

การใช้สมุนไพรและประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็ง: การสำรวจภาคตัดขวางกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รับตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล

มณฑกา ธีรชัยสกุล*#, ธนัช นาคะพันธ์†, รสสุคนธ์ กลิ่นหอม†, ฉัตรทิพย์ ศิลารังษี‡, กมลวรรณ บานชื่น†, ธัญชนก ฉ่ำเย็นอุรา§, นุชลดา โจรนประภาพรณ§, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์¶

* กองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

† สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

‡ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร 10400

§ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี 25000

¶ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

ผู้รับผิดชอบบทความ: monthaka.t@gmail.com

บทคัดย่อ

ปรากฏการณ์ที่มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากไปรอรับแจกตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล ในช่วงปี พ.ศ. 2560 สะท้อนความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่แสวงหาทางรักษาโรคมะเร็งด้วยสมุนไพร การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะประชากร วิธีการรักษาโรคมะเร็ง และประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รับตำรับยาสมุนไพรดังกล่าว การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง สำรวจข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่รับตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล ณ จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างมกราคม - มีนาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา มีผู้เข้าร่วมวิจัยคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 1,086 ราย มีอายุเฉลี่ยที่ 53.21 ± 10.24 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.45 ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 221 ราย (ร้อยละ 20.34) เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นและสมุนไพรร่วมรักษา นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 648 ราย (ร้อยละ 59.66) เปิดเผยว่า ตนไม่ได้อยู่ในกระบวนการรักษามาตรฐานของโรคมะเร็งแล้ว โดยเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยที่รักษาตามกระบวนการมาตรฐานครบถ้วนแล้วจำนวน 429 ราย (ร้อยละ 66.20) ขณะที่จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 18.98) อยู่ระหว่างรอการรักษาโรคมะเร็งตามมาตรฐาน และอีกจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 14.81) ปฏิเสธการรักษาแบบแผนปัจจุบัน อาการของโรคมะเร็ง 5 อาการที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สบายเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ อาการปวด อ่อนล้า นอนไม่หลับ ชาปลายมือ และกังวลกลัวใจ ทั้งนี้ไม่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 478 รายที่เข้ามารับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล การศึกษานี้เป็นการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งขนาดใหญ่ที่แสดงให้เห็นถึงการรักษามะเร็งรูปแบบอื่นของผู้ป่วย ตลอดจนระบุ 5 อาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่สบาย อีกทั้งระบุผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 123 รายที่กำลังรอการรักษาในระบบบริการ ผลการศึกษานี้จะช่วยพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการใช้สมุนไพร, ประสบการณ์การมีอาการ, ผู้ป่วยมะเร็ง, ตำรับยาสมุนไพร

Herbal Use and Symptom Experiences of Cancer Patients: A Cross-sectional Survey in Cancer Patients with MORSANG Herbal Medicine Formularies

Monthaka Teerachaisakul^{*#}, Thanat Nakaphan[†], Rossukon Klinhom[†], Chattip Silarangsri[‡], Kamonwan Banchaun[†], Thanunchanok Chamyenura[§], Nuchlada Rochanapraphaphun[§], Pramote Stienrut[¶]

^{*}Division of Herb for Economy, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand.

[†]Thai Traditional Medicine Research Institute, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand.

[‡]Medical laboratory, Rajanukul institute, Bangkok 10400, Thailand.

[§]Prachin Buri Provincial Health Office, Prachin Buri 25000, Thailand.

[¶]Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand.

[#]Corresponding author: monthaka.t@gmail.com

Abstract

The waiting phenomena of free herbal medicine (MORSANG RECIPES: MS) dispensing for cancer patients in the year 2017 caused concern and reflected treatment needs among cancer patients themselves. This cross-sectional survey therefore aimed to explore 1) demographic and health profile, 2) cancer treatment (conventional and alternative medicine), and 3) symptom distress among these cancer patients. This study was conducted using developed questionnaires on cancer patients who received MS herbal recipes from January to March 2018. Descriptive statistics were analyzed with the SPSS program. Only 1,086 cancer patients were eligible for the study. The mean age of the participants was 53.21 ± 10.24 years. 71.45% were female. Two hundred and twenty-one patients (20.34%) reported using complementary/alternative medicine and herbal medicine in the past. Six hundred and forty-eight patients (59.66%) disclosed that they were not undergoing conventional cancer treatment (CCT), with 429 patients (66.20%) having completed CCT. 123 patients (18.98%) were in line waiting for CCT while 96 patients (14.81%) rejected to continue the CCT. The five most distressing symptoms of patients were pain, weakness, sleeplessness, tingling or numbness in the tip of fingers and anxiety. No serious adverse events from MS recipes were reported. This large cancer patient-based study reveals the treatments received by cancer patients, and also identifies the five most distressing symptoms experienced by cancer patients that need to be minimized. We also found 123 patients who were waiting for CCT. The results of this study might lead to further improvement of integrated health care services for cancer patients.

Key words: needs, symptom experiences, cancer patients, herbal medicine

บทนำและวัตถุประสงค์

สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) เผยข้อมูลว่า ทวีปเอเชียมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด กว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตจาก

โรคมะเร็งอยู่ในเอเชีย^[1] สอดคล้องกับข้อมูลจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก พ.ศ. 2560 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดเป็น

กลุ่มสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย^[2]

ปัจจุบันความนิยมของประชาชนต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก การแพทย์ดั้งเดิม และสมุนไพรตลอดจนผลิตภัณฑ์ธรรมชาติมีมากขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งกว่าร้อยละ 40 มีการใช้และเคยใช้การแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ทางเลือกรักษามะเร็ง และยิ่งไปกว่านั้น การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในบางประเทศประชาชนไม่ได้รู้สึกว่าการใช้สมุนไพรเป็นยาทางเลือกสำหรับการรักษามะเร็ง^[3]

จากปรากฏการณ์การจ่ายตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2560 ส่งผลให้ประชาชนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทั่วประเทศเดินทางมารับตำรับยา ณ จังหวัดปราจีนบุรีอย่างท่วมท้นในช่วงระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึง กรกฎาคม 2561 โดยตำรับยาสมุนไพรดังกล่าวยังไม่เคยมีรายงานความปลอดภัยและอาการข้างเคียงจากการรับประทานในมนุษย์มาก่อน จากงานวิจัยของ Skyler B. Johnson และคณะ^[4] พบว่า การใช้การรักษาทางเลือกที่ยังไม่ได้พิสูจน์และถูกสั่งใช้โดยบุคคลซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว โดยปฏิเสธการรักษามาตรฐานอันรวมถึงการผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัด หรือฮอร์โมนบำบัด มีผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในระยะ 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด

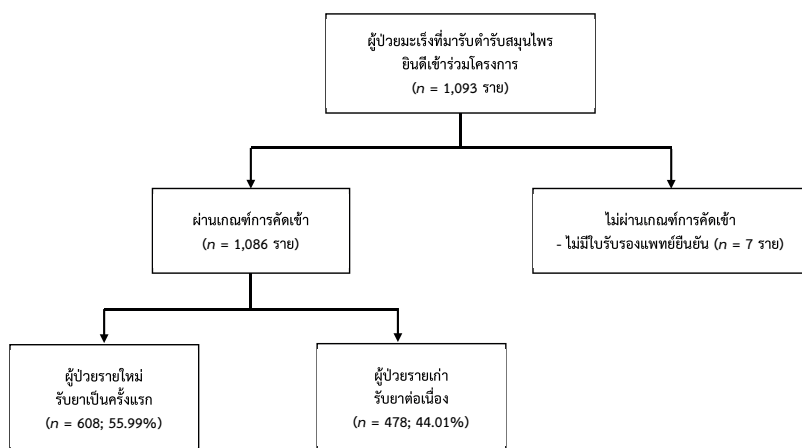
ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงเล็งเห็นความสำคัญการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ การรักษา และอาการที่สร้างความไม่สบายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มารับตำรับยาสมุนไพรดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงการให้ข้อเสนอแนะเพื่อ

ปรับปรุงการจัดบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive survey) โดยมีประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แหเลิศระกูล ที่ให้ความยินยอมและลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ณ ห้องสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยที่จัดขึ้นเฉพาะ ณ สถานที่ตรวจรักษาเมืองปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2561 ซึ่งการศึกษานี้ในครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษารายงานในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 13-2560

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยมะเร็งทั้งเพศชายและหญิงที่มารับตำรับยาสมุนไพรนายแสงชัย แหเลิศระกูล ในจังหวัดปราจีนบุรี และ 2) ผู้ป่วยมิได้รับรองแพทย์ยืนยันการได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสัมภาษณ์มีองค์ประกอบ 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการปัจจุบันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ดัดแปลงจาก Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS)^[5] จำนวน 32 ข้อ ใน 4 มิติ ได้แก่ ความชุกของอาการ (Symptom occurrence) ความถี่ของอาการ (Symptom frequency) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และ ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ครอบคลุมการดำเนินชีวิตจากอาการ (Symptom



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย

distress) ส่วนที่ 3 รายงานความปลอดภัยจากการใช้ตำรับสมุนไพรนายแสงชัย (กรณีผู้ป่วยรายเก่า) และส่วนที่ 4 รายงานผลการรักษาจากการใช้ตำรับสมุนไพรนายแสงชัย (กรณีผู้ป่วยรายเก่า) ขั้นตอนการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95% Confidential Interval, Chi-square และ Independent *t*-test ในการอธิบายข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

มีผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 1,093 ราย แต่มีผู้เข้าร่วมวิจัยเพียง 1,086 ราย ที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มาจากเขตสุขภาพที่ 6 สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 16.50 และรองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 12.90 หากจำแนกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิด

มะเร็ง และระยะมะเร็ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.45 มีอายุเฉลี่ย 53.21 ± 10.24 ปี (95%CI: 52.60 ถึง 53.82) ดัชนีมวลกายที่ 23.77 ± 4.79 กก./ตร.ม. (95%CI: 23.48 ถึง 24.05) ผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 86.70 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้านสูงสุดคือ ร้อยละ 31.54 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกรร้อยละ 18.10 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับคำรับสมุนไพร (นายแสงชัย แทลลิตระกูล) เป็นครั้งแรก (รายใหม่) คือ 608 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 55.98

การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมใบรับรองแพทย์พบมะเร็ง 5 ลำดับแรกคือ มะเร็งเต้านม 382 ราย (ร้อยละ 35.20) มะเร็งลำไส้ใหญ่ 110 ราย (ร้อยละ 10.10) มะเร็งปากมดลูก 93 ราย (ร้อยละ 8.60) มะเร็งตับและมะเร็งปอดอย่างละ 69 ราย (ร้อยละ 6.40) โดยผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คือ คิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมาในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 20.10 และไม่สามารถระบุระยะได้ร้อยละ 28.40 ทั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่กลับมาเป็นมะเร็งซ้ำจำนวน 126 ราย (ร้อยละ 11.60) รายละเอียดลักษณะประชากรดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะประชากร (n = 1,086)

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้ป่วย (%)	95% CI
อายุเฉลี่ย (ปี: ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.21 \pm 10.24	52.60 - 53.82
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.: ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23.77 \pm 4.79	23.48 - 24.05
เพศ		
หญิง	776 (71.45)	68.66 - 74.29
ชาย	310 (28.55)	25.62 - 31.15
อายุ (ปี)		
\leq 40	115 (10.58)	8.76 - 12.35
41-50	295 (27.26)	24.70 - 29.95
51-60	408 (37.56)	34.84 - 40.65
61-70	225 (20.71)	18.53 - 23.23
> 70	42 (3.89)	2.58 - 4.79
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	942 (86.70)	84.55 - 88.71
ปริญญาตรี	117 (10.80)	8.97 - 12.58
สูงกว่าปริญญาตรี	27 (2.50)	1.57 - 3.42
อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	342 (31.54)	27.34 - 35.01
เกษตรกรกรรม	197 (18.10)	15.93 - 20.93
ค้าขาย	152 (14.00)	11.97 - 16.11
รับจ้างทั่วไป	126 (11.60)	9.67 - 13.44
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	93 (8.60)	11.00 - 10.31
การมารับตำรับยาสมุนไพร (นายแสงชัย แหเลิศตระกูล)		
ผู้ป่วยรายใหม่ (รับเป็นครั้งแรก)	608 (55.99)	52.90 - 58.89
ผู้ป่วยรายเก่า (รับต่อเนื่อง)	478 (44.01)	41.11 - 47.10
ชนิดมะเร็ง/อวัยวะที่เป็นมะเร็ง		
มะเร็งเต้านม	382 (35.20)	32.32 - 38.21
มะเร็งลำไส้ใหญ่	110 (10.10)	8.38 - 11.97
มะเร็งปากมดลูก	93 (8.60)	7.00 - 10.22
มะเร็งปอด	69 (6.40)	4.97 - 7.92
มะเร็งตับ	69 (6.40)	4.88 - 7.83
อื่น ๆ	363 (33.30)	18.42-51.93
ระยะมะเร็ง		
ระยะที่ 1	177 (16.30)	14.10 - 18.25
ระยะที่ 2	218 (20.10)	17.60 - 22.49
ระยะที่ 3	239 (22.00)	19.72 - 24.79
ระยะที่ 4	144 (13.30)	11.15 - 15.39
ไม่ระบุ	308 (28.40)	23.04 - 34.11
จำนวนครั้งของการเป็นมะเร็ง		
1 ครั้ง	960 (88.40)	86.50 - 90.20
มากกว่า 1 ครั้ง	126 (11.60)	9.80 - 13.60
การรักษามะเร็งแบบแผนปัจจุบัน		
ไม่ได้รับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน	648 (59.70)	56.80 - 62.70
ยังได้รับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน	438 (40.30)	37.30 - 43.20

ส่วนที่ 2 การรักษามะเร็งในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

จากผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 1,086 ราย มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 221 ราย หรือร้อยละ 20.34 เคยใช้วิธีทางการแพทย์ทางเลือกร่วมรักษามะเร็ง โดยเป็นการใช้สมุนไพรมากที่สุดร้อยละ 85.97 (190 ราย) โดยอยู่ในรูปแบบสมุนไพรเดี่ยวมากที่สุดคือ 134 ราย (ร้อยละ 70.53) ซึ่งสมุนไพรเดี่ยวที่ผู้เข้าร่วมวิจัยนิยมรับประทานมาก 3 ลำดับแรกคือ เห็ดหลินจือ

งาดำ และหญ้าปักกิ่ง ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยอีก 56 ราย ร้อยละ 29.47) เลือกรับประทานแบบตำรับยาสมุนไพร

นอกจากนี้ การรักษามะเร็งในปัจจุบันของผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 1,086 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 648 ราย ไม่ได้อยู่ในกระบวนการรักษามาตรฐานแล้วแบ่งเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 429 ราย (ร้อยละ 66.21) ได้รับการรักษามาตรฐานครบแล้ว ขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 123 ราย (ร้อยละ 18.98)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการใช้วิธีการรักษามะเร็งในปัจจุบันของผู้เข้าร่วมวิจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า

วิธีการรักษา	การรักษามะเร็งในปัจจุบัน			p-value
	รายใหม่ (n = 608)	รายเก่า (n = 478)	รวม (n = 1,086)	
เคยใช้การรักษาทางเลือกอื่น	131 (21.55)	90 (18.83)	221 (20.34)	0.269
สมุนไพร	113	77	190	0.752
รูปแบบสมุนไพรตำรับ (ยาต้ม)	30	26	56	
รูปแบบสมุนไพรเดี่ยว	83	51	134	
เห็ดหลินจือ	29	24	53	
งาดำ	6	5	11	
หญ้าปักกิ่ง	1	1	2	
อื่น ๆ	47	21	68	
อยู่ในกระบวนการรักษาตามมาตรฐาน	256 (42.10)	182 (38.07)	438 (40.33)	0.179
การผ่าตัด	26	10	36	0.051
รังสีรักษา	33	19	52	0.162
ยาเคมีบำบัด	119	78	197	0.117
บำบัดด้วยฮอร์โมน	39	38	77	0.340
ไม่ได้อยู่ในกระบวนการรักษา	352 (57.89)	296 (61.92)	648 (59.67)	0.179
รักษาครบกระบวนการแล้ว	217	212	429	
อยู่ระหว่างวางแผน/รอการรักษา	90	33	123	0.002 [†]
กลัวผลข้างเคียงในการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน	26	27	53	
หมดหวัง/ไม่แน่ใจในการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน	10	12	22	
ภาระค่าใช้จ่ายสูง	7	8	15	

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square, [†]แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value ≤ 0.05

อยู่ระหว่างรอการรักษาหรือวางแผนการรักษา และผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 90 ราย (ร้อยละ 13.88) ปฏิเสธการรักษามาตรฐาน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ทั้งนี้ เหตุผลหลักของการปฏิเสธการรักษามาตรฐานคือ ผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงจากการรักษามาตรฐาน นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่อยู่ระหว่างวางแผน/รอการรักษา มากกว่าผู้ป่วยรายเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) คือมากกว่าถึง 2.73 เท่า

ส่วนที่ 3 การประเมินอาการตามการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากการวิเคราะห์อาการที่พบบ่อยตามการรับรู้จำนวน 32 อาการด้วยแบบสอบถามอาการปัจจุบันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย มะเร็งจำนวน 1,062 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้อาการระหว่าง 0-28 อาการ เฉลี่ย 4.68 อาการ (S.D. = 4.32) หากประเมินตามจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับรู้อาการที่พบบ่อย พบว่า อาการ 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกคือ 1) จำนวน 358 รายหรือร้อยละ 32.97 รับรู้อาการปวด 2) จำนวน 355 รายหรือร้อยละ 32.69 รับรู้อาการอ่อนล้า 3) จำนวน 304 รายหรือร้อยละ 28 รับรู้อาการนอนไม่หลับ 4) จำนวน 274 รายหรือร้อยละ 25.23 รับรู้อาการชาปลายมือ และ 5) จำนวน 253 รายหรือร้อยละ 23.30 มีอาการกังวลกลุ้มใจ โดยอาการทั้ง 5 ลำดับแรกมีความถี่ระหว่าง 2.07-2.57 ความถี่ในการเกิดอาการอยู่ในระดับ “บางครั้งหรือ 2-3 วันต่อสัปดาห์” ค่าคะแนนความรุนแรงระหว่าง 1.77-2.08 เป็นระดับความรุนแรงที่ “น้อยถึงปานกลาง” และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ในช่วง 1.68-1.94 คือ ระดับ “รบกวนเล็กน้อยถึง

รบกวนพอควร” รายละเอียดภาพรวมประสพการณ์การมีอาการ 32 อาการ ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ความปลอดภัยและผลการใช้ตำรับยาสมุนไพรนายแสงชัยของผู้เข้าร่วมวิจัยรายเก่า

จากผู้เข้าร่วมวิจัยรายเก่า (รับยาต่อเนื่อง) จำนวน 478 ราย พบว่า มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่พบอาการผิดปกติจำนวน 38 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 7.95 โดยแบ่งเป็น อาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารสูงสุดคือ 22 ราย (ร้อยละ 57.89) รองลงมาคือ ระบบผิวหนังจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 15.79) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ในด้านความเห็นต่อผลการรักษาจากการใช้ตำรับยาสมุนไพรนายแสงชัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 478 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (จำนวน 225 รายหรือร้อยละ 47.07) รู้สึกว่า อาการป่วยของตนดีขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนรองลงมา (จำนวน 174 รายหรือร้อยละ 36.40) รู้สึกว่าอาการตนเองเหมือนจะดีขึ้น โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 73 รายหรือร้อยละ 15.27 รู้สึกว่าอาการตนเองเหมือนเดิมหรือไม่เปลี่ยนแปลง รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ลักษณะประชากร วิธีการรักษา การจัดการโรคมะเร็ง และประสพการณ์การมีอาการของโรคมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโดยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยมะเร็งที่มารับตำรับยาสมุนไพรของนายแสงชัย แผลเลิศตระกูล ช่วงมกราคมถึงมีนาคม 2561 จำนวน 1,086 ราย ลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่าเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71.45 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 51-60 ปี สอดคล้องกับรายงานของ Damery S.

ตารางที่ 3 ประสพการณ์การมีอาการ 32 อาการในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย (n = 1,062)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	การประเมินอาการตามการรับรู้		
		ความ ถี่	ความ รุนแรง	ความรู้สึก ทุกข์ทรมาน
ปวด	358 (32.97)	2.57	1.98	1.79
อ่อนล้า	355 (32.69)	2.35	1.85	1.70
นอนไม่หลับ	304 (28.00)	2.68	2.08	1.94
ชาปลายมือ	274 (25.23)	2.47	1.91	1.69
กังวล กลุ้มใจ	253 (23.30)	2.07	1.77	1.68
มีลมในท้อง	230 (21.18)	2.32	1.97	1.76
ขาดสมาธิ	219 (20.17)	2.31	1.89	1.45
ปากแห้ง	209 (19.24)	2.18	1.66	1.57
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม	201 (18.51)	NA	1.96	1.84
ท้องผูก	199 (18.32)	NA	2.20	1.96
น้ำหนักลด	180 (16.57)	NA	1.80	1.74
ไอ	179 (16.48)	2.20	1.77	1.67
เวียนศีรษะ	168 (15.47)	1.82	1.67	1.61
เบื่ออาหาร	162 (14.92)	2.35	1.99	1.90
ผิวหนังเปลี่ยนแปลง	161 (14.83)	NA	2.37	1.98
ผมร่วง	158 (14.55)	NA	2.17	2.07
คันตามร่างกาย	145 (13.35)	2.06	1.76	1.72
หงุดหงิด	131 (12.06)	1.74	1.53	1.45
ง่วงนอน	130 (11.97)	2.32	1.77	1.62
คลื่นไส้	113 (10.41)	1.87	1.69	1.56
หายใจไม่อึด	111 (10.22)	2.30	1.84	1.84
เศร้า	93 (8.56)	1.92	1.70	1.67
บวม	93 (8.56)	NA	2.11	1.89
กระวนกระวาย	89 (8.20)	1.90	1.60	1.64
ลิ้นร้บรส	77 (7.10)	NA	2.42	2.03
ปัญหาปัสสาวะ	73 (6.72)	2.42	2.15	2.05
กลิ่นลำบาก	71 (6.54)	2.64	2.25	2.16
อาเจียน	62 (5.71)	2.24	1.67	1.74
ท้องเสีย	55 (5.06)	2.04	1.85	1.86
เหงื่อออก	50 (4.60)	1.98	1.76	1.44
แผลในปาก	39 (3.59)	NA	2.05	1.56
อารมณ์ทางเพศ	16 (1.47)	2.30	1.88	2.07

หมายเหตุ : NA (Not Applicable) คือ ไม่ได้ประเมินความถี่เนื่องจากไม่สามารถประเมินได้

ตารางที่ 4.1 ความปลอดภัยของการใช้ตำรับยาสมุนไพรคุณแสงชัยในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยรายเก่า (n = 478)

ความปลอดภัยของการใช้ตำรับยาสมุนไพร	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	95% CI
ยังไม่พบอาการผิดปกติ	438 (91.63)	88.5-93.6
พบอาการผิดปกติ	38 (7.95)	5.5-10.5
- ระบบทางเดินอาหาร	22	-
- ระบบผิวหนัง	6	-
- ระบบขับถ่ายปัสสาวะ	3	-
- ระบบกล้ามเนื้อ	2	-
- ระบบสืบพันธุ์	2	-
- ระบบไหลเวียนโลหิต	1	-
- ระบบอื่น ๆ	2	-
ไม่ระบุ	2 (0.42)	0.0-0.1

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังจากรับตำรับสมุนไพรครั้งแรกจำแนกตามการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย (n = 478)

ระดับความรู้สึกของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	95% CI
หายขาด	2 (0.42)	0.0-1.1
ดีขึ้น	225 (47.07)	42.1-51.3
เหมือนจะดีขึ้น	174 (36.40)	32.3-40.8
เหมือนเดิม/ไม่เปลี่ยนแปลง	73 (15.27)	12.2-18.6
แย่ลง	1 (0.21)	0.0-0.7
ไม่ระบุ	3 (0.63)	0.0-2.1

และคณะ (2011) พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมะเร็งเพศหญิงตอบแบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรถึงร้อยละ 72.4 โดยช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากจะอยู่ระหว่าง 60-69 ปี^[6] การศึกษาครั้งนี้พบมะเร็ง 5 ลำดับแรกคือ มะเร็งเต้านม 382 ราย (ร้อยละ 35.20) มะเร็งลำไส้ใหญ่ 110 ราย (ร้อยละ 10.10) มะเร็งปากมดลูก 93 ราย (ร้อยละ 8.60) มะเร็งตับและมะเร็งปอดอย่างละ 69 ราย (ร้อยละ 6.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ Farooqui และคณะ, 2016 พบผู้ป่วยมะเร็ง 3 ลำดับแรกคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งระบบทาง

เดินอาหาร (ลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหารลำไส้เล็ก) และ มะเร็งระบบสูติศาสตร์ (ปากมดลูก มดลูก รังไข่)^[7] และสอดคล้องกับรายงานของ Virani S และคณะ (2017) พบว่า มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งตับเป็นมะเร็งหลักที่พบในคนไทยและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^[8] ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 20.10 และร้อยละ 22 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการสำรวจการใช้การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมและทดแทนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทยของ

Puataweepong และคณะ (2012)^[9] พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมะเร็งที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 (ร้อยละ 27.41) และ 3 (ร้อยละ 22.58)

กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเคยใช้วิธีการทางการแพทย์ทางเลือกร่วมรักษามะเร็งมาก่อนร้อยละ 20.34 โดยเป็นการใช้สมุนไพรมากที่สุดคือ สูงถึงร้อยละ 85.97 และอยู่ในรูปแบบสมุนไพรเดี่ยวมากกว่าคือ ร้อยละ 70.53 และอีกร้อยละ 29.47 เป็นแบบสมุนไพรตำรับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kucukoner M. และคณะ (2013) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้วิธีการทางการแพทย์ทางเลือกร่วมรักษามะเร็งอย่างน้อย ร้อยละ 82.5 เลือกใช้สมุนไพรเท่า ๆ กัน^[10] และจากการศึกษาของ Rashrash M. และคณะ (2017) พบว่าการใช้สมุนไพรร่วมรักษาโรคจะพบได้มากในผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคคือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 48.7), โรคมะเร็ง (ร้อยละ 43.1) และโรคข้ออักเสบ (ร้อยละ 43)^[11] แสดงให้เห็นว่า การใช้สมุนไพรร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้ในทุกทวีปทั่วโลก โดยข้อมูลจากการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษามาตรฐานครบ (ร้อยละ 39.50) แล้วแต่ยังคงประสงค์มาเข้ารับตำรับยาสมุนไพร (นายแสงชัย เทเลิศตระกูล) ด้วยสอดคล้องกับเหตุผลในรายงานของ Buckner CA. และคณะ (2018) กล่าวว่าสาเหตุหลัก (ร้อยละ 51.61) ที่ผู้ป่วยมะเร็งเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมรักษาเพราะคิดว่าเป็นความพยายามทำทุกอย่างเพื่อช่วยรักษาโรคตนได้^[12] และรายงานของ Dogu GG. และคณะ (2014) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 15.18 หันมาเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเพราะผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากการแพทย์มาตรฐานแล้ว^[13]

สิ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่าสมุนไพรเดี่ยวที่ได้รับความนิยมจากผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มนี้คือ เห็ดหลินจือ งาดำ และหญ้าปักกิ่ง ขณะที่จากรายงานของ Buckner CA. และคณะ (2018) พบว่าสมุนไพรที่ได้รับความนิยมในผู้ป่วยมะเร็งของประเทศแคนาดาคือ ชาเขียว ชิง และขมิ้นชัน^[12] ขณะที่ในรายงานของ Dogu GG. และคณะ (2014) ระบุว่า สมุนไพรที่ได้รับความนิยมในผู้ป่วยมะเร็งคือ Stinging nettle และผลลูกเกด ซึ่งเหตุผลหลักที่สมุนไพรเหล่านี้ได้รับความนิยมคือ ผู้ป่วยสามารถซื้อได้เองจากร้านค้าสุขภาพทั่วไป^[13] แสดงให้เห็นว่าความสะดวกในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคมีผลต่อชนิดของสมุนไพรที่เลือกใช้

ยิ่งไปกว่านั้น การสำรวจครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในกระบวนการรักษามาตรฐานแล้วมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 123 ราย (ร้อยละ 18.98) อยู่ระหว่างรอการรักษาหรือวางแผนการรักษาซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่อยู่ระหว่างวางแผนหรือรอการรักษามากกว่าผู้ป่วยรายเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) คือมากกว่าถึง 2.73 เท่าแสดงให้เห็นความกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สอดคล้องกับรายงานของ Paul C. และคณะ (2012) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกว่าครึ่งมีความกังวลในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา โดยช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งมีสัดส่วนความกังวลสูงสุดคือช่วงระหว่างหลังตัดจิตใจเข้ารับการฉายรังสีจนถึงการเข้ารับการฉายรังสี (ร้อยละ 31) รองลงมาคือ ช่วงระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเบื้องต้นรอส่งต่อเข้ารับการยืนยันผลวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 28) และช่วงระหว่างหลังตัดจิตใจเข้ารับการให้เคมีบำบัดจนถึงการเข้ารับเคมีบำบัด (ร้อยละ 28)^[14] ดังนั้นระยะเวลารอคอยเพื่อรับการยืนยันวินิจฉัยมะเร็งและการเข้ารับ

การรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่เป็นระบบการแพทย์มาตรฐานไม่ควรละเลยอย่างยิ่ง

จากผลการวิเคราะห์อาการที่พบบ่อยตามการรับรู้จำนวน 32 อาการด้วยแบบสอบถามอาการปัจจุบันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมะเร็งพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้จำนวนอาการเฉลี่ย 4.68 อาการ (S.D. = 4.32) โดยอาการที่รับรู้บ่อย 5 ลำดับแรกคือ 1) อาการปวด (ร้อยละ 32.97), 2) อาการอ่อนล้า (ร้อยละ 32.69), 3) อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 28), 4) อาการชาปลายมือ (ร้อยละ 25.23) และ 5) อาการกังวลกลัวใจ (ร้อยละ 23.30) โดยอาการทั้ง 5 ลำดับแรกมีความถี่ในการเกิดอาการอยู่ในระดับ “บางครั้งหรือ 2-3 วันต่อสัปดาห์” มีค่าคะแนนความรุนแรงที่ระดับ “น้อยถึงปานกลาง” และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับ “รบกวนเล็กน้อยถึงรบกวนพอควร” สอดคล้องกับรายงานของ Edman JS. และคณะ (2014) พบว่าอาการปวดเรื้อรังเป็นอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้มากที่สุด (ร้อยละ 39.8) ลำดับรองลงมาคือ อาการอ่อนล้า (ร้อยละ 33.5) และอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 23.3)^[16] และผลการศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการของผู้ป่วยมะเร็งของ Stark L. และคณะ (2013) ในผู้ป่วยมะเร็ง 297 รายในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอาการปวดสูงสุดร้อยละ 100 รองลงมาคืออ่อนล้าร้อยละ 91.3 ง่วงนอนร้อยละ 66.8 และนอนไม่หลับร้อยละ 65.8 ทว่าในรายงานฉบับนี้ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งรับรู้อาการเฉลี่ย 14.1 (S.D. 5.5)^[16] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายงานฉบับดังกล่าวศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไปโรงพยาบาลซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่า

ข้อสรุป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง

ขึ้นแรกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีขนาดใหญ่และแสดงให้เห็นลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้สมุนไพรร่วมรักษาโรค พฤติกรรมการรักษามะเร็ง การเลือกใช้สมุนไพรร่วมรักษา เหตุผลของการไม่เข้ารับการรักษามาตรฐาน ตลอดจนอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่สบาย 5 ลำดับแรกตั้งข้างต้น ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาการบริการผู้ป่วยมะเร็งในระบบบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัด ด้านการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือความเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากการศึกษาเพียงปรากฏการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งที่กำหนดเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแสงชัย แหเลิศตระกูล ที่ให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณ พ.ต.อ.ประสาน แก้วมหาสุวิงษ์ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเมืองปราจีนบุรีที่เอื้อเฟื้อสถานที่และการอำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ตลอดจนนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขปราจีนบุรี เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลภาคสนามและให้ความร่วมมือแก่ทีมวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. International agency for research on cancer. [Internet]. 2018. [cited 2018 October 17]. Available from: <https://news.mthai.com/world-news/679549.html> (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Number and mortality rates per 100,000 population of first 10 leading cause groups of death (Chapter) (According to ICD mortality tabulation list1, 10th revision) 2013-2017. Nonthaburi: Public health statistics A.D. 2017.; 2017. 157 p. (in Thai)

3. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: A systematic review and metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies*. 2012;11(3):187-203.
4. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2018;110(1).
5. Suedee N, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Siritanaratkul N. Symptom Experiences and Their Influences on Functional Status in Hematological Malignancy Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Nursing Science*. 2015. p. 29-40. (in Thai)
6. Damery S, Gratus C, Grieve R, Warmington S, Jones J, Routledge P, Wilson S. The use of herbal medicines by people with cancer: a cross-sectional survey. *Br J Cancer*. 2011;104(6):927-933. doi:10.1038/bjc.2011.47
7. Farooqui M, Hassali MA, Shatar AK, Farooqui MA, Saleem F, Haq NU, Othman CN. (2016). Use of complementary and alternative medicines among Malaysian cancer patients: a descriptive study. *J Tradit Complement Med*. 2016;6(4):321-6. doi:10.1016/j.jtcme.2014.12.008
8. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, Leklob A, Pongnikorn D, Rozek LS, Siriarechakul S, Suwanrungruang K, Tassanasunthornwong S, Vatanasapt P, Sriplung H. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: assessing cancers with the highest burdens. *Cancers (Basel)*. 2017;9(8). doi:10.3390/cancers9080108
9. Puataweepong P, Sutheechet N, Ratanamongkol P. A survey of complementary and alternative medicine use in cancer patients treated with radiotherapy in Thailand. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. 2012;2012:670408.
10. Kucukoner M, Bilge Z, Isikdogan A, Kaplan MA, Inal A, Urakci Z. Complementary and alternative medicine usage in cancer patients in southeast of Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2012;10(1):21-5. Published 2012 Oct 1. doi:10.4314/ajtcam.v10i1.4.
11. Rashrash M, Schommer JC, Brown LM. Prevalence and predictors of herbal medicine use among adults in the United States. *J Patient Exp*. 2017;4(3):108-13. doi:10.1177/2374373517706612.
12. Buckner CA, Lafrenie RM, Dénomme JA, Caswell JM, Want DA. Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. *Curr Oncol*. 2018;25(4):e275-e281. doi:10.3747/co.25.3884.
13. Dogu GG, Kargi A, Tanriverdi O, Yaren A, Demiray G, Taskoylu BY, Ergin A. Complementary/alternative medicine experience in cancer patients: a questionnaire-based survey. *International Journal of Hematology and Oncology*. 2014;24(1):1-10. doi:10.4999/uhod.12008
14. Paul C, Carey M, Anderson A, Mackenzie L, Sanson-Fisher R, Courtney R, Clinton-Mcharg T. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(3):321-9. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01311.x
15. Edman JS, Roberts RS, Dusek JA, Dolor R, Wolever RQ, Abrams DI. Characteristics of cancer patients presenting to an integrative medicine practice-based research Network. *Integr Cancer Ther*. 2014;13(5):405-10. doi: 10.1177/1534735414537876.
16. Stark L, Tofthagen C, Visovsky C, McMillan SC. The Symptom Experience of Patients with Cancer. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012;14(1):61-70. doi:10.1097/NJH.0b013e318236de5c.