

Integrative Health care and Medicine

รศ. นพ. จันทรชัย เจริญประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ รพ. ราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2562-66

หัวข้อเสวนา Integrative Health care and Medicine

1. กรอบแนวคิด หลักการ นิยาม ของระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrative Health care and Medicine) ของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
2. ในฐานะนักวิชาการมีมุมมองในเรื่อง ระบบและโครงสร้างของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพ แบบบูรณาการ (IH & M) ของประเทศไทยอย่างไร
3. ความท้าทายที่มีอยู่และโอกาสในการขับเคลื่อนรวมถึงข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (IH & M) ในเชิงระบบของประเทศไทย

1. แนวคิด หลักการ

สุขภาพคือทั้งหมด (Health is the whole)
ทั้งหมดเพื่อสุขภาพ (All For Health)

HiAPP – health in all public policies

One health – no one left behind

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
(ตุลาคม 2559 ถึง พ.ศ. 2579)



เป้าหมาย



ระบบสุขภาพยั่งยืน

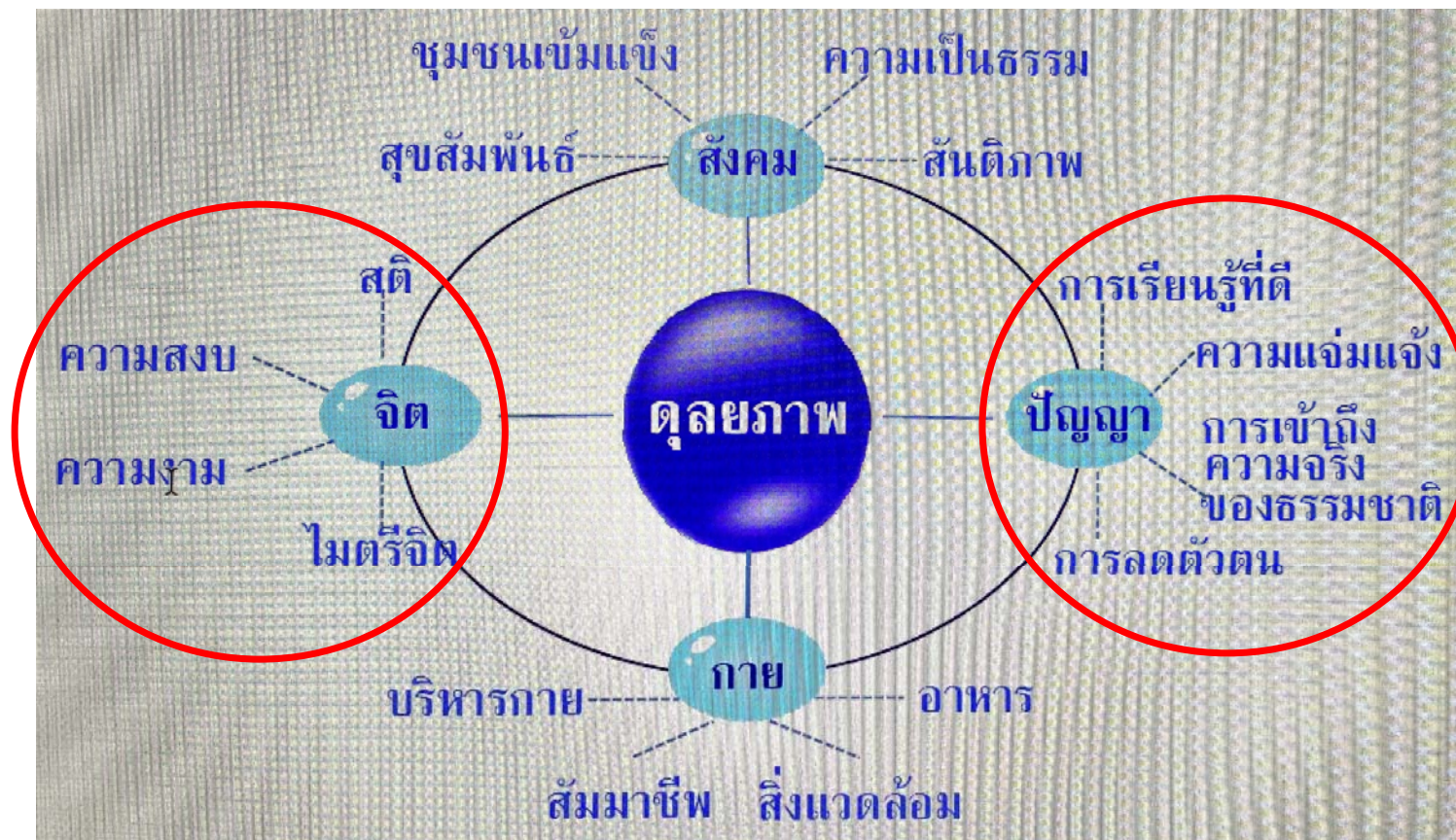


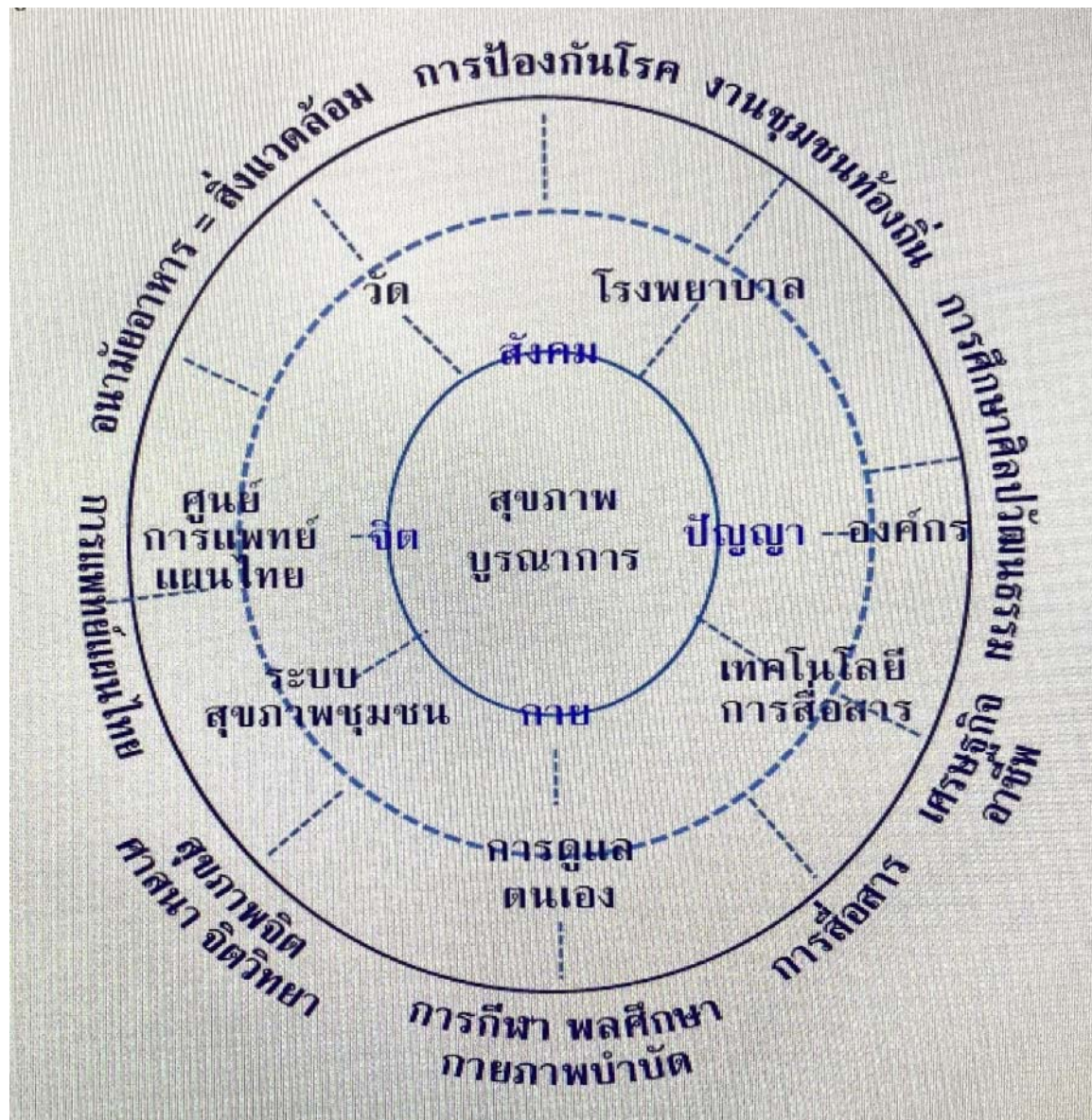
Road map แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (4 Phase)



สุขภาพบูรณาการ — สุขภาพองค์รวม

สู่ประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม



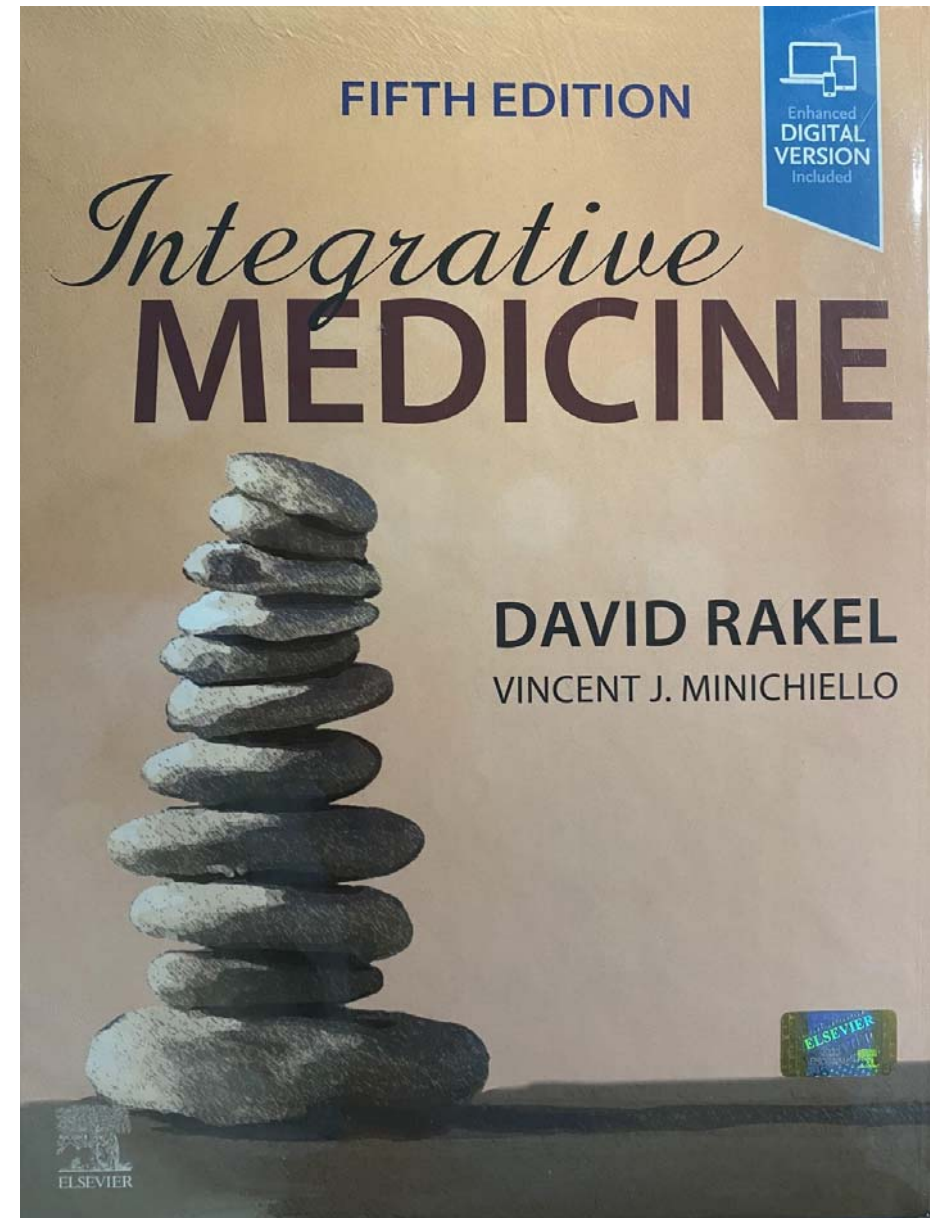


สุขภาพบูรณาการ —
สุขภาพองค์รวม สู่ประโยชน์
สุขแห่งมหาชนชาวสยาม

ศ นพ ประเวศ วะสี
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

Caring for
communities

Integrative
Medicine
for the
Underserved



We therefore make the following key recommendations:

Health

We recommend that:

1. MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) should be commissioned in the NHS in line with NICE guidelines so that it is available to the 580,000 adults⁸ each year who will be at risk of recurrent depression. As a first step, MBCT should be available to 15%⁹ of this group by 2020, a total of 87,000 each year. This should be conditional on standard outcome monitoring of the progress of those receiving help.
2. Funding should be made available through the Improving Access to Psychological Therapies training programme (IAPT) to train 100 MBCT teachers a year for the next five years to supply a total of 1,200¹⁰ MBCT teachers in the NHS by 2020 in order to fulfil recommendation one.
3. Those living with both a long-term physical health condition and a history of recurrent depression should be given access to MBCT, especially those people who do not want to take antidepressant medication. This will require assessment of mental health needs within physical health care services, and appropriate referral pathways being in place.
4. NICE should review the evidence for Mindfulness-Based Interventions (MBIs) in the treatment of irritable bowel syndrome, cancer and chronic pain when revising their treatment guidelines.

Education

We recommend that:

1. The Department for Education (DfE) should designate, as a first step, three teaching schools¹¹ to pioneer mindfulness teaching, co-ordinate and develop innovation, test models of replicability and scalability and disseminate best practice.
2. Given the DfE's interest in character and resilience (Character Education Grant programme), we propose a comparable Challenge Fund of £1 million a year to which schools can bid for the costs of training teachers in mindfulness.

Workplace

We recommend that:

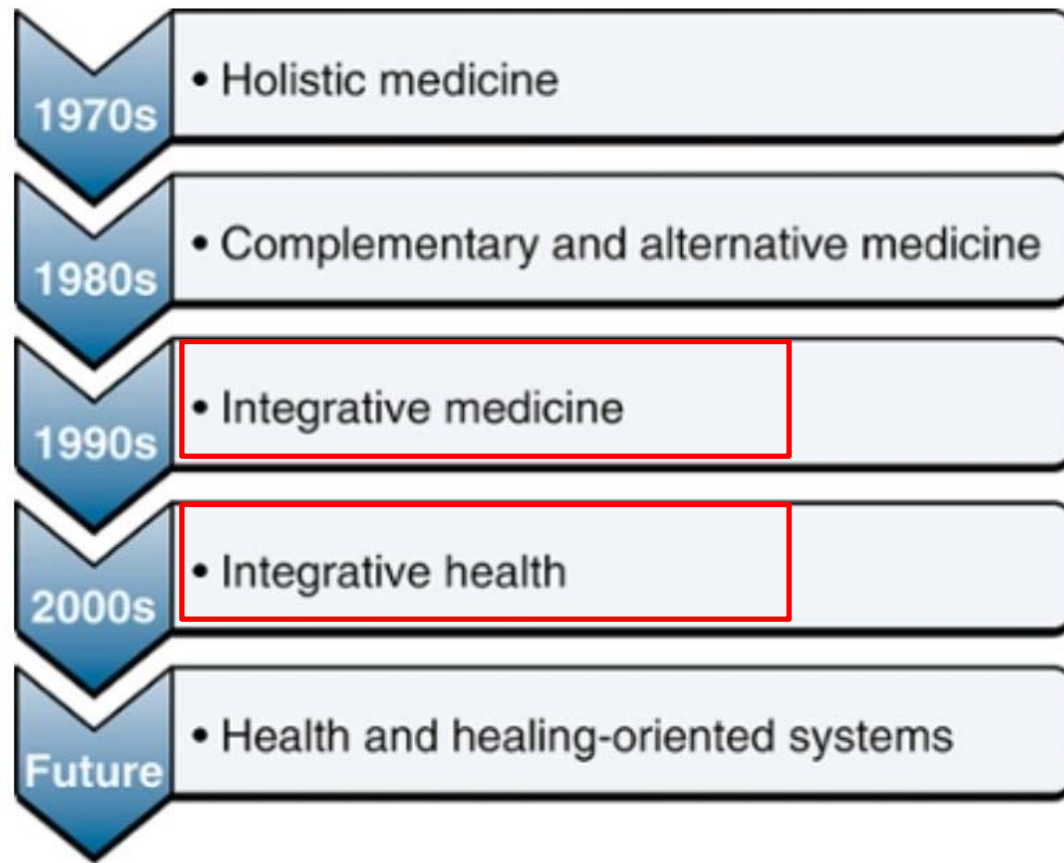
1. The Department for Business, Innovation and Skills (BIS) should demonstrate leadership in working with employers to promote the use of mindfulness and develop an understanding of good practice.
2. We welcome the government's What Works Centre for Wellbeing, and urge it to commission, as a priority, pilot research studies on the role of mindfulness in the workplace, and to work with employers and university research centres to collaborate on high-quality studies to close the research gap.
3. Government departments should encourage the development of mindfulness programmes for staff in the public sector – in particular in health, education and criminal justice – to combat stress and improve organisational effectiveness. One initiative could be seed-funding for a pilot project in policing where we have encountered considerable interest.
4. The National Institute of Health Research should invite bids to research the use of mindfulness as an occupational health intervention and its effectiveness in addressing occupational mental health issues such as stress, work-related rumination, fatigue and disrupted sleep.

Criminal Justice System

We recommend that:

1. The NHS and the National Offender Management Service (NOMS) should work together to ensure the urgent implementation of NICE's recommended Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for recurrent depression within offender populations.
2. The Ministry of Justice (MOJ) and NOMS should fund a definitive randomised controlled trial of Mindfulness-Based Interventions (MBIs) amongst the UK's offender populations.

04
05
09
13
19
29
39
53
61
69
71
81
82



การแพทย์องค์รวม

การแพทย์ทางเลือก-ร่วมรักษา

เวชศาสตร์บูรณาการ

สุขภาพบูรณาการ (พอเพียง)

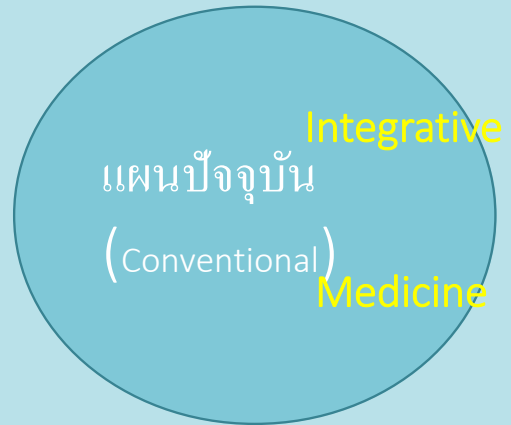
ระบบสุขภาพและการเยียวยา

Evolution of titles in the field.

นิยาม

“ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประชาชน (ประชาสังคม) มีส่วนร่วม โดย**การเข้าถึงบุคคลอย่างเป็นองค์รวม** ด้วย**หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี** เป็นอันตรายน้อยที่สุด **อาศัยศาสตร์ทุกแขนง** เพื่อการป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู รักษาและการปรับวิถีชีวิตที่เหมาะสม (กับชุมชน) จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง**แบบบูรณาการสหวิชาชีพ**⁺ เพื่อให้ได้สุขภาพ และการเยียวยาที่เพียงพอ นำมาสู่สภาวะที่พอเพียงและยั่งยืน (**สุขภาพพอเพียง**)”

EBM



EBM +
less harm



Integrative Health Care and Medicine

โดยนัยยะนี้ “ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ”

จึงเป็นมากกว่าผลรวมของ Conventional Medicine Plus CAM

แต่ “ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ” มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการที่แพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งจะมองผู้ป่วย(ผู้มารับบริการ) เป็นบุคคลองค์รวม ทั้งในแง่ กาย จิต วิญญาณ และสมาชิกของสังคม ท้ายที่สุดระบบนี้ปรารถนาให้แพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข นอกจากจะเป็นผู้ให้การรักษายังจะต้องเป็นผู้แนะนำ เป็นตัวอย่างทางสุขภาพ และเป็นผู้เคียงให้กับผู้ป่วยด้วย

นิยาม Complementary and alternative medicine (CAM)

"CAM is a *broad domain of healing resources* that encompasses *all health systems, modalities, and practices* and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the *politically dominant health system of a particular society or culture in a given historical period* that are not presently considered to be part of conventional medicine" (NCCAM, 2002). [3]

การแพทย์ทางเลือก (โดยผู้ป่วย แพทย์ไม่ยุ่งด้วย ไม่รู้เรื่องด้วย)

การแพทย์ร่วมรักษา (โดยแพทย์และผู้ป่วยรับรู้ แพทย์ต่อแพทย์ไม่เกี่ยวข้องกัน แต่ร่วมกันดูแล)

CAM ให้บริการ แบ่งได้เป็นสองกลุ่ม

กลุ่มแรก

คือกลุ่มที่เป็นที่รู้จักกันดีในสาธารณะในนาม สุขภาพทางเลือก (CAM) และหมายรวมถึง ผู้ให้บริการสุขภาพทางเลือกที่มีระบบบริการและเวชปฏิบัติชัดเจน และกำหนดเป็นวิชาชีพเฉพาะ (เช่น Chiropractic, Acupuncture, Homeopathy etc.)

กลุ่มที่สอง

คือ กลุ่มที่ปฏิบัติกับกลุ่มประชากรจำเพาะ (เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มพื้นบ้าน กลุ่มศาสนาบำบัด เป็นต้น)

ข้อสังเกต

- ๑) ในระยะเวลาหนึ่งศาสตร์หรือวิธีการหนึ่งเคยถูกจัดเป็น CAM เมื่อมีงานวิจัยรองรับเป็นที่เชื่อถือมากขึ้น ได้ถูกผนวกเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างแนบเนียน ได้แก่ การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือปกติ การรักษาด้วยวิตามิน การป้องกันโรคเสริมสุขภาพด้วยวิตามินอาหารเสริม จิตบำบัด สมาธิบำบัด การสะกดจิต การควบคุมอาหาร อาหารพิเศษ
- ๒) การแพทย์แผนจีนซึ่งเดิมถูกเรียกว่าเป็น แผนโบราณ (Traditional) ได้เริ่มมีงานทดลองวิจัยและผนวกกับศาสตร์หรือแนวคิดแผนตะวันตกเกิดเป็นแผนปัจจุบัน (Modern Chinese Medicine) หรือการถือกำเนิดของศาสตร์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จึงไม่ควรถูกถือว่าเป็นศาสตร์ “แผนโบราณ”
- ๓) ยาตำรับดั้งเดิม หรือสมุนไพรที่ได้รับการสกัดปรับปรุง วิจัยจนสามารถใช้ทดแทนหรือเสริมยาแผนปัจจุบันได้ไม่ก่อเงิน
- ๔) ศาสตร์การรักษาแผนตะวันตก ที่ได้รับการยอมรับมาควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional allopathic model) แต่ถูกจัดเป็น CAM ได้แก่ Homeopathy, Chiropractic, Osteopathy, Naturopathy, Photobiomodulation therapy – low level laser therapy (LLLTx)

ทำไม ไม่เพียงบวก CAM หรือศาสตร์อื่นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (ตะวันตก)?

- ๑) การเพิ่มการรักษาด้วย CAM เพื่อหลีกเลี่ยงคำอธิบายเชิงลึก ซึ่งอาจต้องเอ่ยอ้างในระบบการดูแลสุขภาพ และยังคงเป็นการส่งเสริมการดูแลที่เป็นแบบแยกส่วน (fragmentation of care)
- ๒) การเพิ่มการรักษาด้วย CAM โดยไม่เปลี่ยนรูปแบบระบบสุขภาพ เป็นเพียงการเพิ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่ง โดยไม่เปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุข primary care infrastructure, เป็นการกระทำที่เพิ่มค่าใช้จ่ายและลดคุณภาพของการดูแล
- ๓) การมีผู้ให้บริการ multiple providers ให้การรักษาผู้ป่วยในรูปแบบแตกต่างกัน (สร้างอุปสงค์-อุปทานเทียม) ทำให้ไม่เห็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการ restructuring ระบบดูแลสุขภาพ แบบ medical home (การเยี่ยมบ้าน อสม – ระบบปฐมภูมิ) ซึ่งมีพื้นฐานการดูแลแบบ relationship-centered care (เน้น ประชาชน ประชาสังคม บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)
- ๔) ประเด็นสำคัญคือ การวิวัฒนาการของระบบการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพ

สับสน สับสน +++ ทำไงดี

- การให้คำนิยาม CAM ทำให้เกิดความสับสนมากกว่าจะช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกที่แท้จริง
 - เป็นช่องทางทำให้การดูแลสุขภาพเกิดอุปาทานลงแก่ประชาชน เช่น การเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์ต่างๆ
 - การตระเวนหาผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ (ทั้งจริงและลง) ด้วยความคาดหวังที่ผิด (ต้องหาย)
 - การแสวงหาที่ไม่สิ้นสุด การเข้าหาก่อนเวลา หรือเมื่อล่วงเลยเวลา (ระยะสุดท้าย – golden period)
- ทำให้เสียเวลาและทรัพย์สินโดยเปล่าประโยชน์ รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่างๆ โดยไม่มีเจ้าภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการบูรณาการสุขภาพที่แท้จริง
- ผู้ประกอบวิชาชีพด้าน CAM ส่วนใหญ่ ให้การดูแลแบบ *holistic* ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี ช่วยเสริมและเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ สุขภาวะ ให้เกิดสุขภาพพอเพียง
- จึงจำเป็นต้อง ทำความเข้าใจร่วมกันให้เกิดการบูรณาการที่ดีที่สุด ในการนำ CAM therapies ที่มีมาตรฐาน **ควบรวมเข้าในระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่** ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเร่งกระบวนการเยียวยาสุขภาพ และประหยัดค่าใช้จ่าย

จากธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ หน้า ๔๕

“๕. มีกลไกบูรณาการระดับชาติ ที่ประกอบด้วย รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาค
วิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำหน้าที่วางแผนยุทธศาสตร์ กำกับดูแล
ทิศทาง นโยบาย และสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยสนับสนุนให้
ภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็งในการร่วมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์กับภาคส่วนอื่นๆ
และสนับสนุนให้มีกลไกวิชาการที่เข้มแข็ง เป็นอิสระและมีความเป็นกลาง เพื่อส่งเสริม
การวิจัย จัดการความรู้ และนำไปพัฒนาการบริการด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ”

การบูรณาการ-กระบวนการที่มีลำดับ (spectrum) ให้เลือก

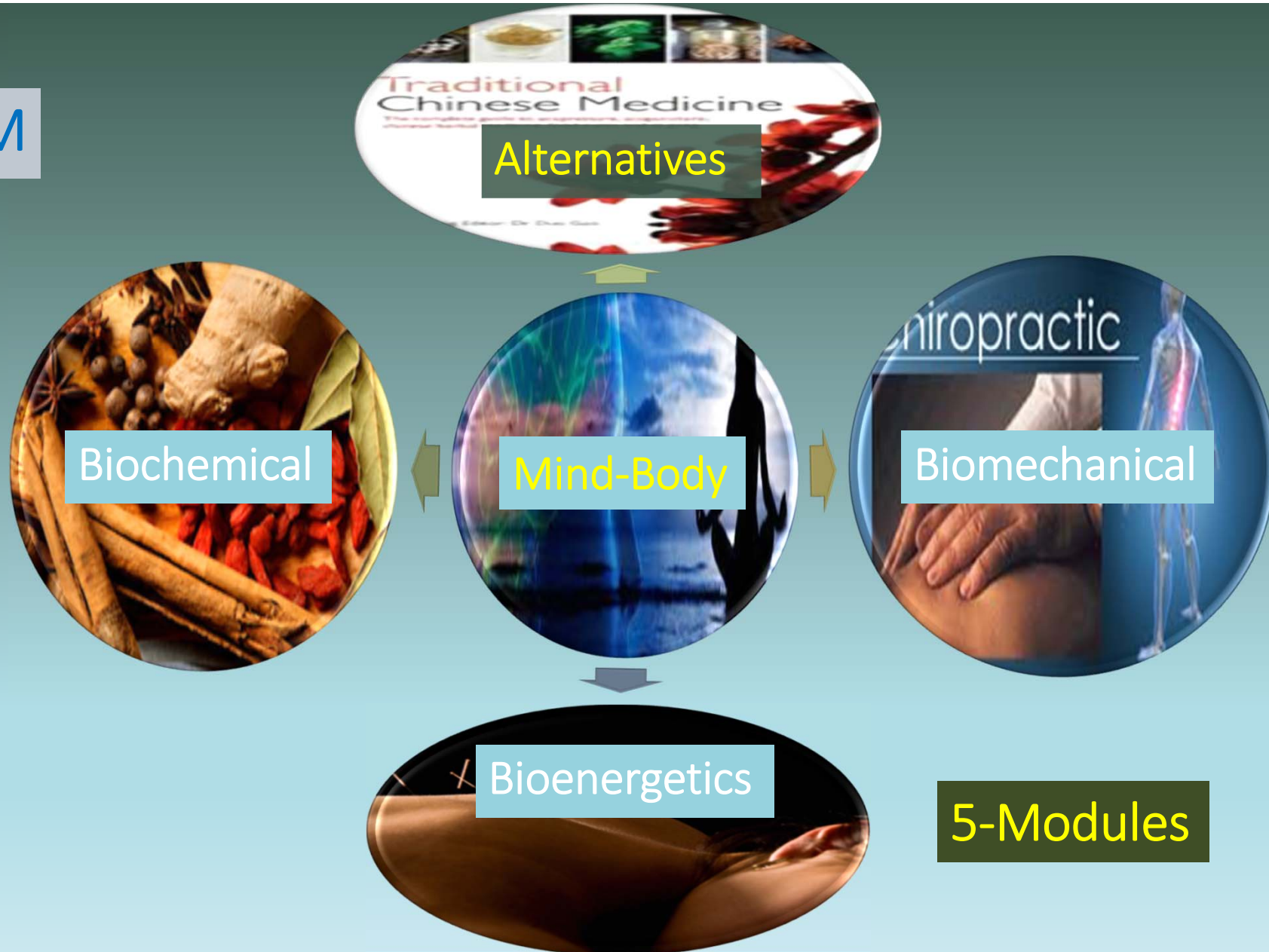
- ปลายหนึ่งสุดที่ การบูรณาการเต็มรูปแบบ (strong integration) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญ (qualified health professional) ได้รับการรักษาด้วย conventional therapies ตามมาตรฐาน และ อาจทดแทนด้วยศาสตร์ทางเลือกอื่น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และ ชุมชน (ครอบครัว)

ในอีกปลายหนึ่ง ซึ่งเป็น การบูรณาการอย่างอ่อน (weak end of integration spectrum) ศาสตร์ทางเลือกเป็นเพียงการรักษาเสริม (adjuvant) โดยข้อแตกต่างในการตัดสินใจระหว่างระบบที่เป็น autonomy และ paternalism

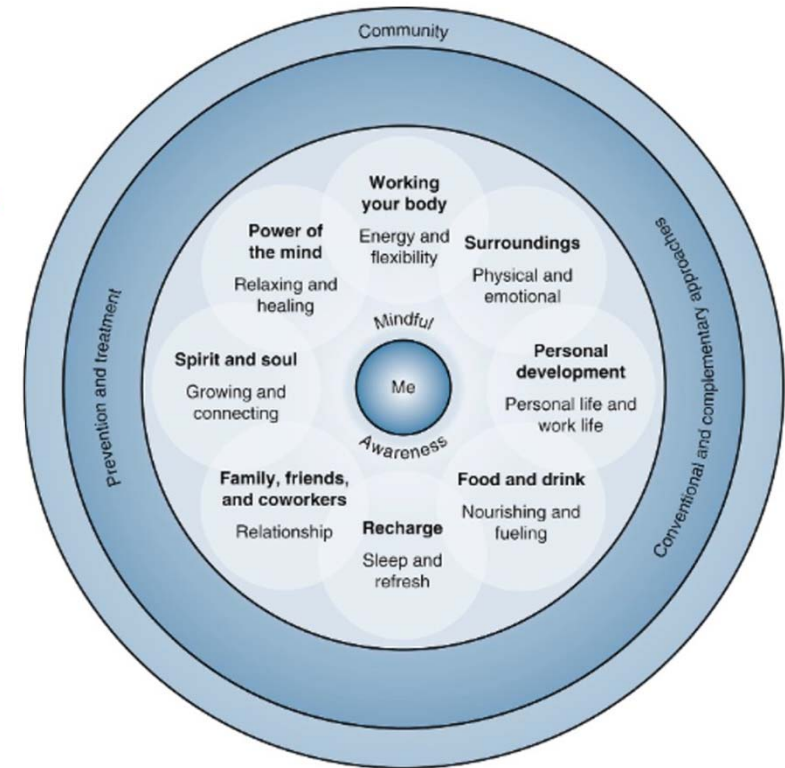
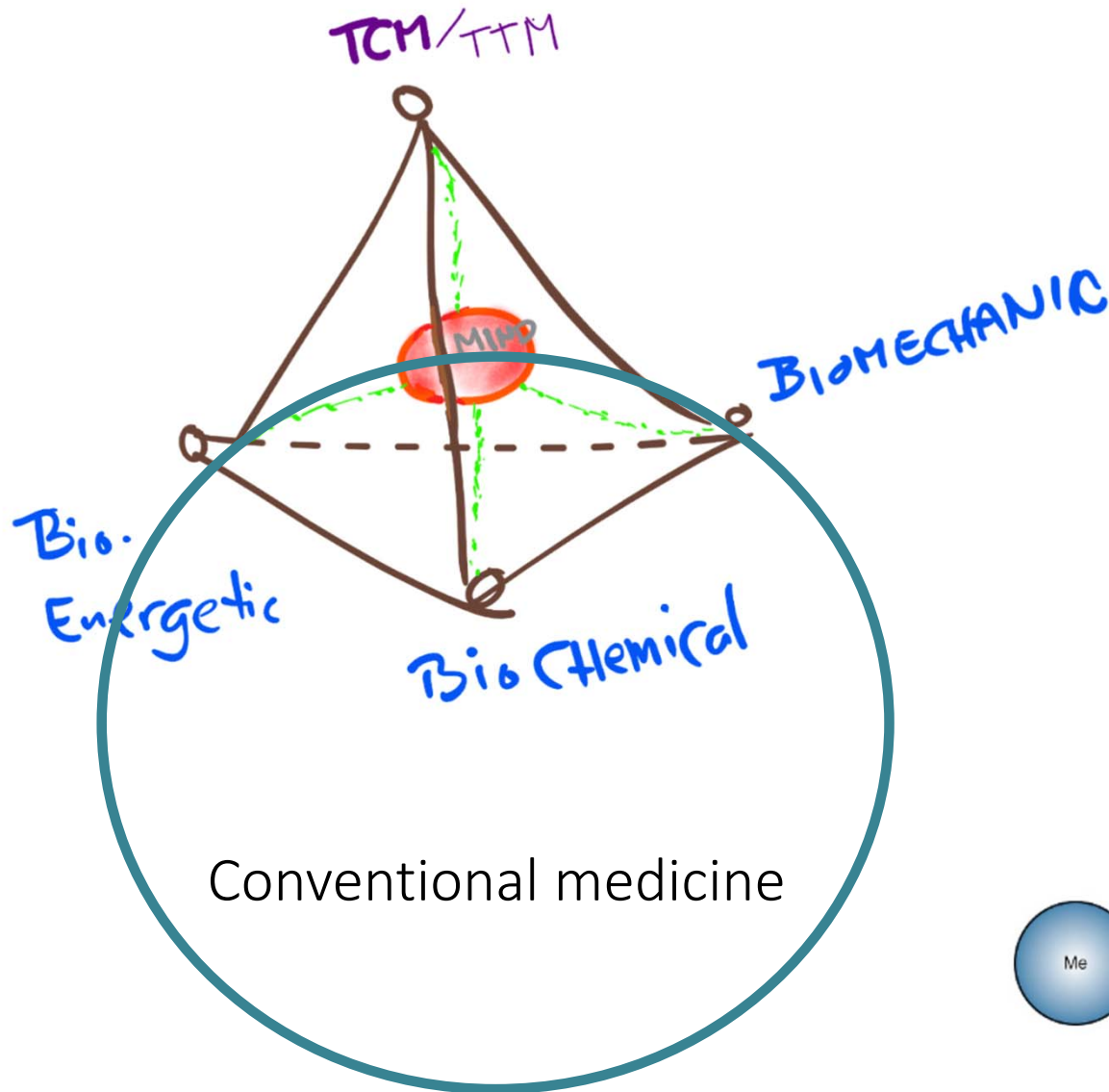
ระบบการแพทย์แบบบูรณาการ จัด

1. ให้คำแนะนำ (modules/class/zoom) ในการดูแลสุขภาพอนามัย ป้องกันสุขภาพ เน้นการนำวิถีกาย จิต วิญญาณ และสังคมผสมผสาน (workshop) เพื่อจัดสิ่งขวางกั้น กระตุ้นให้ร่างกายสามารถเยียวยาตนเอง (body's innate healing) ให้เกิดแนวคิดด้านสุขภาวะ หรือสุขภาพพอเพียง (health literacy – sufficient health = palliative medicine)
2. เน้นระบบการดูแลที่มีส่วนร่วมและ *Physician-Patient relationship-centered* ขึ้นกับความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน (ชุมชน ประชาสังคม) (personalized medicine)
3. ให้การบำบัดฟื้นฟูและรักษาที่ดีที่สุด ที่เป็นไปได้ (best possible treatments) ทั้งจากระบบ CAM และการแพทย์กระแสหลัก (allopathic medicine) ขึ้นกับหลักฐานที่ดี ทั้งไม่ทั้ง *conventional medicine* หรือยอมรับ *uncritically CAM* (ทางเลือกทางลวง)
4. บูรณาการความสำเร็จของทุกศาสตร์ ปลอดภัยที่สุด รุกรานน้อยที่สุด และคุ้มค่าที่สุด *safest, least invasive, most cost-effective approach* ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวม *holistic* (humanized medicine)

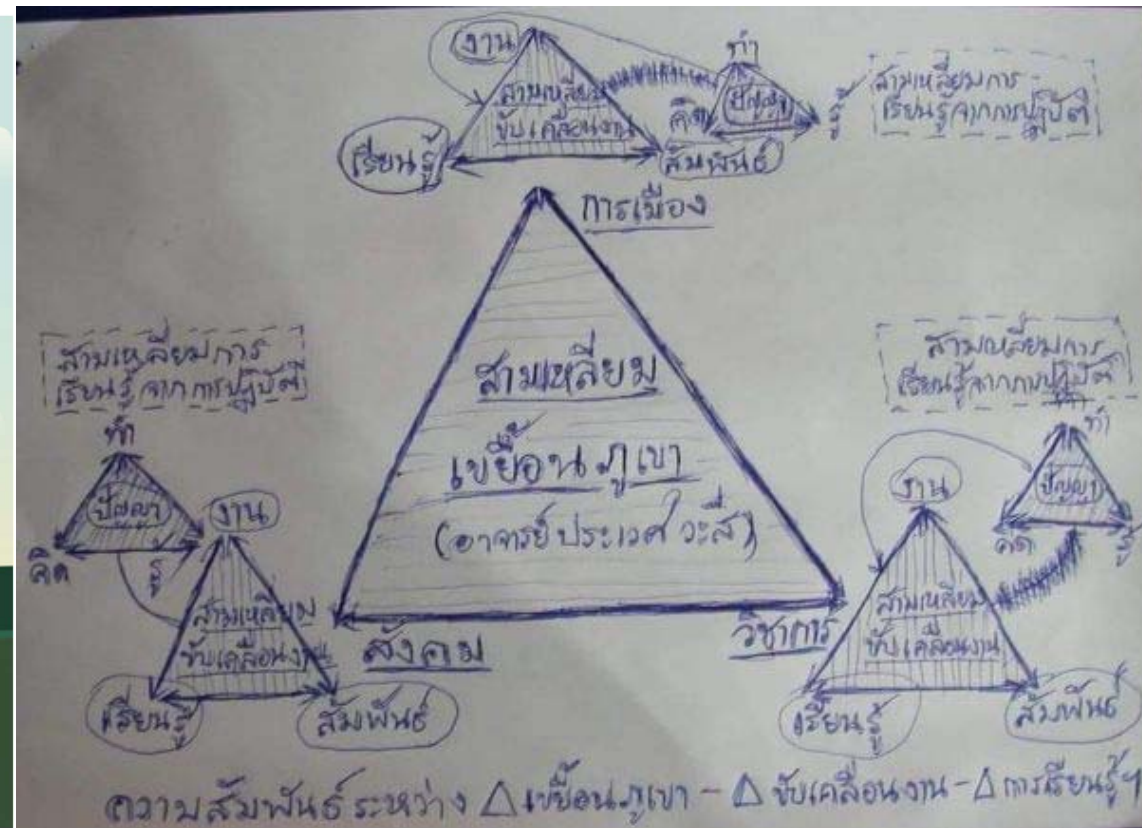
CAM



Whole health



2. ระบบและ โครงสร้างของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบ สุขภาพ แบบบูรณาการ (IH & M) ของประเทศไทยอย่างไร



ภาควิชาการ การเรียนการสอน วิจัย พัฒนา

1. ประกาศ “นิยาม” ที่เป็นกลาง เพื่อยึดเป็นหลักปฏิบัติ หรือมาตรฐาน ในการดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย
2. จัดตั้งเครือข่าย การรวมตัวของผู้ปฏิบัติที่สนใจ และหน่วยงานรับผิดชอบ (ภาคนโยบายรัฐและการเมือง)
3. จัดทำนโยบายสาธารณะ ให้เกิดความรู้ในภาคประชาสังคม
4. จัดให้มีระบบการแพทย์แบบบูรณาการตัวอย่างที่ดี (best practice) และสร้างเครือข่ายต้นแบบ
5. กระตุ้นภาควิชาการ การจัดการเรียนการสอนในคณะแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีการบูรณาการความรู้ อย่างเป็นรูปธรรม การวิจัย การให้บริการ ระหว่าง conventional medicine และ CAM (เน้น ยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทย) เช่น การสร้าง duo-program, MSc TTM
6. เชื่อมโยงระบบการแพทย์แบบบูรณาการ กับแนวคิด Wellness tourism ที่ได้มาตรฐาน ในราคาสัมเหตุผล สำหรับประชาชน

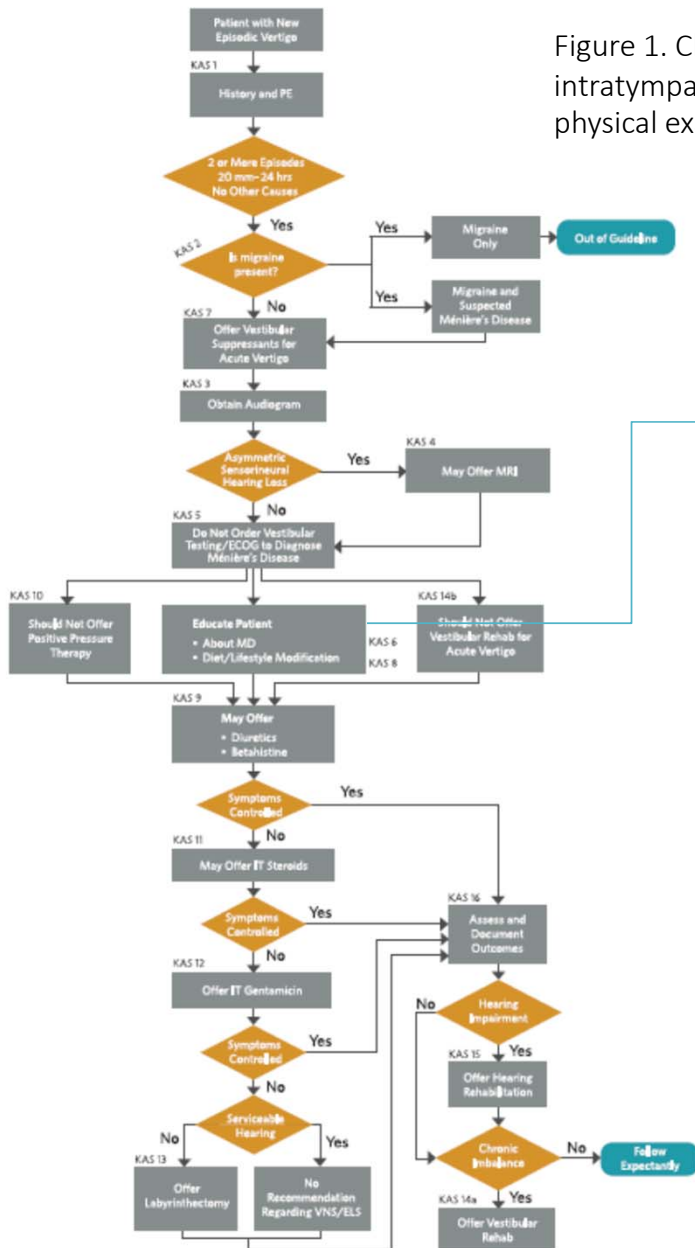


Figure 1. Clinical practice guideline: MD algorithm. ECOG, electrocochleogram; ELS, endolymphatic sac; IT, intratympanic; KAS, key action statement; MD, Ménière's disease; MRI, magnetic resonance imaging; PE, physical examination; VNS, vestibular nerve section.

งานบริการ

Mindful coping w vertigo/tinnitus

Diet/ lifestyle control

±CAM

IM&H

A randomized controlled clinical trial comparing different numbers of acupuncture sessions for migraine

Thanan Supasiri¹, Chanchai Jariengprasert²,
Mayuri Phithaksilp³, Puritat Sangtongpanichakul⁴,
Suchada Anotayanonth⁵, Tawat Buranatawonsom⁶
and Krit Pongpirul^{1,7} 

Acupuncture in Medicine
1–9
DOI: 10.1177/09645284211056017
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
journals.sagepub.com/home/aim


งานวิจัย

ORIGINAL PAPER

DOI: 10.5935/0946-5448.20210033

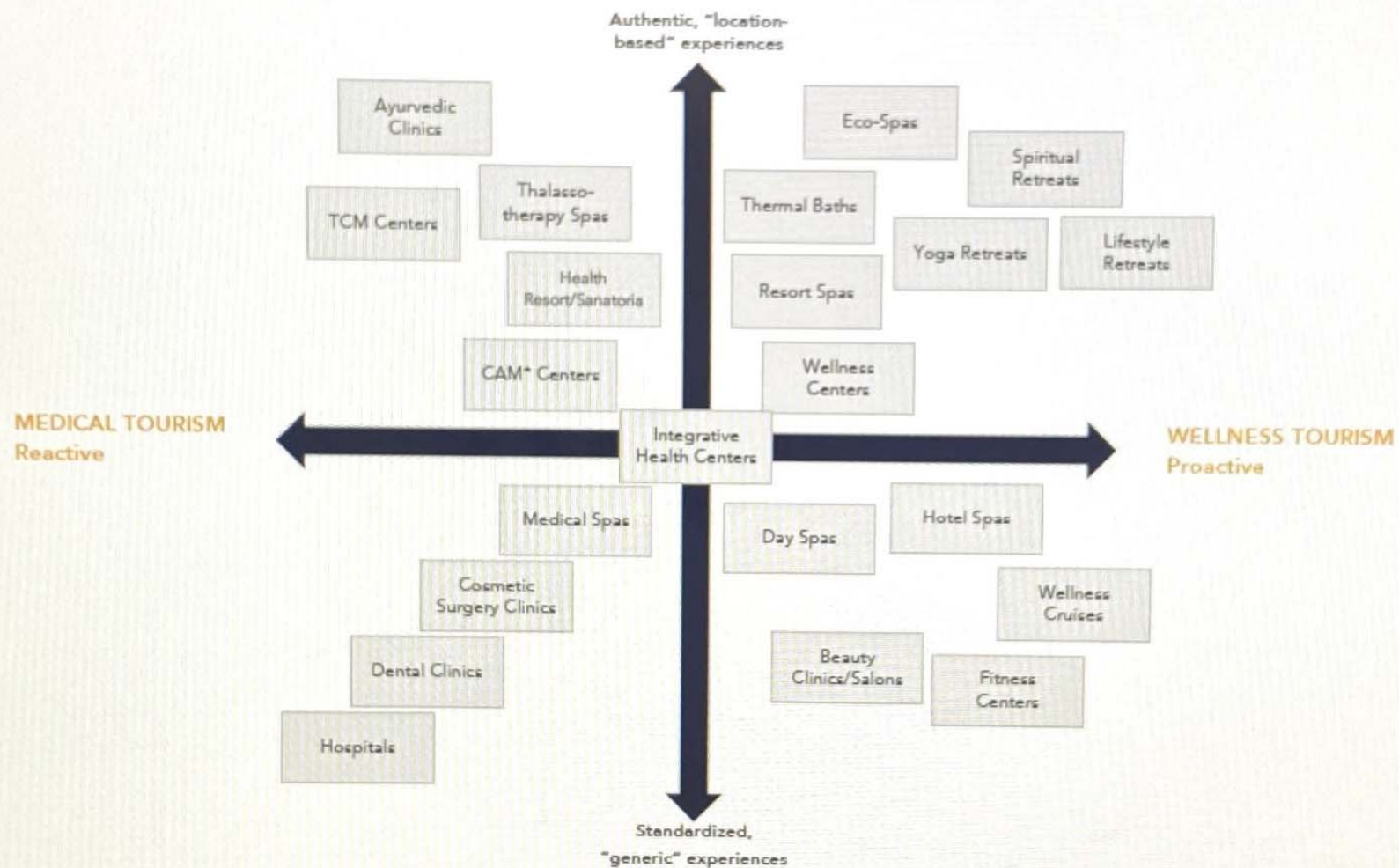
International Tinnitus Journal. 2022;26(1):1-10

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Management of Tinnitus

Chanchai Jariengprasert*
Kasinee Watanapornmongkol,
Sivaporn Kiatthanabumrung,
Tosapohn Wisupagan

ข้อแตกต่างของ Medical & Wellness Tourism

MEDICAL TOURISM	WELLNESS TOURISM
Reactive Approach	Proactive Approach
Generally people who have health concerns	Generally people who do not have any health concerns
Travel to receive treatment for a diagnosed disease, ailment, or condition	Travel to maintain, manage, or improve their well being
Motivated by lower cost of care, higher quality care, better access to care, and/or care not available at home	Motivated by healthy living, disease prevention, stress reduction, management of poor lifestyle habits, and/or authentic experiences
Activities are reactive to illnesses, medically necessary, invasive, and/or over seen by a medical doctor	Activities are proactive, voluntary, non-invasive, and non-medical in nature



Source: Global Wellness Institute, 2015; (*): CAM - Complementary and Alternative Medicine

Integrative wellness center vs Community-based integrative rehabilitation

1. Targets:

- For healthy group, aging, special needs: health prevention, promotion
- For disease, disabilities: rehabilitation, recreation, social engagement

2. Financial issue:

- Tourism model for Thai/ Foreigner
- Insurance coverage: good employee,
- Social welfare: once a year (2-week session), copay, UC

3. Interchangeable Retreat groups:

- Religious, Cultural, Regional

Thank you for your attention