

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างมีส่วนร่วมของวิชาชีพ-แพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ปรีชา หนูทิม ภม.*

ณัฐริญา คำผล ภด.**

วารณี บุญช่วยเหลือ ปร.ด.**

* โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

** ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วันรับ: 7 พ.ค. 2561

วันแก้ไข: 3 ก.ค. 2561

วันตอบรับ: 31 ก.ค. 2561

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายจำนวน 33 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน คือกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันในการดูแลรักษาผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน ประกอบด้วย (1) การสร้างทีมแกนนำเริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบสมัครใจ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน (2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ (3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินการร่วมกันอย่างมีทิศทางและ (4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่มวิชาชีพ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ พบว่า (1) เกิดการรวมกลุ่มของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน (2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือโรค และ (3) วิชาชีพแพทย์แผนไทย ทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันและเจ้าหน้าที่บุคลากรของโรงพยาบาล สามารถจัดกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยมีผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย, กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, การมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน

บทนำ

มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹⁾ ซึ่งในระยะนี้เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁾ ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2545-2552 มะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย⁽³⁾ และข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2553 มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยเช่นกัน⁽⁴⁾ โดยเฉพาะมะเร็ง-ตับมีอัตราการเกิดมากในอันดับที่ 5 ของมะเร็งทุกชนิด⁽⁵⁾ มีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นในทุกปีและมีอัตราการตายมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทุกชนิด⁽⁶⁾ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น⁽⁷⁾ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยถูกจัดลำดับความสำคัญอยู่ในลำดับท้าย ทำให้ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงและครอบคลุม^(8,9) การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในสถานพยาบาล⁽¹⁰⁾ และระบบบริการไม่สามารถรองรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้อยู่ในโรงพยาบาลได้เพราะมีเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย⁽¹¹⁾

ปัจจุบันมีการบูรณาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽¹²⁾ จากการประเมินผลการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและการนวดไทย ได้ช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ผลดี⁽¹³⁾ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในสถาน

บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้น⁽¹⁴⁾ ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายมีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติ⁽¹⁵⁾ แต่พบว่าการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทยยังไม่มีความชัดเจน แพทย์แผนไทยที่ให้บริการยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพยังมีน้อย⁽¹⁶⁾ ด้วยจำนวนบุคลากรวิชาชีพแพทย์แผนไทยยังมีจำนวนน้อย ทำให้การบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมและทั่วถึง และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันยังมีน้อย ด้วยองค์ความรู้ที่แตกต่างกันระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและมีปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือผู้ป่วยได้รับบริการดูแลรักษาที่ขาดมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันผ่านกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานและพัฒนาบุคลากรวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันให้มีความรู้และเข้าใจต่อการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study design) ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มผู้ริเริ่มดำเนินโครงการและเลือกแบบบังเอิญคือผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ที่ใช้ประโยชน์และไม่ได้ใช้ประโยชน์ รวม 33 คน ประกอบด้วย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 20 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการแพทย์ เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นัก-

เทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 13 คน ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายจำนวน 6 คน ผู้ดูแลหลักจำนวน 4 คน และผู้มารับบริการโรคทั่วไป จำนวน 3 คน

ประเด็นการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติผ่านคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ สธ 0503.13/424 ลงวันที่ 11 กันยายน 2560 รหัสโครงการ 06-2560 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยการบอกกล่าวผู้เข้าร่วมวิจัยเคารพการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี โดยการจดบันทึก การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การบันทึกเทปและการถ่ายรูป ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจำนวน 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้

1) ศึกษาริบทของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานและพื้นที่ใกล้เคียงที่เกี่ยวข้องรอบโรงพยาบาล โดยสำรวจแบบเร่งด่วน

2) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานรวมทั้งสังเกตการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 5 ครั้ง

3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยใช้แนวคำถามดังนี้ นโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร กลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันผู้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร ใช้เทคนิคใดบ้างในการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย

4) สัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างวิชาชีพแพทย์แผน

ไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน

5) สันทนากลุ่มในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 6 คน ในประเด็นคำถามดังนี้ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดขึ้นได้อย่างไร เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร สิ่งใดคือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตัดสินใจมาดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยหรือไม่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์สรุปประเด็น (thematically analysis) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาเทียบความถูกต้องน่าเชื่อถือซึ่งกันและกัน ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบความคิดกับผู้ให้ข้อมูลผ่านขบวนการกลุ่ม

ผลการศึกษา

1) บริบทของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานและหน่วยงานใกล้เคียงที่เกี่ยวข้อง

1.1) บริเวณพื้นที่ใกล้เคียงที่ตั้งของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานตั้งอยู่ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร จำนวนประชากรในเขตพื้นที่แขวงคลองมหานาค 3,245 คน เป็นชาย 1,634 คน หญิง 1,611 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 527 หลังคาเรือน มีจำนวน 5 ชุมชน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย จะใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะใช้บริการที่โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลหัวเฉียว เป็นต้น ประชากรส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2) บริบทโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการ

แพทย์ผสมผสาน สังกัดกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 กลุ่มงาน และ 1 ฝ่าย คือกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงาน-ผู้ป่วยใน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานผดุงครรภ์และเวชสำอาง กลุ่มงานเทคนิคบริการ กลุ่มงานวิชาการและวิจัย กลุ่มงานการแพทย์ผสมผสาน และฝ่ายบริหารงานทั่วไป มีบุคลากรจำนวน 163 คน

2) กระบวนการหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามแนวคิด 4 กระบวนการหลักของการทำงานในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

2.1) กระบวนการหาและใช้ต้นทุนทางสังคมขององค์การในการสร้างการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันในการดูแลรักษาผู้ป่วย เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะทำโครงการ โดยศึกษาบริบทพื้นที่ใกล้เคียงที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลประชากร พื้นที่ชุมชน สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน และมองหาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน และศึกษาบริบทพื้นที่โรงพยาบาล ข้อมูลโครงสร้างองค์การ บทบาทหน้าที่ ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ พร้อมทั้งศึกษาแผนงานของโรงพยาบาล มองหาทุนและงบประมาณที่จะเข้ามาดำเนินโครงการประกอบด้วยทุกคน ทุนเงินและทุนทางสิ่งแวดล้อม ทุนคนจะเป็นฟันเฟืองสำคัญในการดำเนินโครงการ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล งานรับ-ส่งต่อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานกับโรงพยาบาลกลางและโรงพยาบาลหัวเฉียว ในกรณีที่ได้รับ-ส่งต่อผู้ป่วยและกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นผู้รับผิดชอบประสานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) มีการสร้างสัมพันธภาพโดยอาศัยการลงชุมชน เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ ออส. ในส่วนของการดำเนินงานในโรงพยาบาล วิชาชีพแพทย์แผนไทยที่เป็นแกนนำประสานงานกับวิชาชีพแพทย์แผนไทยด้วย

กันเองและประสานกันทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน พร้อมทั้งเปิดกว้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนให้กับทีมงานทุกคน แพทย์แผนไทยผู้ให้บริการมองว่าสิ่งที่ต้องทำเป็นอันดับแรกคือต้องศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ ความพร้อมของบุคลากรและงบประมาณ หัวหน้างานและผู้อำนวยการต้องเห็นชอบกับโครงการและที่สำคัญแพทย์แผนไทยเองต้องทำงานเชิงรุก ส่วนในมุมมองของเภสัชกรผู้ร่วมดำเนินโครงการ เมื่อเป็นนโยบายของผู้บริหารและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ยินดีให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ แพทย์แผนไทยบางท่านมองว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นหน้าที่วิชาชีพแพทย์แผนไทย พยาบาลบางท่านก็มองว่าด้วยวิชาชีพ การพยาบาลแล้วการกระทำใด ถ้าทำแล้วผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นก็ยินดีให้ความร่วมมือ เพียงแต่การทำอะไรกับผู้ป่วยควรมีแนวทางที่ชัดเจน ในส่วนของทุนงบประมาณการดำเนินงานช่วงแรกได้รับงบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล และจากเงิน-บริจาค สำหรับทุนสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ รายละเอียดของการใช้ทุนขององค์การมีดังนี้

2.1.1) เภสัชกรเป็นผู้ริเริ่มโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณและเป็นผู้ประสานงานการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่นจัดทำแนวทางการดูแลรักษา พร้อมทั้งจัดกิจกรรม เชิญวิทยากรแต่ละวิชาชีพมาบรรยายความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพ ประชุมเชิงปฏิบัติการ และระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน

2.1.2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณ และสถานที่ โดยมองว่า โครงการจะนำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับเป็นต้นแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้นั้น เกิดจากความเห็นชอบของแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะตัวของวิชาชีพแพทย์แผนไทยเอง รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการของโรงพยาบาล

2.1.3) คณะกรรมการทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย

แพทย์ แพทย์แผนไทยและพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้พิจารณาตามเกณฑ์และแนวทางที่กำหนดเพื่อตัดสินใจรับผู้ป่วยเข้าดูแลรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นแพทย์แผนไทยเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานและส่งต่อข้อมูลเพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพ

2.2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของทีมสหวิชาชีพและการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยดำเนินการภายใต้หลักการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย มุ่งพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เน้นกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลมีส่วนร่วม ทุกกระบวนการดำเนินการกิจกรรม

2.2.1) ลงมือทำด้วยตนเอง โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง วิชาชีพแพทย์แผนไทยเป็นทีมหลักในการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการดูแลรักษา มีการจัดประชุมทีมงานทุกเดือนการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาและการจัดกิจกรรมบำบัดในแต่ละวัน จะมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษา และดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทางส่งผลให้รูปแบบแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความชัดเจน เป็นรูปธรรม

2.2.2) ใช้การเสริมพลังอำนาจ ผสมผสานการปรับทัศนคติ วิธีคิด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ผ่านทางกิจกรรมศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงาน เชิญวิทยากรมาบรรยายแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จัดกลุ่มสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข ในการดำเนินงาน

2.2.3) การปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลรักษา จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและมั่นใจในการดูแลรักษา

2.2.4) การใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวและประสบการณ์

ในการทำงานด้านการแพทย์แผนไทย ทำให้สามารถพูดคุยได้ง่ายขึ้น แสดงให้เห็นความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีทางเลือกในการดูแลรักษา โดยเน้นการจัดทำแนวทางการดูแลรักษา 3 ประการ คือ (1) ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น (2) ความต้องการการดูแลรักษาตามอาการที่เจ็บป่วย เช่น การตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การนวดและการประคบ เป็นต้น และ (3) ความต้องการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ การพบปะพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น การดูแลรักษาด้วยวิธีปรับรูปแบบและแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ปัจจุบันโครงการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์แผนไทยผู้ให้บริการมองว่าเป็นเรื่องที่ดี เป็นต้นแบบให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่ใช้การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาโรค

2.3) กระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลง บทบาทหน้าที่ ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มวิชาชีพ และการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการกำหนดข้อตกลง และบทบาทหน้าที่ สัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อหาข้อสรุปแบบฉันทามติ และพยายามผลักดันโครงการเข้าสู่แผนงานประจำของโรงพยาบาล ที่มียุทธศาสตร์การพัฒนาและแนวทางการพัฒนาในช่วง 3 ปี (2561-2563) ที่สอดคล้องกันแผนพัฒนาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เกิดขบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการประกอบด้วย

2.3.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกฝ่าย ให้ความร่วมมือในการทำงาน การทำงานไปในทางเดียวกัน สนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย งานจึงจะสำเร็จ

2.3.2) ระบบงานต้องเอื้อต่อการทำงานไม่ว่าจะเป็นด้านภาระงาน จำนวนบุคลากรตามสายงานวิชาชีพและกำลังคนฝ่ายสนับสนุนต้องมีความเหมาะสม ตลอดจนการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพและสายงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง การพูดคุยและการทำความเข้าใจระหว่างทีมสหวิชาชีพ

2.3.3) ความต้องการต้องเกิดจากความต้องการของทีมวิชาชีพผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความยั่งยืน และการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่ต้องการเน้นที่สามารถปฏิบัติการได้จริง มีประสิทธิผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

3) ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม

3.1) การดำเนินโครงการได้ดำเนินงานประมาณ 6 เดือน ส่งผลให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ และการบริหารจัดการร่วมกันระหว่างวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน

3.2) ระบบงานบริการทางการแพทย์ มีการเปลี่ยนแปลงจากให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในและงานติดตามเยี่ยมบ้าน

3.3) วิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันสามารถจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น

วิจารณ์

ทีมสหวิชาชีพที่เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างวิชาชีพ อาศัยการปรับแนวทางการทำงานร่วมกันให้เหมาะสม ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้ พบ 2 ประเด็น หลักในการอภิปรายผลการศึกษาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. วิธีการสร้างและผลลัพธ์ที่เกิดจากการสร้างการมี

ส่วนร่วม พบว่าใช้วิธีผ่านกระบวนการหาและใช้ทุนขององค์กรทั้งทุนภายในและภายนอกองค์กร การศึกษาปัญหาความต้องการขององค์กร ออกแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย และกระบวนการพัฒนา ข้อตกลง โดยการเปิดโอกาส ให้ทุกคนในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จากการศึกษาของซาเจย์นที่ ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิได้แก่ (1) การเข้าใจ และเคารพบทบาทของสมาชิกทีม (2) การตระหนักถึงสิ่งที่ต้องการในการทำงานเป็นทีม (3) การเข้าใจการดูแลในระดับปฐมภูมิ (4) การทำงานร่วมกัน โดยรู้ว่าทำอะไรอย่างไรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และ (5) การติดต่อสื่อสารและนอกจากปัจจัยทั้ง 5 ด้านดังกล่าวแล้ว ปัจจัยด้านองค์ประกอบและคุณลักษณะของทีม ได้แก่ สมาชิกในทีมมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและสมรรถนะในการปฏิบัติงานทำให้เกิดประสิทธิผลในการทำงาน⁽¹⁸⁾ การออกแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย เน้นรูปแบบการดูแลรักษา ที่ตอบสนองต่อการทำงานของวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีความต้องการร่วมกัน มุ่งพัฒนาศักยภาพการช่วยตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และให้เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในทุกขบวนการ การสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นทีม สอดคล้อง กับฉลาด จันทรสมบัติ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจการแก้ไขปัญหา และการประเมินร่วมกัน⁽¹⁹⁾ และการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sundstrom E และคณะ ที่ได้กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการทำงานเป็นทีม ได้แก่ (1) วัฒนธรรมองค์กร (2) การออกแบบเทคโนโลยีที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (3) พันธกิจที่ชัดเจน (4) ความมีเอกสิทธิ์ (5) ระบบการให้รางวัล (6) ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (7) บรรยากาศการฝึกอบรม และ (8) สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดล้วนแต่มีผลต่อประสิทธิผลการทำงานเป็นทีม⁽²⁰⁾ เพื่อขับเคลื่อนให้รูปแบบการดูแลรักษา ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำร่วม

กันของบุคคลในการบวนการพัฒนามี 2 ลักษณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วม และมีความสามัคคีจนทำให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด การพัฒนาจะก่อให้เกิดความสำเร็จและยั่งยืน ต้องให้ผู้รับบริการคือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Vincent II JW ที่อธิบายถึงการพัฒนาองค์การต้องมีกระบวนการหลักของการปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญมีความตั้งใจจริง⁽²¹⁾ ที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยเช่นเดียวกับที่โรงพยาบาล ที่ผู้อำนวยการเห็นความสำคัญจึงให้การส่งเสริมและสนับสนุนเข้าร่วมให้บริการดูแลรักษา และการอำนวยความสะดวกในการจัดบริการดูแลรักษา และกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลรักษา ระบบการให้บริการดูแลรักษามีการให้บริการเพิ่มขึ้นจากการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มบริการในแผนกผู้ป่วยใน ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถเปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยในได้ วิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบันมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานและสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย

2. โครงการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทยโดยความร่วมมือของวิชาชีพแพทย์แผนไทยและทีมสหวิชาชีพแผนปัจจุบัน เน้นที่กระบวนการศึกษาในส่วนของโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์กลาง ประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลร่วมกับการประเมินปัญหา ความต้องการของทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อ

ให้เกิดความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จนเกิดเป็นข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการทำงาน ทั้งนี้มีประเด็นสำคัญในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยการแพทย์แผนไทย คือ การค้นหาความต้องการของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประเมินผลการให้บริการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลและการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการความต่อเนื่องยั่งยืน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนของ 2 ภาคส่วน คือ (1) ผู้ให้บริการ และ (2) ผู้มารับบริการ นอกจากการมุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการผลักดันเข้าสู่แผนพัฒนาโรงพยาบาลแล้ว ต้องมีการหาและใช้ทุนทั้งภายในและภายนอกองค์กร อย่างเหมาะสม รวมถึงกระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลง นโยบายใน ระดับโรงพยาบาล ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ รวมถึงการใช้นันทามติในการหาข้อสรุป

2. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ มุ่งเน้นการพัฒนาต่อยอดการทำงานให้ทีมสหวิชาชีพ มีศักยภาพในการดำเนินงาน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาและช่วยตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาและความเจ็บป่วยของตนเอง ที่สอดคล้องกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพและวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย สร้างการมีส่วนร่วมต่อยอดกิจกรรม ต้องมีการวางแผน ดำเนินงาน ติดตามประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือจาก นพ. วัฒนะ พันธุ์ม่วง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ที่ได้ให้ความกรุณาให้ข้อมูล คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างดียิ่ง จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จ รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Turk DC, Feldman CS. Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. Hosp J 1992;8:1-23.
2. วิจิตมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
3. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อัตราการตายต่อประชากร (100,000 คน) จำแนกตามสาเหตุ 2545-2552 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?showdetail=T&artid=1784>
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553: Public health Statistic 2010. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553
5. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555 (Hospital-based cancer registry annual report 2012). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ตะวัน; 2557.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558 (annual report 2015). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
7. สถาพร ลีลานันทกิจ. คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
8. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [รายงานการ

- ศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
9. ทศนีย์ ทองประทีป. เสี่ยงสะท้อนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์ 2547;11:36-46.
10. วิรัช วุฒิภูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, สิริพันธ์ ศาสตราวุธรักษ์. Palliative care วิถีแห่งการคลายทุกข์. ใน: เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ บรรณาธิการ. Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิถีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2542.
11. อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative Home care in Cancer Patients); 2549.
12. ประพจน์ เกตุราภาค, จิราภรณ์ ลิ้มปานานนท์, รัชณี จันทร์เกษ และคณะ. รายงานสถานการณ์แพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: มนัสฟิล์ม; 2550.
13. ปาริณกุล ตั้งสุฤทัย. สถานการณ์การมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี พ.ศ. 2549. นนทบุรี: สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2551.
14. อัจฉรา เชียงทอง, ภาณิศา รักความสุข, สุพิณญา เกิดไธ. ผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
15. อัจฉรา เชียงทอง, ฌรัฐพล สวีชรังกุล, สุพิณญา เกิดไธ. แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ดำเนินการแพทย์แผนไทยสำหรับโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยนาร่อง. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2559.
16. กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานการตรวจนิเทศและขับเคลื่อนงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2560.
17. เบญญา คำแสน. การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [สารนิพนธ์คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
18. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact not enough" to build a team. J Contin Educ Health Prof 2008;28:228-34.
19. ฉลาด จันทรมบัติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ

- ศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น. วารสารการบริหารและพัฒนา 2554;3:165-82.
20. Sundstrom E, DeMeuse KP, Futrell D. Work teams: applications and effectiveness. *American Psychologist* 1990;45:120-33.
21. Vincent II JW. Community development practice. In: Phillips R, Pittman RH, editors. *An introduction to community development*. New York: Routledge Publisher; 2009. p. 58-73.

Abstract: Thai Traditional Medicine Practitioner and Disciplinary Team Participation in the Process of Palliative Care for End Stage Liver Cancer at Thai Traditional and Integrated Medical Hospital

Preecha Nootim, M.Pharm.*; Nattiya Kapol, Ph.D.; Waranee Bunchuailua, Ph.D.****

** Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Nonthaburi Province; ** Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Nakhon Pathom Province, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28:906-14.

The purpose of this qualitative research was to explore the process of Thai traditional medicine practitioner and disciplinary team participation in palliative care for patients with end stage liver cancer. Data were collected using in-depth interviews, observations, group discussions; and were analyzed by content analysis. The results indicated two important components of Thai traditional medicine practitioner and disciplinary team participation process for end stage liver cancer patients: (1) a process to develop organized participation in of end stage liver cancer patients, and (2) outcomes resulting from such process. The development of organized participation consisted of four steps: (1) building a team of hospital leaders; (2) identifying problems and needs; (3) designing of end stage liver cancer patients activities based on the concept of care capacity building through participation in hospital forum, sharing and learning, setting mutual goals, planning and working together towards those goals; and (4) developing mutual agreements on the care of end stage liver cancer patient which is contextual appropriate. This process began with open communication channels to promote acknowledgement and participation in various activities both at individual and group. This continued until the project on care of end stage liver cancer was included into the hospital development plan. The outcomes of the disciplinary team participation development process included (1) patients with end stage liver cancer got together in the hospital and form a group, which strengthened the project because of the collaborative administration among themselves; (2) passive health care services have changed to being active and focus on quality of life rather than medical treatment; and (3) Thai traditional medicine practitioner and disciplinary staffs can perform health care activities for end stage liver cancer patients through the implementation of the project, and consequently, they increasingly gained access to the services.

Keywords: Thai traditional medicine, end stage of liver cancer patients, multidisciplinary participation