นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ปรีชา หนูทิม[*‡], พรชัย สว่างวงค์[†], อมรรัตน์ ราชเดิม[†], ปิยทัศน์ ใจเย็น[†]

[*] *กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000*

[†] *โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรุงเทพมหานคร 10100*

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

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 คน และผู้ดูแลหลัก 30 คน และทีมผู้ให้บริการ คือ แพทย์แผนไทย 24 คน และทีมสหวิชาชีพ 31 คน โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ 5 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ 1) เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบ และ 2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.82, 0.85, 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ ดำเนินการระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์วิธีเชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน คือ 1) การดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้ง กายานามัย (ใช้สมุนไพรเป็นหลัก) จิตตานามัย และชีวิตานามัย และ 2) การทำงานแบบมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย การวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ไปจนถึงระยะการเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า การประเมินผู้ให้บริการถึงประสิทธิผลการนำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้นไปใช้มีระดับความเป็นไปได้ในภาพรวมระดับมาก และระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ พบว่า อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการดูแลรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D. = 0.46) และ 2) ผู้ดูแลหลักต่อระดับความพึงพอใจ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (S.D. = 0.38) ซึ่งจากการศึกษาสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรช่วยให้การทำงานของทีมง่ายขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น จนส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, มะเร็งระยะสุดท้าย, แพทย์แผนไทย, สมุนไพร

Received date 29/12/21; Revised date 15/12/22; Accepted date 30/01/23

The Development of Healthcare Model for End-stage Cancer Patients Using Thai Traditional Medicine and Herbs

Preecha Nootim[*,‡], **Pornchai Sawangwong**[†], **Amornrat Rachderm**[†], **Piyatas Jaiyen**[†]

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

[†] *Thai Traditional and Integrated Medicine Hospital, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Bangkok 10100, Thailand*

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

Abstract

The purpose of this study was to review, develop and evaluate the situation and effects of a healthcare model for end-stage cancer patients using Thai traditional medicine (TTM) and herbs. The holistic care concepts combined with research and development model were used as the conceptual and methodological framework. The study involved 30 purposively selected hospitalized patients with end-stage cancer, 30 primary caregivers of such patients, 24 TTM practitioners and 31 multidisciplinary team members at five model TTM hospitals. The study instruments included a tool for developing of a healthcare model and a tool for evaluating the outcome of model implementation. The tools were validated by five experts and their Cronbach's alpha or reliability values were 0.79–0.86. Data were collected from September 2017 to May 2019 and descriptive statistics were used to analyze quantitative data, whereas content analysis was applied for qualitative data. The results revealed that the healthcare model for end-stage cancer patients using TTM and herbs had two components: (1) healthcare based on TTM's natural method (tham-ma-na-mai) that focuses on healthy body (with herbs), healthy mind and healthy behaviors and (2) collaborative efforts of multidisciplinary healthcare providers in the phases of consultation, caring, discharge and home visits/follow-ups as well as family visits after the patient's death. After implementing the model, the healthcare providers expressed a high feasibility level of the TTM-based end-stage liver cancer care model implementation and their satisfaction with the care was significantly higher than before ($p = 0.05$). Among the patients, their symptoms after discharge were significantly better than before ($p < 0.001$); and their satisfaction level with the services of the multidisciplinary team was highest (Mean, 4.38; S.D., 0.46). The primary caregivers' satisfaction was also highest (Mean, 4.22; S.D., 0.38). In summary, the study has demonstrated that the healthcare model for end-stage cancer patients using TTM and herbs makes the work of the healthcare team easier, resulting in a better coverage of patient care and improvements in the patients' symptoms.

Key words: healthcare model, end-stage cancer, Thai traditional medicine (TTM), herbs

บทนำและวัตถุประสงค์

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงถึง 18.1 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงถึง 9.6 ล้านคน ในปี 2561[1] ขณะที่สถานการณ์ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของเหตุการณ์เสียชีวิตทั้งหมดซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจเฉลี่ย 2-3 เท่า หรือมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง[2] จากสถิติชี้ให้เห็นว่าอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

โรคมะเร็งเมื่อเป็นแล้วมักพบปัญหาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านกาย ได้แก่ การทำงาน การเดิน การนอนหลับพักผ่อน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ สภาพอารมณ์ ความสนุกสนาน/ความสุขในชีวิต ด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การตั้งคำถามตัวเองเกี่ยวกับความหมายของชีวิต[3] การมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ (spiritual distress) จากความไม่แน่นอนของโรค และการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้มีความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า หมดหวัง กลัวความตาย และกลัวความพลัดพรากจากครอบครัว[4] ส่งผลให้ช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นวาระแห่งความเศร้าโศก[5] รวมทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหารูปแบบในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันของโรคมะเร็งมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด การฉายรังสีรักษาและการให้ยา ทั้งเคมีบำบัดที่เป็นการใช้ยาตรงเป้าหมาย และวิธีการทางภูมิคุ้มกันมะเร็งวิทยาซึ่งการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทยมีประสิทธิผลสูง แต่ต้องใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชภัณฑ์มีราคาสูงซึ่งต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมโรคที่ต้องใช้การดูแลรักษาเป็นเวลานาน เช่น โรคมะเร็ง อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนไทย ซึ่งแตกต่างไปจากวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนปัจจุบัน[6]

ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม (holistic care)[7] ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ซึ่งในปัจจุบันมีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่พบว่าการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยยังขาดข้อมูลทางวิชาการสนับสนุน[8] ยังต้องการการศึกษาวิจัยเชิงระบบและรูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม จึงศึกษารูปแบบการใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม โดยการมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) ของบอร์กและกอลล์[9] ร่วมกับการบูรณาการกรอบแนวคิด

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[10] โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ 5 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2) โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี 3) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 4) โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว และ 5) โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 - พฤษภาคม พ.ศ. 2562

1. วัสดุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจาก 4 วิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย จำนวน 5 แห่ง ซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก จำนวน 55 คน จากทุกวิชาชีพ

1.2 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย จำนวน 5 แห่ง โดยที่อาการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะที่ 3 และ 4 ของโรค โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติ ดังนี้ คือ

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และลงความเห็นว่าควรรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)

(2) ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัย และสมัครใจรับการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย

(3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้

(4) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

(2) ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเพ้อคลั่ง จิตเสื่อม ภาวะวิกฤต หรือภาวะอื่น ๆ

1.3 กลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

(1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

(2) รับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในครั้งนี้มากที่สุด มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

(3) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์

ในการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติการศึกษาวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่สธ 0503.13/424

ลงวันที่ 11 กันยายน 2560

2. วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (six building blocks of health system) ประกอบด้วย 1) ภาวะการนำและการอภิบาล 2) การเงินและงบประมาณ 3) บุคลากรด้านสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) สารสนเทศและการวิจัย และ 6) การให้บริการ

1.2 แนวคำถามประกอบการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลรักษา 2) ปัญหาของการนำรูปแบบไปใช้ และ 3) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะได้รับจากรูปแบบการดูแลรักษาที่ได้พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบสอบถามความเห็นของสหวิชาชีพต่อการนำรูปแบบไปใช้

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทย จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความถึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

2.4 แบบการประเมินอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย [Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)] โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ก่อนการเข้ารับบริการ (day 1) และหลังจำหน่าย (day 3) ทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ซึมเศร้า วิตกกังวล และสบายดีทั้งกายและใจ แต่ละอาการจะถูกวัดด้วย Visual Numeric Scales (VNS) ตั้งแต่ 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด และในข้อความสบายดีทั้งกายและใจ (well-being) เลข 0 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกสบายดีทั้งกายและใจ และเลข 10 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยประเมินก่อนการเข้ารับบริการ (day 1) และหลังจำหน่าย (day 3) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 15 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.82, 0.85, 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่มและการสังเกต และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล (member check) เพื่อการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้องกับการรับรู้ของตนเอง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรด้วยการอภิปรายกลุ่มและประชุมระดมสมองของคณะทำงานสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้บริหาร ศึกษาดูงานรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทของพื้นที่อาศัยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการในสถานการณ์จริง และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ระยะที่ 3: การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ผลการศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ตาม 6 องค์ประกอบภายใต้กรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบบริการแพทย์แผนไทย ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์แผนไทยเข้าไปมีบทบาทหน้าที่มากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก แต่ในงานผู้ป่วยในแพทย์แผนไทยยังมีบทบาทน้อย แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้มีบทบาทหลักในการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่เห็นว่าแพทย์แผนไทยสามารถดูแลรักษาได้ แต่ก็ไม่สามารถเป็นแพทย์เจ้าของผู้ป่วยได้ และมีข้อจำกัดในเรื่องการสั่งให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวแบบค้างคืน ยังไม่สามารถสั่งให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวแบบค้างคืนได้ สำหรับงานด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแพทย์แผนไทยยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน และไม่มีแนวทางการในดูแลรักษา

"ด้วยข้อกำจัดในการจัดการแผนกผู้ป่วยใน ต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ และพยาบาล โดยแพทย์แผนไทยไม่สามารถสั่งให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวแบบค้างคืนได้ หรือไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาด้วยการแพทย์แผนไทย สิ่งที่ทำได้คือให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในเรื่องโภชนบำบัด หรือกิจกรรมบำบัดได้เต็มที่" (ผู้ให้บริการ)

"บางครั้งเราก็อยากลงพื้นที่เยี่ยมบ้านติดตามอาการผู้ป่วย แต่ก็ติดเรื่องบริหารจัดการยังไม่สามารถลงพื้นที่ได้โดยลำพัง ต้องอาศัยร่วมกับทีมโรงพยาบาล" (ผู้ให้บริการ)

"ดีใจที่หมอมาเยี่ยม ผมทำอะไรไม่ถูก เมียป่วย ตัวผมเองก็เป็นโรคหัวใจ อยู่กันสองคนดีใจมากที่หมอมาดูแล คิดว่าจะถูกทิ้งอีก" (ผู้ดูแลหลัก)

องค์ประกอบที่ 2 กำลังคนและศักยภาพบุคลากร พบว่า ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานขาดความรู้และความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแพทย์แผนไทยไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤตได้ ส่งผลให้แพทย์แผนไทยขาดความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย และปัจจุบันแพทย์แผนไทยต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนทั้งปริมาณและคุณภาพ

"ครั้งแรกที่ได้รักษาคนไข้ดีใจมาก เราสามารถดูแลรักษาคนไข้มะเร็งได้ แต่พอรักษาไปนาน ๆ เครียดมาก รับรู้ปัญหาของคนไข้ บางครั้งก็รักษาจนหมดหนทางแล้วเหมือนกันไม่รู้จะรักษาอย่างไรอีกประสบการณ์ยังน้อยมาก อยากได้อาจารย์แผนไทยที่เก่ง ๆ มาช่วยสอนเราได้" (ผู้ให้บริการ)

"อยู่ได้ขนาดนี้ก็ดีใจแล้ว ตอนแรกหมอบอกมะเร็งตับลุกลามปอด ลำไส้ อยู่ได้ปีนึง ตรวจอีกทีเขาบอกอยู่ได้อีกหกเดือน มารับยาที่นี่อยู่ได้ปีครึ่งแล้วไม่เห็นจะเป็นไรขอบคุณหมอมาก ๆ" (ผู้ดูแลหลัก)

"พ่อมาด้วยท้องอืด แน่นท้อง ท้องแข็งมาก ๆ เป็นมาหลายวันแล้ว มารับยาสมุนไพรเมื่อเดือนก่อน ตอนนี้อาการดีขึ้นมากจากที่ท้องเคยแข็งมาก ๆ ตอนนี้ไม่แข็งแล้ว พ่อผมท่านชอบรับประทานยาสมุนไพรอยู่ก่อนแล้ว" (ผู้ดูแลหลัก)

องค์ประกอบที่ 3 ข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัย พบว่า ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่มีการศึกษายืนยันประสิทธิผลของสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยทางคลินิกที่เป็นการรักษา หรือบรรเทาอาการจากโรคมะเร็งหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีอยู่ไม่มาก และข้อมูลยืนยันผลการรักษาไม่ชัดเจน ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในตำราหรือคัมภีร์ยังขาดการสังเคราะห์และถอดบทเรียน

"อาศัยประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ คนไข้

เป็นคนบอกว่ายาตัวนี้กินแล้วดีนะหมอ ตัวนี้กินแล้วท้องเสีย เราก็บอกน้องแผนไทยต่อ แบบพี่สอนน้องไม่มีคู่มือ หรือตำรา มันหาไม่ได้" (ผู้ให้บริการ)

"ยังขาดแนวเวชปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดเกณฑ์การประเมิน และกระบวนการรักษาที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งองค์ความรู้ของแพทย์แผนไทยและตัวผมเองก็มีความแตกต่างกัน ถ้ามีแนวเวชปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้ขับเคลื่อนงานได้ดีขึ้นนะครับ" (ผู้ให้บริการ)

"บางอย่างเราก็เข้าใจว่าไม่มีงานวิจัย แต่ในเรื่องของสมุนไพรมันมีการใช้มานานตั้งแต่บรรพบุรุษ เราจึงเชื่อมั่นในเรื่องของสมุนไพร" (ผู้ดูแลหลัก)

องค์ประกอบที่ 4 ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นจากผู้ป่วยและประชาชน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะยาแผนไทยและสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมีรายการจำนวนน้อย ไม่ครอบคลุมต่อการรักษาโรคด้านการแพทย์แผนไทย มีความยุ่งยากในการสั่งใช้และรูปแบบยาไม่สะดวกต่อการนำไปใช้ของผู้ป่วย และที่สำคัญยาแผนไทยและยาสมุนไพรยังมีการปนเปื้อนจากสิ่งแปลกปลอมอยู่

"บางทีก็ไม่มียาในบัญชียาโรงพยาบาล ต้องให้คนไข้ไปซื้อข้างนอกเท่าที่จำเป็น ยาปรุงเฉพาะรายบางตัวก็ขาดไม่มี ต้องมานั่งแก้ปัญหา" (ผู้ให้บริการ)

"ทางเราเตรียมให้ไม่ได้หรอกรายการยาไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล" (ผู้ให้บริการ)

"ยาสมุนไพรบางตัวยังไม่มีคุณภาพ เวลานำเสนอยาแผนไทยเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ทางคณะกรรมการเขาไม่ค่อยยอมให้เพิ่มรายการยาแผนไทย" (ผู้ให้บริการ)

"มาที่โรงพยาบาลมั่นใจว่ายาสมุนไพรมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ พาแม่ไปที่อื่นไม่มั่นใจ แต่มาที่นี่คิดว่าปลอดภัย" (ผู้ดูแลหลัก)

องค์ประกอบที่ 5 การเงินและงบประมาณ พบว่า แม้ว่าโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องของงบประมาณที่ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ อีกทั้งการรักษามะเร็งด้วยแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

"มีแต่นโยบายมา แต่ไม่มีเงินมาผู้ปฏิบัติงานมันทำงานลำบาก" (ผู้ให้บริการ)

"การดำเนินงานแพทย์แผนไทยขาดทุนจริงหรือ เราวัดจากอะไร ถ้าวัดจากตัวเงินที่ใช้ในการให้บริการคงขาดทุนจริง แต่ถ้าวัดสุขภาวะของผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีความสุขสบายขึ้น และการที่คนไข้มีสิทธิในการตัดสินใจเลือกการรักษาชีวิตของเขา มันคุ้มค่ากับเม็ดเงินที่ลงทุน" (ผู้ให้บริการ)

"หมดเงินไปเยอะกับการรักษามะเร็งที่ไหนดี ก็ไปหมดครับ ถ้าที่นี้ไม่เสียเงินเพิ่มจะดีมาก ประหยัดค่าใช้จ่ายได้บ้าง" (ผู้ดูแลหลัก)

"อยู่กันสองคน ไม่มีลูก สามีก็ไม่ได้ทำงาน ยังไม่รู้เลยว่าจะเอาเงินที่ไหนมารักษา จะให้ไปรักษากับหมอที่โรงพยาบาลหลวง ไม่ไปหรอก แค่ได้กลิ่นยาก็ใจเสียแล้ว มาที่เนี่ยอย่างน้อยมันหอมสมุนไพรชื่นใจดีนะหมอ" (ผู้ดูแลหลัก)

องค์ประกอบที่ 6 นโยบายและการบริหาร พบว่า ต้องอาศัยการมีนโยบายที่ชัดเจนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะทำให้ดำเนินงานและประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น แต่จะสามารถดำเนินการได้ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร

ของหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาลที่เห็นด้วยและสนับสนุนการดำเนินตามนโยบายดังกล่าว แต่พบว่าการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยถึงแม้มีนโยบาย แต่ก็ต้องใช้อำนาจ คำสั่งจากผู้บังคับบัญชา อาศัยระยะเวลา และงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อเห็นผลสำเร็จการดำเนินงาน

"การที่มีนโยบายให้รับดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งจากกรมการแพทย์แผนไทยฯ นั้นดีมาก" (ผู้ให้บริการ)

"ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้มีอำนาจในการสั่งการ และการสั่งการดำเนินงานจะเดินไปได้ คือ บางเรื่องก็ต้องออกเป็นนโยบายที่มีตัวชี้วัด" (ผู้ให้บริการ)

"การกรมแพทย์แผนไทยฯ มีนโยบายที่ให้รักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาสมุนไพร มันดีมาก ก่อนมาที่นี้ไปมาหมดแล้ว ไปทุกที่ เห็นแม่ปวดทนดูไม่ได้" (ผู้ดูแลหลัก)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรก่อนการศึกษาเป็นการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ไม่ได้มีการบูรณาการประยุกต์ใช้เครื่องมือวัด หรือแบบประเมินอาการผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน ขาดการบูรณาการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการรักษาเป็นการใช้ยาสมุนไพรและให้คำแนะนำทั่วไปตามอาการและภาวะของผู้ป่วย อีกทั้งขาดการติดตามหรือเยี่ยมบ้าน หลังการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยกระบวนการดูแล 5 ระยะ (ตารางที่ 1)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้

จากการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ทีมสหวิชาชีพได้มองเห็นผลด้านบวก คือ เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ และมีความพยายามจะสื่อสารให้เข้าใจตรงกันมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นและทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพและมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งมีการวางแผน

การดูแลรักษาล่วงหน้า ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานจาก 4 วิชาชีพ 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 (33.4 ± 1.54) ระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย 2-9 ปี (3.5 ± 3.03) ระดับการศึกษาปริญญาโท 20 คน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ระยะ	กิจกรรมการดูแล
ขั้นที่ 1 : ระยะแรกรับ การแจ้งแนวทางการรักษา	- แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยแจ้งแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยและญาติ รับรู้ และยินดีรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร
ขั้นที่ 2 : ระยะดูแลต่อเนื่อง การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแล และการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติแลการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษา	- แพทย์แผนไทยร่วมกับพยาบาลประเมินความต้องการการดูแลรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPS V2) - ประเมินอาการรบกวนเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) - วางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (advanced care planning) เป็นการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันเป็นระยะ ๆ ตามอาการดำเนินโรค ของทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก - วิชาชีพแพทย์แผนไทย ให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมองค์รวมตามหลักธรรมมานามัย ทั้งกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ในการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ และปรับแผนการดูแลรักษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย **1) กายานามัย** 1.1) มุ่งเน้นใช้ยาสมุนไพรด้วยหลักการ รุ ล้อม รักษา บำรุง ดังนี้ **รุ** คือ การขับของเสียเพื่อทำความสะอาดภายในร่างกายผู้ป่วย - ยารสขม เช่น สะเดา มะเขือพวง ลูกใต้ใบ ตำรับยาเบญจอำมฤตย์ และรสเปรี้ยว เช่น น้ำมะนาว ยาตรีผลา ช่วยระบาย ถ่ายพิษ ถ่ายของเสีย - ยารสจืด ช่วยขับปัสสาวะ เช่น หญ้าหนวดแมว ขลู่ ตะไคร้ รางจืด **ล้อม** คือ การรักษาอาการข้างเคียงของโรคตามหลักสมุฏฐานวินิจฉัยของแพทย์ ล้อมไว้ไม่ให้กระจายไปที่อื่น - ยารสเผ็ดร้อน ช่วยเรื่องระบบไหลเวียน ขับลม แก้อาการท้องอืดเฟ้อ เช่น ขิง ยาธาตุอบเชย กะเพรา **รักษา** คือ การวางยาบำบัดรักษาตามสาเหตุและอาการ โดยใช้ยารักษาโรคมะเร็งทั้งที่เป็นยาเดี่ยวและตำรับยาปรุงเฉพาะรายในคัมภีร์การแพทย์แผนไทย ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรประจำบ้าน และยาสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นศิลปะการรักษาของแพทย์แต่ละท่านตามแต่อาการของผู้ป่วย - ยารสเมาเบื่อที่ใช้แก้พิษ หรือเป็นยาต้านมะเร็ง เช่น หัวข้าวเย็นทั้งสอง รากทองพันชั่ง รากหนอนตายอยาก

ตารางที่ 1 (ต่อ) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

ระยะ	กิจกรรมการดูแล
	บำรุง คือ ภายหลังการให้ยารักษาอาการต่าง ๆ ดีขึ้นแล้ว จะมียาที่ใช้รักษาอาการไม่สุขสบาย ยาบำรุงที่ช่วยให้เจริญอาหาร เพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพ และปรับสมดุลร่างกาย - ยารสหอมเย็น ช่วยบำรุงหัวใจ เช่น เกสรบัวหลวง เกสรทั้งห้า เทียนทั้งห้า ยาหอมเทพจิตร ยาหอมทิพโอสถ 1.2) หัตถการโดยใช้สมุนไพรร่วมด้วย เช่น การพอกยา การแช่ยา การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร 1.3) ออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารแบบฤาษีดัดตนตามกำลังและสภาพร่างกายของผู้ป่วย **2) จิตตานามัย** ให้ความสำคัญในด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยการให้ความรัก ความเข้าใจ และพิธีกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธาเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วย เป็นการสร้างความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วย **3) ชีวิตานามัย** การดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญเรื่องอาหารที่ไม่สมควรบริโภค คือ อาหารบูดเน่า อาหารดิบ ในปัจจุบันอาจรวมถึงอาหารที่ก่อให้เกิดโรค เช่น การตกค้างหรือปนเปื้อนสารเคมีต่าง ๆ ของหมักดอง และอาหารที่ปรุงไม่ได้มาตรฐานต่าง ๆ
ขั้นที่ 3 : ระยะดูแลต่อเนื่อง การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแล (ต่อ)	- ประสานทีมแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล - ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Palliative Outcome Scale : POS) ในผู้ป่วยทุกราย จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันแรกรับ ครั้งที่ 2 หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในการดูแลรักษา โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย (Palliative Outcome Scale: POS) และลงบันทึกใน Thai traditional medicine practitioner note และ progress note ส่งต่อข้อมูลให้แก่ทีมวิชาชีพแพทย์แผนไทยในเวรต่อไป และครั้งที่ 3 ในวันที่เยี่ยมบ้าน รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
ขั้นที่ 4: ระยะการจำหน่ายผู้ป่วย การจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน	แพทย์และแพทย์แผนไทยจำหน่ายผู้ป่วย 3 ลักษณะ คือ 1) เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลรักษาที่บ้าน: อนุญาตให้กลับบ้าน โดยเตรียมอุปกรณ์ แนะนำการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน และประสานทีมเวชกรรมสังคม (Home Health Care: HHC) เพื่อประเมินและติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2) ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน: การสังเกตอาการและอาการแสดงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 3) เสียชีวิตในโรงพยาบาล: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแจ้งตายและการดูแลด้านจิตใจหลังการสูญเสีย
ขั้นที่ 5 : การติดตาม เยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	แพทย์แผนไทยและพยาบาลวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

(ร้อยละ 36.70) และปริญญาตรี 35 คน (ร้อยละ 63.30) ตามลำดับ

1.1 การประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ของของกลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ใช้รูปแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วย จำแนกตามระดับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้โดยรวม (n = 55)

ลำดับ	ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้	Mean ± S.D.	ระดับความเป็นไปได้
1	มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	2.22 ± 0.65	ปานกลาง
2	มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	2.81 ± 0.63	มาก
3	มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.71 ± 0.54	มาก
4	ประหยัด ลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	2.75 ± 0.73	มาก
5	รูปแบบการดูแลรักษาสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	2.96 ± 0.77	มาก
6	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.89 ± 0.55	มาก
	รวม	**2.80 ± 0.76**	**มาก**

ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า มีระดับความเป็นไปได้ในภาพรวมระดับมาก (ตารางที่ 2)

1.2 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรหลังการพัฒนาระบบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (n = 55)

การประเมิน	Mean ± S.D.	*t*-test	df	*p*-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	3.02 ± 0.22	10.23	35	0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	4.12 ± 0.18			

สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

2. ด้านผู้รับบริการ

ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 17คน (ร้อยละ 56.67) เพศชาย 13 คน (ร้อยละ 43.33) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 14 คน (ร้อยละ 46.67) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 12 คน (ร้อยละ 40.00) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า

เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด

ผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 76.67) มีอายุระหว่าง 40-50 ปี 13 คน (ร้อยละ 43.33) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 12 คน (ร้อยละ 40) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร 15 คน (ร้อยละ 50)

2.1 ผลลัพธ์ของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสบายดีทั้งกายและใจในการประเมินและติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการดูแลรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 30)

อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ยก่อนรับการดูแลรักษา	ค่าเฉลี่ยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	*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*

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อการบริการของทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด (4.38 ± 0.46) (ตารางที่ 5)

2.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักต่อการบริการของทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด (4.22 ± 0.38) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อบริการที่ได้รับต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (n = 30)

ลำดับ	การบริการที่ได้รับ	Mean ± S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านร่างกาย		**3.88 ± 0.66**	**มาก**
1.	ท่านได้รับทราบข้อมูลการเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา	3.52 ± 0.70	มาก
2.	ท่านได้รับการสอน อธิบายอาการ การดูแลรักษา และ/หรือการดำเนินของโรคจากทีมผู้ดูแลรักษา	4.23 ± 0.61	มากที่สุด
ด้านจิตใจ		**4.04 ± 0.64**	**มากที่สุด**
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.	สถานที่ให้การดูแลท่านมีความเหมาะสมด้านจิตวิญญาณ	3.92 ± 0.69	มาก
ด้านจิตวิญญาณ		**4.28 ± 0.60**	**มากที่สุด**
9.	ท่านได้รับโอกาสในการทำ กิจกรรมตาม ความเชื่อและศาสนาที่ท่านถือหรือเชื่อถือ อาทิ การทำ สังฆทาน ทำบุญ ฟังธรรม และอื่น ๆ	4.42 ± 0.54	มากที่สุด
10.	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลรักษาของทีมผู้ดูแลรักษาโดยรวม	4.14 ± 0.66	มากที่สุด
	รวม	**4.38 ± 0.46**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อบริการที่ได้รับต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (n = 30)

ลำดับ	การบริการที่ได้รับ	Mean ± S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.	ท่านได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.47 ± 0.60	มาก
2.	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	4.25 ± 0.73	มากที่สุด
3.	ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนอย่างเหมาะสม เช่น อาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น	4.02 ± 0.71	มากที่สุด
4.	ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ	4.15 ± 0.62	มากที่สุด
5.	ทีมผู้ให้บริการดูแลรักษาทำ ให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจและไว้วางใจ	3.92 ± 0.81	มาก
6.	ท่านได้รับความสะดวกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.45 ± 0.83	มากที่สุด
7.	ท่านพึงพอใจที่ได้รับความสะดวกเอื้อต่อการจัดกิจกรรมตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสม ในระยะที่ผู้ป่วยใกล้ตายหรือหลังจากถึงแก่กรรม	4.28 ± 0.89	มากที่สุด
8.	ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากทีมผู้ให้บริการดูแลรักษา	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**

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ส่งเสริมให้มีการสร้างองค์ความรู้และมาตรฐานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในการบูรณาการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพจนนำไปสู่การผลักดันเข้าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[11] ทั้งนี้ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของประเทศไทย ในส่วนของระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีการให้บริการโดยแพทย์แผนไทยเป็นหลัก แม้ว่าแพทย์แผนไทยจะสามารถให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่แพทย์แผนไทยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของการให้บริการแบบผู้ป่วยในได้หากไม่ได้รับการสั่งการรักษาแบบผู้ป่วยในจากแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จึงได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยแบบผู้ป่วยนอก สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรูปแบบของผู้ป่วยในที่มีการบูรณาการด้วยการแพทย์แผนไทยของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ก็เช่นเดียวกัน ที่มุ่งเน้นไปทางแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า โดยให้ความสำคัญของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า[12-13]

ด้านกำลังคน ศักยภาพบุคลากร ข้อมูลทางวิชาการ งานวิจัย และยาสมุนไพร ในการผสมผสานของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการยอมรับอย่างมากจากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ปฏิบัติงานทีมแพทย์แผนไทย แต่ในขณะเดียวกันที่ผู้ปฏิบัติงานทีมสหวิชาชีพยังสงสัยหรือมีข้อคำถามในเรื่องของประสิทธิผลเนื่องจากยังขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุน เช่นเดียวกันกับประเทศอื่น ๆ ที่แพทย์แผนปัจจุบันและทีมสหวิชาชีพ จะมีความรู้และความเชื่อมั่นที่น้อยในเรื่องของประสิทธิผลของยาสมุนไพรหรือองค์ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิม และยังมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของยาสมุนไพร[14-17] ซึ่งมุมมองนี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการนำไปปฏิบัติและบูรณาการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมยาสมุนไพรไว้ในรายชื่อยาของโรงพยาบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร และขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ตลอดจนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาสนับสนุนการใช้แพทย์แผนไทยและสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง แม้ว่ายาสมุนไพรจะถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ มาเป็นระยะเวลานาน แต่หลักฐานการวิจัยทางคลินิกของสมุนไพรยังไม่เพียงพอ[18] อีกทั้งแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานและต้องการการศึกษาและการฝึกอบรมเพิ่มเติม การพัฒนาความสามารถของผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิผล จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมและเผยแพร่ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ด้านการเงิน งบประมาณ นโยบาย และการบริหาร มักสอดคล้องไปด้วยกัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยตอบสนองนโยบายภายใต้ความรับผิดชอบหลักของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้วยการกำหนดนโยบายสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับการดูแลสุขภาพกระแสหลักที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยที่สอดคล้องกับการรายงานนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยแห่งชาติของประเทศไทยที่ได้ระบุว่ามีการกำหนดวิธีการรักษาด้วยสมุนไพรมากขึ้น และการบูรณาการของการแพทย์แผนไทยกับยาแผนปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย

ได้พัฒนาเครื่องมือการบริหารของตนเองเพื่อบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่อาจมุ่งไปสู่ความสำเร็จได้ทุกโรงพยาบาล[19-22] หนึ่งในปัญหาหรืออุปสรรค คือ ด้านการเงินและงบประมาณที่มีการจัดสรรในการดำเนินงาน แต่ไม่อาจสามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องได้ ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ แต่ในขณะเดียวกันหากมีการจัดสรรการดำเนินงานที่ดี และวัดจากสุขภาวะของผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีความสุขสบายขึ้น รวมทั้งการที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกการรักษาชีวิตของเขา มันคุ้มค่ากับงบประมาณที่ลงทุน ซึ่งจากการศึกษาของการแพทย์แผนจีนในประเทศจีนที่มีการบูรณาการกับแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า การนำการแพทย์แผนจีนไปใช้ในโรงพยาบาลในประเทศจีนได้เพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล แม้ว่ารายได้จากกระบวนการแพทย์แผนปัจจุบันจะมีสัดส่วนที่มากกว่าการแพทย์แผนจีน แต่รายได้ของการแพทย์แผนจีนมีอัตราการเติบโตต่อปีที่เร็วกว่า[12] สิ่งนี้บ่งบอกถึงความจำเป็นของโรงพยาบาลที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในการประเมินและพัฒนาแผนการดำเนินงาน และกลยุทธ์การจัดการทางด้านการเงินและงบประมาณ สุดท้ายปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การบูรณาการที่ประสบความสำเร็จ คือ ความเป็นผู้นำ ของผู้นำองค์กรที่ต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ผลักดันงานให้เป็นที่รู้จักและสนับสนุนการดำเนินงานในทุก ๆ ด้าน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแบบแผนมีกระบวนการเนื่องจากการมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพและได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารขององค์กรเข้ามาผลักดันทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในองค์กร โดยมีการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือวิธีการปฏิบัติของแพทย์แผนไทยโดยใช้หลักการธรรมานามัยร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกับทีมแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน โดยมีผังการไหลของงาน (work flow) ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในภาพรวมในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลรักษาที่พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่ายประกอบกัน ร่วมกันให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนปรึกษาการดูแลรักษาร่วมกันจึงจะประสบความสำเร็จอย่างดี[23] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบมีความครอบคลุมในทุกด้านทั้งกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม โดยที่ไม่มุ่งเน้นเฉพาะทางกายแบบที่เคยเป็นมา ย่อมส่งผลให้อาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ พิไลยเกียรติและคณะ ที่พบว่า การให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ คือ การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและทำให้ยอมรับสภาพของตนเองได้ รวมถึงการดูแลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น จากการเจ็บป่วย หรือการดำเนินของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลรักษาและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน[24]

ข้อสรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายด้วยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรจนได้รูปแบบที่มุ่งเน้น 2 ส่วน คือ 1) ใช้หลักธรรมมานัยที่ดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย และ 2) การทำงานอย่างมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ โดยมีการวางแผน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมสมองร่วมกัน จนส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จึงอาจเกิดอคติ (bias) ของการได้มาซึ่งข้อมูล โดยที่กลุ่มที่เลือกเป็นกลุ่มที่มีความสนใจและมีการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีความพึงพอใจต่อการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรอยู่แล้ว และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่นำมาใช้กับรูปแบบเดิม จึงควรศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบทั้ง 5 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. Department of Medicine, Ministry of Public Health. National cancer control programme 2018-2022. Nontaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
2. Faculty of medicine Siriraj-hospital. The policy of caring cancer to reduce the incidence reduce disability and cancer deaths in Thailand [Internet]. 2019. [Cited 2021 August 10]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2422 (in Thai)
3. Parisutkul A, Yeela A. Pain with cancer patients and to know the cancer with HOCC-PSU centre [Internet]. 2013.[Cited 2021 October 27]; Available from: http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/annual_report/AR2556.pdf (in Thai)
4. Nilmanat K, Kongsuwan W. The phenomenon that often found in last state of life and caring. Songkla: Joyprint company; 2013. (in Thai)
5. Puangrassamee T. The development of caring cancer patients in last stage Sonklanakharin hospital. Bangkok: O.S. printing house; 2004. p. 35-40. (in Thai)
6. Chokevivat V. Policies and directions for the development of Thai traditional medicine and alternative medicine in Thailand.1st ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Press; 2003. (in Thai)
7. Ventegodt S, Kande I. Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan. Berlin: Springer International Publishing Switzerland; 2016. p.1935-41.
8. Wanchai A, Wiriyapramote P, Punjathumjarern N, Boonmee L. Health literacy of cancer patients using complementary and alternative medicine. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(1):149-57.
9. Borg WR, Gall. Educational research: An introduction. 4th ed. New York: NY Longman, Inc.; 1983.
10. World Health Organization. WHO definition of palliative care in national cancer control programs: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva; 2002.
11. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. Geneva; 2013.
12. Wang L, Suo S, Li J, Hu Y, Li P, Wang Y, Hu H. An investigation into traditional Chinese medicine hospitals in China: development trend and medical service innovation. Int J Health Policy Manag. 2017;6(1):19-25.
13. Wang BR, Choi IY, Kim KJ, Kwon YD. Use of traditional Korean medicine by patients with musculoskeletal disorders. PLoS ONE. 2013;8(5):e63209.
14. Lee SI, Khang YH, Lee MS, Kang W. Knowledge of, attitudes toward, and experience of complementary and alternative medicine in Western medicine and oriental medicine-trained physicians in Korea. Am J Public Health. 2002;92(12):1994-2000.
15. Basavareddy A, Lella M, Narayana S. Doctors' perception on integrated medicine: A survey. J Basic Clin Pharm. 2017;8(2):62-5.
16. Sewitch MJ, Cepoiu M, Rigillo N, Sproule D. A literature review of health care professional attitudes toward complementary and alternative medicine. Complement Health Pract Rev. 2008;13(3):139-54.
17. McQuade JL, Meng Z, Chen Z, Wei Q, Zhang Y, Bei W,

Palmer JL, Cohen L. Utilization of and attitudes towards traditional Chinese medicine therapies in a Chinese cancer hospital: A survey of patients and physicians. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:1-11.

18. Kummalue T. Difficulties of drug development from Thai herbal medicine. Pharm Anal Acta. 2012;S15(1):10.4172/2153-2435.S15-002.
19. Chotchoungchatchai S, Saralamp P, Jenjittikul T, Pornsiripongse S, Prathanturarug S. Medicinal plants used with Thai Traditional Medicine in modern healthcare services: A case study in Kabchoeng Hospital, Surin Province, Thailand. J Ethnopharmacol. 2012;141(1):193-205. (in Thai)
20. Fakkham S, Sirithanawutichi T, Jarupoonpol V, Homjumpa P, Bunalesnirunltr M. The integration of the applied Thai traditional medicine into hospitals of the current health delivery system: the development of an administrative/management model. J Med Assoc Thai. 2012;95(2):257-63. (in Thai)
21. Howe E, Keiwkarnka B, Khan MI. Traditional medicine and medicinal plants: Utilization, policy and research in Thailand. J Pub Health Dev. 2004;2(1):101-17. (in Thai)
22. Vadhnapijyakul A, Suttipanta N. The myth of policy on Thai traditional medicine's promotion in state hospital. The 6th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2014. Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonratchathani University, Thailand; 2014. (in Thai)
23. Sundstrom E, DeMeuse KP, Futrell D. Work teams: Applications and effectiveness. American Psychologist. 1990;45:120-33.
24. 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)