

ปัจจัยในการตัดสินใจรักษาโรคมะเร็งด้วยศาสตร์แพทย์
แผนไทย ผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ที่เข้ารับการรักษ ณ มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง
แห่งประเทศไทย จังหวัดเพชรบุรี
(Factors Influencing Decision for Thai Traditional
Medicine Treatment for Cancer, Treatment
Results and Patient Quality of Life at the Jitmetta
Mercy Foundation for Cancer Patients of Thailand
(JFCT) in Petchaburi Province)

ธรรมรัตน์ ทูยอัน*
(Thammarat Tuy-on)
พลวัตร มาگی**
(Ponlawat Maki)
อรุณพร อธิรัตน์***
(Arunporn Itharat)

* บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ (Student Master, Philosophy in Applied Thai Traditional Medi-
cine, Faculty of Medicine, Thammasat University).

** สถานแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
(Department of Applied Thai Traditional, Medicine Faculty of Medicine,
Thammasat University).

*** รองศาสตราจารย์ ดร. ศูนย์แห่งความเป็นเลิศทางวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Associate Professor Dr.,
Center of Excellence in Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of
Medicine, Thammasat University).

Received: March 31, 2020
Revised: June 25, 2020
Accepted: July 10, 2020

บทความวิจัย
-
วิชาการ

บทคัดย่อ

มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย จังหวัดเพชรบุรี เป็นสถานที่บำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งมานานกว่า 30 ปี แต่ไม่มีผู้ใดเก็บข้อมูลถึงผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิจัยปัจจัยที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา ผลของการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยมารักษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการใช้แบบสอบถาม และศึกษาวิจัยเป็นแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยมีประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สมัครใจเข้าร่วมและผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย จำนวน 408 คน การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลจากการศึกษาพบว่าประชากรเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 408 คน ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรมาก่อน มีความเชื่อมั่นและมีทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพรในทางบวกกับยาสมุนไพร วิธีการรักษา เหตุผลหลักที่ประชากรเป้าหมาย ใช้ในการตัดสินใจเข้ารับการรักษามาจากความเชื่อและความศรัทธาในตัวหมอและตัวบุคคลที่ให้การรักษา ส่วนผู้ที่มีอิทธิพลหลักในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของประชากรเป้าหมายมากที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยที่เคยเข้ามารับการรักษาจนหายแล้ว หรือมีอาการดีขึ้นจนเกือบปกติ เป็นผู้แนะนำมา รองลงมาคือ ตนเอง ครอบครัว เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของประชากรเป้าหมาย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับกลาง จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจรักษาด้วยสมุนไพร ($p < 0.05$) คือ รายได้และชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น ชนิดของมะเร็งที่เข้ารับการศึกษามากที่สุดคือ มะเร็งเต้านม

และมะเร็งตับ อัตราการรอดชีวิตมากที่สุดในระยะ 6 เดือน คือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลมากที่สุดที่ทำให้ประชากรเป้าหมายตัดสินใจรักษาด้วยแพทย์แผนไทยคือ คนในครอบครัวและคนที่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาดังนั้น หน่วยงานควรมีรูปแบบการดูแลแบบครอบครัวของประชากรเป้าหมาย ให้มีส่วนร่วมทุกระยะของโรค เนื่องจากระยะของโรคมะเร็งมีส่วนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, คุณภาพชีวิต, ยาสมุนไพร, การแพทย์แผนไทย

ABSTRACT

The Jitmetta Mercy Foundation for Cancer Patients of Thailand (JFCT), located in Petchaburi province, has offered cancer treatments using Thai traditional medicine for more than 30 years. The objective of this article is to identify factors influencing cancer patients' decision for treatment at the JFCT, treatment results and the patient's quality of life.

The research utilized quantitative and qualitative research methods, using structured questionnaires and in-depth interviews. Data was collected from 408 patients who voluntarily participated in the research project and passed its selection criteria. Descriptive statistics, chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were used to analyze data and relationship between variables.

Findings show that most patients have no prior experience with herbal medicine treatment, however, they have positive attitudes towards herbal medicine and have a strong confidence in doctors and practitioners. The most influenced persons are former patients who completely recover or get much better from the treatment; the second most influenced persons are the patient themselves and their families. The patient's quality of life in the aspects of physical and mental health, social relations and environmental quality is medium. Two personal factors affecting the patient's quality of life ($p < 0.05$) are income and cancer type. Patients with breast and liver cancers are the largest group at the JFCT while lymphoma patients achieve the highest survival rate during the six-month research. To improve the patient's quality of

life, the participation of family in every stage of treatment is recommended.

Keywords: Cancer Patients, Quality of Life, Herbal Medicine, Thai Traditional Medicine

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ เกือบทั่วโลก และพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ปีในหลายประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 13 ของคนเสียชีวิตทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคนในทุก ๆ ปีและทุก ๆ 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 1 คน (Strategy and planning division 2013: 42 - 46) ด้านองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2020 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 6 อันดับแรกของโลกคือ มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับและมะเร็งมดลูกตามลำดับ (Office of the nation Economic and social Development Council 2011 - 2020: 14 - 22) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ตั้งแต่ ค.ศ. 1999 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติ ค.ศ. 2007 - 2010 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 84.9 , 87.6 , 88.3 , 91.2 ตามลำดับ (Department of Disease control 2007 - 2018)

จากรายงานสถิติสาธารณสุข เกี่ยวกับอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง พบว่าใน ค.ศ. 2017 - 2018 มีอัตราสูงขึ้นในทุก ๆ ปี ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National cancer institute 2013: 34 - 60) ได้เปิดเผยรายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยประจำปี ค.ศ. 2017 พบว่า 10 อันดับมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของคนไทย คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก มะเร็งมดลูก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งหลอดอาหาร ซึ่งหลักในการรักษาโรคมะเร็งด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้ฮอร์โมนบำบัด ซึ่งวิธีการรักษาเหล่านี้อาจจะรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรืออาจจะรักษาร่วมกันมากกว่า 1 วิธี ส่วนการรักษาด้วยวิธีใดมากที่สุดนั้น ไม่มีหลักฐานที่บอกไว้ชัดเจน เนื่องจากให้เหตุผลว่าขึ้นอยู่กับชนิด และระยะของโรคมะเร็ง จากการศึกษารายงานของหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลศิริราชพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรกเริ่มถ้าได้รับการรักษาก็จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังมี

ชีวิตปฏิบัติการทำงานได้อย่างสมบูรณ์เหมือนบุคคลทั่ว ๆ ไปเป็นจำนวนมากหลังรับการรักษาระยะเวลา 10 - 20 ปี และต่อมาอาจจะเสียชีวิตจากสาเหตุหรือโรคอื่นที่ไม่ใช่จากโรคมะเร็ง (Saranukromthai 1985: 9) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดผลของการรักษาให้หายขาดยังอยู่ในอัตราที่น้อยมาก ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมักจะมาพบแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก็ต่อเมื่อโรครอยู่ในระยะที่ลุกลามแล้ว และปัญหาที่สำคัญอีกประการก็คือปัญหาในด้านฐานะของครอบครัวของผู้ป่วย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์ช้าและโรครอยู่ในระยะที่ลุกลามหรือยากต่อการรักษาแล้ว ทำให้การรักษาในปัจจุบันไม่ได้ผลดีและมักจะเสียชีวิตลงในที่สุด การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการรักษาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้ทำลายเซลล์ดีในร่างกายให้ตายไปด้วย จึงมีคนจำนวนมากหันมาค้นหาวิธีการบำบัดรักษาโรคมะเร็งแบบการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิด วิธีการบริโภค และรวมถึงทัศนคติต่อชีวิต จากการวิจัยของอรุณพร และคณะ พบว่ามีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการทางแพทย์แผนไทยทางภาคใต้ของไทย และยังพบงานวิจัยยารักษามะเร็งของวัดคำประมง ว่ามีผลในการต้านมะเร็งในหลอดทดลองได้ (Prajubjinda et al. 2012) ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยและผลการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาที่ มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย จังหวัดเพชรบุรี ในระยะเวลา 6 เดือน พร้อมทั้งศึกษาชนิดของมะเร็งที่มารักษา อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการศึกษาคำถามสัมพันธของปัจจัยด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกที่จะรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทยที่มูลนิธิจิตเมตตาฯ โดยการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงองค์ความรู้นี้ จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าต่อการศึกษาผลของการรักษามะเร็งด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาสมุนไพร มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และศึกษาวิจัยแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย จังหวัดเพชรบุรี จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยได้ใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ของยามาเน่ ขนาดตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด 408 ตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (Yamane 1973) และมีค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 5% การได้มาของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกจากประชากรเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหญิงและชายที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีใบตรวจยืนยันผลจากแพทย์หรือสถาบันทางการแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็ง สามารถโต้ตอบกับผู้วิจัยได้อย่างชัดเจนสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างที่ทำการศึกษาและไม่อยู่ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เกณฑ์การคัดประชากรเป้าหมายออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พร้อมในการตอบคำถาม หรือมีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบคำถามได้ หรือประชากรเป้าหมายต้องการออกจากโครงการ และไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีวิจัยหรือคำแนะนำอาจมีผลต่อการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยขั้นนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ (MTU - EC - TM - 6 - 023 / 60) ผู้ทำวิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากมูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เพื่อลงเก็บข้อมูลการวิจัยพร้อมชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สำหรับการนำเสนอข้อมูลของประชากรเป้าหมายในขั้นตอนกระบวนการวิจัยจะดำเนินการโดยใช้รหัสแทนประชากรเป้าหมายในการบันทึกข้อมูล

และจะถูกนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ยของประชากรเป้าหมายที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด โดยไม่แสดงรายละเอียดของประชากรเป้าหมายแต่ละราย และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับโดยจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัยจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ทำหนังสือขออนุญาตจากมูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เพื่อขอข้อมูลจากแบบบันทึกการรักษาของผู้ป่วยและเก็บข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งย้อนหลังเกี่ยวกับการรักษา ผลการรักษา อาการหลังการรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ผลการตรวจเลือด และผลการตรวจปัสสาวะ) ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยประชากรเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ในการรับเข้าโครงการคือยินยอมให้ข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการรักษา

- ประชากรเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการได้รับคำอธิบายถึงกระบวนการการวิจัยจากผู้วิจัยในโครงการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจแล้วเปิดโอกาสให้ประชากรเป้าหมายตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อประชากรเป้าหมายตัดสินใจเข้าร่วมโครงการจะต้องลงลายมือชื่อให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามวัดระดับคุณภาพชีวิตของ WHO (The WHOQOL 1994) จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคมะเร็งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา ชนิดและระยะของโรคมะเร็งที่เป็น การวินิจฉัยและการรักษาทางแผนปัจจุบัน ประสบการณ์ในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยหรือการใช้ยาสมุนไพร การเข้าถึงของข้อมูลข่าว (Jirapornpong et al. 2015: 622 - 623)

2. แบบสอบถามปัจจัยด้านต่าง ๆ (ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม)

แบบสอบถามปัจจัยนำทางด้านความเชื่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (Jirapornpong et al. 2015: 622 - 623) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ปัจจัยนำด้านความรู้ จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยนำด้านความเชื่อ จำนวน 15 ข้อ ปัจจัยเอื้อจำนวน 10 ข้อ และปัจจัยเสริมจำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบมาตราส่วนประมาณค่าซึ่งมี 2 คำตอบ ซึ่งข้อที่ถูกตอบใช่จะให้ 1 คะแนน ข้อที่ถูกตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน จากคะแนนที่ได้จะเอามาแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การจัด 3 ระดับ คือระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100) ระดับกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นคำถามจำนวน 10 ข้อ ที่ให้เลือกตอบข้อที่ใช่ที่สุดเพียงข้อเดียวจากตัวเลือก 3 คำตอบไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยใช้เกณฑ์การจัด 3 ระดับ ดังนี้คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100) ระดับกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยสมุนไพร

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามวัดระดับคุณภาพชีวิตของWHO จำนวน 28 ข้อ (WHOQOL group 1994, Poonthanani-watkul et al. 2015: 58 - 66) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตกับคะแนนในแต่ละด้าน

ระดับคุณภาพชีวิต	ระดับต่ำ (คะแนน)	ระดับกลาง (คะแนน)	ระดับสูง (คะแนน)
ด้านร่างกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยสร้างแบบสอบถามจากกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไขข้อความ เพื่อให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสิน คือ ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน จึงจะถือว่าเป็นมติของคณะกรรมการผู้ตรวจแบบสอบถามการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ กลุ่มผู้ที่เข้ารับการรักษารอคิวในจังหวัดใกล้เคียง แล้วนำมาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามและรอรับคืนภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จทันที ตรวจสอบข้อมูลทันที หลังจากการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลแล้ว หากผู้วิจัยพบว่าข้อมูลส่วนใดไม่เพียงพอ หรือยังมีข้อสงสัย

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเองอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้ คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวทางสังคมกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi - square) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (Burnard 1991: 461 - 466)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 408 คน ที่ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.10 ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่จะมีช่วงอายุอยู่ในช่วง 61 - 70 ปี (ร้อยละ 40.68) รองลงมาคือช่วงอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 32.84) ,ช่วงอายุ ต่ำกว่า 40 ปี (ร้อยละ 19.59) และอายุมากกว่า 70ปี (ร้อยละ 6.86) ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.53) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 20.83) ตามลำดับ ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 7,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 47.05) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.83) ประชากรเป้าหมายจะเป็นโรคมะเร็งในกลุ่มระบบย่อยอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 38.97) คือ มะเร็งตับ และลำไส้ รองลงมาเป็นกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 16.42) ระยะของโรคที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 54.65) ส่วนใหญ่ประชากรเป้าหมายผ่านการวินิจฉัยทางแผนปัจจุบันมาแล้ว 2 วิธี (เอ็กซเรย์ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ส่องกล้อง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ร่วมกัน

(ร้อยละ 63.4) ได้รับการรักษาทางแผนปัจจุบันมากกว่า 2 วิธี (ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด รับประทานยา) ร่วมกัน (ร้อยละ 57.35) ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรรักษาโรคมะเร็งมาก่อน ส่วนระยะเวลาที่ประชากรเป้าหมายเข้ารับการรักษามากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ 62.99) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร (n = 408)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ณ มูลนิธิจิตเมตตา						
ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับต่ำ	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)	Chi - Sq	p - value
เพศ	-				0.018	0.478
ชาย	-	89 (21.81)	86 (21.08)	175 (42.89)		
หญิง	-	161 (39.46)	72 (17.64)	233 (57.10)		
อายุ					0.017	0.298
< 40	-	16 (3.92)	15 (3.67)	31 (7.59)		
41 - 50	-	35 (8.57)	14 (3.43)	49 (12.00)		
51 - 60	-	59 (14.46)	75 (18.38)	134 (32.84)		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล
(เพศ อายุ อาชีพ) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือก
การรักษาด้วยสมุนไพร (n = 408) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ณ มูลนิธิจิตเมตตา						
ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับต่ำ	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)	Chi - Sq	p - value
61 - 70		104 (25.49)	62 (15.19)	166 (40.68)		
>70	-	19 (4.65)	9 (2.20)	28 (6.86)		
อาชีพ					0.026	0.048
รับราชการ	-	45 (11.02)	31 (7.59)	76 (18.63)		
เกษตรกรรม	-	93 (22.79)	52 (12.74)	145 (35.54)		
ค้าขาย	-	32 (7.84)	35 (8.57)	67 (16.42)		
รับจ้าง	-	51 (12.50)	34 (8.33)	85 (20.83)		
อื่น ๆ	-	28 (6.86)	7 (1.71)	35 (8.58)		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล
(การศึกษา รายได้) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษด้วย
สมุนไพร (n = 408)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร						
ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับต่ำ	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi - Sq	p - value
การศึกษา					2.114	0.184
ประถม	-	138 (33.82)	49 (12.00)	187 (45.83)		
มัธยม	-	19 (4.65)	9 (2.05)	28 (6.86)		
ปริญญาตรี	-	38 (9.31)	37 (9.06)	75 (18.38)		
ปริญญาโท	-	1 (0.24)	4 (0.98)	5 (1.22)		
อื่น ๆ	-	95 (23.28)	18 (4.41)	113 (27.69)		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล
(การศึกษา รายได้) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษด้วย
สมุนไพร (n = 408) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร						
ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับต่ำ	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi - Sq	p - value
รายได้เฉลี่ย					0.443	0.013*
น้อยกว่า 3,000	-	31 (7.59)	27 (6.617)	58 (14.21)		
3001 - 7,000	-	48 (11.76)	31 (7.59)	79 (19.36)		
7001 - 10,000	-	128 (31.37)	64 (15.68)	192 (47.05)		
10,001 - 20,000	-	41 (10.04)	24 (5.88)	65 (15.93)		
มากกว่า 20,000	-	8 (1.96)	6 (1.47)	14 (3.43)		

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล (ชนิด
มะเร็ง ระยะ การรักษาแผนปัจจุบัน) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจใน
การเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร (n = 408)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร						
ตัวแปรที่ ศึกษา	ระดับ ต่ำ	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi - Sq	p - value
โรคมะเร็ง					4.521	0.046*
เต้านม	-	22 (5.39)	45 (11.09)	67 (16.42)		
ปอด	-	25 (6.12)	23 (5.63)	48 (11.76)		
ระบบย่อย อาหาร	-	38 (9.31)	12 (29.65)	159 (38.97)		
ระบบสืบพันธุ์ เพศหญิง	-	42 (10.29)	22 (5.39)	64 (15.68)		
ระบบหายใจ	-	6 (10.29)	5 (1.22)	11 (2.69)		
ระบบหลอดเลือด และต่อม ไร้ท่อ	-	15 (3.67)	14 (3.43)	29 (7.10)		
กระดูก	-	1 (0.24)	1 (0.24)	2 (0.49)		
สมอง	-	2 (0.49)	1 (0.24)	3 (0.73)		
ระบบสืบพันธุ์ เพศชาย	-	11 (2.69)	7 (1.71)	18 (4.41)		
ผิวหนัง	-	1 (0.24)	0	1 (0.24)		
ต่อมทอลซิล และต่อมไร้ท่อ	-	4 (0.98)	2 (0.49)	6 (1.47)		

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางปัจจัยส่วนบุคคล (ชนิดมะเร็ง ระยะ การรักษาแผนปัจจุบัน) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร (n = 408) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยสมุนไพร						
ระยะของโรคมะเร็ง					2.136	0.462
ระยะที่ 1 และ 2	-	59 (14.46)	73 (17.89)	132 (32.35)		
ระยะที่ 3	-	24 (5.88)	29 (7.10)	53 (12.99)		
ระยะที่ 4	-	175 (42.89)	48 (11.76)	223 (54.65)		
การรักษาทางแผนปัจจุบัน					0.407	0.050
ผ่าตัด	-	51 (12.5)	47 (11.51)	98 (24.01)		
เคมีบำบัด / ฉายแสง	-	38 (9.31)	38 (9.31)	76 (18.62)		
รับประทานยาและอื่น ๆ	-	135 (33.08)	99 (24.26)	234 (57.35)		

2. ข้อมูลลักษณะของปัจจัยนำ

2.1 การวิเคราะห์ปัจจัยนำด้านความรู้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร (n = 408)

ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
			14.02	1.316
น้อย	32	7.84		
ปานกลาง	145	35.53		
ระดับมาก	231	56.61		

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.61 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.53 และมีความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 7.84

2.2 การรับรู้ประโยชน์ของยาสมุนไพร

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำแนกตามระดับการรับรู้และการนำสมุนไพรมาใช้ (n = 408)

ระดับความรู้	จำนวนคน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
			19.01	1.57
น้อย	121	29.65		
ปานกลาง	87	21.32		
ระดับมาก	200	49.01		

จากตารางที่ 6 ข้อมูลระดับการรับรู้สมุนไพรและการนำมาใช้พบว่า ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีการรับรู้และนำสมุนไพรมาใช้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.01 รองลงมา มีการรับรู้และนำมาใช้น้อย คิดเป็นร้อยละ 29.65

3. ข้อมูลปัจจัยนำด้านความเชื่อ

ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับสมุนไพรทางบวกคือ มีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีแนวโน้มที่จะปลอดภัยกว่ายาแผนปัจจุบันที่ได้รับการสั่งยามาจากแพทย์ และมีความเชื่อว่ายาสมุนไพรจำนวนหนึ่งมีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จในการรักษาบำบัดอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะยังไม่เสร็จสมบูรณ์ และยังไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิผลของยาสมุนไพรได้ก็ตาม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความเชื่อเกี่ยวกับยาสมุนไพรของประชากรเป้าหมายจําแนกเป็นรายข้อ (n = 408)

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ทานเชื่อว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความปลอดภัยมากกว่ายาแผนปัจจุบันที่ได้รับการส่งมาจากแพทย์	6	1.47	90	22.05	312	76.47
2	การรักษาด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่ได้รับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ไม่ควรที่จะนำมาใช้	289	70.83	82	20.09	37	9.06
3	ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพควรที่จะสามารถแนะนำผู้ป่วยของเขาเกี่ยวกับวิธีทั่วไปในการใช้ยาสมุนไพร	12	2.94	56	13.72	340	83.33
4	การรักษาด้วยยาสมุนไพรไม่มีผลจริงต่อการรักษาอาการสาเหตุของโรค และ / หรือการบำบัดรักษา	361	88.48	43	10.53	4	0.98
5	ถึงแม้ว่าจากยาจะยังไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิภาพของยาสมุนไพรได้ แต่ข้าพเจ้าเชื่อว่ายานี้ช่วยข้าพเจ้าได้	1	0.24	18	4.41	389	95.34
6	ยาสมุนไพรสามารถทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้	343	84.06	55	13.48	15	3.67

ตารางที่ 7 ความเชื่อเกี่ยวกับยาสมุนไพรของประชากรเป้าหมายจําแนกเป็นรายข้อ (n = 408) (ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	การรักษาทางด้านคลินิกควรที่จะมีการผสมผสานกันระหว่างการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และการใช้ยาสมุนไพร	30	7.35	62	15.19	316	77.45
8	บางครั้งยาสมุนไพรอาจจะมีผลกระทบต่อการศึกษาของยาแผนปัจจุบัน และไปลดสรรพคุณ หรือการออกฤทธิ์ของยา	180	44.11	153	37.50	75	18.38
9	มียาสมุนไพรจำนวนหนึ่งที่มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จในการรักษาอาการ และ / หรือบำบัดโรคได้	0	0.00	24	5.88	384	94.11
10	แพทย์ควรที่จะห้ามผู้ป่วยของเขาไม่ให้ใช้ยาสมุนไพร ในขณะที่ทำการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน	361	88.48	39	9.55	8	1.96

4. ข้อมูลปัจจัยเอื้อ

ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยสมุนไพรไทยคือ ความเข้าใจในกระบวนการและวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพรของแพทย์แผนไทย การให้ความร่วมมือระหว่างที่เข้ารับการรักษามะเร็งด้วยสมุนไพร (ร้อยละ 100) รองลงมาปัจจัยจากความเชื่อมั่นกับยาจากสมุนไพร ความเข้าใจและความร่วมมือของ ประชากรเป้าหมายและญาติในการรักษามะเร็งด้วยสมุนไพร (ร้อยละ 98.28) ประชากรเป้าหมายให้ความสำคัญกับราคาหรืออัตราค่าบริการในการรักษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 88.3)

5. ข้อมูลปัจจัยเสริม

ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวเห็นด้วยกับการรักษามะเร็งด้วยสมุนไพร (ร้อยละ 100) และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวญาติและพี่น้องในการรักษามะเร็งด้วยสมุนไพร (ร้อยละ 100) และปัจจัยเสริมที่พบน้อยที่สุดคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนเกี่ยวกับการรักษามะเร็งด้วยสมุนไพร (ร้อยละ 88.97)

6. ข้อมูลบุคคลที่มีอิทธิพล

เหตุผลหลักในการตัดสินใจเข้ารับการรักษามะเร็งของประชากรเป้าหมายมาจาก ผู้ป่วยที่เคยรักษาหายแล้วหรือมีอาการดีขึ้นจนเกือบปกติ และสามารถดำเนินกิจกรรม เสมือนบุคคลปกติเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลมากที่สุดใน การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจรักษาด้วยแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ ตนเอง (ร้อยละ 35.33) ครอบครัว (ร้อยละ 25.67) และญาติเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจ น้อยที่สุด (ร้อยละ 14.6) ส่วนเหตุผลหลักที่ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษามะเร็งว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อ และความศรัทธาในสถานที่ที่เข้ารับการรักษารวมถึงตัว หมอที่ทำการรักษาหรือบุคคลที่ให้การรักษามากที่สุดถึง (ร้อยละ 100) รองลงมา มี ความมั่นใจว่าการรักษานี้ไม่มีผลข้างเคียงด้านอื่น ๆ และเมื่อมารักษาแล้วอาการจะ ดีขึ้น หรือหาย (ร้อยละ 99) และสถานที่ที่ให้การรักษาทำให้เลือกหลากหลายสถานที่ เป็นเหตุผลหลักในการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษามะเร็ง

ตารางที่ 8 แสดงอัตราการอยู่รอดหรืออัตราการตายของประชากรเป้าหมายหลังรักษาได้เกินระยะ 6 เดือน (n = 408)

จำนวนประชากรเป้าหมาย	ชนิดประเภทของมะเร็ง								
	ปอด	ตับ	ลำไส้	กล่องเสียง	ต่อมลูกหมาก	ต่อมน้ำเหลือง	เต้านม	มดลูก	อื่น ๆ
จำนวนที่มารักษา	30	90	42	10	17	18	64	61	76
จำนวนที่อยู่รอดหลังการรักษา	10	15	14	4	1	8	23	20	17
ร้อยละของผู้รอดชีวิต	33.33	16.7	33.3	40	5.9	44.4	35.9	32.8	22.4

7. ข้อมูลการศึกษาคุณภาพชีวิต

พบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับกลางมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 70 และระดับคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ร้อยละ 83.65 คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 75.6 ดังแสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ตัดสินใจในการ
เข้ารับการรักษาด้วย (n = 408)

คุณภาพชีวิต	การตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย					ระดับ คะแนน เฉลี่ยเป็น ร้อยละ
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	SD	
ด้านสุขภาพ กาย	15 (3.67)	254 (62.25)	139 (34.06)	22	9.27	62.90
ด้านจิตใจ	32 (7.84)	201 (49.26)	175 (42.89)	20.7 9	7.75	69.20
ด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	27 (6.61)	214 (52.45)	167 (40.93)	9.93	4.05	66.20
ด้าน สิ่งแวดล้อม	-	65 (15.93)	343 (84.06)	33.4 6	7.18 8	83.65
คุณภาพชีวิต โดยรวม	-	146 (35.78)	262 (64.21)	98.3	21.2 6	75.6

หมายเหตุ: คะแนนเต็มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย 35 คะแนน
คะแนนเต็มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 30 คะแนน
คะแนนเต็มคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม 15 คะแนน
คะแนนเต็มคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 40 คะแนน
คะแนนเต็มคุณภาพชีวิตโดยรวม 130 คะแนน

วิจารณ์และสรุปผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยในการตัดสินใจ ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยสมุนไพร ณ มูลนิธิจิตเมตตาเพื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย จังหวัดเพชรบุรี จากการศึกษาจะพบว่ากลุ่มประชากรเป้าหมายที่ศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.10 และมีอายุอยู่ในช่วง 61 - 70 ปี (ร้อยละ 40.68) ประชากรเป้าหมายที่อายุมากที่สุดคืออายุ 85 ปี และน้อยสุด 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ภาพรวมของอัตราการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยและการเกิดโรคมะเร็งทั่วโลก คือจะพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องหนึ่งนั้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้นความเสี่ยงของโรคก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ตามหลักการแพทย์แผนไทยที่เรียกว่าความเสื่อมของร่างกาย ความเสื่อมของร่างกาย เกิดขึ้นได้ในทุก ๆ วัน แต่ก็มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาซ่อมแซม เป็นกลไกธรรมชาติ ของร่างกาย แม้กระทั่งเด็ก ๆ ก็สามารถเกิดความเสื่อมของร่างกายได้ แต่เป็นการ เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยไม่แสดงออกมาให้เห็นภายนอกอย่างชัดเจนเหมือนกับผู้ใหญ่ ที่เมื่ออายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายก็เกิดมากขึ้นตามด้วยโรคที่เกิดจากความ เสื่อมของร่างกายเช่น มะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น (Homsanit 2014) ประชากร เป้าหมายส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.53) รองลงมาประกอบ อาชีพรับจ้าง และรับราชการ ตามลำดับ จากแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ สาเหตุมาจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม เช่น การสัมผัสสารฆ่าแมลง เป็นต้น (Bureau of occupational an environmental diseases 2013: 4 - 10) และกลุ่มประชากรเป้าหมายมีรายได้ อยู่ ในช่วง 7,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 47.05) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.83) จากช่วงรายได้ของประชากรเป้าหมาย 7,000 - 10,000 บาท ใน สถานการณ์ปัจจุบันนี้ ถือว่ารายได้น้อยมาก ส่งผลให้การจ่ายเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ ตนเองและการป้องกันโรค ไม่สามารถทำให้ดีเท่าผู้มีรายได้สูงรวมทั้งจากการที่พบว่า ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาทำให้ความรู้ ความ เข้าใจในการดูแลตนเองและการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ น้อยกว่าบุคคลที่มี การศึกษาในระดับที่สูงกว่า ส่งผลให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง และเป็นโรคมะเร็งได้ง่ายกว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

สอดคล้องกับงานวิจัยของอนุรักษ์ ทราปัญญา (Trapan 2017: 93 - 101)

ผลการศึกษายังพบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การรู้หนังสือจะช่วยให้การอ่านออกเขียนได้และช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าการไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้การรับรู้ที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมมีนัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรเป้าหมายเป็นโรคมะเร็งในกลุ่มระบบย่อยอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 38.97) คือ มะเร็งตับ ลำไส้ ตามด้วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งได้เผยแพร่รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยประจำปี 2017 (National cancer institute 2017: 19 - 21) พบว่า 10 อันดับมะเร็งที่พบมากที่สุดของคนไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก มะเร็งมดลูก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งหลอดอาหาร ระยะของโรคที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 4 (ร้อยละ 54.65) ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยทางแผนปัจจุบันตั้งแต่ 2 วิธี (ร้อยละ 63.4) และได้รับการรักษาทางแผนปัจจุบันตั้งแต่ 2 วิธี (ร้อยละ 57.35) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพร รักษาโรคมะเร็งมาก่อน และไม่เคยมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรก่อนหน้านี้ที่จะเกิดความเจ็บป่วย แต่เมื่อตรวจพบโรคมะเร็งแล้วมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่แสวงหาการรักษาทางแพทย์แผนไทย และยินดีที่จะรับประทานยาสมุนไพร

ข้อมูลปัจจุบันด้านความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร การรับรู้ และรับประทานยาสมุนไพร กลุ่มประชากรเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพซึ่งประชากรเป้าหมายสามารถตอบได้ว่าจะต้องใช้สมุนไพรอย่างไรให้ปลอดภัยในประเด็นการรับรู้และการใช้ประโยชน์ของยาสมุนไพรพบว่ากลุ่มประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีการรับรู้และมีการใช้ประโยชน์ของยาสมุนไพร ซึ่งประชากรเป้าหมายสามารถถามตอบคำถามเกี่ยวกับสมุนไพรเบื้องต้นได้ เช่น สามารถตอบได้ว่าฟ้าทะลายโจรใช้รักษาหรือบรรเทาอาการหวัดได้ ใบฝรั่งสดแก้อาการท้องเสียได้ เป็นต้น

ข้อมูลปัจจัยนำด้านความเชื่อความ ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับสมุนไพรทางบวกคือ มีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีแนวโน้มที่จะปลอดภัยกว่ายาแผนปัจจุบันที่ได้รับการสั่งจากแพทย์และมีความเชื่อว่ายาสมุนไพรจำนวนหนึ่งที่มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จในการรักษาบำบัดอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ถึงแม้ว่าผลการศึกษายังไม่เสร็จสมบูรณ์และยังไม่สามารถพิสูจน์ประสิทธิผลของยาสมุนไพรได้ก็ตาม

ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเข้าใจในกระบวนการและวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพร แพทย์แผนไทย และให้ความร่วมมือระหว่างที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งด้วยสมุนไพร และประชากรเป้าหมายยังมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพยาจากสมุนไพร ความเข้าใจและความร่วมมือของประชากรเป้าหมายและญาติในการรักษาโรคมะเร็งด้วยสมุนไพรโดยไม่ได้นิ่งถึงราคาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัย (Jirapornpong et al. 2015: 622 - 623) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าใจกระบวนการรักษา มักจะให้ความร่วมมือ และเชื่อมั่นในการรักษา ดังนั้นผลการรักษาจึงได้ผลดี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตน ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตนเอง เช่นงดในเรื่องการทำงานหนักที่ทำให้เมื่อยแรงแพร่กระจาย หรือการงดรับประทานอาหารแสลงโรค เช่น ขนมะขาม ของหมักดอง ปลาไม่มีเกล็ด ลดการรับประทานโปรตีน เพราะมีความเชื่อในศาสตร์แพทย์แผนไทย เพราะโปรตีนจากสัตว์จะช่วยกระตุ้นทำให้มะเร็งเจริญเติบโตดี ส่วนของหมักดอง ขนมะขาม และปลาไม่มีเกล็ด เป็นของแสลงที่แพทย์แผนไทยเชื่อว่าจะทำให้โรคกำเริบ ทั้งนี้ เพราะปลาไม่มีเกล็ดมักจะมีพิษของสกปรกและอยู่ในที่สกปรกทำให้ผู้ป่วยได้รับสารจากตัวปลาเหล่านี้ได้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพล และเป็นเหตุผลหลักในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่จะมาจากผู้ป่วยที่เคยรู้จักแล้วเข้ามารับการรักษาจนหายแล้วหรือมีอาการดีขึ้นจนเกือบปกติและสามารถดำเนินกิจกรรมเหมือนบุคคลปกติ เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยสมุนไพร และญาติผู้ป่วยเป็นผู้สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุด และสอดคล้องกับรายงานวิจัย (Jirapornpong et al.

2015: 622 - 623) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยด้วยกันที่มารักษาจะเป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้ตัดสินใจมารักษาที่มูลนิธิแห่งนี้ เพราะเห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสามารถหายจากโรคมะเร็งได้

ประชากรเป้าหมายมีระดับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับกลาง เมื่อการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตพบว่าระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย แสดงว่าการที่ผู้ป่วยที่มีระยะของโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะเริ่มต้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ (Jirapornpong et al. 2015: 622 - 623) และ (Tantitrakul et al. 2009: 27 - 35) ที่พบว่า ระยะเริ่มต้นที่มะเร็งยังไม่กระจาย การรักษาจะได้ผลดี และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยระยะท้าย แต่ชนิดของมะเร็งและการที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อนไม่ทำให้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยสมุนไพรและแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ รายได้ (ค่า p 0.013) และประเภทของมะเร็ง (ค่า p 0.046) ซึ่งงานวิจัยสอดคล้องกับ (Jirapornpong et al. 2015: 622 - 623) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านการรักษา พบว่าเมื่อเก็บข้อมูลนานถึง 6 เดือน ผู้ป่วยที่มารับการรักษามากที่สุดคือ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ ระยะที่รอดชีวิต เป็นระยะต้น คือ 1 และ 2 เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม มะเร็งตับที่ระยะที่ 4 ก็ยังมีชีวิตอยู่ในระยะ 6 เดือน นั้น แสดงว่าการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ส่วนมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีอัตราการรอดชีวิตมากที่สุด คือร้อยละ 44.4 จากการสังเกตการรักษาพบว่า ยาสมุนไพรหลัก ประกอบด้วยฟ้าทะลายโจร และใบมะขามเป็นหลัก จากงานวิจัย ฟ้าทะลายโจรช่วยในเรื่องมะเร็งตับ (Shi et al. 2017: 228 - 236, Yang et al. 2017: 1 - 12) แก้วไข (Demirkaya et al. 2016: 325 - 31) และบำรุงตับ (Bedi et al. 2016: 6 - 21) และจากงานวิจัยยารักษามะเร็งที่วัดค่าประมง ฟ้าทะลายโจรก็ใช้ประกอบในยาขมแก้วด้วย (Poonthananiwatkul et al. 2015:

100 - 107) ส่วนใบมะขามที่มีรสเปรี้ยว แพทย์แผนไทยใช้เพื่อช่วยเรื่องการระบาย เมื่อระบายออกจะทำให้ลดไข้ และขับของเสียออกจากร่างกายได้ ส่วนตัวยาลอื่นเป็นยาช่วยในเรื่องน้ำเหลืองเสีย หรือเป็นยาเพิ่มภูมิต้านทาน และยาบำรุงร่างกายที่เป็นยาสมุนไพรจีนต่าง ๆ

จากงานวิจัยนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตัดสินใจในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยคือ ผู้ป่วยที่หายแล้ว ตนเองและครอบครัว ปัจจัยนำที่ช่วยการตัดสินใจ คือ การมีความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยและยาไทยและการที่ได้เคยมีการนำมาใช้บ้าง และความเชื่อ หรือทัศนคติที่เป็นบวก ถึงแม้จะทราบว่ายาสสมุนไพรนั้นไม่มีข้อมูลตอบรับและยืนยันในเชิงวิทยาศาสตร์ ปัจจัยเสริมที่ทำให้การรักษาเป็นไปด้วยดี คือความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เช่น ในเรื่องการทำงานหนัก และการมีผู้ป่วยที่หายแล้วมาเป็นจิตอาสาในการรักษาผู้ป่วยต่อ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระยะเวลาของโรค รายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มูลนิธิฯ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ แต่เมื่อเทียบอัตราการมีชีวิตรอดอยู่ใน 6 เดือน มะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีจำนวนดีขึ้นและรอดชีวิตมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งเป็นการศึกษาระยะสั้น จึงควรติดตามผู้ป่วยว่ายังคงมีชีวิตรอดนานที่สุดเท่าไร ซึ่งอาจต้องเก็บเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป

References

- Academic Support Group National Cancer Institute. (2009). *Khwām rūṛāngrōkmareng* [Knowledge of cancer]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Bedi, O., Bijjem, KRV., Kumar, P. & Gauttam V. (2016). Herbal Induced Hepatoprotection and Hepatotoxicity: A Critical Review. *Indian J Physiol Pharmacol*, 60(1), 6 -21.
- Bureau of occupational an environmental diseases. (2013). *Mareng čhākkānprakōp‘āchīplæsingwætlōm* [Occupational cancer and the environment]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nursing Education*, 11(1), 461 - 466.
- Demirkaya, E., Erer, B., Ozen, S. & Ben-Chetrit, E. (2016). Efficacy and safety of treatments in Familial Mediterranean fever: a systematic review. *Rheumatol Int. Mar*, 36(3), 325 - 331.
- Department of Disease control. (2007 - 2018). National Cancer Control programme. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Homsanit, M. (2014). *NCD Rōkmaitittō* [NCD Non - communicable diseases]. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital: Mahidol University.
- Itharat, A., et al. (2002). *Phūmpanyā kānchai samunphrai khōng mō phūnbān phāk tai tōn lāng khōng prathēt Thai* [This survey research was conducted to investigate folk wisdom about the use of medicinal plants by traditional doctors in the lower South of Thailand]. *Songkhla Nakarin Vejsar*, 20, 21 - 42.
- Jirapornpong, N. & Itharat, A. (2015). Patčhai thī samphan kap khun-naphāp chīwit khōng phūpūai rōk mareng thī tatsinčhai raksā dūai phēt phān Thai [Factors related to the quality of life of cancer patients who decide to treat with Thai medicine]. *Thammasat Medical Journal*, 622 - 623.
- Jiraratsatit, K. & Maki, P. (2009). *Kōranī suksā rōk mareng khōng mō phūnbān nai čhangwat phet burī (mō čhit mēttā sukkam)* [Cancer case study of folk healers in Phetchaburi Province (Doctor Jitt Metta Suk Kam)]. Pathumthani: Applied Thai Traditional Medicine, Thammasat University.

- National cancer institute. (2013). *Sathitmarengnaiprathedthai* [Cancer statistics in Thailand]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- National Cancer Prevention and Control Commission. (2013). *Phānkān pōngkan læ khūapkhum rōk mareng hēng chāt (Phō.Sō. sōngphanhārōihāsiphok - sōngphanhārōihoksip)* [Protection plan and National Cancer Control (2013 - 2017)]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- National cancer institute. (2017). *Rāingān pračham pī Phō.Sō. sōngphanhārōihoksip* [Annual Report 2017]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Office of the nation Economic and social Development Council. (2011 - 2020). *Phān yutthasāt sukkhaphāp dī withī chīwit Thai Phō.Sō. sōngphanhārōihāsipsī sōngphanhārōihoksipsām* [Strategic plan for good health, Thai way of life 2011 - 2020]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Poonthananiwatkul, B., Howard, R.L., Williamson, E.M. & Lim, R.H. (2015). Cancer patients taking herbal medicines: A review of clinical purposes associated factors and perceptions of benefit or harm. *Journal of Ethnopharmacology*, 175(1), 58 - 66.
- Poonthananiwatkul, B., Lim, R.H., Howard, R.L. & Williamson, E.M. (2015). Traditional medicine use by cancer patients in Thailand. *Journal of Ethnopharmacology*, 168(1), 100 - 107.
- Prajobjinda, O. (2012). *Kānsuksā khwāmpenpaidai nai raksā rōk mareng pōt khōng tamrap yā Thai khōngō rōkyasān wat kham pramong nai lōt thotlōng* [The feasibility study on the treatment of lung cancer Thailand's drug of wat kampramong in vitro]. Pathumthani: Applied Thai Traditional Medicine, Thammasat university.
- Saranukromthai. (1985). *Rōk mareng lem thī kao* [Cancer Vol. 9]. Bangkok: Thai Junior Encyclopedia Foundation by His Majesty King.
- Shi, L., Zhang, G., Zheng, Z., Lu, B. & Ji, L. (2017). *Andrographolide reduced VEGFA expression in hepatoma cancer cells by inactivating HIF-9 α: The involvement of JNK and MTA1/HDCA*. Chem Biol Interact.
- Strategy and planning division. (2013). *Sarup sathiti thī samkhan* [Key statistics summary]. Bangkok: Ministry of Public Health.

- Strategy and planning division. (2018). *Sathitsāthāranasuk* [Public health statistics]. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Tantitrakul, W. & Tanasin, S. (2009). Paṭchai thī mī khwāmsamphan kap khwām phāsuk thāng čhit winyān khōng phūpūai mareng raya sutthāi [Factors related to spiritual well - being of terminal cancer patients]. *Journal of Bureau of Alternative Medicine*, 2, 27 - 35.
- Thai Medical Promotion Rehabilitation Foundation. (2005). *Tamrā phēsatkamthai* [Thai Pharmacy Textbook]. Bangkok: Pikhane Printing Center.
- Trapan, A. (2017). Kānsuksā khunnaphāp chīwit phūpūai mareng ‘amphōe chāng kham čhangwat Phayao [Quality of Life of Cancer Patients in Chiang Kham District, Phayao Province]. *Chiang Rai Vejsarn*, 1, 93 - 101.
- WHOQOL group. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In Orley, J. & Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*. New York: Springer - verlag. Cited in Kumarnjan, W. (2002). *Quality of life among the elderly in the upper Southern Region* (Master's Thesis, Major in Gerontology Nursing, Graduate School, Mahidol University).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row Publication.
- Yang, W. et al. (2017). In vivo inhibitory activity of andrographolide derivative ADN - 9 against liver cancer and its mechanisms involved in inhibition of tumor angiogenesis. *Toxicol Appl Pharmacol*, 327(15), 1 - 12.