

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

ปรีชา หนูทิม^{*†}, รัชณี จันทรเกษ^{*}, อมรรัตน์ ราชเดิม[†]

^{*} กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

[†] โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรุงเทพมหานคร 10100

[‡] ผู้รับผิดชอบบทความ: preecha.nootim@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยที่ทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย 5 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2) โรงพยาบาลอุ้มทอง 3) โรงพยาบาลวิวัฒนาการ 4) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ 5) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 55 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 30 คนและกลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลหลักจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลรักษาไปใช้ของทีมสหวิชาชีพ แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพผู้รู้รูปแบบ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแล ด้วยการวิเคราะห์สถิติรายคู่ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ทีมสหวิชาชีพประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ว่ามีความเป็นไปได้มาก และรูปแบบการดูแลรักษาสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการมีระดับค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้มากที่สุด รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย หลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.46 และ $\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.38 ตามลำดับ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.18 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบการดูแลรักษา, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Efficacy of Health Care Model for End-stage Liver Cancer Patients Using Thai Traditional Medicine in Thai Traditional Medical Hospitals, Thailand

Preecha Nootim^{*,‡}, Rutchanee Chantraket^{*}, Amornrat Rachderm[†]

^{*}Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand

[†]Thai traditional and Integrative Medicine Hospital, Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, Bangkok 10100, Thailand

[‡]Corresponding author: preecha.nootim@gmail.com

Abstract

This research, using one-group pretest-posttest quasi-experimental design, aimed to develop a health-care model using Thai Traditional Medicine (TTM) for end-stage liver cancer patients in Thai Traditional Medical Hospitals. The study was conducted during June–August 2018 in five hospitals: (1) Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital, (2) U Thong Hospital, (3) Watthana Nakhon Hospital, (4) Khun Han Hospital, and (5) Sawang Daen Din Crown Prince Hospital. The study involved three groups of participants, selected according to the inclusion criteria: group 1, 55 multidisciplinary health-care providers; group 2, 30 end-stage liver cancer patients; and group 3, 30 primary caregivers. Data collection tools were a feasibility assessment form on health-care model implementation by health-care providers, an illness-related distress assessment form, and a satisfaction questionnaire for all three groups. Data were analyzed using descriptive statistics and a comparison of distress scores with the outcomes of care (paired *t*-test). The results showed that the health-care providers strongly agreed on the feasibility of TTM-based end-stage liver cancer care model implementation; and the model could solve patients' problems and was beneficial to them at the highest level. The health-care providers' satisfaction with the cancer care was significantly higher after model development at $p = 0.05$. The levels of patients' and their caregivers' satisfaction with the TTM services were also highest (mean scores 4.38, SD 0.46 and 4.22, SD 0.38, respectively). The health-care providers' satisfaction was at a high level (mean score 4.12, SD 0.18). The study has demonstrated that the model can be implemented for end-stage liver cancer patients in the target population. However, a clinical outcome study to evaluate the efficacy of the model should be further carried out.

Key words: model development, care model, end-stage cancer patients

บทนำและวัตถุประสงค์

มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹⁾ ซึ่งในระยะนี้

เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁾ ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงานว่าเป็นปี พ.ศ. 2562 มะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย^[3] ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้านเช่นทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก และอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นต้น^[4] ระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้าย ๆ ทำให้ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงและครอบคลุม^[5-6] และเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและระบบบริการที่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้อยู่ในโรงพยาบาลได้เพราะมีเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปดูแลต่อที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย^[7]

ปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน^[8] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐขึ้น^[9] ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยได้มีภารกิจและบทบาทเข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ^[10] แต่จากรายงานประเมินผลการตรวจราชการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยยังไม่มีชัดเจน แพทย์แผนไทยที่ให้บริกรยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ไม่กล้าสั่งใช้ยาแผนไทยและยาสมุนไพร และการให้ความร่วมมือระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพยังมีน้อย^[11] ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและมีปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูล

ระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ การทำงานที่ขาดการมีส่วนร่วมจึงส่งผลกระทบต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ผลกระทบที่ตกสู่ผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยได้รับบริการดูแลรักษาที่ขาดมาตรฐาน สุขภาพประชาชนยังเจ็บป่วยเช่นเดิมและไม่ตอบสนององรัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้นำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุข^[12] มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย^[13] อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยยังไม่มีรูปแบบการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นทางการชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งยังไม่ชัดเจน บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ยังขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ตำรับยาแผนไทยมีข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนผลการรักษา น้อย จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

โรคมะเร็งถือว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลกและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุดโรคหนึ่ง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและต้องการวัดประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาตามบริบทของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการประกอบด้วยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจาก 4 สหวิชาชีพ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีให้ข้อมูลและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ แพทย์ 9 คน เภสัชกร 9 คน พยาบาลวิชาชีพ 13 คน และแพทย์แผนไทย 24 คน รวม 55 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คน

2.2 ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คน

ในการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขออนุมัติการศึกษาวิจัยและผ่านการรับรอง

จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาริวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ สธ 0503.13/424 ลงวันที่ 11 กันยายน 2560 รหัสโครงการ 06-2560 และได้ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยในเรื่องสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ที่จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ 5 แห่ง ได้แก่ 1) โรง-พยาบาลคูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี 2) โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 4) โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว และ 5) โรง-พยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1 แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย
 - 1.2 บทบาทที่มสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย
 - 1.3 แนวทางการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย

1.4 แนวปฏิบัติการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน จำนวน 5 ชุดดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

2.2 แบบสอบถามความเห็นของสหวิชาชีพต่อการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้ในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูต ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงมีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึงมีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึงมีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด

ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 15 ราย วิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

2.4 แบบการประเมินอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน ทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยหอบ และอาการอื่น ๆ ที่เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยบอก ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 แบบ เป็น visual numeric scales (VNS) โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด และ ในข้อความสบายดีทั้งกายและใจ (well-being) เลข 0 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกสบายดีทั้งกายและใจและเลข 10 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูต เช่นเดียวกัน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดย ใช้สถิติเชิง

พรรณนา (descriptive statistics) ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้ จากการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย จากแบบประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยใช้ paired sample *t*-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษา

การนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยไปทดลองใช้ประสบปัญหาในช่วงแรก คือ ผู้ปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพไม่คุ้นชินกับการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ภาษาที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติสื่อความหมายไม่ตรงกัน เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยมาก่อน มีความสงสัย และข้อกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา กระบวนการรักษา และวิธีการประเมินแพทย์แผนไทยเองก็ไม่คุ้นชินในการทำงานกับผู้ปฏิบัติงานจากวิชาชีพอื่น และไม่เคยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และยังมีปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถเข้าร่วมประชุมในการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานครบทุกครั้งทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล การจัดการกับอาการต่าง ๆ เกณฑ์การรับเข้า และจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน การประเมินปัญหา

และความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ครอบคลุม และต้องใช้เวลาในการประเมินซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงาน อย่างไรก็ตามทีมสหวิชาชีพได้มองเห็นผลด้านบวกคือเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ และมีความพยายามจะสื่อสารให้เข้าใจตรงกันมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นและทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา ระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพ และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ รายละเอียดดังนี้

1. **ด้านผู้ให้บริการ** กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานจาก 4 สหวิชาชีพ จำนวน 55 คน เป็นแพทย์ 9 คน (ร้อยละ 16.70) เภสัชกร 9 คน (ร้อยละ 16.70) พยาบาลวิชาชีพ 13 คน (ร้อยละ 23.30) และแพทย์แผนไทย 24 คน (ร้อยละ 43.30) เป็นเพศหญิง 42 คน (ร้อยละ 76.40) เพศชายจำนวน 13 คน (ร้อยละ 23.60) อายุ 30 - 39 ปี ($\bar{X} = 33.4$, S.D. = 1.54) ระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย 2 - 9 ปี ($\bar{X} = 3.5$, S.D. = 3.03) ระดับ การศึกษาปริญญาโท 20 คน (ร้อยละ 36.70) และปริญญาตรี 35 คน (ร้อยละ 63.30) ตามลำดับ

1.1. การประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า มีระดับความเป็นไปได้ในภาพรวมระดับมากและรูปแบบการดูแลรักษาสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการมีระดับค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้มากที่สุด (ตารางที่ 1)

1.2 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบ

ว่า ความพึงพอใจของทีมนิสิตวิชาชีพต่อ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย หลังการพัฒนาาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

2. ด้านผู้ใช้บริการ

ด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนเป็นเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 56.67) เพศชาย 13 คน (ร้อยละ 43.33) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 14 คน (ร้อยละ 46.67) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 12 คน (ร้อยละ 40.00) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด

ด้านผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 76.67) มีอายุระหว่าง 40-50 ปี 13 คน (ร้อยละ 43.33) สำเร็จการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษาตอนปลาย 12 คน (ร้อยละ 40) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร 15 คน (ร้อยละ 50)

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และ ความสบายดีทั้งกายและใจในการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการดูแลรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการบริการของทีมนิสิตวิชาชีพพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการของทีมนิสิตวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D. = 0.46) ดังตารางที่ 4

2.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักต่อการ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเป็นไปได้ของของกลุ่มตัวอย่างทีมนิสิตวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้โดยรวม (n = 55)

ลำดับ	ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้	\bar{X}	S.D.	ระดับความเป็นไปได้
1	มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	2.22	0.65	ปานกลาง
2	มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	2.81	0.63	มาก
3	มีเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.71	0.54	มาก
4	ประหยัด ลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ	2.75	0.73	มาก
5	รูปแบบการดูแลรักษาสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	2.96	0.77	มาก
6	มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.89	0.55	มาก
	รวม	2.80	0.76	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของนิสิตวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย (n = 55)

การประเมิน	\bar{X}	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	3.02	0.22	10.23	35	0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	4.12	0.18			

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 30)

อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ยก่อนรับ การดูแลรักษา	ค่าเฉลี่ยหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย ผลต่าง	p-value
ทางด้านร่างกาย				
ปวด	5.42 ± 1.65	3.41 ± 2.87	-1.98 ± 2.31	0.001*
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	5.32 ± 1.61	4.51 ± 1.95	-0.95 ± 2.27	0.001*
คลื่นไส้	2.23 ± 0.22	1.62 ± 2.16	-0.72 ± 1.68	0.001*
ง่วงซึม	4.86 ± 2.35	3.67 ± 2.43	-2.18 ± 1.54	0.001*
เบื่ออาหาร	3.75 ± 2.36	3.23 ± 1.32	-0.43 ± 1.81	0.001*
เหนื่อยหอบ	5.34 ± 2.42	4.23 ± 2.39	-1.11 ± 2.32	0.001*
ทางด้านจิตใจ				
ซึมเศร้า	4.05 ± 2.12	3.26 ± 1.60	-0.78 ± 1.54	0.001*
วิตกกังวล	4.69 ± 2.05	3.43 ± 1.26	-1.34 ± 1.87	0.001*
สบายดีทั้งกายและใจ	6.12 ± 1.91	5.02 ± 2.11	-1.11 ± 2.18	0.001*

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อบริการที่ได้รับต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย (n = 30)

ลำดับ	การบริการที่ได้รับ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านร่างกาย				
1.	ท่านได้รับทราบข้อมูลการเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาและมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา	3.52	0.70	มาก
2.	ท่านได้รับการสอน อธิบายอาการ การดูแลรักษา และ/หรือการ ดำเนินของโรคจากทีมผู้ดูแลรักษา	4.23	0.61	มากที่สุด
ด้านจิตใจ				
3.	ท่านได้รับกำลังใจและการปรึกษาจากผู้ดูแลรักษา	3.12	0.53	มาก
4.	ทีมผู้ดูแลรักษาทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม	4.18	0.72	มากที่สุด
5.	ท่านพอใจต่อบริเวณที่จัดให้ในการดูแลผู้ป่วย	4.23	0.65	มากที่สุด
6.	ท่านได้อยู่กับญาติอย่างใกล้ชิด	4.56	0.81	มากที่สุด
7.	ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกเรื่อง สถานที่ในการสงบจิตใจ	4.22	0.45	มากที่สุด
8.	สถานที่ให้การดูแลท่านมีความเหมาะสม	3.92	0.69	มาก
ด้านจิตวิญญาณ				
9.	ท่านได้รับโอกาสในการทำกิจกรรมตาม ความเชื่อและศาสนาที่ ท่านถือ หรือเชื่อถือ อาทิ การทำสังฆทาน ทำบุญ ฟังธรรมและอื่น ๆ	4.42	0.54	มากที่สุด
10.	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลรักษาของทีมผู้ดูแลรักษาโดยรวม	4.14	0.66	มากที่สุด
	รวม	4.38	0.46	มากที่สุด

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อบริการที่ได้รับ รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย (n = 30)

ลำดับ	การบริการที่ได้รับ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.	ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.47	0.60	มาก
2.	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	4.25	0.73	มากที่สุด
3.	ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนอย่างเหมาะสม เช่นอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น	4.02	0.71	มากที่สุด
4.	ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ	4.15	0.62	มากที่สุด
5.	ทีมผู้ให้บริการดูแลรักษาทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	3.92	0.81	มาก
6.	ท่านได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.45	0.83	มากที่สุด
7.	ท่านพึงพอใจที่ได้รับความสะดวกเอื้อต่อการจัดกิจกรรมตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม ในระยะที่ผู้ป่วยใกล้ตายหรือหลังจากถึงแก่กรรม	4.28	0.89	มากที่สุด
8.	ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้ให้บริการดูแลรักษา	3.78	0.72	มาก
9.	ท่านได้รับการช่วยเหลือ / แนะนำ / อำนวยความสะดวกในขั้นตอนการนำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย	4.26	0.66	มากที่สุด
10.	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมผู้ให้บริการดูแลรักษาโดยรวม	4.31	0.45	มากที่สุด
	รวม	4.22	0.38	มากที่สุด

บริการของทีมสหวิชาชีพพบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับ มากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (S.D. = 0.38) ดังตารางที่ 5

อภิปรายผล

1. การใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานจาก 4 วิชาชีพ ผู้ให้การดูแลรักษาประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังนี้ 1) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย 2) บทบาททีมสหวิชาชีพในการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย 3) แนวทางการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย 4) แนวปฏิบัติการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน เป็นรูปแบบที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลรักษา โดยมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบและ กิจกรรมการดูแลรักษาไว้อย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นระบบและครอบคลุมความเป็นองค์รวม (holistic care) โดยคำนึงถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง^[14] ให้มีความสำคัญกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านวัฒนธรรม

ศาสนา ที่มีอิทธิพลต่อชีวิตบุคคล จิตวิญญาณ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามหลักธรรมานามัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ พิไลเกียรติ และคณะ ที่พบว่า ความสำคัญของการดูแลด้าน จิตวิญญาณ คือ การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและทำให้ยอมรับสภาพของตนเองได้ รวมถึงการดูแลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นนี้ จากการเจ็บป่วย หรือ การดำเนินของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งตลอดระยะเวลา ที่รับไว้ในความดูแลรักษา และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน^[15] สอดคล้องกับหลักการดูแลรักษาที่พบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่าย ประกอบกันร่วมทีมกันให้การดูแลรักษา ให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนปรึกษากันการดูแลรักษา ร่วมกันจึงจะประสบความสำเร็จอย่างดี^[16] แผนการดูแลผู้ป่วยและแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทย แนวปฏิบัติการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้าน ช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบหลักช่วยให้เกิด ประสิทธิภาพในการดูแล^[17] ระดับ และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น มีค่าคะแนนระดับผู้ป่วย และแบบติดตามอาการเพิ่มขึ้นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2. ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลรักษาไปใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่ารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ด้วยการแพทย์แผนไทย โดยการทำงานเป็นทีมของ สหวิชาชีพช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ อาการของผู้ป่วยดีขึ้นส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อ บริการที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนระัตน์ ศรีภักทรภิญโญ^[18] อธิบายได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้รับการเตรียมความพร้อมในการ วางแผนจำหน่าย ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย อย่างเต็มศักยภาพเพื่อทำหน้าที่ได้ สูงสุดก่อนจำหน่าย มีผลทำให้ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีเป้าหมายในการดูแลรักษา เกิดความ มั่นใจและภาคภูมิใจ มุ่งมั่นในการ พึ่งพาตนเอง ผู้ดูแลหลักสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพในระดับมาก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลตาม แผนการดูแลที่กำหนดโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ รับ การเตรียมอย่างเป็นระบบเป็นกระบวนการ มีการ ทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสหวิชาชีพให้สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลักได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อสรุป

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแล รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผน ไทยในครั้งนี้ ช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น โดยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การที่ทีมสหวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาการดูแลรักษา มีส่วนร่วมและมี

ความมุ่งมั่นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย 2) การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษา ซึ่งจะครอบคลุมทุกกระบวนการการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษากันจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายและการบริหาร

รูปแบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในสถานพยาบาลมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับนโยบายการสนับสนุนของผู้บริหารไม่เป็นในทิศทางเดียวกันส่งผลให้การประเมินผลรูปแบบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกระทำได้อย่าง

2. ด้านกำลังคน

2.1 ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการส่งอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 เนื่องจากมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบใช้กำลังคนที่แตกต่างกันควรมีการวิเคราะห์อัตรากำลังในแต่ละรูปแบบเพื่อให้มีกำลังเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละรูปแบบ

2.3 ควรให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันเกี่ยวกับแนวคิดการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

2.4 ควรหาวิธีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจร่วมกันด้านระหว่างแพทย์แผนไทยกับทีม

สหวิชาชีพแผนปัจจุบันและระหว่างแพทย์แผนไทยด้วยกันเองเนื่องจากเป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องตัดสินใจการขบวนการดูแลรักษา

3. ด้านข้อมูลวิชาการและการวิจัย

3.1 ควรเร่งรัดพัฒนาองค์ความรู้แพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทางการแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีข้อมูลสนับสนุนยืนยันผลการรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การติดตามคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

3.3 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาให้ครอบคลุม

4. ด้านรูปแบบการบริการ

4.1 ควรหารูปแบบที่เหมาะสมระหว่าง การเปิดให้บริการแบบโดดเดี่ยว (stand alone) แบบคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (parallel) หรือแบบผสมผสาน (integrative) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยว่ารูปแบบการบริการแบบใดเหมาะสมกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์ไทย

4.2 ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย เนื่องด้วยบางครั้งตัวผู้ดูแลไม่ได้ยอมรับหรือเข้าใจการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยแต่เพราะไม่มีทางเลือกหรือผู้ป่วยเป็นคนเลือกต้องปฏิบัติตามผู้ป่วย

References

1. Turk DC, Feldman CS. Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hosp J*. 1992;8(1-2):1-23.
2. Phosri T. Palliative care for End-of-Life Patients: from hospital to home setting. [an independent study report for the master of nursing science in adult nursing]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D. 2019. Nontaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
4. Leelananthakit S. Handbook for palliative care. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation Of Thailand., LTD. Institute Of Geriatric Medicine: Department of Medical Services Ministry of Public Health; 2004. (in Thai)
5. Maneepong S. Developing model for end of life care in critical care medicine unit, medical nursing division. Srinagarind Hospital. [an independent study report for the master of nursing science in adult nursing]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008. (in Thai)
6. Tongpratheep T. Nurse's voice in palliative care. *Kuankarun Journal of Nursing*. 2004;11(2):36-46. (in Thai)
7. Paisansuthidaj U. Palliative home care in cancer patients; 2549. (in Thai)
8. Petrakat P, Chantraket R, *et al*, editors. Situation report of Thai Traditional Medicine Folk Medicine And Alternative Medicine, B.E. 2005 - 2007. Bangkok: Manasfilm; 2007. (in Thai)
9. Tungsukruthai P, Nootim P, Phukanad P, Sitthikraiphong K, Charoenuch O, Kangkaew K. Situation report of Thai traditional medicine services in public health service centers B.E. 2003-2007. Traditional Medicine Research Institute Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2008. (in Thai)
10. Shienghong A, Rakkwamsuk P, Kerdtho S. Result of the study Thai traditional medicine hospital of Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Bangkok. The Institute of Thai Traditional Medicine Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2015. (in Thai)
11. Shienghong A, Sawatrangkun N, Kerdtho S. Clinical practice guidelines for Thai traditional medicine for the Pilot Hospital of Thai Traditional Medicine. The Institute of Thai Traditional Medicine Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Bangkok: Samcharoen Panich (Bangkok) Co., Ltd; 2016. (in Thai)
12. Health Care District Support Subdivision Technical and Planning Division Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Supervision report and propulsion in Thai traditional and alternative medicine Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2017. (in Thai)
13. Khamsaen B. Participation of multidisciplinary teams on primary care in Tambon health promoting hospital [an independent study report for master of social work program]. Pathum Thani: Thammasat University; 2011. (in Thai)
14. Sargeant. Effective interprofessional teams: "Contact not enough" to build a team. *JCEHP*. 2008;28(4):228-34.
15. Pilaikiat R, Rittharomya J, Bootchan T. Spiritual care for chronic illness patients: experiences of professional nurses. *Thai Journal of Nursing Council*. 2009;24(1):62-76. (in Thai)
16. Sundstrom E, DeMeuse KP, Futrell D. Work teams: applications and effectiveness. *American Psychologist*. 1990;45:120-33.
17. Vincent II JW (JACK). Community development practice. In: Phillips R, Pittman RH, editors. An introduction to community development. New York: Route ledge Publisher; 2009.
18. Sriphattharaphinyo J. Effects of teaching and skill training for caregivers of cerebrovascular patients on caregivers' caring ability and patients' health status. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1997. (in Thai)