แพทย์จะเห็นว่าคุ้น	สิ่งที่ต่างจากที่เราทำ
ชั้น 1	red flag screening	คนไข้ทำเองก่อนมาหาเรา และทำทุกรอบ
ชั้น 2	chief complaint	ลงแผนที่ที่ทุกคนอ่านภาษาเดียวกัน
ชั้น 3	lifestyle advice	เลือกจากทิส และทำแค่ 1-2 อย่าง
ชั้น 4	shared care plan	คนไข้เขียน แพทย์มีช่องของตัวเอง ยาอยู่ในรายการแยก
จุดแยก	referral criteria	เป็นเวลาที่คนไข้รับเอง
ชั้น 5	review of systems	5 หน้า ที่รวมใจ ถ้ามหน้าที่ไม่ถาม อวัยวะ
ชั้น 6	history taking · biopsychosocial	หาจุดเปลี่ยนก่อนอาการ และโดมิโนตัวแรก
ชั้น 7	behaviour change · implementation intention	1 ก้าว 14 วัน ถ้า-แล้ว ถ้าไม่ใช่ยา
สมดุลใหม่	follow-up	ตัววัดคือคะแนนของคนไข้ เกณฑ์เขียนล่วงหน้า

ผมคิดว่ามี 2 จุดที่เป็นหัวใจของเล่มนี้ คนไข้เดินเองก่อน และเกณฑ์ลงวงล่างเป็นเวลาที่คนไข้รับเอง 2 จุดนี้อาจทำให้วงดูแลเข้าไปอยู่ในกล่องป้องกันได้ โดยไม่ต้องรอให้แพทย์มีเวลา

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

เปิดแฟ้มคนไข้โรคเรื้อรังที่คุณไม่ได้ 1 คน แล้วอ่านด้วยโครงของวงดูแล ไม่ต้องใช้เครื่องมือใด แค่ถามตัวเอง 7 คำถาม อาการที่รบกวนเขาที่สุดคืออะไร เขาเอียงไปทางไหน กำลังเท่าไร อาการนั้นเสียหน้าที่ใด ชีวิตเปลี่ยนตรงไหนก่อนอาการ สิ่งเดียวที่ถ้าเปลี่ยนแล้วจะคลายคืออะไร และก้าวแรกที่เขาทำได้จริงใน 14 วัน ถ้าเขียนเป็น "ถ้า-แล้ว" จะเขียนว่าอย่างไร

ผมเดาว่าข้อ 5 กับข้อ 6 จะตอบยากที่สุด และก่อนจะลองถามกับคนไข้จริง เราต้องรู้ก่อนว่าตรงไหนห้ามเดินต่อ ซึ่งเป็นเรื่องของบทที่ 8

บทที่ 8 · ความปลอดภัยและขอบเขต

บทที่ควรอ่านก่อนบทอื่น

ถ้าผู้อ่านเป็นแพทย์ ผมเดาว่าคำถามแรกที่เกิดขึ้นเมื่ออ่านชื่อหนังสือเล่มนี้ ไม่ใช่ "มันได้ผลไหม" แต่คือ "มันจะทำให้คนไข้ของผมพลาดอะไรหรือเปล่า" ผมถามคำถามเดียวกันนี้ก่อนจะยอมให้ระบบนี้เข้ามาใกล้คนไข้ของผม และผมคิดว่าควรตอบให้ครบก่อนที่จะเชิญให้ใครลองใช้

หลักที่ครอบทั้งระบบมีข้อเดียว คือ **ไม่แน่ใจ = ส่งต่อ** ทุกจุดที่คนไข้หรือผู้พาเดินอาจตัดสินใจผิด มีทางออกไปหาแพทย์เขียนไว้ชัดเจน เมื่อไม่แน่ใจ ระบบนี้ไม่เคยแนะนำให้ลองดูแลตัวเองไปก่อน

ผมจะเดินตามลำดับที่แพทย์มักกังวล ธงแดงที่อาจหลุด ภาวะเลียนแบบ ยา เส้นแดง 4 เส้นจากบทที่ 5 กฎหมาย และสิ่งที่ยังไม่ได้พิสูจน์

ธงแดงสองชั้น

ทุกเครื่องมือใช้รายการธงแดงชุดเดียว คือรายการธงแดงกลางของเพลินไพร (ตุลาคม 2569) ไม่มีเอกสารใดคัดลอกไปแก้ไข รายการแบ่งสองชั้นตามความเร่ง เพราะสิ่งที่คนไข้และผู้พาเดินต้องตัดสินใจมีเพียง "ต้องไปเดี๋ยวนี้" หรือ "ต้องไปก่อนเริ่มดูแลตัวเอง"

ชั้นที่ 1 · ฉุกเฉิน โทร 1669 ทันที ไม่ดูแลเองต่อ

- หายใจลำบาก หอบ ตัวเขียวคล้ำ
- สติเปลี่ยน สับสน ซึม ปลุกไม่ตื่น
- ปวดเฉียบพลันรุนแรงแบบที่สุดในชีวิต
- บาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกไม่หยุด
- ใช้สูเกิน 39 องศา หรือทารกมีไข้เกิน 38 องศา
- อาการแบบหลอดเลือดสมอง คือหน้าหรือปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ตามัวทันที ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน เวียนจนเดินไม่ได้
- อาการแบบหัวใจขาดเลือด คือเจ็บแน่นหน้าอก รัวไปแขน กราม หลัง เหงื่อแตก ใจสั่นร่วมกับจะเป็นลม
- หมดสติ ชัก หรือเป็นลมโดยไม่รู้สาเหตุ
- อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ ไอเป็นเลือด
- ความคิดทำร้ายตนเองหรืออยากตาย ซึ่งให้โทร 1323 และไม่ปล่อยให้อยู่ลำพัง

ชั้นที่ 2 · พบแพทย์โดยเร็ว ก่อนเริ่มดูแลเอง

- สัญญาณที่อาจเป็นมะเร็ง คือน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ คลำพบก้อน แผลไม่หาย เลือดออกผิดปกติ ไอหรือเสียงแหบเรื้อรัง กลืนลำบาก การขับถ่ายเปลี่ยนต่อเนื่อง
- ซึมเศร้ารุนแรงเกิน 2 สัปดาห์จนใช้ชีวิตไม่ได้ หรืออารมณ์ฉุนเฉียวผิดปกติ
- ใจสั่น เวียน หน้ามืดในผู้สูงอายุ

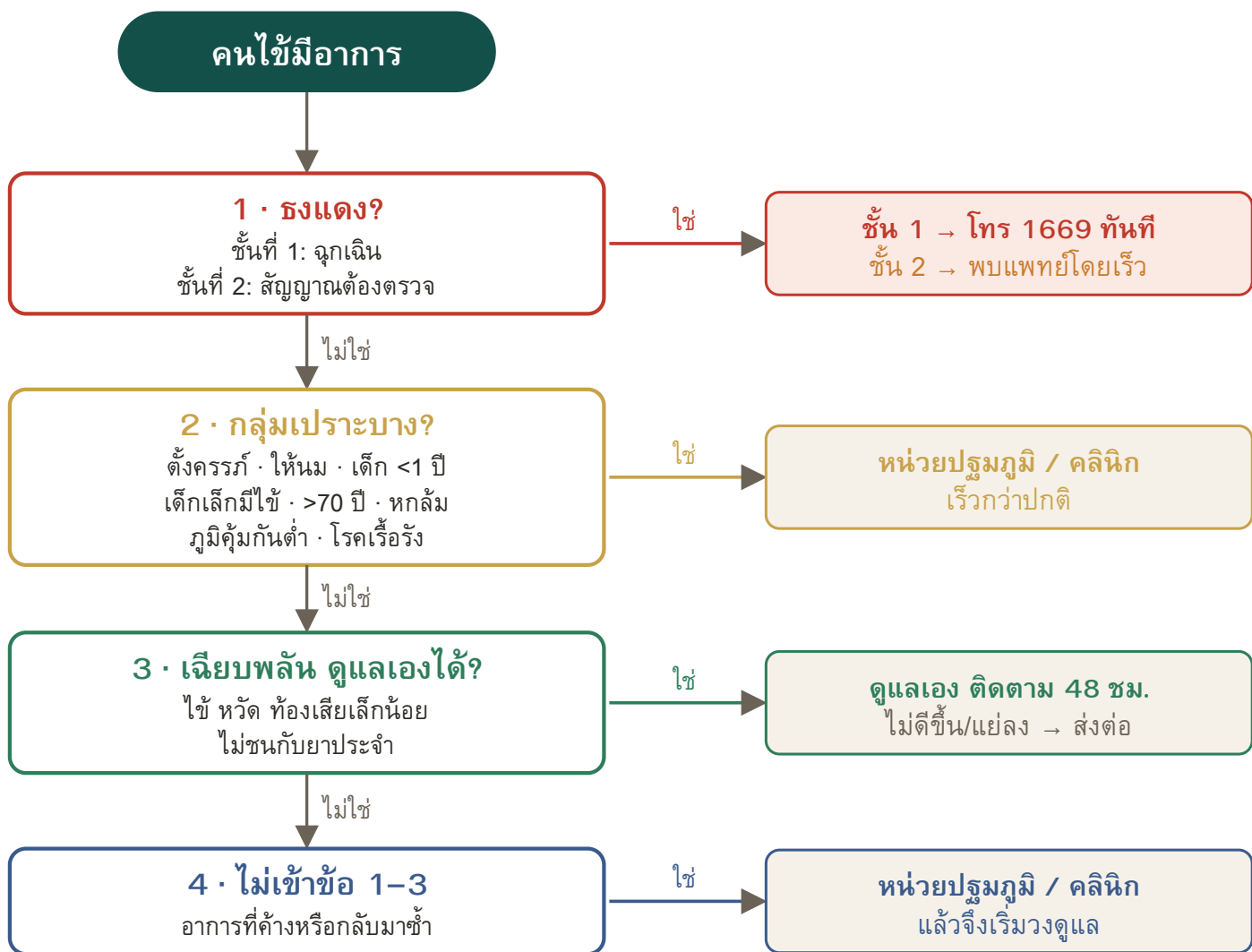
- ใช้หลายวัน
- บวมขาข้างเดียว หรือบวมร่วมกับเหนื่อยนอนราบไม่ได้

แพทย์ที่อ่านรายการนี้จะเห็นว่าไม่มีอะไรใหม่ และผมดีใจถ้าเป็นอย่างนั้น รายการนี้ก็คือการคัดกรองสัญญาณอันตราย (red flag screening) ที่เราทำทุกวัน เขียนให้คนทั่วไปใช้ได้ และวางไว้เป็นขั้นแรกของวงดูแล คนไข้เข้กระดงแดงก่อนปึกหมุดทุกครั้ง และผู้พาเดินต้องผ่านหน่วยรดงแดงก่อนจะพาคนอื่นเดิน

ผั่งส่งต่อ 4 ข้อ และกลุ่มที่ส่งเร็วกว่าปกติ

เมื่อคนไข้มีอาการ ผั่งส่งต่อเดิน 4 ข้อตามลำดับ

1. มีรดงแดงชั้นที่ 1 ข้อใดข้อหนึ่ง ไปโรงพยาบาลทันที . มีรดงแดงชั้นที่ 2 พบแพทย์โดยเร็วก่อนดูแลเอง
2. อยู่ในกลุ่มเปราะบาง ไปหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกเร็วกว่าปกติ กลุ่มนี้คือหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กเล็กที่มีไข้ ผู้สูงอายุเกิน 70 ปี ผู้สูงอายุที่หกล้ม และผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือโรคเรื้อรัง
3. อาการเฉียบพลันที่ดูแลเองได้อย่างปลอดภัย ไม่ชนกับยาที่กินประจำ ดูแลเองและติดตาม 48 ชั่วโมง ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงให้ส่งต่อ
4. ไม่เข้าข้อ 1-3 ไปหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิก



ข้อ 3 (อาการเจ็บพลัน) กับ "การเอียงของธาตุ" เป็นคนละเรื่อง · รายการธงแดงตั้งจากฐานข้อมูลกลางชุดเดียว

ภาพ 8.1 ธงแดงสองชั้นและผังส่งต่อ 4 ข้อ ชั้นแรกของวงดูแลก่อนเปิดเครื่องมืออื่นใด

อาการเจ็บพลันในข้อ 3 กับอาการเอียงของธาตุเป็นคนละเรื่องกัน และใช้เกณฑ์แทนกันไม่ได้ ไข้ หวัด ท้องเสีย ใช้เกณฑ์ 48 ชั่วโมง ส่วนวงดูแลในบทที่ 7 ใช้กับการเอียงที่ค่อยเป็นค่อยไป 7-14 วัน คนไข้ที่มีไข้หรืออ่อนแรงมาก ต้องผ่านผัง 4 ข้อนี้ก่อนเสมอ

ทางออกไปแพทย์ 3 จุดในวงดูแล

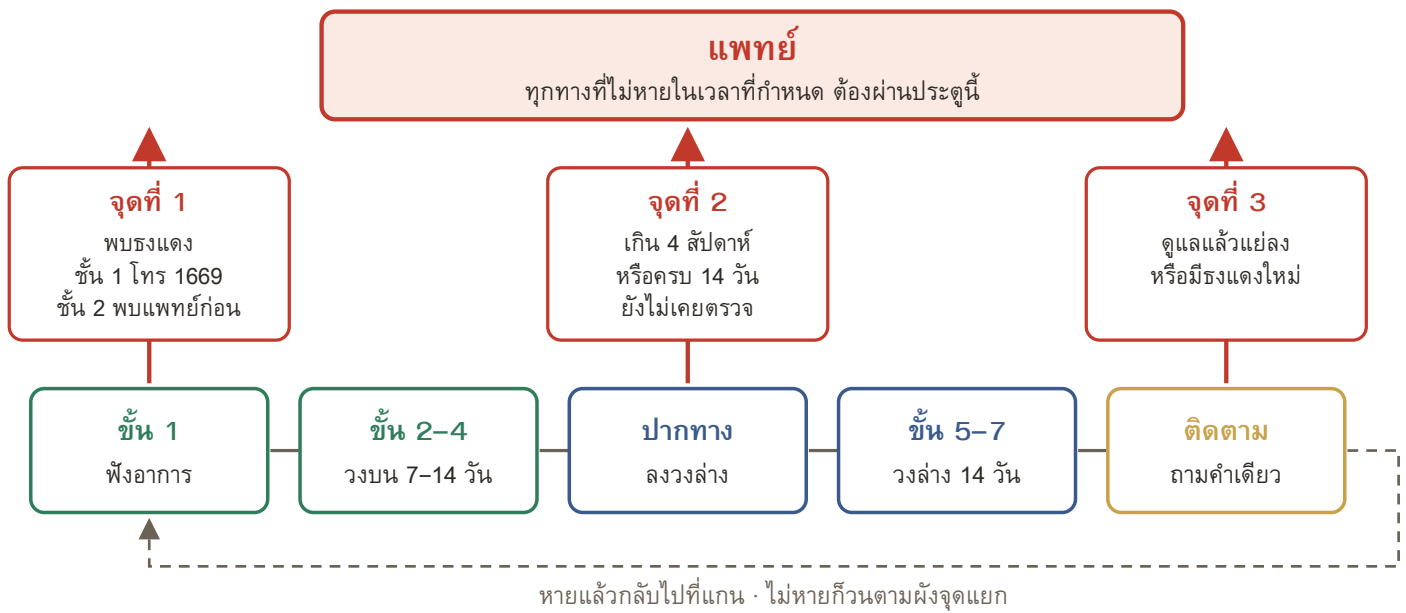
นอกจากผังส่งต่อตอนเริ่ม วงดูแลยังมีประตูออกไปหาแพทย์อีก 3 จุดบนแผนที่ที่คนไข้ถือ

จุดที่ 1 อยู่ที่ชั้นที่ 1 เมื่อเช็คแล้วพบธงแดง

จุดที่ 2 อยู่ที่ปากทางลงวงล่าง เมื่ออาการเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์และยังไม่เคยตรวจ หรือทำวงบนครบ 14 วันแล้วยังไม่หายและยังไม่เคยตรวจ ให้ไปตรวจสุขภาพพื้นฐานกับแพทย์ก่อนที่ใครจะเริ่มหาต้นเหตุในชีวิต ข้อนี้ไม่ใช่ธงแดง แต่เป็นกติกาที่ป้องกันไม่ใหัระบบนี้กลายเป็นที่ซ่อนของโรคที่ควรได้รับการวินิจฉัย สำหรับแพทย์ปฐมภูมิ จุดนี้เป็นรอยต่อที่ชัดที่สุดระหว่างงานของเรากับวงของคนไข้

จุดที่ 3 อยู่ที่ชั้นติดตาม เมื่อดูแลแล้วแย่ลง หรือมีธงแดงใหม่

ผมตั้งใจให้ 3 จุดนี้ปิดทุกทางที่คนไข้อาจเดินไปเรื่อย ๆ โดยไม่ผ่านแพทย์



ภาพ 8.2 ทางออกไปแพทย์ 3 จุดบนทางเดินของคนไข้ ไม่มีเส้นทางใดเดินต่อไปได้โดยไม่ผ่านแพทย์ถ้า อาการไม่หายในเวลาที่กำหนด

ภาวะที่เลียนแบบความผิดปกติ

ข้อนี้เป็นข้อกังวลที่ผมให้น้ำหนักมากที่สุด เพราะภาษาของธาตุอธิบายอาการได้เกือบทุกอย่าง และความยืดหยุ่นนั่นเองที่เป็นอันตราย อ่อนเพลีย ชี้นาว ผิวแห้ง น้ำหนักขึ้น อ่านเป็นหมุดที่เอียงไปทางหนักได้ และอ่านเป็นไทรอยด์ต่ำได้เหมือนกัน

ผมกับทีมจึงตั้งกติกาที่เรียกว่าการคัดก่อนเชื้อเส้น ก่อนจะอธิบายอาการใดด้วยเหตุในชีวิต ต้องคัดภาวะที่เลียนแบบออกก่อน อย่างน้อยได้แก่

- โลหิตจาง
- โรคต่อมไทรอยด์
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
- ภาวะซีมีเศร้า
- ผลข้างเคียงของยา
- อาการเฉพาะที่ เช่น ปวดจุดเดียว ก้อน แผล บวมข้างเดียว ซึ่งอยู่นอกเรื่องของทศบนวงล้อ

ผู้คัดคือแพทย์ ผู้พาเดินไม่มีหน้าที่คัด สิ่งที่คุณพาเดินทำได้คือรู้ว่ามียาการนี้ และส่งคนไข้มาตรวจเมื่ออาการเข้าข่าย ทางออกจุดที่ 2 ทำให้การคัดเกิดขึ้นก่อนที่ใครจะเริ่มเดินเส้นชีวิต

คลังเส้นทางสาเหตุของเพลินไฟร ซึ่งเป็นแหล่งเส้นสมมติฐานที่ผู้พาเดินใช้ แยกเส้น "ห้ามพลาด" ไว้ 3 เส้น หมายถึงเส้นที่ถ้ามองข้ามอาจเป็นอันตราย ได้แก่เส้นของยา เส้นของเชื้อ พิษ และบาดเจ็บ และเส้นของภาวะในร่างกายทั้ง 3 เส้นอยู่ในกล่อง ■ และเมื่อเส้นใดเข้ากล่องนี้ ให้ส่งแพทย์ทุกครั้ง ไม่มีข้อยกเว้น

ยาที่คนไข้กินอยู่

กติกาเรื่องยาแผนปัจจุบันมีข้อเดียว และไม่มีการตีความ **วงดูแลไม่แตะยาที่แพทย์สั่ง** ไม่แนะนำ ไม่ปรับ ไม่หยุด ไม่ว่าในชั้นใดของวง

ยาที่คนไข้กินทุกตัว รวมทั้งสมุนไพรและอาหารเสริม จัดไว้ตั้งแต่ขั้นที่ 1 ในแผ่นแยกชื่อ "รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร" ใบแผนสุขภาพเฉพาะคนไม่มีช่องยาและไม่มีการปรับยา การปรับยบบันทึกลงในเวชระเบียนของแพทย์ ถ้าสงสัยว่าอาการมาจากยา ผู้พาเดินทำได้อย่างเดียว คือชวนคนไข้นำยาทุกตัวไปถามแพทย์ผู้สั่งยาหรือเภสัชกร

ในทางกลับกัน มีสิ่งที่คนไข้ใช้เองโดยไม่บอกเรา ป้าละออบในบทที่ 1 ดื่มน้ำต้มของหมอบ้านแกวบ้านมา 2 เดือน โดยไม่ได้บอกแพทย์ เพราะ "กลัวหมอดุ" รายการยาที่ถือมามีที่ให้จดทุกอย่างที่กินอยู่โดยไม่ตัดสิน เรื่องแบบนี้จึงมีโอกาสถูกพูดออกมา ส่วนคำถามว่าสิ่งที่คนไข้เลือกชดกับยาที่แพทย์ให้หรือไม่ ผู้ตอบคือเภสัชกรหรือแพทย์ผู้สั่งยา ร่วมกับแพทย์แผนไทยในส่วนของสมุนไพร ผู้พาเดินไม่ได้ทำหน้าที่นี้

สำหรับแพทย์ปฐมภูมิ นี่อาจเป็นประโยชน์ที่เห็นเร็วที่สุดของระบบนี้ เราจะได้รู้ว่าคนไข้กินอะไรอยู่จริง ๆ และป้าละออบอาจไม่ต้องเก็บเรื่องยาต้มไว้คนเดียวมานานถึง 2 เดือน

เส้นแดง 4 เส้น ขยายทีละเส้น

ในบทที่ 5 ผมวางเส้นแดง 4 เส้นไว้สั้น ๆ ตรงนี้ขอเล่าว่าในเครื่องมือจริง แต่ละเส้นถูกกันไว้อย่างไร

ไม่อ้างหายขาด วงดูแลไม่สัญญาผลใดล่วงหน้า แต่วัดผลด้วยคำของคนไข้เอง ในวันที่ 7 หรือ 14 คนไข้ตอบคำเดียวว่าอาการ ① ดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง และทุกคำตอบมีทางต่อไปเขียนไว้แล้ว สิ่งที่ผมพูดได้จึงมีแค่ว่าคนไข้จะมีสิ่งที่ลงมือเองได้

ไม่ใช่ความกลัว ของแสดงบนบัตรธาตุเขียนเป็นสิ่งที่ "ควรรู้จักพอ" และข้อความของวงไม่พูดว่าถ้าไม่ทำแล้วจะเกิดโรคร้าย ผมอยากให้คนไข้กลับบ้านพร้อมสิ่งที่ทำได้ 1 อย่าง มากกว่าสิ่งที่ต้องกลัว 1 อย่าง ความกลัวอาจทำให้คนเปลี่ยนได้ในวันแรก แต่ผมไม่เชื่อว่าความกลัวพาคนเดินได้นาน

ไม่ปฏิเสธยาที่จำเป็น เส้นนี้ถูกกันไว้หลายชั้น ใบแผนไม่มีช่องยา จึงไม่มีที่ให้ใครเขียนว่าหยุดหรือลดยา ยาที่กินประจำอยู่ในกล่อง ๗ และทุกเอกสารมีข้อความเดียวกันว่ายาที่แพทย์สั่ง ไม่หยุด ไม่ลด ไม่ปรับเอง

ไม่ใช่ธาตุเป็นดวง ธาตุหาจากแบบคัดกรองเรื่องราวร่างกายและนิสัยตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่วันเกิด และไม่ทำนายอนาคต ธาตุไม่ถูกใช้เป็นคำตอบของอาการใหม่หรืออาการแรง คนไข้ที่เพิ่งเจ็บแน่นหน้าอก จะเป็นธาตุอะไรก็ต้องเช็คธงแดงก่อน และในขั้นที่ 6 คำอธิบายว่า "เพราะเป็นธาตุลม" ไม่นับเป็นต้นทาง เพราะต้นทางต้องอยู่ในกล่องชีวิต

ขอบเขตตามกฎหมาย

เรื่องนี้ผมขอใช้ถ้อยคำของกฎหมายเอง

พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 นิยาม "การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย" ไว้ในมาตรา 3 ว่าหมายถึงการประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัด การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย และมาตรา

31 ห้ามผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยกระทำการประกอบวิชาชีพดังกล่าว โดยมีข้อยกเว้นสำคัญ เช่น การกระทำต่อตนเอง การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามหน้าที่ ตามกฎหมาย ตามหลักมนุษยธรรม หรือตามธรรมจรรยา โดยมีได้รับประโยชน์ตอบแทน และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด ผู้ฝ่าฝืนมีโทษตามมาตรา 53 คือจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

นิยามนี้กว้างมาก มันครอบคลุมการ "แนะนำ" และ "ส่งเสริม" ด้วย ไม่ใช่แค่การรักษา นั่นหมายความว่าระบบใดที่ส่งความรู้ส่วนหน้าบ้านให้ประชาชน ต้องขีดเส้นให้ชัดเจนมาก ว่าคนที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทำอะไรได้บ้าง

เพลินไพรขีดเส้นไว้ดังนี้ ผู้พาเดินและผู้ส่งต่อความรู้ในชุมชน ซึ่งเป็นประชาชนที่ผ่านการอบรม ทำได้เพียง **อธิบายเครื่องมือ ขนถาม ขนคิด และช่วยบันทึก** และไม่ทำ 5 อย่าง คือ ไม่ตรวจ ไม่วินิจฉัย ไม่ระบุชื่อโรค ไม่แนะนำหรือปรับยา และไม่ทำหัตถการแทนหมอ การดูแลตัวเองของคนไข้ที่อยู่ในข้อยกเว้นเรื่องการกระทำต่อตนเอง การช่วยคนในครอบครัวอยู่ในข้อยกเว้นเรื่องการช่วยเหลือโดยไม่รับประโยชน์ตอบแทน ส่วนการตรวจ วินิจฉัย และรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เป็นงานของผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้น

ผมขอพูดตรง ๆ ว่าเส้นนี้ยังต้องถูกทดสอบ ภาษาของกฎหมายกับภาษาของการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่ได้ทับกันพอดี คำว่า "ขนคิด" กับ "แนะนำ" ห่างกันแค่ไหนในสายตากฎหมาย ยังไม่มีใครตอบได้แน่นอน เพลินไพรเลือกเดินในพื้นที่ที่ชัดที่สุด คือให้คนไข้เป็นผู้ตัดสินใจเองทุกขั้น ผู้พาเดินไม่บอกว่าควรทำอะไร แต่ชวนให้คนไข้เห็นทางเลือกและเลือกเอง และส่งต่อหมอทันทีเมื่อเรื่องใดต้องใช้การตรวจ

อีกคำถามหนึ่งที่ยังไม่มีคำตอบชัด คือคำป่วยการที่ อสม. ได้รับจากรัฐเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ จะนับเป็น "ประโยชน์ตอบแทน" ตามมาตรานี้หรือไม่ ผมยังไม่พบคำวินิจฉัยในเรื่องนี้ จึงวางงานของ อสม. ทุกคนไว้ในเส้นเดียวกับผู้พาเดิน คือให้ความรู้และช่วยบันทึก ซึ่งอยู่นอกการตรวจ วินิจฉัย และรักษาตั้งแต่ต้น

สิ่งที่ผู้พาเดินทำได้ และทำไม่ได้ ในหนึ่งตาราง

ทำได้	ทำไม่ได้
อธิบายว่าวงล้อ 5 มิติ และกล่องชีวิตคืออะไร	บอกว่าคนไข้เป็นโรคอะไร
ชวนคนไข้เช็กธงแดง และส่งต่อเมื่อพบ	ตัดสินใจว่าอาการนั้น "ไม่น่าเป็นอะไร"
ชวนถามว่าอาการเริ่มหลังอะไร ดีขึ้นหลังอะไร	ตรวจร่างกายทุกรูปแบบ
จดตามคำบอกของคนไข้ลงใบแผน เช่น ผู้สูงอายุที่เขียนไม่คล่อง	เขียนแผนแทนคนไข้ โดยคิดก่าวให้เอง
ชวนให้เห็นทางเลือกของก่าวหยุดเหตุ แล้วให้คนไข้เลือกเอง	บอกว่าให้หยุด ปรับ หรือเริ่มยาใด รวมทั้งสมุนไพร
ชวนคนไข้นำรายการยาที่กินอยู่ไปถามแพทย์หรือเภสัชกร	ให้ความเห็นว่ายานั้นดีหรือไม่ดี
เดินไปกับคนไข้ในขั้นที่ไม่ต้องใช้การตรวจ	ทำหัตถการ นวด ประคบ อบ ให้คนไข้

จดตามคำบอกกับเขียนแทนต่างกันที่ว่าใครเป็นคนเลือก ถ้าคนไข้เลือกก่าวและบอกคำเอง ผู้พาเดินจดให้ได้ แต่ถ้าผู้พาเดินคิดก่าวแล้วเขียนลงไปเอง นั่นคือการเขียนแทน

สิ่งที่ระบบนี้ยังไม่ได้พิสูจน์

ผมวางรายการนี้ไว้ในบทความด้วยความปลอดภัย เพราะการรู้ว่าอะไรยังไม่ได้พิสูจน์ก็เป็นความปลอดภัยอย่างหนึ่ง เครื่องมือในเล่มนี้ต่อยอดจากหลักแผนไทย ได้แก่ธาตุ สมุฏฐาน มูลเหตุแห่งโรค รสยา และของแสลง ส่วนการจัดระบบเป็นวงล้อ 5 มิติ กล่องชีวิต และวงดูแล เป็นของเพลินไพร

สิ่งที่ป็นข้อสังเกตจากการใช้งานของเพลินไพร และยังไม่ได้ศึกษาเชิงวิจัย

- กฎโคมินตัวแรก ที่ว่าต้นทางของอาการเรื้อรังมักอยู่ในกล่องชีวิต และมักห่างจากอาการหนึ่งถึง 3 ช่วง
- เกณฑ์เวลา 7 วัน 14 วัน และ 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นตัวเลขกลางที่ตั้งไว้ให้ใช้อย่าง
- แบบคัดกรองธาตุประจำตัว 21 ข้อ ซึ่งยังไม่ได้ศึกษาความตรง
- ป้ายฤทธิ์ หรือป้ายที่บอกว่าวิธีดูแลแต่ละวิธีใน 32 ศาสตร์การเยียวยาออกฤทธิ์ที่มิติใด ซึ่งเป็นการจัดของเพลินไพร

สิ่งที่หลักฐานต่างประเทศสนับสนุนในหลักการ แต่ยังไม่ได้ทดสอบกับระบบนี้โดยตรง

- การให้คำอธิบายที่เชื่อมอาการกับชีวิต โดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกเฉพาะ ช่วยลดอาการทางกายที่หาสาเหตุไม่พบได้ คะแนนอาการ PHQ-15 ลดลง 1.82 ที่ 52 สัปดาห์ (Burton และคณะ 2024)
- การวัดความดันที่บ้านได้ผลเมื่อผูกกับการลงมือ แต่การลงมือในงานนั้นส่วนใหญ่เป็นการปรับยาอย่างเป็นระบบโดยแพทย์ เภสัชกร หรือคนไข้เอง ส่วนการลงมือแบบไม่ใช่ว่าอย่างที่ว่าดูแลเสนอ ยังไม่ได้ทดสอบ (Tucker และคณะ 2017)

ผมจะกลับมาที่รายการนี้ในบทสุดท้าย พร้อมข้อเสนอว่าจะพิสูจน์อย่างไร

รายการตรวจสอบสำหรับหน่วยที่จะนำไปใช้

ก่อนหน่วยปฐมภูมิจะเริ่มใช้ระบบนี้ ผมเสนอให้ตอบ 7 ข้อนี้ให้ได้ก่อน

1. ทุกคนในทีม รวมทั้ง อสม. ที่เกี่ยวข้อง ท่องธงแดงขั้นที่ 1 ได้ครบ และรู้เบอร์ 1669 กับ 1323
2. มีแพทย์ที่รับผิดชอบทางออก 3 จุด และรู้ว่าคนไข้ที่มาถึงจุดเหล่านั้นจะได้พบใครภายในกี่วัน
3. มีเภสัชกรหรือแพทย์ผู้สั่งยาที่ตอบเรื่องสมุนไพรกับยาได้ ร่วมกับแพทย์แผนไทยในส่วนของสมุนไพร
4. ผู้พาเดินทุกคนผ่านหน่วยธงแดงและการส่งต่อก่อนพาคนอื่นเดิน และมีที่ปรึกษาที่ผ่านระดับ 3 คือแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข
5. รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกรแยกจากใบแผน ใบแผนไม่มีชื่อยา และทุกใบมีข้อความว่าไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา
6. มีวิธีบันทึกว่าธงแดงที่หลุดเกิดขึ้นกี่ครั้ง และตั้งเป้าไว้ที่ศูนย์
7. ถ้อยคำเรื่องขอบเขตของผู้พาเดินผ่านการอ่านของผู้รู้กฎหมายแล้ว

สิ่งที่ทำได้พรุ่งนี้

วางรายการตรงแดง 2 ชั้นในบ่อนี้เทียบกับแนวทางคัดกรองที่หน่วยของเราใช้อยู่ แล้วดูว่ามีข้อไหนที่ของเรามีแต่รายการนี้ไม่มี หรือรายการนี้มีแต่ของเราไม่มี ถ้าพบ ผมอยากรู้ เพราะรายการนี้ยังเติบโตได้ และควรเติบโตจากห้องตรวจจริง

เมื่อรู้แล้วว่าตรงไหนห้ามเดินต่อ บทที่ 9 จะพาไปดูแลออกไปใช้จริง เริ่มจากกล่องส่งเสริมในงานชุมชน

ภาค 3 · ใช้จริงในงานปฐมภูมิ

สี่บทนี้คือคู่มือ เดินทีละกล่อง บทที่ 9 กล่องส่งเสริมที่เริ่มได้สัปดาห์หน้า บทที่ 10 กล่องป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรัง และห้องตรวจ บทที่ 11 กล่องรักษาพื้นฟูกับคนไข้ที่กลับมาซ้ำ และบทที่ 12 ตอบคำถามว่าเอาคนที่ไหนมาทำ



บทที่ 9 • กล้องส่องเสริมสุขภาพ • ธาตุประจำตัวในงานชุมชน

คำถามที่ศาลาวัด

เช้าวันประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุที่ศาลาวัด ป้าคนหนึ่งยกมือถามทีมของหน่วยปฐมภูมิว่า "ทำไมตาบ้านฉันกินเผ็ดได้ทุกมื้อไม่เห็นเป็นอะไร แต่ฉันกินนิดเดียวก็ท้องอืดทั้งคืน"

ผมชอบคำถามนี้ เพราะการบรรยายเรื่องอาหารชุดเดียวกันให้ทุกคนฟัง อย่างที่เราทำกันอยู่ ตอบคำถามนี้ไม่ได้ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ถูกทุกข้อ แต่ไม่มีข้อไหนบอกป้าว่าทำไมร่างกายของป้ากับของสามีตอบสนองต่ออาหารจานเดียวกันไม่เหมือนกัน ผมเชื่อว่างานส่งเสริมสุขภาพที่คนน่าจะกลับไปใช้ได้ ต้องเริ่มจากคำถามว่า "คนนี้เป็นคนแบบไหน" และเครื่องมือที่ตอบคำถามนั้นได้ง่ายที่สุดที่ผมรู้จักคือธาตุประจำตัว

ภาคที่ 3 เริ่มที่กล้องนี้ เพราะเครื่องมือของกล้องส่องเสริมไม่ตะเยาะ ไม่ตะการวินิจฉัย และแทรกเข้าไปในงานที่หน่วยปฐมภูมิทำอยู่แล้วได้ ส่วนป้าที่ถามคำถามนั้น ผมจะเรียกท่านว่าป้าสมใจ และจะเล่าต่อท้ายบทความคำถามของป้าพาป้าไปไกลแค่ไหน

สถานีรู้ธาตุครึ่งวัน

หน่วยที่เล็กที่สุดของกล้องนี้เป็นกิจกรรมครึ่งวันชื่อ "สถานีรู้ธาตุ" ใช้เวลาราว 3 ชั่วโมง จัดได้ที่ รพ.สต. ศาลาวัด โรงเรียน หรือที่ทำการชุมชน ผู้เข้าร่วมกลับบ้านพร้อมบัตรใบเดียวที่บอกว่าตัวเองเป็นคนธาตุอะไร ควรดูแลตัวเองไปทางไหน และอะไรที่ควรรู้จักพอ สถานีนี้เท่าที่ระดับ 1 ของบันไดชุมชนรู้ธาตุ และทุกครั้งเริ่มด้วยการสอนธงแดง ซึ่งผมเล่าไว้ในหัวข้อขอบเขตท้ายบท

ผู้สอนให้รู้จัก 3 ธาตุหลักก่อน คือลม ไฟ น้ำ ผ่านคนที่ทุกคนนึกออก คนที่ตัวเล็ก ผิวแห้ง คิดเร็ว นอนยาก คนที่ตัวอ้วน ผิวแล้วหงุดหงิด เป็นสิ่วง่าย และคนที่ตัวใหญ่ ผิวชุ่ม อดทน หลับง่าย เมื่อเห็น 3 แบบนี้ชัดแล้ว ผู้เข้าร่วมจึงดูว่าตัวเองผสมแบบไหน ตามลำดับนี้

1. ทำแบบคัดกรองธาตุ 21 ข้อ ที่ถามลักษณะที่เป็นมาตั้งแต่เด็ก 3 หมวด
2. ทบทวนคำตอบของตัวเอง
3. ตอบคำถามว่า "ใช้ฉันไหม"
4. ถามคนในบ้านหรือคนที่มาด้วยกัน
5. ถ้ายังไม่ลงตัว นัดคุยกับผู้พาเดินหรือแพทย์แผนไทย

คนที่ตอบว่าไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ไม่ต้องฝืน ให้ถือว่ายังไม่รู้ธาตุ แบบคัดกรองนี้ยังไม่ได้ศึกษาความตรงเชิงวิจัย ผมจึงมองว่าเป็นเครื่องมือเริ่มต้นที่คนทบทวนเองได้ มากกว่าการทดสอบที่ให้ผลตายตัว ชั้น "ใช้ฉันไหม" กับการถามคนในบ้านจึงเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือ ไม่ใช่ของแถม

บัตรที่ได้กลับไปมี 2 ด้าน ด้านหน้าบอกธาตุประจำตัว ตำแหน่ง X บนวงล้อ และทางปรับหลักประจำธาตุ 1-2 อย่างที่ทำทุกวันในระดับอ่อน ด้านหลังบอกของแสลงที่ควรรู้จักพอ และเช็กลิสต์ประจำวันที่ผมกับทีมเรียกว่าฐานชีวิต 7 ได้แก่ นอน พัก หายใจ ใจ รับเข้า น้ำ ขยับ ฐานชีวิต 7 ส่วนใหญ่มาจากมูลเหตุ 8 ประการในคัมภีร์แผนไทย และเพลินไพรเดิมฐานหายใจและฐานพัก แล้วจัดให้เป็นกิจวัตรที่ติดได้ทุกวัน

ปฏิทินของร่างกาย

บัตรธาตุยังช่วยให้เห็นว่าร่างกายไม่ได้อยู่นิ่ง มีกระแส 3 อย่างซ้อนอยู่บนธาตุประจำตัว ได้แก่ เวลาของวัน ฤดู และวัย กระแสเหล่านี้ไม่เปลี่ยนธาตุ แต่ดันให้เอียงไปทางธาตุของช่วงนั้น

ผมกับทีมใช้ 3 ฤดูโดยประมาณเป็นเดือน ฤดูร้อนมีนาคมถึงพฤษภาคมเป็นช่วงไฟ ฤดูฝนมิถุนายนถึงตุลาคมเป็นช่วงลม ฤดูหนาวพฤศจิกายนถึงกุมภาพันธ์เป็นช่วงน้ำ คนธาตุไฟในฤดูร้อน คนธาตุลมในฤดูฝน และคนธาตุน้ำในฤดูหนาว ควรดูแลตัวเองล่วงหน้า เพราะกระแสชี้นำทางเดียวกับธาตุของตัวเอง ส่วนวัย คัมภีร์นับช่วงหลังอายุ 32 ปีเป็นวัยลม ยิ่งอายุมาก กระแสลมยิ่งแรง ผู้สูงวัยจึงค่อย ๆ เพิ่มการดูแลแบบแก้ลมตามอายุ ไปทางอุ่น ชุ่ม นุ่ม และเป็นเวลา แม้ธาตุประจำตัวจะไม่ใช้ลม โดยไม่ดันจนเลยกลางวงไปอีกฝั่ง

ผมกับทีมเติมหลักหนึ่งจากชีวิตของคนยุคนี้ คือให้ดูพลังงานที่ร่างกายถูกกระทบจริงมากกว่าชื่อฤดู คนที่นั่งห้องแอร์ทั้งวันในฤดูร้อน ตากฝนแล้วเข้าห้องเย็นทันที หรือบินไปประเทศหนาวกลางเดือนเมษายน กำลังรับพลังงานคนละอย่างกับที่ชื่อฤดูบอก เมื่อสลับไปมาบ่อยหรือแรง สิ่งนั้นก็ขยับจากกรอบมาเป็นเหตุในกล่องอากาศและที่อยู่ ในห้องตรวจ ผมใช้หลักนี้กับคนไข้ที่มาด้วย "เป็นหวัดบ่อยตั้งแต่ย้ายมาทำงานออฟฟิศ" หรือ "ปวดข้อมากขึ้นหน้าฝน" ได้โดยไม่ต้องเอ่ยคำว่าธาตุ เพียงถามว่า "ช่วงที่เริ่มเป็น วันหนึ่งตัวเราอยู่ที่ร้อน เย็น ชื้น หรือลมแรง นานแค่ไหน และสลับกันบ่อยไหม"

กรอบครัวในแผ่นเดียว

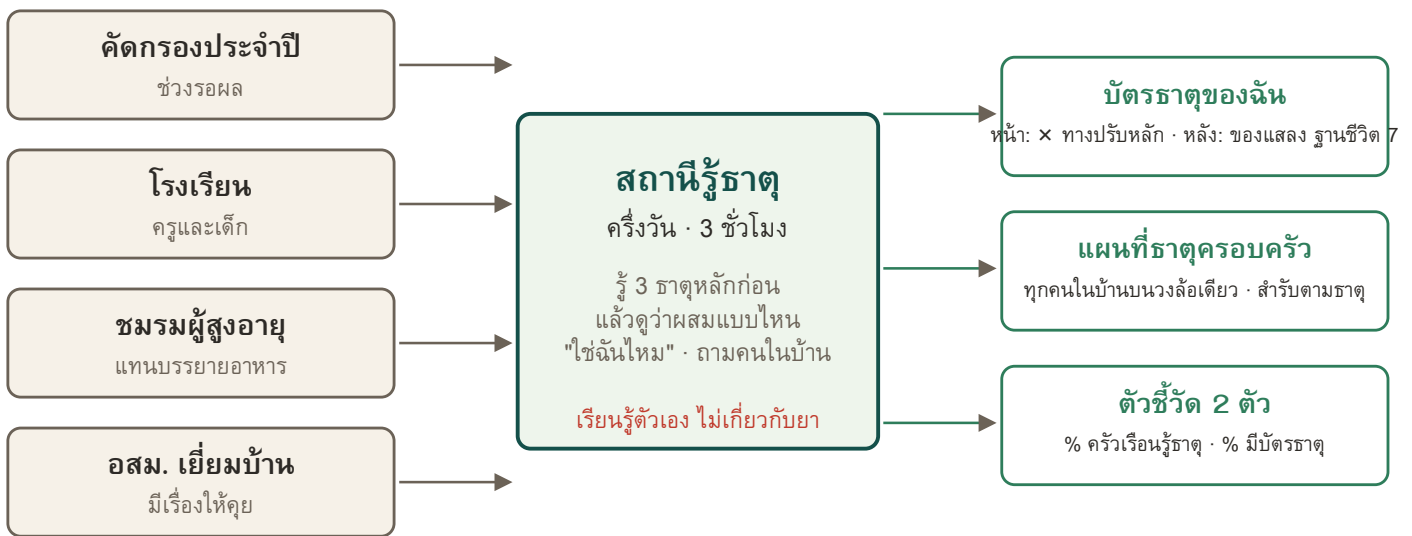
ธาตุประจำตัวเป็นเรื่องของคนหนึ่งคน แต่สุขภาพเกิดขึ้นในบ้าน เครื่องมือขึ้นถัดไปจึงเป็นแผนที่ธาตุครอบครัว แผ่นเดียวที่วาง X ของทุกคนในบ้านไว้บนวงล้อเดียวกัน

แผ่นนี้ช่วยอธิบายความขัดแย้งเล็ก ๆ ในบ้าน ทำไมแม่ชี้หนวดแต่ลูกเปิดแอร์ 23 องศา ทำไมพ่อกินเผ็ดแล้วสบายแต่ยายกินแล้วปวดท้อง คนในบ้านเดียวกันไม่ได้คือ เขาต้องการทางปรับคนละทิศ และหลักตรงข้ามคือทางปรับใช้ข้ามคนในบ้านได้ ลูกธาตุไฟที่ซี้ร้อนปรุงสำหรับอุ่นให้แม่ธาตุลมได้ เพราะเข้าใจว่าแม่ต้องการสิ่งที่ตัวเองไม่ต้องการ

ต่อจากแผ่นนี้มีเครื่องมือชื่อ "สํารับตามธาตุ" ปรุงกับข้าวหม้อเดียว แล้วแยกเครื่องปรุงหรือเครื่องเคียงให้เข้าธาตุแต่ละคน ผมชอบตรงที่ไม่ได้บอกให้ใครเลิกกินอะไร เพียงบอกว่าใครควรเติมอะไร

กรอบครัวในเล่มนี้แบ่งเป็น 4 ช่วงวัยตามบทบาทในบ้าน ได้แก่ เด็ก วัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ เด็กดูแลแบบกันسمหะ ลดหวานจัดเย็นจัด ใช้เพียงอาหารปกติ การนอน และการขยับ ไม่ใช่สมุนไพรหรือการนวดเอง วัยทำงานมักแบกการดูแลทั้งบ้าน จึงต้องมีบัตรธาตุของตัวเองด้วย เพราะคนที่ดูแลคนอื่นมักเอียงก่อนใคร ส่วนผู้สูงอายุ ก้าวยิ่งเล็กลง และยาที่กินประจำหลายตัวต้องเป็นสิ่งที่เช็กก่อนทุกอย่าง

ผูกกับงานที่มีอยู่แล้ว



ใช้กิจกรรม 4 อย่างที่หน่วยทำอยู่แล้ว · เริ่มด้วยตรงแดงทุกครั้ง · จุกเงินโทร 1669 · สายด่วนสุขภาพจิต 1323

ภาพ 9.1 สถานีรัฐธาตุแทรกในกิจกรรม 4 อย่างที่หน่วยปฐมภูมิทำอยู่แล้ว และสิ่งที่ได้กลับไป

กลองนี้เริ่มได้เร็วเพราะไม่ต้องตั้งโครงการใหม่ หน่วยปฐมภูมิเกือบทุกแห่งมีกิจกรรมที่สถานีรัฐธาตุแทรกเข้าไปได้

- **การคัดกรองสุขภาพประจำปี** คนที่มาวัดความดัน เจาะน้ำตาล วัดรอบเอว ต้องนั่งรอผลอยู่แล้ว ช่วงนั้นพอดีกับการทำแบบคัดกรองธาตุ และคนที่ "ผลปกติ" ซึ่งเคยกลับบ้านมือเปล่า จะได้บัตรที่เป็นของเขากลับไปด้วย
- **โรงเรียน** ครูที่รู้จักธาตุจะเห็นว่าเด็กแต่ละคนต่างกันโดยธรรมชาติ บางคนขี้ร้อน บางคนขี้หนาว บางคนหิวบ่อย และดูแลในห้องเรียนให้เข้ากับเด็กได้ แต่ธาตุไม่ใช่อธิบายพฤติกรรม สมาธิ หรือการเรียนรู้ ถ้าครูสงสัยเรื่องเหล่านี้ให้ส่งประเมินพัฒนาการตามช่องทางปกติ ส่วนเด็กที่รู้ธาตุของยาย อาจเป็นคนส่งความรู้กลับบ้านได้ดีที่สุด
- **ชมรมผู้สูงอายุ** ผมคาดว่าที่นี่จะเห็นผลเร็ว เพราะผู้สูงอายุรู้จักร่างกายตัวเองมาก และหลายคนจะขึ้นบันไดต่อไปเป็นผู้พาเดินของชุมชน
- **การเยี่ยมบ้านของ อสม.** เมื่อ อสม. ถือแผนที่ธาตุครอบครัวของบ้านที่ดูแล การเยี่ยมบ้านมีโอกาสเปลี่ยนจากการวัดและบันทึกเป็นการคุย เพราะมีเรื่องให้คุย

ตัวเลขจำลองของบันได

ผมกับทีมใช้ตัวเลขจำลองชุดหนึ่งช่วยวางแผน จากคน 100 คนที่มาสถานี สมมติว่าราว 60 คนรู้ธาตุและถือบัตรกลับไป 25 คนเดินต่อไประดับ 2 คือดูแลตัวเองตามวงบนได้ 15 คนไประดับ 3 คือรู้ต้นเหตุและเริ่มพาคนอื่นเดิน และ 5 คนไปถึงระดับ 4 เป็นผู้ส่งต่อความรู้ในชุมชน

60

ระดับ 1 ผู้รู้ธาตุ

25

ระดับ 2 ผู้รู้สมดุล

15

ระดับ 3 ผู้รู้ต้นเหตุ · ผู้พาเดิน

5

ระดับ 4 ผู้ส่งต่อความรู้

ตัวเลขจำลองต่อผู้มาศธานี 100 คน · ยังไม่มีข้อมูลจริง · มีไว้เพื่อวางแผนและจะแก้เมื่อรุ่นแรกจบ

ภาพ 9.2 ตัวเลขจำลองของบันไดชุมชนรู้ธาตุ ต่อผู้มาศธานี 100 คน (ยังไม่ใช่ข้อมูลจริง)

ตัวเลขจำลองชุดนี้ยังไม่มีข้อมูลจริงรองรับ มีไว้ให้ทีมเห็นว่าต้องเตรียมคนและเวลาแค่ไหน และตั้งใจให้ถูกแก้เมื่อรุ่นแรกจบ ส่วนตัวเลขที่ผมอยากให้หน่วยเก็บจริงตั้งแต่วันแรกมีเพียง 2 ตัว สัดส่วนครัวเรือนในเขตรับผิดชอบที่รู้ธาตุของสมาชิก และสัดส่วนประชากรที่มีบัตรธาตุ ทั้งสองวัดง่าย ไม่ต้องใช้เวลาแพทย์ และบอกได้ว่ากล่องส่งเสริมเริ่มมีเครื่องมืออยู่ในมือคนแล้วหรือยัง

คนที่ชมรมผู้สูงอายุ

ปีนี้ทีมของหน่วยปฐมภูมิจัดสถานีรู้ธาตุที่ชมรมของป่าสมใจ แทนการบรรยายเรื่องอาหารที่เคยจัดทุกปี ผู้สูงอายุราว 40 คนเข้าร่วม หลายคนบอกธาตุของตัวเองได้ตั้งแต่ช่วงโม่งแรก ทีมแปลกใจไม่น้อย เพราะพวกท่านรู้จักร่างกายตัวเองดีกว่าที่ทีมคิด

ป่าสมใจเป็นธาตุลม น้ำ ชี้นาว ท้องอืดง่าย นอนไม่ค่อยหลับ ได้บัตรกลับไปแล้วไม่ได้ดูแลแค่ตัวเอง ป้าเอววงล้อไปวางธาตุของสามีและลูกสาวที่อยู่บ้านเดียวกัน แล้วกลับมาในเดือนถัดมาพร้อมคำถามที่ผมเล่าไว้ตอนต้นบท ทีมมองคำถามนั้นเป็นสัญญาณว่าป้าพร้อมจะขึ้นบันได

ป้าเรียนระดับ 2 แล้วเดินวงบนกับตัวเองอยู่ 3 เดือน ทุกครั้งที่ท้องอืดกลับมา ป้าปึกหมุดเอง ซึ่งมักตกที่เย็น เลือกทางปรับเอง และถามตัวเองในวันที่ 7 จนอ่านร่างกายตัวเองได้คล่อง จากนั้นจึงเรียนระดับ 3 ซึ่งหน่วยแรกคือธงแดงสองชั้นและทางออกไปแพทย์ ทุกวันนี้ป้าพาสมาชิกชมรมเดินวงล่าง โดยมีพยาบาลของหน่วยเป็นที่ปรึกษา

ผมดีใจกับเรื่องของป้าตรงที่ป้าไม่รีบ ความเข้าใจผิดที่พบบ่อยบนบันไดนี้คือการข้ามระดับ 2 ไปพาคนอื่นเดินทันทีที่สนใจ ป้าเดินวงบนกับตัวเองจนคุ้นก่อน และผมหวังว่าทีมที่จัดสถานีจะช่วยรักษาจังหวะแบบนี้ไว้

ขอบเขตของกล่องนี้

กล่องส่งเสริมใช้ได้กับทุกคน แต่มี 2 เรื่องที่ผมอยากให้ทีมระวัง

เรื่องแรก ธาตุประจำตัวไม่ใช่อธิบายอาการใหม่หรืออาการแรง คนที่มาสถานีแล้วบอกว่าช่วงนี้ น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ มีธงแดงชั้นที่ 2 ที่ต้องพบแพทย์ สถานีรู้ธาตุทุกครั้งจึงเริ่มด้วยการสอนธงแดงทั้งสองชั้นครบทุกข้อตามบทที่ 8 และภาคผนวก ก โดยไม่ย่อและไม่เปลี่ยนคำ พร้อมให้ทุกคนจดเบอร์ 1669 สำหรับเหตุฉุกเฉิน และ 1323

สำหรับความคิดทำร้ายตนเองหรืออยากตาย ก่อนพูดเรื่องธาตุคำแรก

เรื่องที่ 2 คำแนะนำเรื่องอาหารและกิจวัตรสำหรับผู้มีโรคประจำตัวอย่างเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ ต้องไม่ขัดกับคำแนะนำของแพทย์ คำแนะนำของวัยลมที่ให้เพิ่มอาหารมันและอุ่น ใช้แทนที่ไม่ได้กับคนที่แพทย์สั่งจำกัดไขมัน และคนที่แพทย์สั่งจำกัดน้ำห้ามเพิ่มน้ำเองจากเช็กलिस्ट บัตรธาตุจึงมีบรรทัดหนึ่งที่บอกว่าถ้ามีโรคประจำตัว ให้ปรึกษาแพทย์ก่อนเปลี่ยนอาหารมาก

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

เปิดปฏิทินกิจกรรมของหน่วยในเดือนหน้า หากการคัดกรองประจำปีหรือการประชุมชมรมผู้สูงอายุสักครั้ง แล้วจองเวลา 3 ชั่วโมงในกิจกรรมนั้นให้สถานีธาตุ จากนั้นคุยในทีมว่าใครจะเป็นผู้สอน ผู้สอนควรเป็นแพทย์แผนไทยของหน่วยหรือผู้ที่ผ่านการอบรมผู้สอนแล้ว เพราะแบบคัดกรองมีวิธีอ่านที่ต้องเรียน และตรงแดงต้องสอนให้ครบ ถ้ายังไม่มีใคร ให้ชวนแพทย์แผนไทยมาเป็นพี่เลี้ยงในรอบแรก กิจกรรมนี้ไม่ต้องตั้งงบประมาณ

สิ่งที่ต้องเตรียมได้แก่ แบบคัดกรองธาตุและบัตรธาตุจากชุดใบงานของเพลินไพร (ดูภาคผนวก ค) กับวงล้อแผ่นใหญ่ 1 แผ่นสำหรับวางธาตุของทุกคนที่มาในวันนั้น ซึ่งจะกลายเป็นแผนที่ธาตุของชุมชนแผ่นแรก

คนที่ถือบัตรกลับบ้านในวันนั้น บางคนจะเริ่มเอียงในเดือนถัดไป และบทที่ 10 คือที่ที่เขาจะได้ใช้วงบน

บทที่ 10 · กล้องป้องกันโรค · วงบนในคลินิก NCD และคนไข้ที่ตรวจแล้วปกติ

90 วันที่เราไม่เห็น

คนไข้ความดันคนหนึ่งเดินออกจากห้องตรวจพร้อมยา 3 เดือนและคำแนะนำว่าลดเค็ม ออกกำลังกาย อีก 90 วันเราจะเจอเขาอีกครั้ง ระหว่างนั้นเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผมถามตัวเองแบบนี้บ่อย และคำตอบที่ชัดเจนที่สุดมักเป็นว่าผมไม่รู้

บทที่ 3 แสดงว่าคำแนะนำวิถีชีวิตที่ให้ในห้องตรวจได้ผลเล็กน้อย และจางลงตามเวลา วงบนคือสิ่งที่ผู้คำแนะนำนั้นเข้ากับตัวตนและชีวิตของคนไข้ ใน 90 วันที่เราไม่ได้เห็นเขา ผมขอเริ่มจากสิ่งที่วงบนไม่แตะ แล้วค่อยพูดถึงสิ่งที่วงบนทำ

สิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลง

การคัดกรองโรค วัคซีน เกณฑ์การวินิจฉัย เป้าหมายการรักษา และยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ยังเป็นของระบบเดิมทั้งหมด คนไข้ความดันยังได้ยาตามแนวทาง คนไข้เบาหวานยังได้เมตฟอร์มินและถูกส่งตรวจจอตาและเท้าตามกำหนด วงบนไม่แตะยา ไม่แนะนำให้ลด ไม่แนะนำให้หยุด และใบแผนทุกใบเขียนไว้ว่ายาที่แพทย์สั่งไม่อยู่ในแผนนี้

สิ่งที่วงบนเพิ่มเข้ามา คือสิ่งที่แนวทางเวชปฏิบัติทุกฉบับเขียนไว้ในหัวข้อ "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม" แล้วปล่อยให้แต่ละหน่วยไปคิดเอาเองว่าจะทำอย่างไร ผมมองว่าวงบนเป็นคำตอบหนึ่งของหัวข้อนั้น

2 ประตุเข้าวงบน

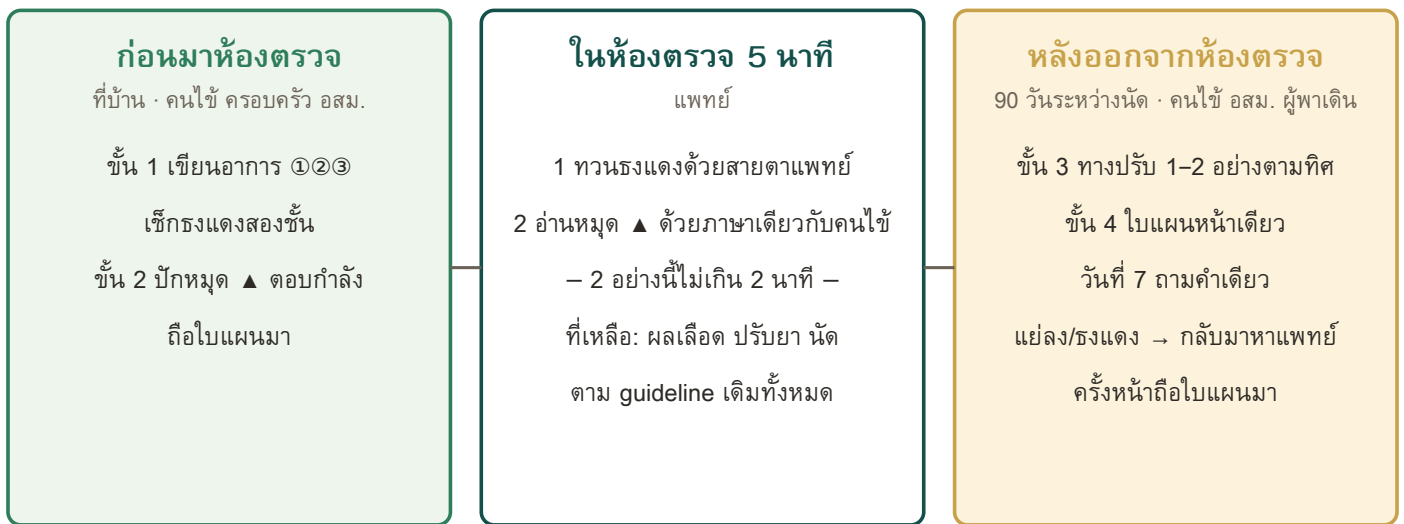
คนไข้เข้าวงบนได้จาก 2 ประตุ ประตุแรกคือคลินิกโรคเรื้อรัง คนไข้ความดัน เบาหวาน ไขมัน ที่มีโรคแล้ว แต่สิ่งที่ทำให้โรคคุมไม่ได้ยังอยู่ในชีวิต คนกลุ่มนี้อยู่ในกล่องรักษาตามนิยาม แต่ชั้นส่งเสริมและป้องกันว่างมาตลอด วงบนเติมชั้นนั้นโดยไม่ไปยุ่งกับการรักษา ลุงชัยในบทที่ 1 เข้าทางประตุนี้

ประตุที่ 2 คือคนไข้ที่มาด้วยอาการเรื้อรังแต่ผลตรวจปกติ ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ท้องอืด เวียนศีรษะ บทที่ 3 เล่าว่าผู้ป่วยปฐมภูมิราว 40–49% มีอาการที่อธิบายด้วยโรคไม่ได้อย่างน้อย 1 อย่าง คนกลุ่มนี้มักออกจากห้องตรวจไปพร้อมคำว่า "ไม่เป็นอะไร" วงบนคือสิ่งที่ผมอยากให้เขาถอยกลับไปแทน คุณเอในบทที่ 1 เข้าทางประตุนี้ เธอปวกหมึกที่ห้างและเดินวงบนอยู่ 7 วัน ก่อนที่เรื่องของเธอก็จะต่อในบทที่ 11

ทั้งสองประตุเริ่มที่ตรงแดงสองชั้นก่อนเสมอ อาการเฉียบพลันอย่างไข้ หวัด ท้องเสีย ใช้ผ้งส่งต่อและติดตาม 48 ชั่วโมงตามบทที่ 8 แทนวงบน 7 วัน ส่วนในวันที่ 7 ถ้ายังไม่หายและเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์ คนไข้ลงวงล่าง และถ้ายังไม่เคยตรวจ ต้องตรวจพื้นฐานกับเราก่อน (ทางออกจุดที่ 2) คนไข้ประตุที่ 2 ส่วนใหญ่ผ่านจุดนี้มาแล้ว

5 นาทีของแพทย์

ถ้าวงบนต้องการเวลาของแพทย์มากกว่าที่มีอยู่ ผมรู้ว่าวงบนจะไม่เกิด หัวข้อนี้จึงเป็นหัวใจของบท



ทางปรับในวงบนไม่มียา · การคัดกรอง วัคซีน เกณฑ์วินิจฉัย เป้าหมายการรักษา ยังเป็นของระบบเดิมทั้งหมด
แพทย์ได้ข้อมูลรอบด้านเร็วขึ้น เพราะคนไข้เล่ามาด้วยภาษาเดียวกัน

ภาพ 10.1 เวลา 5 นาทีของแพทย์ วงบนขอเวลาแพทย์ 2 อย่าง ส่วนที่เหลือเกิดก่อนและหลังห้องตรวจ

วงบนขอให้แพทย์ทำ 2 อย่างในห้องตรวจ ซึ่งเราทำอยู่แล้วทั้งคู่ อย่างแรกคือเช็กธงแดง ซึ่งเป็นขั้นที่ 1 ของวง คนไข้เข้ามาแล้วจากบ้านด้วยรายการเดียวกับที่เราใช้ แพทย์ทวนซ้ำด้วยสายตาของแพทย์ ใช้เวลาไม่ถึงนาที อย่างที่ 2 คืออ่านหมุด ▲ ที่คนไข้ปักมาในขั้นที่ 2 คนไข้มาพร้อมวงล้อที่ปักแล้วว่าตัวเองเอียงไปทางไหน แพทย์อ่านหมุดด้วยภาษาเดียวกับคนไข้ แล้วเชื่อมกับสิ่งที่ตรวจพบ ถ้าคนไข้ปักว่าเย็นและหนัก ผมได้จุดตั้งต้นของการซักประวัติทันที ถามเรื่องการขับ การนอนกลางวัน และอาการบวม แทนที่จะเริ่มจากกระดากเปล่า ในไม่กี่ประโยค ผมได้ข้อมูลรอบด้านที่ปกติต้องซักนานกว่านี้ และผมหวังว่าคนไข้จะรู้สึกว่สิ่งที่เขาสังเกตจากตัวเองมีที่ทางในห้องตรวจ

ถ้าหมุดขัดกับสิ่งที่ตรวจพบ เช่น คนไข้ปักว่าเย็นและหนัก แต่ผมพบว่าตัวร้อน ชีพจรเร็ว น้ำหนักลด ผมก็ตรวจต่อตามปกติ หมุดไม่ได้มาแทนการตรวจ และเมื่อหมุดไม่ขัด แพทย์แผนไทยเป็นผู้ตรวจเพิ่ม

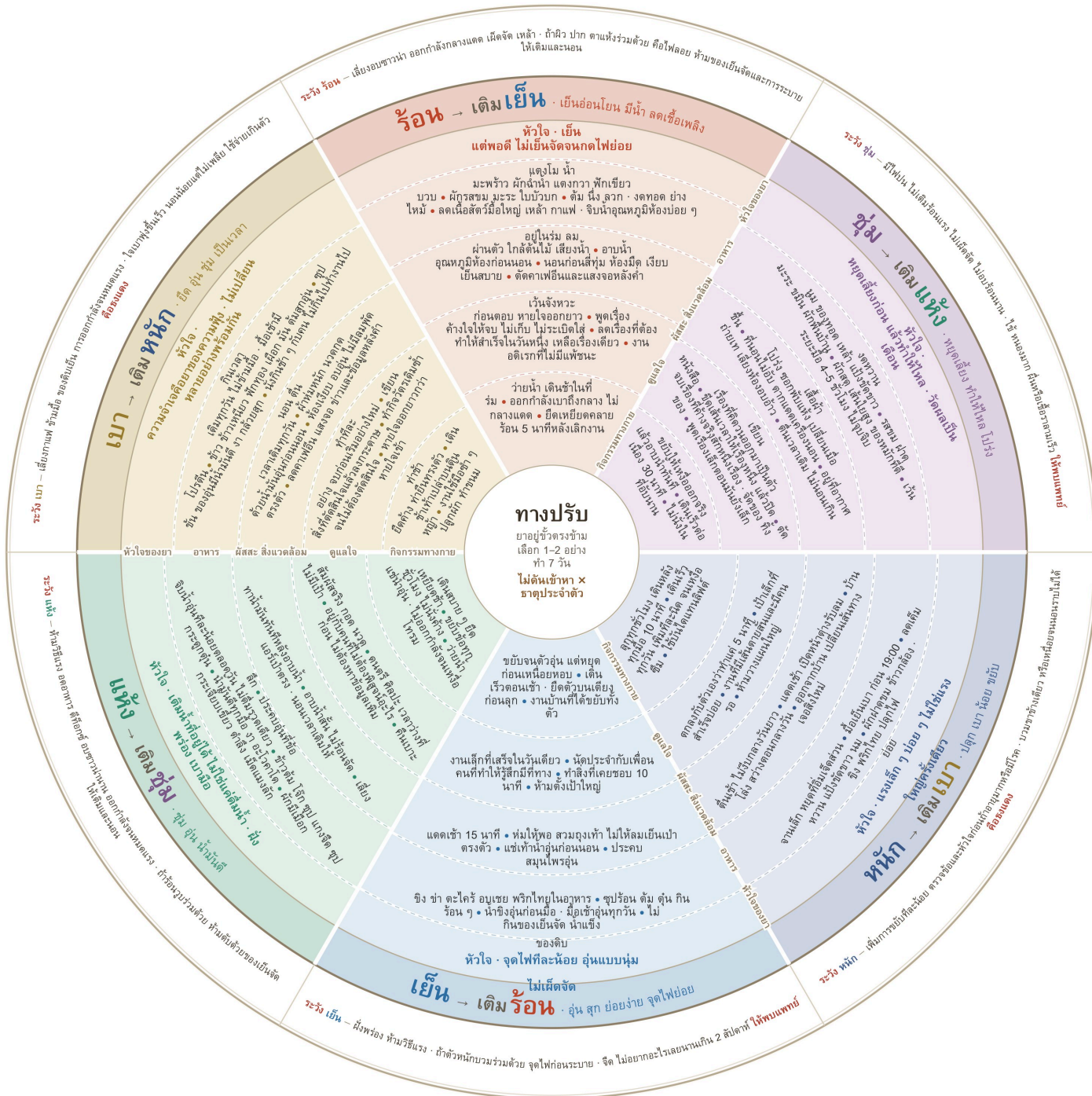
จากที่ผมประมาณ 2 อย่างนี้รวมกันน่าจะไม่เกิน 2 นาที ซึ่งยังต้องวัดในการนำร่อง เวลาที่เหลือใช้กับสิ่งที่เราทำอยู่แล้ว ดูผลเลือด ปรับยา นัดครั้งหน้า ส่วนที่เหลือ ได้แก่ ขั้นที่ 3 เลือกทางปรับ ขั้นที่ 4 เขียนแผน และการถามผลในวันที่ 7 เกิดนอกห้องตรวจ โดยคนไข้และครอบครัว

ตรงข้ามคือยา กับคำแนะนำ 6 เสา

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) มีคำแนะนำ 6 เสาที่ผมเชื่อว่าถูกต้อง ได้แก่ อาหาร การเคลื่อนไหว การนอน การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ และการเลี่ยงสารเสพติด ปัญหาอยู่ที่ 6 เสานี้เป็นชุดเดียวสำหรับทุกคน และคนไข้ไม่รู้ว่ตัวเขาควรเริ่มเสาไหน

ทางปรับสมดุล 4 ด้านครอบคลุมสิ่งเดียวกัน ได้แก่ อาหาร กิจกรรมทางกาย ผัสสะและสิ่งแวดล้อม และดูแลใจ แต่ต่างกัน 2 อย่าง อย่างแรก ทางปรับเลือกตามทิศ คนที่หมุดปักที่หนัก ทางปรับอยู่ฝั่งเบา มือเย็นเล็กน้อย ขยับให้มากขึ้น รสเผ็ดอ่อน ๆ ลดหวาน ส่วนคนที่หมุดปักที่แห้ง ทางปรับอยู่ฝั่งชุ่ม เพิ่มน้ำ เพิ่มความอุ่น เพิ่มการพัก ลดของแห้งกรอบ (คนที่แพทย์สั่งจำกัดน้ำ ห้ามเพิ่มน้ำเอง) 2 คนนี้ได้คำแนะนำคนละชุด ทั้งที่เป็นความดันสูงเหมือนกัน

ด้านหลังของวงล้อเดียวกับภาพ 7.2 ชื่อว่า "ตรงข้ามคือยา" เมื่อคนใช้ฟลิการ์ด์ โซนที่ปักหมุดไว้ด้านหน้าจะอยู่ตำแหน่งเดียวกันพอดี และในโซนนั้นคือทางปรับที่พาไปทางซ้ายตรงข้าม เช่น ร้อนเติมเย็น หนักเติมเบา ครบทั้ง 4 ด้าน แถบรอบนอกบอกข้อควรระวังของแต่ละข้อ คนใช้จึงเลือกทางปรับได้เองโดยไม่ต้องจำว่าซ้ายไหนตรงข้ามกับขวาไหน



ภาพ 10.2 ด้านหลังของวงล้อเดียวกัน ตรงข้ามคือยา โชนที่ปกคลุมด้านหน้าอยู่ตำแหน่งเดียวกับด้านหลัง และในโชนนั้นคือทางปรับที่พาไปทางซ้ายตรงข้าม เช่น ร้อน → เติมเย็น เรียงเป็นชั้นตามทางปรับ 4 ด้าน คือ กิจกรรมทางกาย ดูแลใจ ผัสสะ และสิ่งแวดล้อม และอาหาร แทรกรอบนอกคือข้อควรระวังของแต่ละขั้น

อย่างที 2 ทางปรับเลือกแค่ 1-2 อย่างจากโซนเดียวกัน ทำ 7 วัน แล้วถามคำเดียว ความแรงขึ้นกับกำลังของคน
คนนั้น คนที่กำลังน้อยใช้วิธีอ่อน สั้น บ่อย และห้ามอดอาหาร ห้ามออกกำลังหนัก

สำหรับแพทย์ การเลือกตามทศคือเหตุผลที่คำแนะนำ "ลดเค็ม" ของผมถึงลง กับ "ลดเค็ม" ที่ถึงป่า ควรต่างกัน และการเลือกแค่ 2 อย่างคือเหตุผลที่คนใช้ทำได้จริง

แผนหน้าเดียว และแถบติดตาม

ใบแผนสุขภาพเฉพาะคนหน้าเดียว คนไข้เขียนเอง มีอาการ ①②③ กับคะแนน ช่องกำลัง ทางปรับที่เลือก 1-2 อย่าง ช่อง "ส่วนที่หมอเค็ม" และบรรทัดที่บอกว่าไม่ใช้การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา ใบแผนไม่มีช่องยาและไม่มีการปรับยา ช่องส่วนที่หมอเค็มมีไว้สำหรับสิ่งที่แพทย์แผนไทยเค็ม เช่น ตำรับ หัตถการ และคำแนะนำของแพทย์ที่ไม่ใช้การสั่งยา คนไข้ถือใบนี้มาในการนัดครั้งหน้า

รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร แผ่นแยกที่จดยาที่กินอยู่ทุกตัว รวมสมุนไพรและอาหารเสริม ส่วนการปรับยาของผมบันทึกในเวชระเบียนตามปกติ ใบแผนจึงเป็นของคนไข้ และเรื่องยาอยู่กับคนที่สั่งยา

แถบติดตาม 14 วันท้ายใบ ดึงทุกวันตามจริง รวมวันที่ทำไม่ได้ เพราะวันที่ทำไม่ได้ก็เป็นข้อมูล

คำถามเดียวเมื่อครบ 7 วัน อาการ ① ดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง คนไข้ถามตัวเองและจดลงแถบ ครอบครัวยุบายได้ และ อสม. ที่ผ่านระดับ 2 ถามคำถามนี้ในวันที่ 7 ได้ในฐานะผู้ช่วยติดตาม คำตอบกำหนดก้าวถัดไปตามผังจุดแยกในบทที่ 7

- หาย กลับไปที่แกน ดูแลตามธาตุ
- แย่ลงหรือมีธงแดงใหม่ กลับมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอนัด 3 เดือน (ทางออกจุดที่ 3)
- ไม่หาย และเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์หรือซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปใน 3 เดือน ลงวงล่าง
- ไม่หาย แต่อาการยังใหม่ ต่ออีก 7 วัน ถ้าวันที่ 14 ยังไม่หาย ลงวงล่าง

ทุกคนได้ลองวิธีง่ายก่อน 7 วัน และไม่มีใครค้างอยู่ในวงบนเกิน 14 วัน

หลักฐานที่บอกว่าทำไมต้องครบวง

งานวิจัยที่ใกล้กับบทนี้ที่สุดเป็นเรื่องการวัดความดันที่บ้าน การวัดอย่างเดียวลดความดันได้ 1.0 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งไม่ต่างจากศูนย์ เมื่อผูกกับการสนับสนุนเข้มข้นลดได้ 6.1 มิลลิเมตรปรอท และการสนับสนุนนั้นส่วนใหญ่คือการปรับยาอย่างเป็นระบบโดยแพทย์ เภสัชกร หรือคนไข้เอง (Tucker และคณะ 2017) การทดลอง TASMINGH4 ในอังกฤษก็ใช้หลักเดียวกัน แพทย์ใช้ค่าที่คนไข้วัดเองไปปรับยา และความดันลดได้มากกว่าการดูแลปกติ 3.5 ถึง 4.7 มิลลิเมตรปรอทใน 1 ปี (McManus และคณะ 2018)

ผมอ่านงานเหล่านี้ว่าสนับสนุนหลักข้อหนึ่ง บันทึกอย่างเดียวนั้นพอ ต้องมีการลงมือที่ผูกกับข้อมูลนั้น แต่การลงมือในงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการปรับยา การลงมือแบบไม่ใช่ว่าอย่างที่ว่าดูแลเสนออย่างไม่ได้ทดสอบ

สำหรับวงบน ถ้าคนไข้แค่ปึกหมุดแล้วไม่มีอะไรตามมา ผลอาจไม่ต่างจากการวัดความดันอย่างเดียว วงบนจึงต้องมีขั้นที่ 3 และ 4 ที่ลงมือ ต้องถามผลแล้วปรับ และต้องมีจุดที่แพทย์ใช้ข้อมูลนั้น คือการนัดครั้งหน้าที่คนไข้ถือใบแผนมา

หลักฐานอีกชิ้นเตือนเรื่องเวลา โครงการป้องกันเบาหวานที่ลดการเกิดโรคได้ 58% ใน 3 ปี เหลือ 24% ที่ 21 ปี (DPP Research Group 2025) ผลของการเปลี่ยนวิถีชีวิตจากลงถ้าไม่มีอะไรวนกลับ วงบนจึงออกแบบเป็นวงที่คนไข้กลับเข้ามาได้ทุกครั้งที่เราเริ่มเอียง และกลับไปทีแกนทุกครั้งที่ยาว

เคส · ยายบุญมี

ยายบุญมี อายุ 78 ปี ธาตุลม ความดันสูงรักษาอยู่ มาด้วยใจสั่นและเวียนศีรษะเวลาลุกขึ้นยืน เป็นมา 3 สัปดาห์

ในห้องตรวจ ยายอายุเกิน 70 ปี มีอาการเวียนและใจสั่น ซึ่งเป็นรณรงค์ขั้นที่ 2 ที่ไม่ต้องรอเกณฑ์ 4 สัปดาห์ ผมเป็นห่วงยายในวันนั้น ผมตรวจหัวใจ วัดความดันท่าอนและทำยืน ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และทบทวนยา พบว่ายาลดความดัน 2 ตัวที่ยายกินอยู่ทำให้ความดันตกเวลาลุก ผมปรับยา นี่คืองานของแพทย์ และไม่มีส่วนใดของวงศ์ดูแลที่มาแทน

หลังปรับยา ใจสั่นและเวียนดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ยายจึงเข้าว่งบน ในชั้นที่ 1 คำถามว่า "เริ่มหลังอะไร" พาไปถึงเรื่องที่ยายเล่าว่า "ตั้งแต่หลานไปทำงานในเมือง ยายก็กินข้าวเย็นคนเดียว" ยายกินน้อยลง นอนหวัคว่ำ และตื่นก่อนฟ้าสาง หมุดของยายอยู่ที่แห้งและเย็น ใกล้กับ X ธาตุลมของยาย และกำลังน้อย

ปกติว่งบนใช้เพียงทางปรับ แต่ในเคสของยาย เหตุเห็นชัดตั้งแต่ชั้นที่ 1 ใบแผนว่งบนของยายจึงใส่หยุดเหตุได้เลย ยายเลือกเองว่าจะกินข้าวเย็นกับเพื่อนบ้าน และเดิมทางปรับ 1 อย่าง คือมือเย็นอุ่นที่มีน้ำ

7 วันต่อมา อสม. ที่ดูแลบ้านยายถามคำเดียว ยายตอบว่าดีขึ้น ใจสั่นหายไป ยังเวียนบ้างเวลาลุกเร็ว อาการยังใหม่ ยายจึงทำต่ออีก 7 วัน วันที่ 14 ยายตอบว่าดีขึ้นอีก นัดถัดไปยายถือใบแผนมาด้วย และผมดีใจที่ครั้งนั้นมีเรื่องให้คุยกับยายมากกว่าตัวเลขความดัน

เคสนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่แพทย์ทำได้แก่ ธงแดง การตรวจ และการปรับยา ส่วนที่ว่งบนทำได้แก่ การหาว่าชีวิตของยายเปลี่ยนตรงไหน และการให้ยายมีสิ่งที่ลงมือเองได้ 2 ส่วนนี้ไม่แข่งกัน ผมหวังว่าส่วนที่ 2 จะช่วยให้ส่วนแรกได้ผลนานขึ้น แต่เพราะยายดีขึ้นหลังปรับยาด้วย เคสนี้จึงแยกผลของ 2 ส่วนออกจากกันไม่ได้ และนี่คือสิ่งที่การนำร่องต้องวัด

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

เลือกคลินิกโรคเรื้อรัง 1 วัน แล้วเพิ่ม 2 อย่างในห้องตรวจ อย่างแรก ก่อนพูดเรื่องยา ถามคนไข้ว่า "ช่วงนี้ตัวร้อนหรือเย็น หนักหรือเบา" แล้วฟังว่าเขาตอบด้วยคำของตัวเองอย่างไร อย่างที่ 2 ก่อนคนไข้ออกจากห้อง ขวนเขาเลือก 1 อย่างที่จะทำใน 7 วันข้างหน้า และนัดให้เขาถามตัวเองคำเดียวในวันที่ 7 ถ้าหน่วยมี อสม. ที่ผ่านระดับ 2 ให้ อสม. ถามซ้ำได้

2 อย่างนี้เป็น 2 นาติของแพทย์ที่ว่งบนต้องการ ถ้าทำได้ในวันเดียว ส่วนที่เหลือก็สร้างตามได้ สำหรับคนไข้ที่ถามคำเดียวแล้วยังไม่หาย บทที่ 11 คือทางที่เดินต่อ

บทที่ 11 · กล้องรักษาฟื้นฟู · ว่งล่างกับคนไข้เรื้อรัง

วันที่ 7 ของคุณเอ

วันที่ 7 ของวงบน คุณเอตอบคำถามเดียวว่า "ยังไม่หายค่ะ นอนแล้วหัวก็ยังคิดงานอยู่ดี" อาการของเธอเป็นมา 3 เดือนแล้ว ตามผังจุดแยกในบทที่ 7 วันนั้นจึงเป็นวันที่เธอลงวงล่าง

วงล่างคืองานหาต้นเหตุในชีวิตของคนไข้ที่อาการเป็นนาน กลับมาซ้ำ หรือดูแลตามวงบนแล้วไม่หาย จากที่ผมเห็น คนไข้กลุ่มนี้มักมีสิ่งที่ผมกับทีมเรียกว่าโดมิโนตัวแรกอยู่ในกล่องชีวิต และการเปลี่ยน 1 ก้าวให้ตรงจุด อาจช่วยให้ยาที่เราให้ทำงานได้เต็มที่ขึ้น ซึ่งเป็นสมมติฐานที่บทที่ 14 เสนอวิธีไว้ แพทย์ทุกคนรู้งานนี้ควรทำ แต่แทบไม่มีใครมีเวลา วงล่างจึงให้คนที่ผ่านการฝึกทำส่วนที่ไม่ต้องใช้แพทย์

ก่อนเข้าวงล่าง ต้องผ่าน 2 ด่าน

ด่านแรกคือทางออกจุดที่ 2 อาการที่เป็นมาเกิน 4 สัปดาห์และยังไม่เคยตรวจ ต้องตรวจสอบสุขภาพพื้นฐานกับแพทย์ ก่อน ด่านนี้ทำให้วงล่างไม่กลายเป็นที่ซ่อนของโรคที่ควรได้รับการวินิจฉัย

ด่านที่ 2 คือกล่อง ▶ ก่อนที่ใครจะเริ่มหาต้นเหตุในชีวิต ต้องคัด 3 เรื่องออกก่อน ได้แก่ ภาวะในร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ความผิดปกติ เช่น โลหิตจาง ต่อมไทรอยด์ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ซึมเศร้า ยาที่กินประจำและผลข้างเคียงของยา และเชื้อ พิษ บาดเจ็บ 3 เรื่องนี้เรียกว่าเส้นห้ามพลาด ไม่มีโดมิโนในชีวิตให้หา มีแต่ต้องส่งต่อหรือตรวจก่อน ด่านนี้เป็นจุดที่แพทย์มีบทบาทชัดที่สุดในวงล่าง

3 ชั้นของวงล่าง ในเคสของคุณเอ

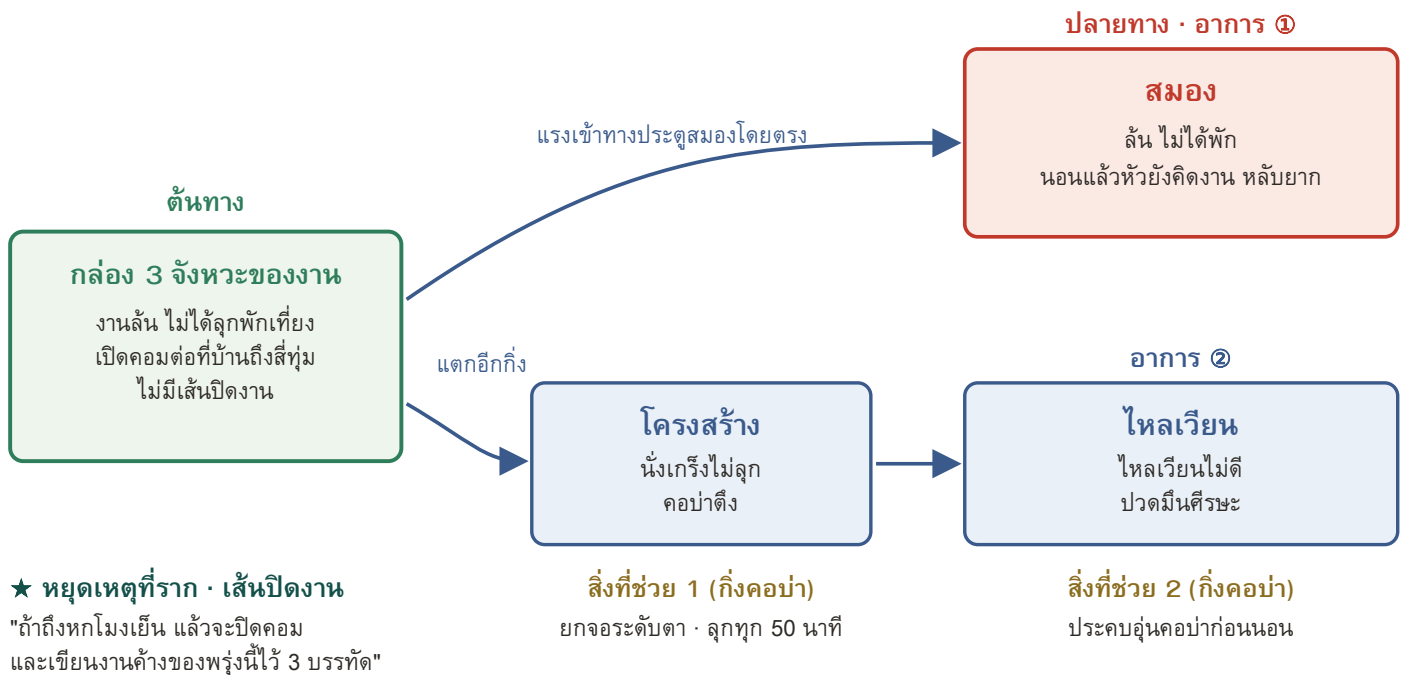
คุณเออายุ 34 ปี เป็นพนักงานออฟฟิศที่ผมเล่าไว้ในบทที่ 1 ธาตุลม อาการ ① นอนหลับยาก หัวยังคิดงาน ตื่นไม่สดชื่น เธอให้คะแนน 8 จาก 10 อาการ ② ปวดตึงคอบ่าและมึนศีรษะ เอกซเรย์และผลเลือดปกติ จึงผ่านทางออกจุดที่ 2 มาแล้ว และลงวงล่างในวันที่ 7 โดยไม่ต้องรอครบ 14 วัน ก่อนเริ่ม ผมทวนกล่อง ▶ อีกรอบ ถามเรื่องอารมณ์ซึมเศร้า การกรนและหยุดหายใจขณะหลับ และยาที่เคยได้ไม่พบเรื่องที่ต้องตรวจเพิ่ม

ชั้นที่ 5 ระบุปลายทาง ผู้พาเดินถามว่าอาการ ① เสียหน้าที่ใดใน 5 มิติ การนอนที่หัวยังคิดงานเป็นภาพของสมองที่ล้นและไม่ได้พัก ปลายทางจึงอยู่ที่สมอง ส่วนอาการ ② ผู้พาเดินจดไว้เป็นเบาแสบ

ชั้นที่ 6 รู้กลไกและสาเหตุ ผู้พาเดินเริ่มด้วย 3 คำถามเล่าเรื่อง "ก่อนเริ่มนอนไม่หลับ ชีวิตเปลี่ยนตรงไหน" คุณเอนี้ก็อยู่ครู่หนึ่งแล้วตอบว่า "ตั้งแต่รับโครงการใหม่ค่ะ งานล้นจนไม่ได้ลุกไปพักเที่ยง กลับบ้านก็ยังเปิดคอมทำต่อถึงสี่ทุ่ม" "แล้วแย่งหลังอะไร" "คืนที่ทำงานดึกค่ะ" "ดีขึ้นหลังอะไร" "วันหยุดที่ได้เปิดคอมเลย"

เส้นแรกที่ผู้พาเดินใช้คือเส้นที่คุณเอสงสัยเอง เมื่อเดินย้อนจากปลายทางว่าจะไรส่งแรงเข้ามาที่สมอง คำตอบพาไปถึงกล่องจังหวะของงานทันที งานล้นและไม่มีเวลาพัก สมองจึงไม่ได้พักจนถึงเวลานอน ต้นทางเดียวกันนี้แตกออกอีกกิ่ง เมื่องานล้นจนไม่ได้ลุก คุณเอนั่งเกร็งหน้าจอตลอดวัน แรงจึงลงที่มิติโครงสร้างเป็นคอบ่าตึง แล้วในภาษาของ 5 มิติ ส่งต่อไปที่มิติไหลเวียนเป็นอาการปวดมึนศีรษะ

ผมกับทีมเรียกลูกโซ่แบบนี้ว่า "แตกจากประตู" เหตุเข้ามาทางประตูเดียว แล้วแตกเป็นหลายกิ่งไปถึงอาการในหลายมิติ ทั้งสองกิ่งย้อนไม่เกิน 3 ช่วงก็ถึงกล่องที่อธิบายได้ครบ และผู้พาเดินเล่าเส้นนี้ให้คุณเอฟังเป็นภาษาคนว่า "งานที่ไม่มีเส้นปิด ทำให้หัวไม่ได้พัก และตัวไม่ได้ลุก"



แตกจากประตู: ต้นทางเดียว 2 กิ่ง ย้อนไม่เกิน 3 ช่วง · เส้นเสี่ยงที่ตรวจแล้ว: ซา อ่อนแรง ปวดร้าวลงแขน

ภาพ 11.1 เส้นโยงใยของคุณเอ ต้นทางเดียวคือจังหวะของงาน แตกเป็น 2 กิ่งถึงอาการทั้งสอง และจุด ลงมือสามตำแหน่ง

ที่เพลินไพรมีคลังเส้นทาง 13 เส้น เป็นแหล่งของเส้นสมมติฐานเท่านั้น การนำเรื่องของคนไข้ไปเทียบกับคลังเพื่อตั้งเส้นสมมติฐานเป็นจังหวะคิดที่ 5 ซึ่งเป็นงานของแพทย์แผนไทย ผู้พาเดินใช้เส้นที่คนไข้สงสัยเอง อย่างที่ทำได้กับคุณเอ ทุกเส้นมีเส้นเสี่ยงคู่กันที่ต้องถามก่อน สำหรับกิ่งคอบ่า เส้นเสี่ยงคือซา อ่อนแรง ปวดร้าวลงแขน ซึ่งผมตรวจไปแล้วตั้งแต่ครั้งแรกในบทที่ 1

จากนั้นผู้พาเดินชวนคุณเอหาโดมิโนตัวแรก "ในกล่องนี้ อะไรคือสิ่งที่ถ้าเปลี่ยนอย่างเดียว แล้วทั้งสองกิ่งจะคลาย" คุณเอเลือกเองว่าเป็นเส้นปิดงาน เพราะวันทำงานที่ไม่มีจุดจบทำให้งานตามไปถึงที่นอน

ขั้นที่ 7 รู้ทางแก้สาเหตุ ก้าวหยุดเหตุ 1 ก้าวของคุณเอเขียนเป็นแผนถ้า-แล้วว่า "ถ้าถึงหกโมงเย็น แล้วจะปิดคอม และเขียนงานค้างของพรุ่งนี้ไว้ 3 บรรทัด" ทดลอง 14 วัน คุณเอบอกเหตุผลเองว่า "ถ้าได้เขียนไว้ หัวจะได้เลิกถือ"

ก้าวนี้ส่งกลับไปรวมในใบแผนขั้นที่ 4 ใบเดิมที่ใช้ตั้งแต่วางบน เพราะลงวงล่างแล้วไม่ได้เลิกวงบน แผนใบเดียวของคุณเอจึงมี 2 ส่วน หยุดเหตุ 1 ก้าวที่ราก และเติมสิ่งที่ช่วย 2 อย่างที่กิ่งคอบ่า คือยกจ่อให้ขอบบนอยู่ระดับตาและลุกทุก 50 นาที กับประคบอุ่นคอบ่าก่อนนอน

สรุปใหม่ วันที่ 14 ของก้าว ผู้พาเดินดูแถบติดตามว่าคุณเอทำได้เกินครึ่งของวัน แล้วถามคำเดียว คุณเอตอบว่าหลับง่ายขึ้น คะแนนอาการ ① จาก 8 เหลือ 3 และเมื่อถามต่อตามเกณฑ์คู่ คอบ่าและมึนศีรษะก็ดีขึ้นตาม อาการ ① ดีขึ้นพร้อมกับลูกโซ่ คุณเอจึงผ่านเกณฑ์คู่ กลับไปที่แกน ดูเลตามธาตุลม และเก็บเส้นปิดงานไว้เป็นนิสัย ผมดีใจกับเธอมาก

ตลอดช่วงล่างของคุณเอ ผมทำงาน 2 ครั้ง คัดเส้นเสียงกับกล่อง ► ตอนเริ่ม และอ่านใบแผนที่เธอถือมาในนัดติดตาม งานที่เหลือไม่ต้องใช้ผม

ผมอยากกลับไปทบที่ 1 ตรงนี้ วันนั้นผมแนะนำคุณเอให้จัดโต๊ะทำงานและลูกบ่อ ๆ คำแนะนำนั้นไม่ผิด และยังอยู่ในใบแผนของเธอในฐานะสิ่งที่ช่วย แต่แก้แค่กิ่งเดียว วงดูแลพาไปเจอรากที่ทำให้เกิดทั้งสองอาการ คือจังหวะของงานที่ไม่มีเส้นปิด คุณเอเป็นคนเลือกก้าวเอง เขียนเป็นแผนถ้า-แล้วที่ผูกกับเวลาจริงของวัน และมีคนถามผลในวันที่ 14 ถ้าเพื่อนแพทย์ถามว่าระบบนี้เพิ่มอะไรจากคำแนะนำที่เราให้อยู่แล้ว คำตอบของผมอยู่ตรงนี้ มากกว่าในเนื้อหาของคำแนะนำ

คนที่คิด กับคนที่เดิน

ลำดับความคิดของคนพาเดิน ซึ่งผมกับทีมเรียกว่า 8 จังหวะคิด เป็นสิ่งที่คนไข้ไม่ต้องเห็น ผู้พาเดินใช้ฉบับย่อ คือจังหวะที่ 1, 2, 3, 4, 7 และ 8 โดยตั้งเส้นจากสิ่งที่คนไข้สงสัยเอง ส่วนจังหวะที่ 5 และ 6 ฉบับเต็มเป็นงานของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์

จังหวะคิด	ชั้นของวง
1 คัดก่อนคิด · 2 ฟังก่อนสรุป	ชั้นที่ 1
3 หาปลายทางและกวาดกว้าง	ชั้นที่ 5
4 เส้นเวลา · 5 ตั้งเส้นสมมติฐาน · 6 ชั่งน้ำหนัก · 7 หาโดมิโนตัวแรก	ชั้นที่ 6
8 ตรวจตัวเองและเล่าให้คนไข้ฟัง	ชั้นที่ 7 และแผน

สำหรับแพทย์ 8 จังหวะคิดก็คือการให้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) ที่เราเรียนมา เกณฑ์ 5 ข้อของจังหวะที่ 6 จะดูค้นหา เหตุมาก่อนอาการ มีกลไกอธิบายได้ เหตุยิ่งมากอาการยิ่งแย่ อธิบายอาการรองได้ และเว้นเหตุแล้วดีขึ้น เป็นเกณฑ์ความเป็นเหตุของระบาดวิทยาที่ย่อให้ใช้กับคนหนึ่งคน และมีกฎหนึ่งที่ผมชอบมาก เส้นที่โอกาสน้อยแต่อันตรายกว่าต้องตัดออกก่อนเสมอ ตรงกับหลักตัดสิ่งอันตรายออกก่อน (rule out the dangerous first) ที่เราถูกสอนมาตั้งแต่ปี 4

หยุดหนึ่ง เดิมสอง และช่องของหมอ

ใบแผนสุขภาพเฉพาะคน · หน้าเดียว · คนใช้เขียนเอง

หยุดเหตุ 1 ก้าว

จากชั้น 7 · โดมิโนตัวแรก
แผน ถั่ว-แล้ว
ทดลอง 14 วัน
ไม่ใช่ยา

เดิมสิ่งที่ช่วย ≤ 2

จากทางปรับ 4 ด้าน
หรือคลัง 32 ศาสตร์การเยียวยา
เลือกตามมิติ · กรองด้วยชีวิต
ปรับ 4 ปุ่ม นาน เมื่อไร แรง บ่อย

ส่วนที่หมอเดิม

แพทย์แผนไทย: ตำรับ หัตถการ
แพทย์: คำแนะนำที่ไม่ใช่การสั่งยา
ผู้พาเดินไม่เขียนช่องนี้
ยาทุกตัวอยู่ในแผนแยก

ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (ไม่นับเป็นก้าว) · แยกติดตาม 14 วัน · ถ้ามคำเดียว · เกณฑ์คู่ · แผนแยก: รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร

ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา

ภาพ 11.2 ใบแผนสุขภาพเฉพาะคน หยุดหนึ่ง เดิมสอง และช่องที่หมอเดิม

ใบแผนของวงล่างมีกติกาที่เรียบง่ายจนแพทย์อาจสงสัยว่าพอหรือ หยุดเหตุ 1 ก้าว เดิมสิ่งที่ช่วยไม่เกิน 2 อย่าง และข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยไม่นับ

เหตุผลของ "หนึ่ง" มาจากงานเปลี่ยนพฤติกรรม คนส่วนใหญ่เปลี่ยนได้ทีละน้อย และแผนที่ 5 ข้อมักเป็นแผนที่ไม่มีใครทำ เหตุผลของ "สอง" คือถ้าเดิมสามสี่อย่างแล้วดีขึ้น เราจะไม่ว่าอะไรช่วย และถ้าไม่ดีขึ้น เราจะไม่ว่าควรเปลี่ยนอะไร

สิ่งที่ช่วยเลือกจากคลังที่ผมกับทีมเรียกว่า 32 ศาสตร์การเยียวยา คำว่าศาสตร์ในที่นี้หมายถึงวิธีดูแลแต่ละแบบ ได้แก่ ศาสตร์ใหญ่ 12 อย่างที่มีหลักและตำราของตัวเอง เช่น นวดไทย โยคะ และวิธีทำ 20 อย่างที่ทำเป็นครั้ง ๆ ที่บ้านได้ เช่น ประคบ แช่เท้า เลือกตามมิติของปลายทางหรือทางผ่าน กรองด้วยชีวิตและข้อห้าม แล้วปรับให้เข้าธาตุด้วย 4 ปุ่ม นาน เมื่อไร แรง บ่อย การอบสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุนี้ อาจต้องสั่งลงมากสำหรับคนธาตุไฟ ทิศจึงติดอยู่ที่วิธีทำ และก่อนการอบ การประคบร้อน หรือการนวดแรง กลุ่มเปราะบางและผู้กินยาประจำต้องให้แพทย์หรือแพทย์แผนไทยดูก่อนตามบทที่ 8

ช่อง "ส่วนที่หมอเดิม" ในใบแผนมีไว้สำหรับสิ่งที่แพทย์แผนไทยเดิม ได้แก่ ตำรับและหัตถการ และคำแนะนำของแพทย์ที่ไม่ใช่การสั่งยา ช่องนี้เป็นของผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้น ผู้พาเดินไม่เขียน ใบแผนไม่มีช่องยาและไม่มีการปรับยา ยาที่กินอยู่ทุกตัว รวมสมุนไพรและอาหารเสริม อยู่ในแผนแยกชื่อ "รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร" และการปรับยารับในเวชระเบียนของแพทย์

ทำงานกับแพทย์แผนไทยในหน่วยเดียวกัน

หน่วยปฐมภูมิหลายแห่งมีแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์อยู่แล้ว และวงล่างเป็นจุดที่ 2 วิชาชีพทำงานบนแผนเดียวกัน แพทย์แผนไทยในวงล่างทำงานเหล่านี้

- ตรวจเพิ่มเติมเมื่อแกนหรือหมุดไม่ชัด
- ตัดสินเมื่ออาการอยู่ 2 มิติพอ ๆ กัน
- ตั้งเส้นสมมติฐานจากคลังเส้นทางและชั่งน้ำหนัก (จังหวะคิดที่ 5 และ 6 ฉบับเต็ม)

- เติมส่วนที่หมอเติมในแผน ได้แก่ ดำรับและหัตถการ

แพทย์แผนไทยยังเป็นครูของผู้พาเดินระดับ 3 และ 4 อสม. ที่ผ่านระดับ 3 พาคนไข้เดินวงล่างได้ โดยมีแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านระดับ 3 เป็นที่ปรึกษา ซึ่งผมจะเล่าในบทถัดไป ส่วนแพทย์คัดกรอง ๓ ก่อนเริ่ม รับช่วงที่ทางออก 3 จุด และดูแลยาแผนปัจจุบันทั้งหมด เมื่อคนไข้สงสัยว่ายาที่กินอยู่เกี่ยวกับอาการ คนที่ตอบคือแพทย์ผู้สั่งยาหรือเภสัชกร

ป่าละอูในบทที่ 1 เป็นตัวอย่างที่ผมชอบ นัดถัดมาบ้านำยาต้มของหมอพื้นบ้านแถวบ้านมาให้ดู และจดไว้ในรายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร ครั้งนี้ป่าไม่ต้องกลัวว่าจะถูกดุ เภสัชกรดูยาที่ป่ากินร่วมอยู่ แพทย์แผนไทยดูตำรับ และทีมช่วยกันเฝ้าระวังน้ำตาลต่ำ ผมยังไม่รู้ว่าน้ำตาลที่ลดลงของป่ามาจากอะไร แต่อย่างน้อยวันนี้ทุกคนรู้ว่าป่ากินอะไรอยู่

2 วิชชีฟไม่ทับกัน เพราะเส้นแบ่งอยู่ที่ใบอนุญาต การตรวจ วินิจฉัย และรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นงานของผู้มีใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติปี 2556 การวินิจฉัยและรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นของเรา และสิ่งที่อยู่ตรงกลาง คือการหาต้นเหตุในชีวิตและการเปลี่ยน 1 ก้าว ไม่ต้องใช้ใบอนุญาตใด และเป็นของคนไข้

หลักฐานที่ใกล้ที่สุด และสิ่งที่ยังไม่ได้พิสูจน์

หลักฐานที่ใกล้ที่สุดคือการทดลอง Multiple Symptoms Study 3 (MSS3) ที่ผมเล่าในบทที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการฝึกเฉพาะนัดพบผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายอย่างซึ่งตรวจไม่พบโรค ไม่เกิน 4 ครั้ง เพื่อรับรู้ อธิบาย และลงมือ คะแนน PHQ-15 ลดลง 1.82 ที่ 52 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการดูแลปกติ (Burton และคณะ 2024) การทดลองนั้นกับวงล่างคล้ายกันในหลักการ ต่างกันที่ MSS3 ใช้แพทย์ที่ฝึกเฉพาะทำทุกครั้ง ส่วนวงล่างให้ผู้พาเดินทำส่วนที่ไม่ต้องใช้แพทย์ และเรื่องนั้นยังไม่มีใครพิสูจน์

กฎโดมิโนตัวแรก ความเชื่อว่าในลูกโซ่หนึ่งมักมีสิ่งเดียวที่เปลี่ยนแล้วทั้งลูกโซ่จะคลาย เป็นข้อสังเกตจากการใช้งานของเพลินไพร ยังไม่ได้ศึกษาเชิงวิจัย ความถี่ของแต่ละเส้นในคลังและตัวเลข 14 วันก็เช่นกัน เรื่องของคุณเอเป็นเพียง 1 เคส ใช้พิสูจน์อะไรไม่ได้ และบทที่ 14 จะกลับมาที่คำถามเหล่านี้

เคสที่ 2 · คุณดี

คุณดี อายุ 20 ปี นักศึกษาที่อยู่หอ ราษฎร์ อาการ ① ท้องผูก อาการ ② สิวที่แย่ง เป็นมา 2 เดือน ตรวจพื้นฐานแล้ว (ทางออกจุดที่ 2) และถามเส้นเสียงแล้วไม่พบ คุณดีเดินบน 7 วัน หมุดปักที่ข้อม ข้อ 7 ยังไม่หาย และเป็นมาเกิน 4 สัปดาห์ จึงลงวงล่าง

ปลายทางคือพลังชีวิต เพราะท้องผูกมากกับการกินดึกและย่อยค้าง อาการเริ่มหลังย้ายเข้าหอพักและใช้มือถือในที่นอนจนเที่ยงคืนทุกคืน เส้นที่ได้เริ่มจากกล่องจอ ส่งแรงเข้าสมองจนนาฬิกาของร่างกายเพี้ยน แล้วถึงพลังชีวิต เส้นนี้แตกจากประตูเช่นเดียวกับของคุณเอ โดมิโนตัวแรกที่คุณดีเลือกเองคือที่ชาร์จมือถือ ก้าวคือ "ถ้าถึงเวลา 23.30 แล้วจะเอามือถือไปชาร์จนอกห้อง" 14 วันต่อมา ท้องผูกดีขึ้น สิวยังเปลี่ยนไม่มาก อาการฝังขุมอย่างสวดติดตามต่อหลัง 14 วันได้ คุณดีจึงยังอยู่ในการติดตาม

ผมใส่เคสนี้ไว้เพราะวงล่างใช้ได้กับคนหนุ่มสาวที่มาด้วยอาการที่เราไม่มีเวลาถามและไม่มียาให้ด้วย ไม่เฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

งานเล็กที่อยู่ในกล่องนี้

กล่องรักษาพื้นพื้มีงานหนึ่งที่เล็กในจำนวนแต่ใหญ่ในความหมาย คือการดูแลประคับประคองและระยะท้าย ผมไม่แยกงานนี้เป็นกล่องของตัวเอง เพราะเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย ไม่ได้เริ่มเมื่อการรักษาจบ

ในระยะท้าย การดูแลอาการเป็นงานของทีมแพทย์ทั้งหมด วงดูแลไม่มีบทบาทในเรื่องยาหรือการตัดสินใจทางการแพทย์ สิ่งที่ยังให้ได้คือภาษาที่ครอบครัวใช้ดูแลความสบายและใจ คนธาตุลมที่ขึ้นหนาวต้องการความอุ่นและสัมผัสที่นุ่ม คนธาตุไฟที่ร้อนในต้องการห้องเย็นสบายและการจิบน้ำตามที่ทีมดูแลแนะนำ เป้าที่เพลินไพรตั้งไว้สำหรับระยะนี้คือ "จากไปอย่างสงบ โดยที่ใจยังเต็ม" และผู้ดูแลในบ้านต้องมีบัตรธาตุและใบแผนของตัวเองด้วย เพราะคนที่ดูแลคนอื่นมักเสี่ยงเอียงที่สุด

สิ่งที่ทำได้พรงนี้

ดูรายชื่อคนไข้ที่นัดไว้พรงนี้ หา 1 คนที่มาซ้ำด้วยอาการเดิมมากกว่า 3 ครั้ง แล้วก่อนเขียนใบสั่งยา ถาม 3 คำถามของขั้นที่ 6 "ก่อนเริ่มเป็น ชีวิตเปลี่ยนตรงไหน" "แย่งลงหลังอะไร" และ "ดีขึ้นหลังอะไร"

ถ้าคำตอบพาไปถึงสิ่งในชีวิตที่เปลี่ยนได้ ชวนคนไข้เลือกก้าวเดียว เขียนเป็นแผนถ้า-แล้ว แล้วนัดถามผลในวันที่ 14 ถ้าหน่วยมี อสม. ที่ผ่านระดับ 2 หรือแพทย์แผนไทยที่พร้อม ให้เขาเป็นคนถาม

3 คำถามนั้นใช้เวลาราว 3 นาที และสำหรับคนไข้ที่มาซ้ำ ผมคิดว่าคุ้ม ควบคู่กับการตรวจที่จำเป็น ส่วนคำถามว่าใครในหน่วยของคุณจะเป็นคนพาเดินวงล่าง บทที่ 12 จะตอบ

บทที่ 12 · คนและระบบ · ใครเดินวงในหน่วยปฐมภูมิ

คำถามที่ผู้บริหารถามก่อน

ทุกครั้งที่ผมเล่าเรื่องวงดูแลให้ผู้บริหารฟัง คำถามแรกที่ได้ยินมักไม่ใช่ "ได้ผลไหม" แต่เป็น "เอาคนที่ไหนมาทำ" ผมคิดว่าเป็นคำถามที่ถูก และเป็นเรื่องที่ผมเองก็ห่วง เพราะบทที่ 3 เล่าไว้แล้วว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีไม่ถึง 1 ใน 3 ของที่ต้องการ และคงเพิ่มไม่ทันในทศวรรษนี้

คำตอบที่ผมอยากชวนให้คิดด้วยกัน คือเราอาจไม่ต้องสร้างกำลังคนใหม่เลย ประเทศนี้มีคนที่เดินไปถึงบ้านคนไข้ อยู่แล้วกว่า 1 ล้าน คน สิ่งที่ยังขาดคือบันไดที่บอกว่าใครทำอะไรได้ถึงไหน และเส้นที่ขีดว่าตรงไหนต้องส่งต่อ

บันได 4 ระดับ

ที่เพลินไพร ผมกับทีมจัดการเรียนรู้เรื่องวงดูแลเป็นบันได 4 ระดับ เรียกว่า "ชุมชนรู้ธาตุ" ผมใช้คำว่าระดับกับบันได เพื่อไม่ให้ปนกับขั้นที่ 1-7 ของวง

- **ระดับ 1 ผู้รู้ธาตุ** รู้ธาตุประจำตัวของตัวเอง ตอบได้ว่าฉันเป็นใคร อะไรเหมาะกับฉัน ใช้เวลาราว 3 ชั่วโมง ซึ่งก็คือสถานีธาตุครึ่งวันในบทที่ 9
- **ระดับ 2 ผู้รู้สมดุล** รู้ว่าตอนนี้เอียงไปทิศไหน และดูแลเบื้องต้นอย่างไร เดินวงบนกับตัวเองได้ ใช้เวลาราว 9 ชั่วโมงใน 3 ครั้ง
- **ระดับ 3 ผู้รู้ต้นเหตุ** เข้าใจว่าเอียงเพราะอะไร โดมิโนตัวแรกอยู่ไหน และเริ่มพาคนอื่นเดินวงล่างได้ ใช้เวลาราว 18 ชั่วโมงใน 6 ครั้ง ระดับนี้เองที่ผมเรียกว่า "ผู้พาเดิน"
- **ระดับ 4 ผู้ส่งต่อความรู้ในชุมชน** พาคนอื่นเดินได้เอง และสอนคนอื่นถึงระดับ 1-2 ได้ อีกราว 18 ชั่วโมง

รวมแล้วราว 48 ชั่วโมงใน 11 เดือน ตัวเลขนี้เป็นค่าตั้งต้นที่จะปรับตามผลของรุ่นแรก แต่มีหลักหนึ่งที่ผมถือว่าสำคัญกว่าจำนวนชั่วโมง ทำกับตัวเองคือระดับ 2 ทำกับคนอื่นคือระดับ 3 ขึ้นไป ไม่มีใครข้ามจากระดับ 1 ไปพาคนอื่นเดินได้ โดยยังไม่เคยเดินวงบนกับตัวเองมาก่อน

และก่อนเรื่องอื่นใด หน่วยแรกของระดับ 3 คือธงแดงสองชั้นและทางออกไปแพทย์ 3 จุด ก่อนจะถึง 5 มิติหรือเส้นโยงใย ใครจะพาคนอื่นเดิน ต้องแม่นยำเรื่องส่งต่อก่อน

เส้นที่ผู้พาเดินไม่ข้าม

ก่อนจะคุยกันว่าใครในหน่วยปฐมภูมิควรอยู่ระดับไหน ผมขอวางเส้นให้ชัดเสียก่อน เพราะเส้นนี้ทำให้ระบบอยู่ในกรอบกฎหมาย และอยู่ในกรอบที่แพทย์ไวใจได้

ผู้พาเดินทำได้ 4 อย่าง คืออธิบายเครื่องมือ ชวนถาม ชวนคิด และช่วยบันทึก

ผู้พาเดินไม่ทำ 5 อย่าง

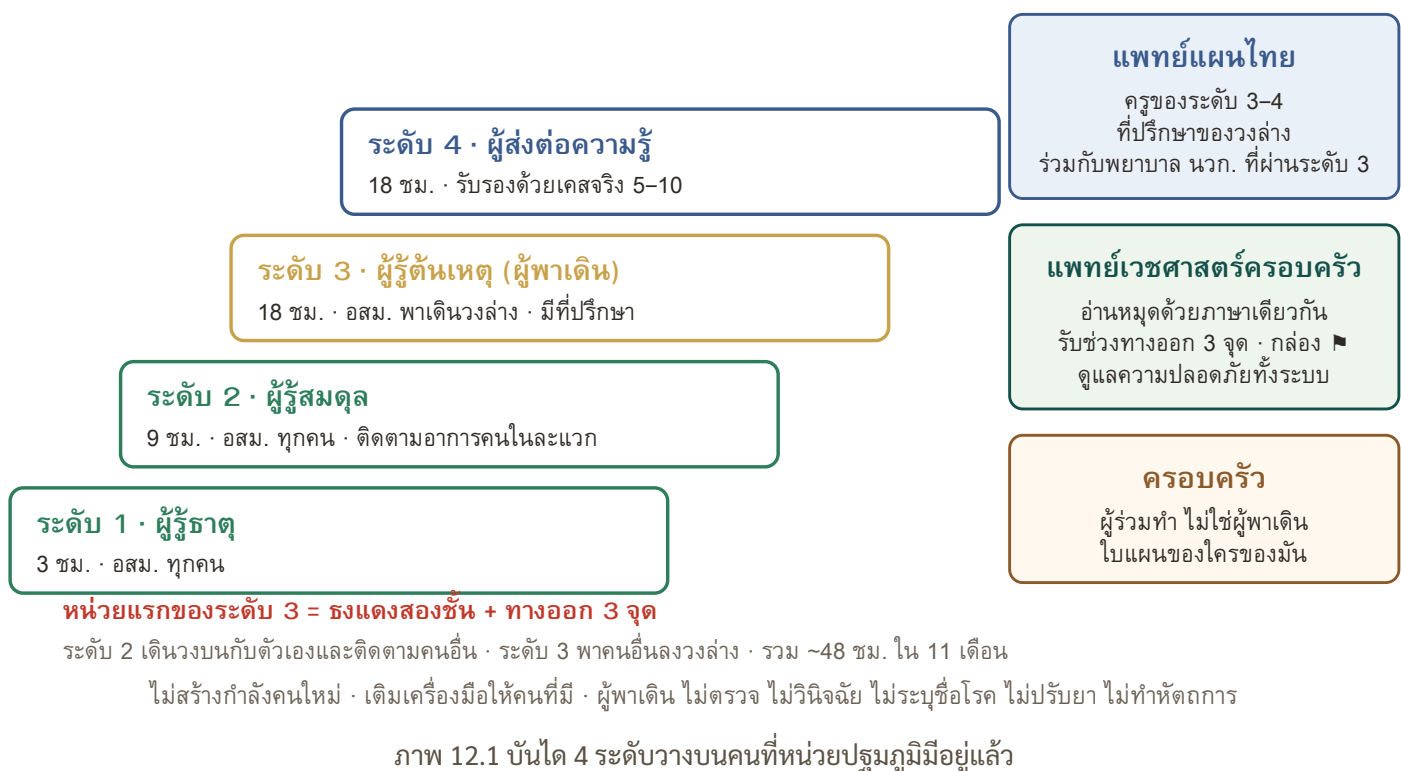
- ไม่ตรวจ
- ไม่วินิจฉัย
- ไม่ระบุชื่อโรค

- ไม่แนะนำหรือปรับยา
- ไม่ทำหัตถการแทนหมอ

5 ข้อนี้ไม่ใช่ข้อแนะนำ แต่เป็นขอบเขตที่มาจากกฎหมาย 2 ฉบับ คือพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทยปี 2556 ซึ่งสงวนการตรวจ วินิจฉัย และรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไว้สำหรับผู้มีใบอนุญาต และพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งสงวนการตรวจ วินิจฉัย บำบัด และป้องกันโรคในฐานะวิชาชีพเวชกรรมไว้สำหรับแพทย์ที่มีใบอนุญาต สิ่งที่ผู้พาเดินทำ คือการให้ความรู้และช่วยคนไข้บันทึกเรื่องของตัวเองอยู่นอกขอบเขตของทั้งสองฉบับ トラบใดที่ไม่ข้าม 5 ข้อนั้น

และหลักกลางที่ผู้พาเดินทุกคนต้องจูนขึ้นใจ คือ "ไม่แนใจ = ส่งต่อ"

วางบันไดบนคนที่มีอยู่



บันไดนี้วางลงบนคนที่หน่วยปฐมภูมิมีอยู่แล้วได้ โดยไม่ต้องสร้างตำแหน่งใหม่

อสม. ทุกคน ระดับ 1-2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1.1 ล้วนคนเป็นกำลังที่ใหญ่ที่สุดที่เรามี และระดับ 1-2 เป็นสิ่งที่ อสม. ทุกคนเรียนได้ในราว 12 ชั่วโมง เมื่อ อสม. รู้ธาตุและเดินวงบนกับตัวเองได้แล้ว ผมคาดว่า การเยี่ยมบ้านจะเปลี่ยนไป เพราะ อสม. จะมีภาษาที่ใช้คุยกับคนไข้ได้มากกว่าตัวเลขความดัน อสม. ระดับ 2 ถ้ามค่าเดียวในวันที่ 7 และติดตามอาการของคนไข้ที่บ้านได้ ในฐานะผู้ช่วยติดตาม งานนี้ทำให้วงบนในบทที่ 10 ครบวง ส่วนการพาเดินวงล่างเป็นงานของระดับ 3

อสม. ที่พร้อม ระดับ 3 อสม. ไม่จำเป็นต้องไปถึงระดับ 3 ทุกคน และผมคิดว่าไม่ควรเป็นเช่นนั้นด้วย ตัวเลขจำลองของเฟลนไพรคือ 15 ใน 100 คนที่เริ่ม อสม. ที่ผ่านระดับ 3 เป็นผู้พาเดินของหมู่บ้าน พาคนไข้ที่เข้าเกณฑ์เดินวงล่างได้ โดยมีแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านระดับ 3 เป็นที่ปรึกษา บทที่ 11 จึง

เกิดได้โดยใช้เวลาแพทย์เฉพาะที่ทางออก 3 จุด และ อสม. ไม่ได้ดูแลคนไข้เรื้อรังแทนทีมแพทย์ การคัดเลือกควรดูจากคนที่เดินวงบนกับตัวเองมาแล้วจริงและผ่านหน่วยตรงแดงแล้ว มากกว่าดูจากอาวุโส

แพทย์แผนไทยในหน่วย ครูและผู้หนุนหลังของวงล่าง แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่อยู่ในหน่วยปฐมภูมิมี 2 บทบาท บทบาทแรกเป็นครูของระดับ 3 และ 4 บทบาทที่ 2 เป็นผู้หนุนหลังของวงล่าง ทำจังหวะคิดที่ 5-6 ฉบับเต็ม ตรวจเพิ่มเมื่อหมดไม้ขีด เต็มตำรับยาและหัตถการในช่อง "ส่วนที่หมอเต็ม" และตรวจเคสจริงของผู้ที่จะได้รับการรับรองระดับ 4 ผมดีใจกับบทบาทนี้ เพราะทำให้แพทย์แผนไทยมีงานมากกว่าห้องนวดและห้องจ่ายยาสมุนไพร และเป็นงานที่ตัวชีวิตแพทย์ในปฐมภูมิควรนับด้วย

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้อ่านหมุดและผู้ดูแลความปลอดภัย เมื่อคนไข้ปักหมุดมาแล้ว แพทย์ใช้ภาษาเดียวกับคนไข้ อ่านหมุดนั้นแล้วเชื่อมกับสิ่งที่ตรวจพบ ทำให้ได้ภาพรอบด้านเร็วขึ้นใน 5 นาที ถ้าหมุดขัดกับสิ่งที่ตรวจพบ แพทย์ก็ตรวจต่อตามปกติ นอกจากนั้นแพทย์รับช่วงที่ทางออก 3 จุดและเรื่องในกล่อง ■ และดูแลความปลอดภัยของทั้งระบบ ซึ่งหมายถึงการทบทวนทุกเคสที่ตรงแดงหลุด ทุกเคสที่ส่งต่อช้า และเป็นผู้ตัดสินว่าระบบในหน่วยนี้ปลอดภัยพอจะเดินต่อหรือไม่

พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัว อยู่ได้ทุกระดับตามความสนใจ ผมหวังว่าหลายคนจะเป็นผู้พาเดินระดับ 3 ที่ดีของหน่วย เพราะมีพื้นความรู้และรู้จักคนไข้อยู่แล้ว และเมื่อผ่านระดับ 3 ก็เป็นที่ปรึกษาของ อสม. ที่พาเดินได้ แต่ผมไม่ได้วางให้เป็นข้อบังคับ เพราะงานของทีมหมอครอบครัวเต็มมืออยู่แล้ว

การรับรอง และสิ่งที่ยังไม่ตัดสินใจ

ระดับ 4 ได้รับการรับรองเมื่อส่งเคสจริง 5-10 เคสให้แพทย์แผนไทยตรวจ ทุกเคสต้องได้รับความยินยอมจากคนไข้ก่อน และไม่ระบุตัวตน ระดับ 4 ไม่รับรองผู้เรียนเอง และไม่สอนระดับ 3-4 แทนแพทย์แผนไทย สำหรับระดับ 3 ผมกับทีมเสนอว่าต้องผ่านหน่วยตรงแดงก่อน แล้วพาเดินเคสฝึก 5 เคส วาดเส้นเองได้ และส่งต่อถูกจุดทุกเคส จำนวนนี้ยังเป็นข้อเสนอ

ยังมีคำถามที่ผมกับทีมตอบไม่ได้ ผมขอเขียนไว้ตรง ๆ ระดับ 3 ต้องฝึกกี่เคสจึงพอ เกณฑ์ "ผ่านเมื่อ" ของแต่ละระดับควรรวมเป็นชุดเดียวสำหรับหลักสูตรหรือไม่ และหลักสูตรนี้ควรขอการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทยหรือหน่วยงานใด เพื่อให้ผู้พาเดินมีสถานะที่ชัดในระบบ คำถามเหล่านี้เป็นของผู้บริหารมากกว่าของผม และเรื่องสถานะของผู้พาเดิน ผมจะกลับมาในบทที่ 14

ครอบครัวเป็นผู้ร่วมทำ

เวลาเห็นลูกหลานช่วยดูแลพ่อแม่อย่างตั้งใจ ผมมักอยากให้เขามีที่ยืนในวงดูแลด้วย และเขามีจริง ๆ เพียงแต่ญาติที่ช่วยดูแลในบ้านยังไม่ใช่ผู้พาเดิน เว้นแต่ผ่านระดับ 3 แล้ว ใบแผนทุกใบจึงมีช่องลงชื่อ 2 ช่องแยกกัน คือ "ผู้ร่วมทำ (ครอบครัว)" กับ "ผู้พาเดิน/หมอ"

ครอบครัวช่วยได้มาก

- ช่วยเตือน และช่วยตักแถมติดตาม
- ทำก้าวยุทธเหตุของบ้านร่วมกัน เพราะเหตุหลายอย่างเป็นของทั้งบ้าน เช่น เวลากินข้าวเย็น เสียงทีวีตอนดึก และจอในห้องนอน
- ดูแลตัวเองในฐานะผู้ดูแล เพราะคนที่ดูแลคนอื่นในบ้านก็เสี่ยงจะเอียงเองเช่นกัน

สิ่งที่ครอบครัวยังไม่ทำคือเดินวงล่างแทนคนในบ้าน ประโยคที่ผมกับทีมใช้สอนคือ "ช่วยกันทำ แต่ใบแผนของใครของมัน"

โครงสร้างที่โมเดลต้องอยู่ได้

ก่อนปิดบท ผมขอวางข้อเท็จจริงเชิงโครงสร้างที่กำหนดว่าโมเดลนี้ต้องหน้าตาอย่างไร

1. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิมี 5,123 แห่ง จากเป้า 5,396 แห่ง หรือ 94.9% (กระทรวงสาธารณสุข 2568ก) โครงสร้างจึงมีอยู่แล้วเกือบทั่วประเทศ
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5,176 แห่งจาก 9,878 แห่ง ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้ว (The Coverage 2569) โมเดลนี้จึงต้องใช้ได้ทั้งในหน่วยที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยที่สังกัด อบจ. และต้องไม่พึ่งสายบังคับบัญชาสายเดียว บันได 4 ระดับจึงออกแบบให้ชุมชนเป็นเจ้าของ มากกว่าหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง
3. อสม. 1.1 ล้านคนได้รับค่าป่วยการเดือนละ 2,000 บาท รวมปีละราว 25,000 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข 2567ก) งบก้อนนี้มีอยู่แล้ว คำถามที่ผมจะชวนคิดต่อในบทที่ 14 คือ ถ้า อสม. ที่ได้ค่าป่วยการนี้มีเครื่องมืออ่านคนเพิ่มจากเครื่องมือวัด งบก้อนเดิมจะซื้ออะไรได้มากขึ้น

สิ่งที่ทำได้พຽງนี้

นับ อสม. ในเขตรับผิดชอบของหน่วย แล้วเตรียมคำถาม 1 ข้อไว้ถามทุกคนในการประชุมประจำเดือนครั้งหน้า "ถ้ามีการเรียนครึ่งวันเรื่องรู้จักร่างกายตัวเอง แล้วเอาไปคุยกับคนไข้ที่เยี่ยมบ้านได้ สนใจไหม"

คนที่ยกมือจะเป็นระดับ 1 รุ่นแรกของหน่วย และในกลุ่มนั้น คนที่ถามกลับว่า "แล้วถ้าอยากรู้มากกว่านั้นล่ะ" อาจเป็นผู้พาเดินคนแรกของหน่วย เมื่อเขาเดินวงบนกับตัวเองครบแล้ว เมื่อหน่วยมีคนเดินวงในหมู่บ้าน ภาพที่เราเห็นจะกว้างไปถึงทั้งตำบล ซึ่งเป็นเรื่องของบทที่ 13

ภาค 4 • ระบบและหลักฐาน

2 บทสุดท้ายขยายจากคนหนึ่งคนไปถึงชุมชนและเมือง แล้วจบเล่มด้วยการแยกให้ชัดว่าอะไรพิสูจน์แล้ว อะไรยังไม่พิสูจน์ และข้อเสนอที่ผู้บริหารหยิบไปทำได้ภายใน 12 เดือน



บทที่ 13 · จากครัวเรือนถึงเมือง

ถ้าต้นเหตุอยู่ในกล่องชีวิต

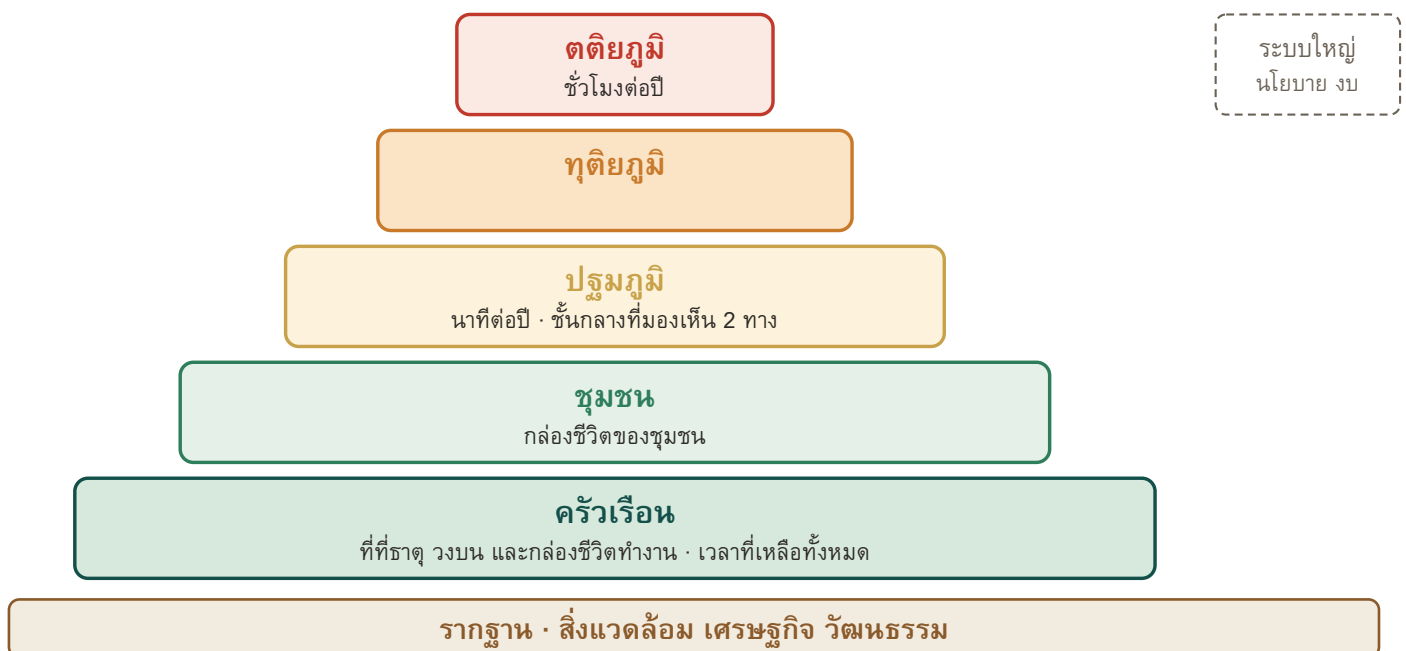
โตะกินข้าวที่บ้านลุงชัยว่างมาตั้งแต่ภรรยาเสียเมื่อต้นปี ลุงกินข้าวคนเดียวมา 8 เดือน และในบทที่ 7 ก้าวแรกของลุงก็อยู่ที่โตะตัวนั่นเอง ยายบุญมีในบทที่ 10 ก็กินข้าวเย็นคนเดียวเหมือนกัน นี่ถึง 2 คนนี้ที่โตะ ผมอดถามตัวเองไม่ได้ว่าในตำบลหนึ่ง ยังมีโตะแบบนี้อีกกี่ตัว

ภาคที่ 3 พูดถึงคนที่ละคน ภาคนี้ผมอยากชวนมองให้กว้างออก ถ้าต้นเหตุของความไม่สบายส่วนใหญ่อยู่ในกล่องชีวิต ทั้งผู้คน จอ จังหวะ อากาศ งาน และสิ่งที่กิน การออกแบบกล่องชีวิตของทั้งชุมชนก็เป็นงานสาธารณสุขโดยตรง เป็นงานของเราเอง มากกว่าจะเป็นงานของกระทรวงอื่นที่เราไปขอความร่วมมือ

ความคิดนี้ไม่ใหม่ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) เป็นหัวข้อในตำราสาธารณสุขทุกเล่ม เล่มนี้อยากเพิ่มภาษาชุดเดียวที่ใช้ได้ตั้งแต่ใบแผนของคนไข้ 1 คนจนถึงแผนพัฒนาตำบล เพราะกล่องชีวิต 6 กล่องที่คนไข้ชี้ในวงล่าง เป็นกล่องเดียวกับที่ชุมชนชี้ได้

7 ชั้นที่นำหนักรู้อยู่ฐาน

ที่เพลินไพร ผมกับทีมมองระบบสุขภาพเป็น 7 ชั้น ได้แก่ ครัวเรือน ชุมชน ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบใหญ่ และรากฐาน ซึ่งหมายถึงสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ทุกชั้นวางอยู่



น้ำหนักของสุขภาพอยู่ที่ฐาน ไม่ใช่ที่ยอด · หน่วยปฐมภูมิไม่ใช่ชั้นล่างสุด แต่เป็นชั้นกลางที่เชื่อม 2 ชั้นล่างกับชั้นบน

ภาพ 13.1 ระบบสุขภาพ 7 ชั้นที่นำหนักรู้อยู่ฐาน และตำแหน่งของหน่วยปฐมภูมิ

ภาพนี้ต่างจากภาพระบบสุขภาพแบบปิรามิดที่เราคุ้น ตรงที่น้ำหนักของสุขภาพอยู่ที่ฐาน คนไทยคนหนึ่งใช้เวลาในโรงพยาบาลปีละไม่กี่ชั่วโมง ใช้เวลาในหน่วยปฐมภูมิไม่กี่ 10 นาที และใช้เวลาที่เหลือทั้งหมดในครัวเรือนและชุมชน ซึ่งเป็นที่ที่ธาตุประจำตัว วงบน และกล่องชีวิตทำงาน หน่วยปฐมภูมิจึงเป็นชั้นกลางที่เชื่อม 2 ชั้นล่างซึ่ง

ใหญ่ที่สุดเข้ากับชั้นบนที่มีทรัพยากรทางการแพทย์ และแพทย์ปฐมภูมิเป็นคนที่มองเห็นได้ทั้งสองทาง

กล่องชีวิตของชุมชน

กล่องชีวิต 6 กล่องในระดับคน มีคู่ในระดับชุมชนทุกกล่อง หลายกล่องหน่วยปฐมภูมิเห็นอยู่ทุกวัน แต่ยังไม่มีการให้บันทึก

กล่องผู้คนและความสัมพันธ์ ในระดับชุมชน หมายถึงความเหงาของผู้สูงอายุที่ลูกหลานไปทำงานในเมือง การเลี้ยงหลานโดยปู่ย่า และคนที่กินข้าวคนเดียว โต๊ะกินข้าวร่วมของชุมชนจึงอาจเป็นงานสาธารณสุขที่ระบบยังไม่เคยนับ

กล่องจอและข้อมูล หมายถึงเด็กวัยเรียนทั้งหมดที่บ้านที่นอนดึกเพราะมือถือ และผู้สูงอายุที่รับข้อมูลสุขภาพผิด ๆ จากกลุ่มไลน์ หน่วยปฐมภูมิเข้าถึงกล่องนี้ได้ทางโรงเรียน และทางกลุ่มไลน์เดียวกันนั่นเอง

กล่องจังหวะของงานและสังคม หมายถึงกะของโรงงาน ฤดูของเกษตรกรรม และปฏิทินงานบุญ ซึ่งกำหนดว่าทั้งตำบลนอนกี่โมงในแต่ละเดือน เส้น "หลุดจังหวะ" ที่คลั่งเส้นทางสาเหตุเก็บไว้เป็นเส้นสมมติฐานของคนหนึ่งคนก็น่าจะมีรุ่นของชุมชนด้วย

กล่องอากาศและที่อยู่ หมายถึงฝุ่นละอองขนาดเล็กในฤดูเผา ความร้อนในเมืองที่ไม่มีร่มเงา บ้านที่อากาศไม่ถ่ายเท และผังเมืองที่ทำให้ไม่มีใครเดิน กล่องนี้เชื่อมงานสาธารณสุขกับงานโยธาและงานสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นโดยตรง

กล่องงานและการใช้กาย หมายถึงอาชีพของถิ่น คนกรีดยางที่ตื่นตีสองทุกวัน คนทำนาที่ก้มทั้งวันในฤดูดำนา คนในโรงงานที่ยืน 8 ชั่วโมง ในภาษาของเรา กล่องนี้คืออาชีพอนามัย

กล่องสิ่งที่กิน ดื่ม สูด ทา หมายถึงอาหารของถิ่น ของที่ตลาดขาย สารเคมีการเกษตรที่ใช้ และน้ำที่ดื่ม สำหรับตามธาตุในบทที่ 9 ขยายไปเป็นเมนูของโรงเรียนและของตลาดได้

ส่วน **กล่อง ๗** ในระดับชุมชน หมายถึงความปลอดภัย ทั้งโรคระบาด พิษ และอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นงานควบคุมโรคที่ระบบทำได้ดีอยู่แล้ว

ผมอยากฝากหน่วยปฐมภูมิไว้เรื่องเดียว เมื่อ อสม. และผู้พาเดินบันทึกกล่องต้นทางของคนไข้แต่ละคนในวงล่างให้หน่วยรวมข้อมูลนั้นปีละครั้ง โดยไม่ระบุตัวตนและใช้เฉพาะของคนไข้ที่ยินยอม แล้วดูว่ากล่องไหนถูกชี้มากที่สุด ในเขตรับผิดชอบ กล่องนั้นอาจเป็นหัวข้อของแผนสุขภาพตำบลปีถัดไป วิธีนี้ใช้ข้อมูลจากใบแผนของคนไข้ไปออกแบบชุมชน โดยไม่ต้องสำรวจเพิ่ม

ชุมชนรู้ธาตุ และ 4 เสาของทุนชุมชน

ผมกับทีมที่เพลินไพรพัฒนาโมเดลชุมชนที่ใช้ชื่อเดียวกับบันไดในบทที่ 12 คือ "ชุมชนรู้ธาตุ" ร่วมกับเครือข่ายพัฒนาชุมชนที่มองทุนของชุมชนเป็น 4 เสา ได้แก่ ทรัพยากรธรรมชาติ ภูมิปัญญาของชุมชน คน 4 ช่วงวัย และเศรษฐกิจที่สร้างฐานทุน หลักที่ผมใช้วางตำแหน่งคือ สุขภาพไม่ใช่เสาที่ 5 แต่เป็นคนที่ยืนอยู่กลาง 4 เสา ถ้าคนเจ็บป่วย ทั้ง 4 เสาก็อ่อนลงพร้อมกัน

ภาษาธาตุเดินเข้าไปได้ทุกเสา ในเสาธรรมชาติ ป่าและสวนเป็นทางปรับด้านผัสสะ และการกินอยู่ตามฤดูกาล เป็นการใช้ทรัพยากรของถิ่นเป็นทางปรับ ในเสาภูมิปัญญา ธาตุเป็นภาษาที่ช่วยอ่านว่าทำไมสิ่งที่บรรพชนทำจึงได้ผลและเหมาะกับใคร โดยครูของศาสนานั้นคือหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองในชุมชนเอง ไม่ใช่เพลินไพร ในเสา 4 ช่วงวัย ตำราแผนไทยผูกวัยกับธาตุไว้แล้ว และโรงเรียนเป็นที่ที่ความรู้นี้ส่งกลับถึงบ้านได้เร็ว ในเสาเศรษฐกิจ ของดีของชุมชนที่ปรับตามธาตุมีเรื่องเล่าในตัว และคนทำงานที่ดูแลตัวเองได้ก็เป็นทุนอีกแบบหนึ่ง

ผมไม่ได้หวังให้หน่วยปฐมภูมิไปทำงานพัฒนาชุมชนแทนใคร ผมหวังเพียงว่าเมื่อมีภาษาธาตุ หน่วยจะพุดกับงานพัฒนาชุมชน งานโรงเรียน งานเกษตร และงานท่องเที่ยวของตำบลเดียวกันได้ด้วยคำพูดเดียว ซึ่งตัวชีวิตสาธารณสุขอย่างเดียวกันทำให้ไม่ได้

เชื่อมกับกลไกที่มีอยู่

ในระดับตำบล มีกลไกที่พร้อมรับเรื่องนี้อยู่แล้ว

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนในพื้นที่ได้ รวมทั้งการฝึกอบรม สถานีรัฐาตุและการอบรมบันใดระดับ 1-2 จึงน่าจะเสนอขอจากกองทุนนี้ได้ในฐานะโครงการของกลุ่มประชาชน โดยต้องเขียนโครงการตามแบบและหลักเกณฑ์ของกองทุนในแต่ละพื้นที่

ตำบลจัดการสุขภาพ เป็นโครงสร้างที่ให้ชุมชนวิเคราะห์ปัญหาและทำแผนเอง กล่องต้นทางที่รวมจากใบแผนของคนใช้จึงเป็นข้อมูลที่หยิบไปใช้ได้ทันที

การส่งต่อสู่กิจกรรมทางสังคม (social prescribing) หมายถึงการที่แพทย์ปฐมภูมิส่งคนไข้ไปหากิจกรรมในชุมชนควบคู่กับการรักษา ในปี 2566 ระบบสุขภาพอังกฤษส่งต่อคนไข้แบบนี้ราว 1.3 ล้านคน (Bu และคณะ 2025) ประเทศไทยเองก็มีสิ่งนี้อยู่แล้วในรูปของชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออกกำลังกาย และวัด เพียงแต่เราไม่เคยนับเป็นการรักษา วงดูแลให้สิ่งนี้มีที่อยู่บนใบแผน เมื่อสิ่งที่ช่วยของลงช่วยคือไปชมรมผู้สูงอายุที่วัดสัปดาห์ละครั้ง และก้าวหยุดเหตุของยายบุญมีคือกินข้าวเย็นกับเพื่อนบ้าน นั่นคือการส่งต่อสู่กิจกรรมทางสังคมที่คนไข้เขียนลงในแผนของตัวเอง

แต่บทเรียนจากอังกฤษยังมีอีกด้าน การทบทวนงานวิจัยพบว่าแม้แนวทางนี้จะขยายเร็วมาก หลักฐานผลลัพธ์ยังบาง การทดลองที่มีไม่พบผลที่สม่ำเสมอ และยังไม่มียข้อมูลความคุ้มค่าที่ชัดเจน (Kiely และคณะ 2022) สิ่งที่ยาวได้เร็วเพราะฟังดูดี อาจไม่ได้ถูกวัดตั้งแต่ต้น และเมื่อถึงเวลาต้องพิสูจน์ ก็ไม่มีอะไรให้ดู ผมไม่อยากให้วงดูแลช้าร่อนนั้น จึงเสนอให้วัดตั้งแต่คนไข้คนแรก ซึ่งเป็นเรื่องของบทถัดไป

สิ่งที่หลักฐานบอกเรื่องระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

งานที่ผมกลับไปอ่านบ่อยตั้งแต่สมัยเรียนคืองานของ Barbara Starfield ซึ่งพบว่าประเทศที่ระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง มีอัตราการตายก่อนวัยและค่าใช้จ่ายต่ำกว่า และในข้อมูลของสหรัฐอเมริกา การเพิ่มแพทย์ปฐมภูมิ 1 คนต่อประชากร 10,000 คนสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ลดลงราว 5-6% (Starfield และคณะ 2005) หลักฐานนี้เป็นเชิงสหสัมพันธ์ จึงบอกได้เพียงทิศทาง ยังบอกเหตุและผลไม่ได้ แต่ทิศทางก็ชัดพอที่ผมจะยึดไว้

Starfield นิยามระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็งไว้ 4 ลักษณะ ได้แก่ เป็นด่านแรก ต่อเนื่อง ครอบคลุม และประสานงาน เมื่ออ่านคู่กับเล่มนี้ ผมเห็นว่าวงดูแลอาจช่วยเติมได้ 2 ข้อ ข้อ "ต่อเนื่อง" ในความหมายของ Starfield หมายถึงความสัมพันธ์ระยะยาวกับผู้ดูแลคนเดิม วงดูแลแทนความสัมพันธ์นั้นไม่ได้ ทำได้เพียงช่วยให้การดูแลเดินต่อไป

ช่วงระหว่างนัด ส่วนข้อ "ครอบคลุม" วงดูแลเดิมเครื่องมือที่คนไข้ถือเองให้ทั้ง 3 กล่องของงานปฐมนุญ มิใช่ไม่ว่าข้อ "ด้านแรก" และ "ประสานงาน" ซึ่งระบบเดิมทำได้ด้อยอยู่แล้ว

สิ่งที่ทำได้พรุ่งนี้

ขอบันทึกเยี่ยมบ้านของ อสม. 1 คนในเดือนที่ผ่านมา แล้วนั่งอ่านด้วยกันกับเจ้าของบันทึก นับดูว่าเรื่องที่เล่ามาอยู่ในกล่องชีวิตกล่องไหนบ้าง งานนี้เสร็จได้ในบ่ายเดียว และอาจทำให้ทั้งคู่เห็นหมู่บ้านเดิมด้วยสายตาใหม่

เมื่อหน่วยพร้อมและมีคนไข้เดินวงแล้วสัก 10 คน ถ้าวางกล่องต้นทางของทั้ง 10 คนไว้บนกระดานแผ่นเดียว เราอาจพบว่ากล่องผู้คนและความสัมพันธ์ถูกซ้ำมากกว่ากล่องอื่น ถ้าเป็นเช่นนั้นจริง สิ่งที่ต้องดำเนินการมากกว่าคลินิกความดันเพิ่มอีกวัน อาจเป็นที่ที่คนได้กินข้าวด้วยกัน

คำว่า "อาจ" ในประโยคนั้นยังต้องวัด และการแยกให้เห็นว่าอะไรรู้แล้ว อะไรยังไม่รู้ เป็นเรื่องของบทสุดท้าย

บทที่ 14 · สิ่งที่พิสูจน์แล้ว สิ่งที่ยังไม่พิสูจน์ และแผนนำร่อง

จบเล่มด้วยความเชื่อตรง

ตั้งแต่บทที่ 1 ผมสัญญาไว้ว่าจะบอกตรง ๆ ทุกครั้งที่เรื่องไหนยังไม่ได้พิสูจน์ บทนี้รวบรวมคำสัญญานั้นไว้ในที่เดียว เพื่อให้เพื่อนแพทย์และผู้บริหารเห็นภาพทั้งหมดก่อนตัดสินใจ

ผมคิดว่าคุณค่าของระบบนี้ในวันนี้ยังไม่ได้อยู่ที่ว่าได้ผลแล้ว คุณค่าอยู่ที่ระบบนี้ปลอดภัย ขอบเขตชัด วัดผลได้ และพร้อมทดสอบ 4 อย่างนี้เองที่หลายนวัตกรรมด้านสุขภาพที่ผ่านเข้ามาหาเรายังมีไม่ครบ

สิ่งที่รู้แล้ว และสิ่งที่ยังต้องเรียนรู้

เครื่องมือในเล่มนี้ต่อยอดจากหลักของการแพทย์แผนไทย ส่วนการจัดระบบเป็นวงดูแลเป็นงานของเพลินไพร ผมแยกสิ่งที่เล่ามาเป็น 2 ชุด

สิ่งที่มีหลักฐานรองรับแล้ว

- การเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ผลเมื่อทำถึง และผลจางลงตามเวลา (DPP)
- คำแนะนำเรื่องกิจกรรมทางกายในห้องตรวจได้ผล แต่ผลเล็ก (van der Wardt และคณะ BJGP 2021 · Kettle และคณะ BMJ 2022)
- วัดความดันเองอย่างเดียวไม่ลดความดันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อผูกกับการสนับสนุนเข้มข้น ซึ่งส่วนใหญ่คือการปรับยาอย่างเป็นระบบโดยแพทย์ เภสัชกร หรือคนไข้เอง จึงลดได้ 6.1 มิลลิเมตรปรอท (Tucker และคณะ PLoS Med 2017) ส่วน TASMINH4 ใช้ค่าที่วัดเองไปปรับยา บันทึกอย่างเดียวจึงไม่พอ ต้องมีการลงมือที่ผูกกับข้อมูลนั้น
- สมุดบันทึกที่คนไข้ถือเองยังไม่พบประโยชน์ชัด และหลักฐานมีคุณภาพต่ำ (Ko และคณะ 2010)
- คำอธิบายร่วมที่คนไข้ยอมรับได้ ช่วยลดอาการทางกายที่ตรวจไม่พบโรค โดยแพทย์ที่ฝึกเฉพาะ (MSS3 Lancet 2024)
- การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่ใช้บ่อยที่สุดในโครงการโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่บอกไม่ได้ว่าองค์ประกอบใดทำให้ได้ผล (Davy และคณะ 2015)
- ประเทศที่ระบบปฐมภูมิเข้มแข็งมีอัตราการตายและค่าใช้จ่ายต่ำกว่า เป็นหลักฐานเชิงสหสัมพันธ์ (Starfield)

สิ่งที่เรากำลังเรียนรู้ และจะวัดในการนำร่อง

- การลงมือแบบไม่ใช้ยาที่ผูกกับข้อมูลของคนไข้ อย่างที่วงดูแลเสนอ ยังไม่ได้ทดสอบ
- ข้อสรุปของผมเองว่าเครื่องมือที่คนไข้ถือน่าจะได้ผลเมื่อผูกกับคำอธิบายและการลงมือ (Ko และคณะไม่ได้ทดสอบเงื่อนไขนี้)
- ความตรงของแบบคัดกรองธาตุประจำตัว
- การจัดธาตุ 7 แบบลงบนวงล้อ 6 ขั้ว
- กฏโดมิโนตัวแรก
- เกณฑ์เวลา 7 วัน 14 วัน 4 สัปดาห์ และ 3 ครั้ง

- ป้ายฤทธิ์ต่อมิตติของ 32 ศาสตร์การเยียวยา
- ความถี่ของเส้นทางสาเหตุ 13 เส้น
- ตัวเลขจำลองของผู้เรียน 100/60/25/15/5 และชั่วโมงเรียน 48 ชั่วโมง

ชุดแรกเป็นสิ่งที่ระบบนี้ยื่นอยู่ ยังไม่ใช่สิ่งที่ระบบนี้พิสูจน์ ส่วนชุดที่ 2 เป็นสิ่งที่เพลินไพรสร้าง ซึ่งต้องถูกทดสอบแต่ละข้อออกแบบให้สอดคล้องกับชุดแรก เกณฑ์เวลาที่มีเพราะหลักฐานบอกว่าต้องมีขอบเขตและต้องวนกลับ ขึ้นลงมามีเพราะบันทึกอย่างเดียวไม่พอ และการที่ผู้พาเดินอธิบายเส้นให้คนไข้ฟัง มีเพราะ MSS3 ซึ่งคล้ายกันในหลักการ ชี้ว่าคำอธิบายที่คนไข้ยอมรับได้เป็นสะพาน ถึงอย่างนั้น ความสอดคล้องก็ยังไม่ใช้การพิสูจน์

ช่องว่างความรู้ที่ต้องปิด

ผมกับทีมทบทวนช่องว่างกัน 2 รอบ และเห็นเรื่องที่ต้องศึกษาก่อนจะพูดได้เต็มปาก

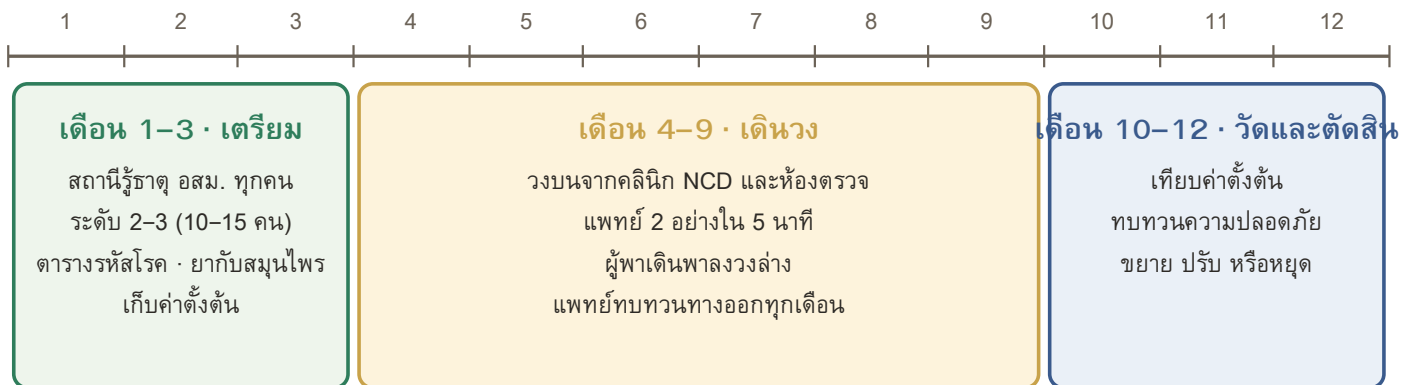
1. ความตรงของแบบคัดกรองธาตุประจำตัว ว่าคนที่ตอบว่า "ใช่ฉัน" ตรงกับที่แพทย์แผนไทยประเมินแค่นั้น และเสถียรเมื่อทำซ้ำหรือไม่
2. ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน ว่าผู้พาเดิน 2 คนที่พาคนไข้คนเดียวกันเดิน ได้ปลายทางและโดมิโนตัวแรกตรงกันแค่นั้น
3. ตารางเทียบคำระหว่างภาษาของวงดูแลกับรหัสโรค ICD-10 และ ICD-10-TM เพื่อให้ข้อมูลจากใบแผนเข้าระบบรายงานของหน่วยได้ โดยไม่ต้องสร้างระบบคู่ขนาน
4. แนวทางรายชื่อสำหรับคลินิกโรคเรื้อรัง ว่าวงบนเข้ากับแนวทางเวชปฏิบัติเรื่องความดัน เบาหวาน และไขมันของกระทรวงตรงไหน ทีละชั้น
5. ความปลอดภัยของยากับสมุนไพร ซึ่งเพลินไพรเก็บไว้ในรายการกลางแยกจากตำรา แต่ยังต้องการการทบทวนโดยเภสัชกรอย่างเป็นระบบ

เรื่องเหล่านี้ไม่ต้องรอให้เสร็จก่อนเริ่มนำร่อง แต่ควรวางไว้ใน การนำร่องด้วย

แผนนำร่อง 12 เดือน ในหน่วยปฐมภูมิ 1 แห่ง

หน่วยปฐมภูมิ 1 แห่ง · ประชากร ~10,000 · กลุ่ม NCD คุ่มไม่ได้ + MUS กลุ่มละ 50–100 คน

สมัครใจ · ผ่านรณรงค์และตรวจพื้นฐานก่อน



ตัวชี้วัดหลัก: ความดัน · HbA1c · คะแนนอาการ ① · ครั้งที่มา รพ. ด้วยอาการเดิม · ส่งต่อถูกจุด · รณรงค์หลุด = 0

ตัวชี้วัดรอง: % คราวเรือนรัฐาตุ · ผู้พาเดินผ่านระดับ 3 · ทำตามแผนถึงครึ่งของวัน · ความสอดคล้องระหว่างผู้พาเดิน

ไม่ใช่ RCT · ตอบว่าทำได้จริง ปลอดภัย คนไข้ใช้ ตัวเลขขยับทางไหน · ใช้จบ P&P และจบแผนไทยที่มีอยู่

ภาพ 14.1 แผนนำร่อง 12 เดือนในหน่วยปฐมภูมิ 1 แห่ง

ผมเสนอแผนที่เล็กพอจะทำได้ในหน่วยเดียว และวัดได้พอจะตอบคำถามแรก ๆ

ที่ไหน หน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่งที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีแพทย์แผนไทย และมี อสม. ที่พร้อม ประชากรรับผิดชอบราว 10,000 คน

ใคร คนไข้โรคเรื้อรังที่คุมไม่ได้ตามเป้าหมาย 1 ปี และคนไข้ที่มาด้วยอาการเรื้อรังที่ผลตรวจปกติ กลุ่มละ 50–100 คน เข้าโดยสมัครใจ หลังผ่านรณรงค์และการตรวจพื้นฐาน

เดือนที่ 1–3 เตรียม สถานีรัฐาตุสำหรับ อสม. ทุกคนในเขต อบรมระดับ 2 สำหรับ อสม. ที่สมัคร และระดับ 3 สำหรับ อสม. และบุคลากรที่พร้อม 10–15 คน โดยมีแพทย์แผนไทยเป็นครู ทำตารางเทียบรหัสโรคและทบทวน ยา กับสมุนไพรไปพร้อมกัน ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยและเตรียมใบยินยอม แล้วเก็บค่าตั้งต้นของทุกตัวชี้วัด

เดือนที่ 4–9 เดินวง คนไข้เข้าวงบนจากคลินิกโรคเรื้อรังและจากห้องตรวจ แพทย์ทำ 2 อย่างใน 5 นาที อสม. ระดับ 2 ถามค่าเดียวในวันที่ 7 และติดตามอาการของคนไข้ที่บ้านในฐานะผู้ช่วยติดตาม อสม. และบุคลากรที่ผ่านระดับ 3 พาคนไข้ที่เข้าเกณฑ์ลงวงล่าง โดยมีแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านระดับ 3 เป็นที่ปรึกษา และแพทย์ทบทวนทุกเคสที่ออกทางออก 3 จุดทุกเดือน

เดือนที่ 10–12 วัดและตัดสิน เทียบตัวชี้วัดกับค่าตั้งต้น และกับคนไข้ที่ไม่ได้เข้าร่วมในหน่วยเดียวกัน ทบทวน ความปลอดภัยทั้งหมด แล้วตัดสินว่าจะขยาย ปรับ หรือหยุด

ตัวชี้วัดหลัก

- ความดันโลหิตและน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในกลุ่มโรคเรื้อรัง
- คะแนนอาการ ① ของคนไข้เอง ซึ่งมีในทุกใบแผน
- จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม

- สัดส่วนการส่งต่อที่ถูกต้อง
- ความปลอดภัย ได้แก่ จำนวนธงดวงที่หลุด ซึ่งต้องเป็นศูนย์ และจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยากับสมุนไพร

ตัวชี้วัดรอง

- สัดส่วนครัวเรือนที่รู้ธาตุของสมาชิก
- จำนวนผู้พาเดินที่ผ่านระดับ 3
- สัดส่วนคนไข้ที่ทำตามแผนได้ถึงครึ่งหนึ่งของวัน
- ความสอดคล้องระหว่างผู้พาเดิน
- วันที่อาการ ① ดีขึ้น กล้องต้นทาง และโดมิโนตัวแรกของทุกเคส สำหรับเรียนรู้เรื่องเกณฑ์เวลาและกฎโดมิโน

สิ่งที่แผนนี้ไม่อ้าง แผนนี้ไม่ใช้การทดลองแบบสุ่ม และจะตอบไม่ได้ว่าวงดูแลดีกว่าการดูแลปกติเพราะตัววงดูแลเอง สิ่งที่แผนนี้ตอบได้คือ ทำได้จริงในหน่วยจริงไหม ปลอดภัยไหม คนไข้ใช้ไหม และตัวเลขขยับไปทางไหน คำถามเหล่านี้ต้องตอบก่อน จึงจะคุ้มที่จะทำการทดลองที่ใหญ่กว่า

ข้อเสนอต่อเขตสุขภาพและ สปสช.

ข้อเสนอของผมใช้เงินที่มีอยู่แล้วทั้งหมด

1. **งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** ปีงบประมาณ 2569 อยู่ที่ราว 410 บาทต่อคนไทยทุกคน อาจใช้กับสถานีธาตุและบันไดระดับ 1-2 ได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้เป็นการส่งเสริมและป้องกันโดยนิยาม หรือใช้ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
2. **งบบริการแพทย์แผนไทย** ซึ่งเพิ่มเป็น 63.24 บาทต่อคนในปีงบประมาณ 2569 ใช้กับบทบาทของแพทย์แผนไทยในวงล่าง ทั้งการเป็นครูของผู้พาเดินและการตรวจเพิ่มในการหาต้นเหตุ ผมเสนอด้วยว่าตัวชี้วัด "ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก" ควรนับการทำงานแบบนี้ นอกเหนือจากการนัดและการจ่ายยาสมุนไพร ข้อมูลล่าสุดของตัวชี้วัดนี้ยังต่ำกว่าเป้า และถ้ายั่งยืนแต่บริการ ผมเกรงว่าจะไปไม่ถึงกล้องส่งเสริมและป้องกัน
3. **บทบาทของ อสม.** ให้ อสม. ที่ผ่านระดับ 2 เป็นผู้ช่วยติดตามคนไข้ที่บ้าน และ อสม. ที่ผ่านระดับ 3 พาคนไข้เดินวงล่างโดยมีที่ปรึกษาตามแผนข้างบน ให้ชัดในงานโรคเรื้อรังของหน่วย โดยไม่เพิ่มค่าป่วยการ แต่เพิ่มเครื่องมือ และให้การประเมิน อสม. นับผลลัพธ์ของคนไข้ที่ติดตามด้วย นอกเหนือจากจำนวนครั้งที่วัดและบันทึก

ข้อ 1 และข้อ 3 น่าจะตัดสินใจได้ในระดับเขต ส่วนการนับตัวชี้วัดในข้อ 2 ต้องไปถึงระดับกระทรวง ผมจึงเขียนเล่มนี้ถึงแพทย์และผู้บริหารในเขต และถึงผู้วางนโยบายในส่วนกลางไปพร้อมกัน

คำถามที่ยังเปิดอยู่

ยังมีคำถามที่เล่มนี้ตอบไม่ได้ ผมขอวางไว้ในมือผู้อ่าน

สถานะของผู้พาเดินในระบบควรเป็นอย่างไร เป็นบทบาทหนึ่งของ อสม. เป็นหลักสูตรที่สภาวิชาชีพรับรอง หรือ เป็นเพียงการเรียนรู้ของชุมชนที่ไม่มีสถานะทางการ แต่ละทางมีข้อดีและข้อเสีย และผมคิดว่าคำตอบควรมาจากการนำร่อง

วงศ์และอยู่ในระบบข้อมูลของหน่วยอย่างไร ถ้าเป็นระบบคู่ขนานที่ไม่เชื่อมกับระบบรายงาน ผมเกรงว่าจะอยู่ได้ไม่นาน เหมือนหลายนวัตกรรมที่มาก่อน

และใครจะเป็นเจ้าของความรู้นี้ เฟลินไพรเป็นผู้จัดระบบ แต่ออกแบบให้ชุมชนเป็นเจ้าของ และหมอฟันบ้านของชุมชนอยู่ตรงนั้นมาก่อนเฟลินไพรเสมอ ความรู้ในตำราเล่มหนึ่งจะกลายเป็นของชุมชนได้อย่างไร ผมยังตอบไม่ได้

สิ่งที่ทำได้พรุ่งนี้

ส่งเล่มนี้ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกคน แพทย์แผนไทย 1 คน และ อสม. 1 คน แล้วถามทั้งสามว่าบทไหนที่อ่านแล้วอยากลอง ถ้าคุณเป็นผู้บริหาร นำหน้าแผนนำร่องในบทนี้เข้าวาระการประชุมครั้งถัดไปของเครือข่าย เพื่อเลือกหน่วยนำร่อง

ถ้าคำตอบของ 3 คนตรงกัน นั่นอาจเป็นจุดเริ่มของการนำร่อง ถ้าไม่ตรง นั่นคือข้อมูลที่ผมต้องการสำหรับฉบับถัดไป และก่อนปิดเล่ม ผมขอทิ้งท้ายสุดท้ายไว้ข้างล่างนี้

ประโยคปิด

ธาตุ สมุฏฐาน มูลเหตุ รสยา ของแสง และการถามกำลังของคนไข้ก่อนวางยา เป็นของเก่า อยู่ในคัมภีร์มาหลายร้อยปี และอยู่ในภาษาที่คนไทยพูดอยู่ทุกวัน ใจร้อน ใจเย็น หนักใจ ใจเบา

ผมไม่รู้ว่าจะดูและได้ผลแค่ไหน ผมรู้แค่ในบทที่ 1 ลุงชัย คุณเอ และป้าละออ ออกจากห้องตรวจของผมไปโดยไม่อะไรที่เป็นของเขาเลย และนั่นคือสิ่งที่ผมอยากเปลี่ยน

ระหว่างเล่ม ทั้ง 3 คนได้ของชิ้นเล็ก ๆ ที่เป็นของตัวเอง ลุงชัยได้กำม้อเย็นที่โต๊ะ คุณเอได้เส้นปิดงานที่เลือกเอง ป้าละออได้นำยาต้มมาให้เภสัชกรและแพทย์แผนไทยดู ผมยังไม่รู้ว่าคุณชันของลุงชัยจะลงหรือไม่ แต่ผมตั้งใจว่าวันนี้ทั้ง 3 คนมีบางอย่างถืออยู่ในมือ

สิ่งที่เล่มนี้ทำใหม่มีอย่างเดียว คือวางของเก่าทั้งหมดไว้ในวงเดียว แล้วยื่นให้คนไขถือไว้ในมือของตัวเอง โดยที่หมอยังยืนอยู่ข้าง ๆ ทุกชั้น

ภาคผนวก ก · ธงแดงสองชั้น ผังส่งต่อ 4 ข้อ และทางออก 3 จุด

รายการในภาคผนวกนี้เป็นชุดเดียวกับรายการธงแดงกลางของเพลินไพร (ตุลาคม 2569) ซึ่งตำราและใบงานทุกชั้นใช้ร่วมกันและเปลี่ยนตามกัน หน่วยที่นำไปใช้ควรใช้ฉบับล่าสุดเสมอ และไม่คัดลอกจากหน้านี้ไปแก้ไข

ชั้นที่ 1 · ฉุกเฉิน โทร 1669 ทันที ไม่ดูแลเองต่อ

- หายใจลำบาก หอบ ตัวเขียวคล้ำ
- สติเปลี่ยน สับสน ซึม ปลุกไม่ตื่น
- ปวดเฉียบพลันรุนแรงแบบที่สุดในชีวิต
- บาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกไม่หยุด
- ใช้สูเกิน 39 องศา หรือทารกมีไข้เกิน 38 องศา
- อาการแบบหลอดเลือดสมอง หน้าหรือปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด ตามัวทันที ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน เวียนจนเดินไม่ได้
- อาการแบบหัวใจขาดเลือด เจ็บแน่นหน้าอก รัวไปแขน กราม หลัง เหงื่อแตก ใจสั่นร่วมกับจะเป็นลม
- หมดสติ ชัก หรือเป็นลมโดยไม่รู้สาเหตุ
- อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ ไอเป็นเลือด
- ความคิดทำร้ายตนเองหรืออยากตาย โทร 1323 และไม่ปล่อยให้อยู่ลำพัง

ชั้นที่ 2 · พบแพทย์โดยเร็ว ก่อนเริ่มดูแลเอง

- สัญญาณที่อาจเป็นมะเร็ง น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ คลำพบก้อน แผลไม่หาย เลือดออกผิดปกติ ไอหรือเสียงแหบเรื้อรัง กลืนลำบาก การขับถ่ายเปลี่ยนต่อเนื่อง
- ซึมเศร้ารุนแรงเกิน 2 สัปดาห์จนใช้ชีวิตไม่ได้ หรืออารมณ์ฉุนเฉียวผิดปกติ
- ใจสั่น เวียน หน้ามืด ในผู้สูงอายุ
- ใช้หลายวัน
- บวมขาข้างเดียว หรือบวมร่วมกับเหนื่อยจนนอนราบไม่ได้
- แรงลดลงชัดเจนโดยหาเหตุไม่ได้ ร่วมกับน้ำหนักลด เหนื่อยจนนอนราบไม่ได้ หรือบวม

กลุ่มที่ต้องให้แพทย์ดูก่อน เมื่อมีอาการ

- หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
- เด็กเล็กที่มีไข้
- ผู้สูงอายุเกิน 70 ปี
- ผู้สูงอายุที่หกล้ม

- ผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือโรคเรื้อรัง

ฝั่งส่งต่อ 4 ข้อ

- ข้อ 1 มีธงแดงชั้นที่ 1 ไปโรงพยาบาลทันที มีธงแดงชั้นที่ 2 พบแพทย์โดยเร็ว
- ข้อ 2 อยู่ในกลุ่มเปราะบาง ไปหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกเร็วกว่าปกติ
- ข้อ 3 อาการเจ็บปวดที่ดูแลเองได้ปลอดภัย ไม่ชนยาที่กินประจำ ดูแลเองและติดตาม 48 ชั่วโมง ไม่ได้ขึ้นหรือแย่ลงให้ส่งต่อ
- ข้อ 4 ไม่เข้าข้อ 1-3 ไปหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิก

ทางออกไปแพทย์ 3 จุด

- จุดที่ 1 ชั้นแรกของวง เมื่อพบธงแดง
- จุดที่ 2 ปากทางวงล่าง เมื่ออาการเกิน 4 สัปดาห์และยังไม่เคยตรวจ
- จุดที่ 3 สมดุลใหม่ เมื่อแย่ลงหรือมีธงแดงใหม่

หลักกลาง ไม่แน่ใจ = ส่งต่อ

ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือส่งจ่ายยา

ภาคผนวก ข · ตารางคำ แผนไทย เพลินไพร แผนปัจจุบัน

ตารางนี้เป็นฉบับเริ่มต้นสำหรับให้ทีมในหน่วยปฐมภูมิพูดภาษาเดียวกัน ยังไม่ใช้การเทียบที่สมบูรณ์ และแถวสุดท้ายคือช่องว่างที่ต้องทำต่อ

แผนไทย	เพลินไพร	แพทย์แผนปัจจุบัน ใกล้ที่สุด
ธาตุเจ้าเรือน	ธาตุประจำตัว X · 3 ธาตุหลัก 7 แบบ	ไม่มีคูตรง · การรู้จักคนไข้ของแพทย์ประจำครอบครัว
กำเริบ หย่อน พิการ	ทิศที่เอียง ▲ หมุด บนวงล้อ 6 ชั่วโมง	อาการนำ chief complaint
สมุฏฐาน วัย ฤดู เวลา	กรอบรอบแกน วัยและฤดู	ปัจจัยเสี่ยงตามอายุ ฤดูกาลของโรค
รสยาตรงข้าม	ตรงข้ามคือยา · ทางปรับสมดุล 4 ด้าน	lifestyle advice
มูลเหตุ 8 ประการ	ฐานชีวิต 7 · กล้องชีวิต 6+1	biopsychosocial · social determinants
ธาตุ 42 ประการ	5 มิติ	review of systems
การซักประวัติและตรวจของแพทย์แผนไทย	8 จังหวะคิด	clinical reasoning
ตำรับยา หัตถเวช	ส่วนที่หมอเติม ในใบแผน (แพทย์แผนไทยเติมตำรับและหัตถการ)	prescription · procedure (ยาแผนปัจจุบันอยู่ในเวชระเบียน ไม่อยู่ในใบแผน)
ของแสลง	ของแสลงบนบัตรธาตุ · ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย	contraindication · precaution
รหัสโรค ICD-10-TM	ยังไม่มี	ICD-10

การเทียบใบแผนของเพลินไพรกับรหัส ICD-10 และ ICD-10-TM เพื่อให้ข้อมูลเข้าระบบรายงานของหน่วยได้ เป็นช่องว่างที่ต้องทำก่อนนำร่อง และควรทำโดยทีมที่มีทั้งแพทย์ แพทย์แผนไทย และผู้ดูแลระบบข้อมูลของหน่วย

ภาคผนวก ค · แบบฟอร์มที่ใช้ในหน่วยปฐมภูมิ

ใบแผนสุขภาพเฉพาะคน

ชื่อ _____ วันที่เริ่ม _____ ครั้งที่เข้า _____

แกน ชาติประจำตัว × _____ ทางปรับหลัก _____

ขั้น 1 อาการ ① _____ คะแนน ____/10 ② _____ ③ _____

เช็คความปลอดภัย: ธงแดงชั้น 1 ☐ ชั้น 2 ☐ กลุ่มเปราะบาง ☐ → ไม่มี ☐

ขั้น 2 หมุด ▲ ที่ _____ กำลัง: ① ☐ ② ☐ ③ ☐ = มาก/กลาง/น้อย

ขั้น 3 ทางปรับ 1 _____ 2 _____ (ฝั่งตรงข้ามของ ▲ · 7 วัน)

เกณฑ์ เกิน 4 สัปดาห์ ☐ เข้า 3 ครั้ง/3 เดือน ☐ วงบนครบ 14 วัน ☐ → ตรวจพื้นฐานแล้ว ☐

ขั้น 5 ปลายทาง (มิติของอาการ ①) _____

ขั้น 6 กล้องต้นทาง _____ ★ โดมิโนตัวแรก _____

ขั้น 7 หยุดเหตุ 1 ก้าว: ถ้า _____ แล้ว _____ (14 วัน)

แผน เติมสิ่งที่ช่วย ≤2: 1 _____ 2 _____ ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย _____

หมอเดิม ดำรับ หัตถการ คำแนะนำที่ไม่ใช่การสั่งยา _____

แผ่นแยก ยาทุกตัว รวมสมุนไพร อาหารเสริม → "รายการยาที่ต้องไปให้แพทย์หรือเภสัชกร"

ติดตาม 14 วัน (ติดตามจริง รวมวันที่ทำไม่ได้)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

วันที่ 7: อาการ ① ____/10 ดีขึ้น ☐ เท่าเดิม ☐ แย่ลง ☐ วันที่ 14: ____/10 ดีขึ้น ☐ เท่าเดิม ☐ แย่ลง ☐

วงล่างผ่านเมื่อ: อาการ ① ดีขึ้น ☐ และ ต้นทาง/ทางผ่านดีขึ้น ☐ (เกณฑ์คู่)

ผู้ร่วมทำ (ครอบครัว) _____ ผู้พาเดิน/หมอ _____

ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา · ยาที่แพทย์สั่ง ไม่หยุด ไม่ลด ไม่ปรับเอง · ธงแดง โทร 1669

ภาพ ค.1 โครงของใบแผนสุขภาพเฉพาะคนหน้าเดียว (ภาพโครง แบบฟอร์มจริงอยู่ในชุดใบงานของเฟลีน ไพร์)

ใบแผนสุขภาพเฉพาะคน หน้าเดียว ช่องตามลำดับ แกน (ธาตุประจำตัว X) → วงบน (อาการ ①②③ กับคะแนน · เช็กความปลอดภัย · หมุด ▲ · กำลัง 3 ข้อ · ทางปรับที่เลือก 1-2 อย่าง) → ช่องเกณฑ์ (วันที่เริ่ม · ครั้งที่เข้า) → วงล่าง (ปลายทาง · กล่องต้นทาง · โดมิโนตัวแรก) → แผน (หยุดเหตุ 1 ก้าว แผนถ้า-แล้ว · เติมสิ่งที่ช่วยไม่เกิน 2 อย่าง · ข้อปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย) → ส่วนที่หมอเติม (ตำรับและเหตุการณ์ที่แพทย์แผนไทยเดิม · คำแนะนำของแพทย์ที่ไม่ใช่การสั่งยา) → ติดตาม (แถบ 14 วัน · ถามคำเดียว) → ลงชื่อ ผู้ร่วมทำ (ครอบครัว) · ผู้พาเดิน/หมอ · ใบแผนไม่มีช่องยาและไม่มีการปรับยา · ทุกใบมีข้อความ "ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา" · คนไข้เขียนเอง

รายการยาที่ถือไปให้แพทย์หรือเภสัชกร แยกจากใบแผน · คนไข้เขียนยาที่กินอยู่ทุกตัว ทั้งยาแผนปัจจุบัน สมุนไพร และอาหารเสริม แล้วถือไปทุกครั้งที่พบแพทย์ เภสัชกร หรือแพทย์แผนไทย ให้แพทย์ผู้สั่งยาหรือเภสัชกรดูว่ามีสิ่งใดชนกัน · ยาที่แพทย์สั่ง ไม่หยุด ไม่ลด ไม่ปรับเอง · การปรับยบบนทีกในเวชระเบียนของแพทย์ ไม่บันทึกบนใบแผน · มีข้อความ "ไม่ใช่การวินิจฉัยหรือสั่งจ่ายยา"

บัตรธาตุของฉันทน์ ด้านหน้า ธาตุประจำตัว ตำแหน่ง X บนวงล้อ ทางปรับหลักประจำธาตุ 1-2 อย่าง · ด้านหลัง ของแสดงที่ควรรู้จักพอ ฐานชีวิต 7 เป็นเช็กलिस्टประจำวัน เบอร์ 1669 และ 1323 และบรรทัด "ถ้ามีโรคประจำตัว ปรีกษาแพทย์ก่อนเปลี่ยนอาหารมาก"

แถบติดตาม 14 วัน ช่องละวัน ตีตามจริงรวมวันที่ทำไม่ได้ · วันที่ 7 และ 14 มีช่องคะแนนอาการ ① และช่องคำตอบ ดีขึ้น เท่าเดิม แย่ลง

ภาคผนวก ง • กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

เรื่อง	สาระที่เกี่ยวข้องกับเล่มนี้	แหล่ง
พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	มาตรา 3 นิยามหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ · การลงทะเบียนประชาชน · มาตรา 43 บทเฉพาะกาลให้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครบภายใน 10 ปี	ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก (30 เมษายน 2562)
พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556	มาตรา 3 นิยามการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งรวมการแนะนำ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ · มาตรา 31 ห้ามผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และช้อยกเว้น เช่น การกระทำต่อตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมิได้รับประโยชน์ตอบแทน และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรอง · มาตรา 53 โทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนที่ 10 ก (1 กุมภาพันธ์ 2556)
พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525	มาตรา 4 นิยามวิชาชีพเวชกรรม ว่าเป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค และการป้องกันโรค · มาตรา 26 ห้ามผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และช้อยกเว้น เช่น การกระทำต่อตนเอง และการช่วยเหลือเยียวผู้ป่วยตามศีลธรรมโดยไม่รับสินจ้างรางวัล ซึ่งต้องไม่ใช่การผ่าตัด การฉีดยา การแทงเข็มหรือฝังเข็ม หรือการให้ยาอันตราย	ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 99 ตอนที่ 111 ฉบับพิเศษ (11 สิงหาคม 2525)
ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	อายุไม่น้อยกว่า 35 ปี มีภูมิลำเนาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 10 ปี มีความรู้ที่สืบทอดมาไม่น้อยกว่า 10 ปี และชุมชนยกย่อง · หนังสือรับรองมีอายุ 5 ปี · มีการแก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ 4 พ.ศ. 2568	ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 146 ง (10 มิถุนายน 2562) · กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ รวมทั้งการฝึกอบรม	ประกาศ พ.ศ. 2561 ประกาศ พ.ศ. 2567 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

เรื่อง	สาระที่เกี่ยวข้องกับเล่มนี้	แหล่ง
ตัวชี้วัดแผนไทยในปฐมภูมิ	ปีงบประมาณ 2563 เป้าบริการผู้ป่วยนอกด้วยแผนไทยและทางเลือก 19.5% ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด . ปีงบประมาณ 2569 เป้าบริการในหน่วยปฐมภูมิที่เป็นการรักษาด้วยแผนไทยและทางเลือก ไม่น้อยกว่า 50% ของครั้งบริการ . ปี 2568 ตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาสมุนไพรไม่ผ่านเกณฑ์	healthkpi.moph.go.th . รายงานประเมินผลแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข 2568
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2569	เหมาจ่ายรายหัว 4,175.99 บาทต่อผู้มีสิทธิบัตรทอง . ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทุกสิทธิ 27,761.92 ล้านบาท หรือราว 410 บาทต่อคน . บริการแพทย์แผนไทย 63.24 บาทต่อคน	มติคณะรัฐมนตรี 4 กุมภาพันธ์ 2568 . สปสช.
ยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก 2025–2034	รับรองในสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 78 พฤษภาคม 2568 . 4 เป้าหมาย คือ หลักฐาน ความปลอดภัยและการกำกับ การบูรณาการเข้าระบบสุขภาพ และคุณค่าข้ามภาคส่วน	WHO 2025

ตารางนี้สรุปเพื่อให้เห็นภาพ ไม่ใช่ความเห็นทางกฎหมาย หน่วยที่จะนำวงดูแลไปใช้ควรอ่านตัวบทฉบับเต็มจากราชกิจจานุเบกษา และปรึกษานิติกรของหน่วยหรือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ภาคผนวก จ • เอกสารอ้างอิง

ในเนื้อเรื่อง แหล่งอ้างอิงเขียนในวงเล็บ เป็นชื่อผู้แต่งหรือหน่วยงาน และปีที่เผยแพร่ ตัวหนาหน้ารายการแต่ละรายการคือคำที่ใช้ในวงเล็บ รายการด้านล่างเรียงเอกสารภาษาไทยตามตัวอักษรก่อน แล้วตามด้วยเอกสารภาษาอังกฤษ ปีของเอกสารภาษาไทยเป็นพุทธศักราช ปีของเอกสารภาษาอังกฤษเป็นคริสต์ศักราช

เอกสารภาษาไทย

- **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2566** • กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การเปิดตัวโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 10 แห่ง. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; ธันวาคม 2566.
- **กรมควบคุมโรค 2568** • กรมควบคุมโรค. ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันไม่ได้ตามเป้า. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568.
- **กระทรวงสาธารณสุข 2567ก** • กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเป้าหมายทีมหมอกรอบครัว (ข่าวและเอกสารเผยแพร่). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
- **กระทรวงสาธารณสุข 2567ข** • กระทรวงสาธารณสุข. สนับสนุนการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวม 106 รายการ (ข่าวประชาสัมพันธ์ 6 พฤศจิกายน 2567). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
- **กระทรวงสาธารณสุข 2568ก** • กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ธันวาคม 2568). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
- **กระทรวงสาธารณสุข 2568ข** • กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
- **กระทรวงสาธารณสุข 2569** • กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก <https://healthkpi.moph.go.th>
- **คณะรัฐมนตรี 2568** • คณะรัฐมนตรี. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 เรื่อง กรอบงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2568.
- **ราชกิจจานุเบกษา 2564** • ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564. 2564.
- **วิชัย เอกพลากร 2564** • วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
- **สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 2566** • สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566.
- **IHPP 2566** • สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563–2564. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566.
- **สปสช. 2567** • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). รายงานประจำปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
- **สปสช. 2568** • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ผลการดำเนินงานบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 และงบบริการปีงบประมาณ 2569. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
- **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2568** • สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

- **The Coverage 2569** · The Coverage. รพ.สต. ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5,176 แห่ง [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน 2569. เข้าถึงได้จาก <https://www.thecoverage.info>

เอกสารภาษาอังกฤษ

- **Aggarwal และคณะ 2010** · Aggarwal S, Negi S, Jha P, Singh PK, Stobdan T, Pasha MAQ, et al. EGLN1 involvement in high-altitude adaptation revealed through genetic analysis of extreme constitution types defined in Ayurveda. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2010;107(44):18961–6. doi:10.1073/pnas.1006108107
- **Bu และคณะ 2025** · Bu F, Burton A, Launders N, Taylor AE, Richards-Belle A, Tierney S, et al. National roll-out of social prescribing in England's primary care system: a longitudinal observational study using Clinical Practice Research Datalink data. *Lancet Public Health*. 2025;10(11):e903–11. doi:10.1016/S2468-2667(25)00217-8
- **Burton และคณะ 2024** · Burton C, Mooney C, Sutton L, White D, Dawson J, Neilson AR, et al. Effectiveness of a symptom-clinic intervention delivered by general practitioners with an extended role for people with multiple and persistent physical symptoms in England: the Multiple Symptoms Study 3 pragmatic, multicentre, parallel-group, individually randomised controlled trial. *Lancet*. 2024;403(10444):2619–29. doi:10.1016/S0140-6736(24)00700-1
- **Burton และคณะ 2025** · Burton C, Mooney C, Sutton L, White D, Dawson J, Fryer K, et al. Multiple Symptoms Study 3: an extended-role general practitioner clinic for patients with persistent physical symptoms: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Deliv Res*. 2025;13(15):1–24. doi:10.3310/KWGX2382
- **Davy และคณะ 2015** · Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:194. doi:10.1186/s12913-015-0854-8
- **DPP Research Group 2025** · Diabetes Prevention Program Research Group; Knowler WC, Doherty L, Edelstein SL, Bennett PH, Dabelea D, Hoskin M, et al. Long-term effects and effect heterogeneity of lifestyle and metformin interventions on type 2 diabetes incidence over 21 years in the US Diabetes Prevention Program randomised clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025;13(6):469–81. doi:10.1016/S2213-8587(25)00022-1
- **Gollwitzer และ Sheeran 2006** · Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol*. 2006;38:69–119. doi:10.1016/S0065-2601(06)38002-1
- **Govindaraj และคณะ 2015** · Govindaraj P, Nizamuddin S, Sharath A, Jyothi V, Rotti H, Raval R, et al. Genome-wide analysis correlates Ayurveda Prakriti. *Sci Rep*. 2015;5:15786. doi:10.1038/srep15786
- **Haller และคณะ 2015** · Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(16):279–87. doi:10.3238/arztebl.2015.0279
- **Hibbard และ Greene 2013** · Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):207–14. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061
- **Hibbard, Greene และ Overton 2013** · Hibbard JH, Greene J, Overton V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):216–22. doi:10.1377/hlthaff.2012.1064

- **Kettle และคณะ 2022** · Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e068465. doi:10.1136/bmj-2021-068465
- **Kiely และคณะ 2022** · Kiely B, Croke A, O'Shea M, Boland F, O'Shea E, Connolly D, et al. Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(10):e062951. doi:10.1136/bmjopen-2022-062951
- **Knowler และคณะ 2002** · Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393–403. doi:10.1056/NEJMoa012512
- **Ko และคณะ 2010** · Ko H, Turner T, Jones C, Hill C. Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e41. doi:10.1136/qshc.2009.037531
- **McManus และคณะ 2018** · McManus RJ, Mant J, Franssen M, Nickless A, Schwartz C, Hodgkinson J, et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;391(10124):949–59. doi:10.1016/S0140-6736(18)30309-X
- **NCCIH 2021** · National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. Bethesda (MD): NCCIH; 2021. Available from: <https://www.nccih.nih.gov>
- **NIH 2015** · National Institutes of Health (NIH). The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) is now the National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Notice NOT-AT-15-003. Bethesda (MD): NIH; 2015.
- **Pengpid และ Peltzer 2020** · Pengpid S, Peltzer K. Common mental disorders among patients attending monk healers and primary health care centres in Thailand: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:78. doi:10.1186/s13033-020-00414-2
- **Prasher และคณะ 2008** · Prasher B, Negi S, Aggarwal S, Mandal AK, Sethi TP, Deshmukh SR, et al. Whole genome expression and biochemical correlates of extreme constitutional types defined in Ayurveda. *J Transl Med*. 2008;6:48. doi:10.1186/1479-5876-6-48
- **Prasher และคณะ 2017** · Prasher B, Varma B, Kumar A, Khuntia BK, Pandey R, Narang A, et al. Ayurgenomics for stratified medicine: TRISUTRA consortium initiative across ethnically and geographically diverse Indian populations. *J Ethnopharmacol*. 2017;197:274–93. doi:10.1016/j.jep.2016.07.063
- **Starfield และคณะ 2005** · Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- **Tiwari และคณะ 2017** · Tiwari P, Kutum R, Sethi T, Shrivastava A, Girase B, Aggarwal S, et al. Recapitulation of Ayurveda constitution types by machine learning of phenotypic traits. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185380. doi:10.1371/journal.pone.0185380
- **Tucker และคณะ 2017** · Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002389. doi:10.1371/journal.pmed.1002389
- **van der Wardt และคณะ 2021** · van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2021;71(706):e399–405. doi:10.3399/BJGP.2020.0817

- **WHO และ UNDP 2021** · WHO, UNDP. Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand: the case for investment. Geneva: World Health Organization; 2021.
- **WONCA Europe 2023** · WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2023 ed. WONCA Europe; 2023.
- **WHO 2025** · World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034. Geneva: World Health Organization; 2025.

เอกสารของเพลินไพรที่เล่มนี้ใช้ร่วม

- เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม. บัตรความรู้วงดูแลเพลินไพร. ตุลาคม 2569.
- เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม. จากคัมภีร์สู่ครัวเรือน ตำราแผนไทยสำหรับครัวเรือน ฉบับเต็ม 1.0. ตุลาคม 2569.
- เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม. วงดูแล 5 ศาสตร์ ตำราสันติเยบแผนไทย แผนจีน อายุรเวท แผนปัจจุบัน กับ เพลินไพร. ตุลาคม 2569.
- เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม. บันได 4 ระดับ ชุมชนรู้ธาตุ. กันยายน 2569.
- เพลินไพร ออร์แกนิก วิสาหกิจเพื่อสังคม. รายการธงแดงกลางของเพลินไพร. ตุลาคม 2569.