

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลชะบ้าย้อย โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ โรงพยาบาลรัตภูมิ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลควนเนียง โรงพยาบาลสิงหนคร และโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2547 จำนวนรวม 80 ราย การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
3. วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปัญหาสุขภาพ

และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 80 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 41.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 78.2 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 83.7 เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 68.8 อาชีพก่อนติดเชื้อเอชไอวี คือ อาชีพรับจ้างพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 และปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างยังคงประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 38.8 กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมมากที่สุด ร้อยละ 60 สำหรับสิทธิในการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 77.6 มีระยะเวลาที่รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 13-36 เดือน ร้อยละ 39.1 ส่วนบุคคลที่ให้การดูแลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาสุขภาพ คือ พ่อ แม่ ร้อยละ 42.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นอนรักษาในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา) คือไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.1 และระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพักห่างกันประมาณ 1-10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 57.4 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	53.8
หญิง	37	46.2
อายุ (ปี) (\bar{X} =32.5, SD =5.2)		
น้อยกว่า 20-24	2	2.6
25-29	19	23.1
30-34	33	41.3
35-39	17	21.5
40-45	8	10.2
46-49	1	1.3
สถานภาพสมรส		
โสด	25	31.5
คู่	28	35.0
ม่าย	21	26.0
แยกกันอยู่	6	7.5
ศาสนา		
พุทธ	63	78.2
อิสลาม	16	20.5
คริสต์	1	1.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	67	83.7
ไม่เพียงพอ	13	16.3
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก	55	68.8
ผู้ป่วยใน	25	31.3

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพก่อนติดเชื้อเอชไอวี		
รับจ้าง	37	46.2
เกษตรกร	26	32.4
ค้าขาย	5	6.3
ประมง	4	5.0
นักเรียน/นักศึกษา	3	3.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	6.3
อาชีพปัจจุบัน		
รับจ้าง	31	38.8
เกษตรกร	27	33.7
ประมง	8	10.0
ค้าขาย	2	2.5
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	13.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.3
ประถมศึกษา	48	60.0
มัธยมศึกษา	27	27.0
ปวส	2	2.5
อุดมศึกษา	2	2.5
สิทธิบัตรในการรักษา		
บัตรทอง	62	77.6
ประกันสังคม	13	16.3
มีสิทธิแต่ใช้ไม่ได้ (ข้ามเขต)	3	3.8
จ่ายเงิน	2	2.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รับทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อ (เดือน) ($\bar{X}=36, SD=39.06$)		
น้อยกว่า 12 เดือน	26	32.3
13-36 เดือน	31	39.1
37-72 เดือน	14	17.2
มากกว่า 72 เดือน	9	11.4
บุคคลที่ให้การดูแลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาสุขภาพ		
พ่อแม่	34	42.5
คู่สมรส	23	28.7
ญาติ/เพื่อน	10	12.5
บุตร	5	6.3
ไม่มีผู้ดูแล	8	10.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (นอนรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล	38	47.1
1-3 ครั้ง	32	40.0
4-6 ครั้ง	5	6.4
7-9 ครั้ง	2	2.6
มากกว่า 10 ครั้ง	3	3.9
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพัก		
1-10 กิโลเมตร	46	57.4
11-20 กิโลเมตร	20	25.2
21-30 กิโลเมตร	11	13.5
มากกว่า 31 กิโลเมตร	3	3.9

2. การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษการรับรู้ระดับความรุนแรงปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.02, SD=0.47$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=0.87$, $SD=0.40$; $\bar{X}=0.93$, $SD=0.60$ ตามลำดับ) แต่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.25$, $SD=0.74$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมและรายด้าน (N=80)

ปัญหาสุขภาพ	\bar{X}	SD	การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหา
ด้านร่างกาย	0.87	0.40	น้อย
ด้านจิตสังคม	1.25	0.74	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	0.93	0.60	น้อย
โดยรวม	1.02	0.47	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน พบว่า ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ 1) ปัญหาอ่อนเพลีย พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 2) ปัญหาไม่มีแรง พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.8 และ 3) ปัญหาเบื่ออาหารพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.8 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม คือ 1) ปัญหารู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.3 2) ปัญหารู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.0 และ 3) ปัญหารู้สึกไม่อยากเข้าสังคม พบในผู้ป่วยร้อยละ 76.3 และปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ คือ 1) ปัญหารู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.5 2) ปัญหา รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.8 และ 3) ปัญหา รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.5 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก รายด้าน (N=80)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
อ่อนเพลีย	68	85
ไม่มีแรง	63	78.8
เบื่ออาหาร	59	73.8
ด้านจิตสังคม		
รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆก็ตาม	69	86.3
รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆก็ตาม	68	85
รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม	61	76.3
ด้านจิตวิญญาณ		
รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง	66	82.5
รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า	59	73.8
รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย	58	72.5

นอกจากนั้น จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม จำนวน 30 ราย ที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ผลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำเสนอสาเหตุของแต่ละปัญหาสุขภาพเพียง 2 อันดับแรก ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย

1.1 ปัญหาอ่อนเพลีย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ที่เกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาอ่อนเพลียในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นจำนวน 15 ราย คือ เกิดจากอาการไข้ โดยมีอาการร้อนๆ หนาวๆ ครั่นเนื้อครั่นตัว เหงื่อออกมาก ลูกขึ้นทำอะไรไม่ได้ รองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย มีสาเหตุจากการไอ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการไอบ่อยตลอดเวลา ไอเป็นชุดๆ มีเสมหะสีขาวเหนียว ไม่มีเลือดปน สาเหตุจากการไอมักจะเกิดไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นแล้วส่งผลให้อ่อนเพลียมาก บางครั้งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานอาการจึงจะทุเลา ทำให้ต้องหยุดงานบ่อย และความสามารถในการทำงานลดน้อยลง

1.2 ปัญหาไม่มีแรง มีสาเหตุมาจากปัญหาท้องเสียมากที่สุด คือ พบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมักถ่ายเหลวหรือร่วงลักษณะเป็นน้ำเหลวไม่มีมูกเลือดปน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ บางครั้งถ่ายเหลวเป็นระยะเวลา 1 เดือน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอาการจึงดีขึ้น รองลงมามีสาเหตุจากการที่น้ำหนักตัวลดลงมาก ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็ก อ่อนแรงไม่สามารถลุกทำงานอะไรได้ ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

1.3 ปัญหาเบื่ออาหาร เป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 10 ราย ระบุว่า มีสาเหตุมาจากการที่มีฝ้าขาวในปาก ซึ่งแพทย์ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้ใส่สายยางให้อาหารแต่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเนื่องจากกลัวเจ็บคอ จึงพยายามดื่มน้ำ และดื่มนมเอง รองลงมามีสาเหตุจากอาการคลื่นไส้ พบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ซึ่งอาการนี้เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้กินอาหารที่ฉุน หรือรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน เช่น กลิ่นผักชี ทำให้มีความอยากอาหารลดลง

2. ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม

2.1 ปัญหารู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม เป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 18 ราย ระบุว่าเครียดเรื่องภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างน้ำหนักตัวลดลงมาก จากที่เคยอ้วนท้วมกลับผอมลงอย่างเห็นได้ชัดจนทำให้รูปร่างเปลี่ยนไป และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย รองลงมามีสาเหตุจากความเครียดเรื่องอนาคตที่ไม่แน่นอน เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคนี้อาจไม่สามารถทำนายอนาคตของตนเองได้ จากที่เคยสามารถทำงานได้ปกติก็มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงและเสียชีวิตในที่สุด จึงทำให้ไม่กล้าไปทำงานตามปกติ ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

2.2 ปัญหารู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม เป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 14 ราย ระบุว่าวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ โดยสาเหตุมาจากที่กลุ่มตัวอย่างน้ำหนักตัวลดลงมาก ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาคือมีน้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 10 กิโลกรัมจากน้ำหนักตัวเดิม กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแย่มาก สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย คือมีความวิตกกังวลเกรงว่าเพื่อนจะทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้อาจรังเกียจไม่คบค้าสมาคมด้วย เนื่องจากเพื่อนมักซักถามว่ามีโรคประจำตัวหรือเปล่า/เป็นอะไรหรือไม่ น้ำหนักลดลง

2.3 ปัญหารู้สึกไม่อยากเข้าสังคมเป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 12 ราย ระบุว่า มีสาเหตุมาจากการถูกนินทา รองลงมามีสาเหตุมาจากการถูกรังเกียจจำนวน 10 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเมื่อตนเองเข้าสังคม หรือเข้ารับบริการใดๆ เช่น เข้ารับบริการในร้านเสริม

สวยก็จะถูกปฏิเสธ บางครั้งถูกปฏิเสธด้วยสายตา บางครั้งถูกปฏิเสธด้วยคำพูด และเมื่อถูกปฏิเสธหลายๆครั้งทำให้ไม่อยากเข้าสังคมจึงเก็บตัวเงียบอยู่แต่ในบ้าน

3. ปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

3.1 ปัญหาความรู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง สาเหตุแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 ราย ระบุว่าท้อแท้ใจมีสาเหตุเนื่องจากการไม่มีเพื่อนคู่คิด ว่าเป็นโรคนี้อย่างเดียวและ/หรือคู่ชีวิต เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิตไปก่อน อีกฝ่ายหนึ่งจะรู้สึกท้อแท้เนื่องจากไม่สามารถระบายความรู้สึกให้กับบุคคลอื่นรับรู้ได้ ส่งผลกระทบให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย คือระบุว่าหมดหวังในการสร้างครอบครัวที่มีความสุข เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต และในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้แต่งงานก็ไม่กล้าแต่งงานเกรงว่าไม่มีบุคคลใดรักตนเองจริงเมื่อทราบว่าเป็นโรคนี

3.2 ปัญหาความรู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า สาเหตุแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 14 รายระบุว่าตัวเองด้อยคุณค่า เกิดเนื่องจากตนเองไม่สามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้ จากการที่เมื่อก่อนตนเองเป็นความหวังของครอบครัวเมื่อครอบครัวระบุว่าตนเองเป็นโรคนี ทำให้ครอบครัวผิดหวังในตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คือต้องการขอเงินจากทางบ้านมาใช้จ่าย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลงหรือไม่สามารถทำงานได้

3.3 ปัญหาความรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย สาเหตุแรกเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 17 ราย ระบุว่าโรคนีนี้เป็นแล้วต้องตาย ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ สาเหตุรองลงมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คือ ระบุว่าชีวิตไม่มีเป้าหมายเพราะไม่มีเพื่อนที่จริงใจกับตน ดังนั้นจึงใช้ชีวิตให้ผ่านไปวันๆ ไม่สนใจกับชีวิต

3. วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปัญหาสุขภาพ และผลหลังการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

ผลการศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย พบว่าเมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จากปัญหาอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และเบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการออกกำลังกาย และใช้อาหารเสริมเป็นหลัก (ร้อยละ 40.0) ดังแสดงในตาราง 6

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมจำนวน 30 ราย ที่พบว่ามีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน เนื่องจากต้องการให้ได้รายละเอียดของข้อมูลเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ได้ทราบถึงเหตุผลในการเลือกใช้และผลที่ได้หลังจากใช้วิธีการ

ดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของกลุ่มตัวอย่าง ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกใช้ และผลที่ได้หลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแต่ละปัญหาสุขภาพ ดังนี้

การออกกำลังกาย เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ อ่อนเพลีย และไม่มีแรง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ จำนวน 20 รายให้เหตุผลว่าเลือกใช้วิธีการออกกำลังกายเพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย แต่จะปฏิบัติหลังจากที่ปัญหาอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรงทุเลาลงแล้ว รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายให้เหตุผลว่า เลือกใช้เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และมีการรณรงค์ให้ออกกำลังกาย โดยมีตัวอย่างการออกกำลังกายทางโทรทัศน์ ซึ่งชนิดของการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างจะทำตามสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การขยับแขน-ขา การวิ่งเหยาะๆ และการทำงานบ้าน ซึ่งผลที่ได้รับภายหลังจากการใช้การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 รายรับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรง สดชื่นขึ้น รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ให้เหตุผลว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามศักยภาพของตนเอง และลดภาระแก่ผู้ดูแล

การรับประทานอาหารเสริม เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ เบื่ออาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 17 รายให้เหตุผลว่าเลือกใช้เนื่องจากกินได้ง่าย/ไม่ต้องเคี้ยว รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายให้ข้อมูลว่ากินดูเผื่อหาย โดยรับทราบจากสื่อ/สิ่งพิมพ์โฆษณาต่างๆ ซึ่งอาหารเสริมที่รับประทานเป็นอาหารเสริมสำเร็จรูปชนิดแคปซูล ซึ่งผลที่ได้รับภายหลังจากการใช้การรับประทานอาหารเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 10 รายให้ข้อมูลว่าดีขึ้น รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ให้ข้อมูลว่าเหมือนเดิม เพราะรับประทานไม่ต่อเนื่อง แต่ก็ยังรับประทาน ต่อไปเพราะถือว่าดีกว่าไม่ได้รับประทานอะไรเลย

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก

วิธีการดูแลสุขภาพ แบบผสมผสาน	ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย					
	อ่อนเพลีย (n=68)		ไม่มีแรง (n=63)		เบื่ออาหาร (n=59)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย	32	40.0	32	40.0	2	2.5
อาหารเสริม	14	17.3	11	13.7	32	40.0
สมุนไพร	10	12.5	8	10	17	21.3
นวด	6	7.5	6	7.5	0	0
ปล่อยให้หายเอง	3	3.8	0	0	6	7.5
ดนตรี/ฟังเพลง	1	1.3	0	0	2	2.5
โยคะ	1	1.3	1	1.3	0	0
ฝังเข็ม	1	1.3	0	0	0	0
รวม	68	85	63	78.8	59	73.8

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกของแต่ละด้าน พบว่า การทำสมาธิ เป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม คือ ปัญหาความรู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม (ร้อยละ 21.1) ปัญหาความรู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม (ร้อยละ 21.1) และปัญหาความรู้สึกไม่อยากเข้าสังคม (ร้อยละ 25.0) ดังแสดงในตาราง 7

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมจำนวน 30 ราย ที่พบว่า มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกใช้ และผลที่ได้หลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแต่ละปัญหาสุขภาพ ดังนี้

การทำสมาธิ เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม คือ ปัญหาความรู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม ปัญหาความรู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม และปัญหาความรู้สึกไม่อยากเข้าสังคม และเมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ คือ รู้สึกท้อแท้ ใจหมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย โดยการใช้วิธีกำหนดลมหายใจ โดย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 25 ราย ให้เหตุผลว่าเนื่องจากการทำงานที่กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพมักมีศาสนาเป็นที่พึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายให้เหตุผลว่าการทำสมาธิเป็นวิธีที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งผลที่ได้ภายหลังจากการใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 ราย ให้ความเห็นว่ารับรู้ว่ามีดีขึ้นทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่าน รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รายรับรู้ว่ามีดีขึ้นเพราะทำให้จิตใจสงบ สบายใจ

ตาราง 7

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก

วิธีการดูแลสุขภาพ	ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม					
	รู้สึกเครียดต่อเรื่อง		รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่อง		รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม	
	ใดๆ ก็ตาม (n=69)		ใดๆ ก็ตาม (n=68)		(n=61)	
แบบผสมผสาน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมาธิ	17	21.1	17	21.1	20	25.0
ดนตรี/ฟังเพลง	16	20.0	15	18.7	14	17.4
สวดมนต์	8	10.0	9	11.3	9	11.3
อ่านหนังสือธรรมะ	7	8.7	7	8.7	6	7.5
ทำบุญ	9	11.3	4	5.0	4	5.0
ออกกำลังกาย	3	3.8	17	21.1	3	3.8
ปล่อยให้หายเอง	4	5.0	6	7.5	2	2.5
อาหารเสริม	3	3.8	4	5.0	1	1.3
โยคะ	1	1.3	1	1.3	1	1.3
สมุนไพร	1	1.3	1	1.3	1	1.3
รวม	69	86.3	68	85.0	61	76.3

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกของแต่ละด้าน พบว่า การทำสมาธิเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

คือ รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง (ร้อยละ 21.3) รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า (ร้อยละ 22.4) และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย (ร้อยละ 20.0) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก

วิธีการดูแลสุขภาพ แบบผสมผสาน	ปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ					
	รู้สึกท้อแท้ใจ/ หมดหวัง (n=66)		รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า (n=59)		รู้สึกชีวิตไม่มี เป้าหมาย (n=58)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมาธิ	17	21.3	18	22.4	16	20.0
ดนตรี/ฟังเพลง	16	20.0	12	15.0	13	16.1
สวดมนต์	11	13.7	9	11.3	9	11.3
อ่านหนังสือธรรมะ	6	7.5	7	8.8	6	7.5
ปล่อยให้หายเอง	7	8.8	6	7.5	4	5.0
ทำบุญ	4	5.0	4	5.0	5	6.3
ออกกำลังกาย	2	2.5	2	2.5	3	3.8
โยคะ	1	1.3	1	1.3	1	1.3
สมุนไพร	2	2.5	0	0	1	1.3
รวม	66	82.5	59	73.8	58	72.5

อย่างไรก็ตาม จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ถึงวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บ่อยที่สุด ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ พบว่าการใช้สมุนไพร เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บ่อยที่สุด (ร้อยละ 91.2) (ตาราง 9) โดยกลุ่มตัวอย่างนำสมุนไพรมาใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพมากมาย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้จัดการกับปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

จำนวน ร้อยละวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่เลือกใช้บ่อยที่สุด ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ (N=80)

ปัญหาสุขภาพ	วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่เลือกใช้					
	สมุนไพร (n=73)		ออกกำลังกาย (n=66)		สมาธิ (n=59)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผื่นคัน	15	18.7	0	0	0	0
ตุ่ม	13	16.2	0	0	0	0
ไข้อ	11	13.7	9	11.3	4	5.0
อ่อนเพลีย	10	12.5	20	25.0	2	2.5
ไข้	8	10.0	2	2.5	4	5.0
อุจจาระร่วง	6	7.5	0	0	0	0
เบื่ออาหาร	4	5.0	0	0	0	0
นอนไม่หลับ	3	3.7	4	5.0	5	6.3
คลื่นไส้	2	2.5	0	0	0	0
ฝ้าในปาก	1	1.2	0	0	0	0
ไม่มีแรง	0	0	17	21.1	0	0
รู้สึกเครียด	0	0	10	12.5	16	20.0
รู้สึกหมดหวัง	0	0	4	5.0	13	16.1
รู้สึกด้อยคุณค่า	0	0	0	0	9	11.3
รู้สึกกลัว	0	0	0	0	6	7.5
รวม	73	91.2	66	82.5	59	73.8

นอกจากนั้น จากการสอบถามถึงวิธีการใช้สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วิธีการใช้สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้มากที่สุด คือ การรับประทานสมุนไพร รongลงมา คือ การนำสมุนไพรมาประคบ และอันดับสามเป็นการอบด้วยสมุนไพร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 รายใช้วิธีนำสมุนไพรมาต้มน้ำดื่ม ต้มน้ำไปจนกระทั่งรสชาติจัด หรือนำสมุนไพรมาบดปั้นกับน้ำผึ้งเป็นลูกกลอนรับประทาน โดยรับประทานวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ตัวอย่างสมุนไพรที่นำมารับประทาน ได้แก่ มะระขี้นก

ฟ้าทะลายโจร ลูกใต้ใบ เสลดพังพอน บอระเพ็ด ทองพันชั่ง หญ้าดอกขาว มะตูม ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ตัวยาลอย่างละเท่าๆ กัน ยกเว้นมะตูมจะใช้น้อยกว่า

2. การประคบด้วยสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 รายนำสมุนไพรมาห่อเป็นลูกประคบ ทำให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่ต้องการเพื่อบรรเทาผื่นคันซึ่งตัวยาสสมุนไพรมะตูมได้แก่ ตะไคร้ ขมิ้นน้อย หัวโพธิ์ การบูร โดยใช้ตัวยาลอย่างละเท่าๆ กัน

3. การอบสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย นำสมุนไพรมาใช้รักษาอาการผื่นคัน โดยการเข้าไปนั่งในตู้ซึ่งอบสมุนไพรเอาไว้ เพื่อให้กลิ่นสมุนไพร และความร้อนช่วยบรรเทาอาการผื่นคัน

นอกจากนั้น จากการสอบถามแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ 56 รายได้รับคำแนะนำจากเพื่อน รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย ได้รับคำแนะนำจากญาติ ผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์นั้นมา และปฏิบัติตามหนังสือ/โทรทัศน์/แผ่นพับ เมื่อสอบถามถึงความถี่ เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 รายปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 รายปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติ โดยเมื่อสอบถามถึงสถานที่ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 รายปฏิบัติที่บ้านมากที่สุดเพราะสะดวก รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 รายใช้ที่สาธารณะ และสถานบริการ (โรงพยาบาล) และเมื่อสอบถามถึงผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายให้ข้อมูลว่าสามารถบรรเทาอาการ/อาการทุเลาโดยผู้ที่เป็นผื่นรู้สึกว่าจะด้าจางลง รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายให้ข้อมูลว่าไม่ได้ช่วยให้ดีขึ้น ผลที่ได้รับคือ เหมือนเดิม/เฉยๆ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายให้ข้อมูลว่า ยังไม่เห็นผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปัญหาสุขภาพ และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ในการอภิปรายผลผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 53.8 ซึ่งมีลักษณะทางด้าน

ประชากรคล้ายคลึงกับรายงานของกองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (กองระบาดวิทยา, 2542) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุอยู่ระหว่าง 19-49 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ผู้ติดเชื้อมักจะอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คือ อายุ 20-49 ปี และเป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ปกติฉันท์สามีภรรยาทั่วไป ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ร้อยละ 85 มักเกิดจากการแพร่กระจายโดยทางเพศสัมพันธ์ โดยรูปแบบของการระบาดเริ่มจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากจนกระทั่งถึงผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง และปัจจุบันภาวะของโรคเอดส์ ได้กระจายเข้าสู่สถาบันครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามีที่นับว่าเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะสูงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (วิฑูรย์, 2540) การที่กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 46.20 (ตาราง 3) สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคโรงพยาบาลสงขลาที่ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำและประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (นพดล, 2540)

นอกจากนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.5 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ทุกครั้งที่ มีปัญหาสุขภาพจะมีพ่อแม่คอยดูแลจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค สามารถดูแลตนเอง ปรับตัวได้โดยการทำใจ กล้ายอมรับความเป็นจริง และกล้าเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของจามจรี อภรณ์ และ พัชรียา (2545) เรื่องการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองในระยะที่ 3 ทางรอดของชีวิต คือ การคิดดูแลตนเองโดยการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้วยการมีกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.2 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และมีสิทธิในการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 77.6 จึงทำให้ไม่มีปัญหาในการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.40 เลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพักประมาณ 1-10 กิโลเมตร (ตาราง 3) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เอื้อประโยชน์ต่อการแสวงหาการรักษาและเข้ารับบริการทางสุขภาพ (พัชรี, 2544; รัชณี, 2545)

2. การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.02$, $SD=0.47$) (ตาราง 4) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ มีผลมาจากความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ

เช่น จำนวนของเชื้อเอชไอวี ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อทั้งก่อนและหลังการได้รับเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตัว และการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น (Peters, 1996 อ้างตาม ระวังวรรณ, 2545) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ตาราง 3) โดยจากการสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเดินทางมารับบริการได้เอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการรับรู้ระดับความรุนแรงปัญหาสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.1 รับทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 13-36 เดือน (ตาราง 3) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่สั้นนัก ประกอบกับการที่ผู้วิจัยได้สังเกตกลุ่มตัวอย่างในขณะเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทั้งผู้ที่อยู่ในระยะติดเชื้อไม่มีอาการ (asymptomatic HIV infection) และระยะติดเชื้อมีอาการ (symptomatic HIV infection) แต่อาการไม่รุนแรง ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายสร้างแอนติบอดี โดยเชื้อได้ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปบ้างแล้ว ซึ่งระยะนี้อาจมีระยะเวลาเป็นเดือนหรือปีโดยยังไม่มีอาการอื่นๆ (ประเสริฐ, 2541) ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายมากขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาทันทีทั้งแบบการเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระยะหนึ่งปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างก็สามารถทุเลาลงได้ และยังมีการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดโรคชวยโอกาสโดยมีการติดตามนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นระยะๆ จึงเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างถูกคุกคามจากปัญหาด้านร่างกายในระดับน้อย และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก (ภาคผนวก ค) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 รายระบุว่าปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ แต่อาการไม่รุนแรง ไม่ได้ส่งผลให้เสียชีวิต และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย กล่าวว่าปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนานๆครั้ง และเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงมากสามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในระดับน้อย นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย กล่าวว่าสามารถยอมรับกับสภาวะที่เป็นอยู่ได้ เนื่องจากหลีกเลี่ยงปัญหาไม่พ้น ต้องมีชีวิตอยู่กับโรคนี้ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย ระบุว่าสามารถปรับตัวได้ เพราะได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ ไม่รังเกียจคนที่เป็นโรคนี้ และยอมรับให้โรคนี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง

สามารถปรับตัวได้ มีการเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ดี และการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้ที่เป็นโรคนี้เหมือนตนเองอีกมากมาย จึงทำให้ไม่ท้อแท้ที่จะต่อสู้กับโรคนี้ต่อไปโดยยอมรับ และปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ให้โรคนี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย

เมื่อพิจารณาการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก จำนวน 30 ราย (ภาคผนวก ค) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล และความเครียด เรื่อง ภาพลักษณ์ของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย กล่าวคือ มีผื่นขึ้นตามร่างกาย มีน้ำหนักตัวลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกรงว่าจะทำให้ผู้อื่นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง รังเกียจ ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย ส่งผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตในสังคม บางรายมีพฤติกรรมต่อต้านหรือหนีสังคม ไม่อยากเข้าสังคม และไม่อยากพบปะเพื่อนฝูง (เกษตะวัน, 2544; ระวีวรรณ, 2545) โดยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายซบเซาไม่สามารถทำงานได้ หรือบางรายภาพลักษณ์เปลี่ยน เช่น มีตุ่ม ผื่นขึ้นทั่วร่างกาย จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทำให้เกิดความเครียดกับความไม่แน่นอนในชีวิตเพิ่มขึ้น (จริยาวัตร, อุษาพร, ชุตติมา, ราตรี และ อรชร, 2541; แนน้อย, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมใจ (2542) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ พบว่า สภาวะทางจิตใจและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเองมากที่สุด แต่จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 17 ราย ให้ข้อมูลว่าสามารถทำใจได้มากที่สุด เพราะได้รับกำลังใจและความจริงใจจากครอบครัว ไม่มีการรังเกียจ ไม่ซ้ำเติม รวมทั้งให้การช่วยเหลือในทุกๆด้าน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 รายให้ข้อมูลว่าไม่คิดมาก เพราะได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในสังคมกลางวัน มีการซักถามปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกัน และเพื่อนในกลุ่มเป็นเหมือนตนเอง ทำให้สามารถปรึกษาได้ทุกเรื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านจิตสังคมไม่สูงมากนัก โดยประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่า ได้แก่ ปัญหาอ่อนเพลีย ปัญหาไม่มีแรง และปัญหาเบื่ออาหาร (ตาราง 5) ซึ่งเป็นผลมาจากเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีความบก

พร้อมในการทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกัน และการกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกาย เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้น ระดับ CD4 เริ่มลดลงอยู่ระหว่าง 100-500 cell/mm ผู้ป่วยจึงอาจมีปัญหาลักษณะแบบเรื้อรังเป็นๆ หาย ๆ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ถึงกับอันตรายต่อชีวิต (พิกุล, 2539) และปัญหาลักษณะนี้จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค มีอาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ รวมทั้งการทำงานของร่างกายในลักษณะต่าง ๆ กัน หากไม่ได้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้มีการกระตุ้นการเจริญเติบโต และการขยายจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายอย่างรวดเร็ว จะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะต่างๆ จนทำให้มีสภาพร่างกายที่ทรุดหนักเร็วขึ้น (ประเสริฐ, 2541) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาทางด้าน ร่างกายเกิดความไม่สุขสบายจากความรุนแรงของโรค เป็นผลทำให้ร่างกายเกิดปัญหาอ่อนเพลียขึ้น โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการอ่อนเพลียมากกว่า 1 เดือน จะมีภาวะขาดอาหารและน้ำ การขาดอาหารประเภทโปรตีนและสารพลังงาน โดยเฉพาะการขาดวิตามินต่างๆจะมีผล อย่างมากต่อเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (เกียรติ, 2541) โดยปัญหาอ่อนเพลีย และไม่มีแรงมีสาเหตุมาจากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการ อุดจากร่าง และอาเจียน (ร้อยละ 68.8 และ ร้อยละ 28.8 ตามลำดับ) (ตาราง 5 ภาคผนวก ค) และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาลักษณะที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รายรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากอาการไข้ โดยมีอาการร้อนๆหนาวๆ ครั่นเนื้อครั่นตัว ลูกขึ้นทำอะไรไม่ได้ รองลงมาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายระบุว่า มีสาเหตุมาจากอาการไอ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการไอบ่อย ไอเป็นชุดๆ มีเสมหะสีขาว แต่มักเกิดไม่บ่อย และปัญหาไม่มีแรงกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากปัญหาท้องเสียมากที่สุดจำนวน 13 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างถ่ายเหลวเป็นน้ำไม่มีมูกเลือดปน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาการจึงทุเลา รองลงมา มีสาเหตุจากการที่กลุ่ม ตัวอย่างมีน้ำหนักลดลงมาก ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กจึงส่งผลให้มีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพของ ร่างกาย ซึ่งการมีปัญหาลักษณะอ่อนเพลีย และไม่มีแรงจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง (ปิยสุดา, 2542; พิกุล, 2539) ปัญหาลักษณะอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกือบทุกคน (เพชรน้อย และคณะ, 2545) และเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของโรคโดยอาจเป็นอยู่หลายเดือน (เกียรติ, 2541)

ส่วนปัญหาเบื่ออาหารเป็นปัญหาลักษณะที่พบมากที่สุดอันดับ 3 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาลักษณะที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ทำให้รับรู้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายรับรู้สาเหตุที่ทำให้เบื่ออาหาร เนื่องมาจากการมีฝ้าขาวในปากซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อติดเชื้อมัยโคแบคทีเรีย และมะเร็งคาโปซิซาร์โคมาบริเวณเยื่อใน

ช่องปาก หลอดอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยเจ็บคอ กลืนลำบาก (เกียรติ, 2541; สุริพร, 2537) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย มีอาการคลื่นไส้ ซึ่งอาการนี้เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้กลืนอาหารที่อุ่นหรือรับประทานอาหารที่มีกลิ่นฉุน เช่น ผักชี จากสาเหตุเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความอยากอาหารลดลงจึงเบื่อกที่จะรับประทานอาหาร

เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาความรู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม และรู้สึกไม่ยอมเข้าสู่สังคมตามลำดับ (ตาราง 5) สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี โดยก่อนติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 6.3 และหลังติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอีก คิดเป็นร้อยละ 13.7 (ตาราง 3) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 18 รายรับรู้ว่าคุณเองมีความเครียดเนื่องจากมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมีน้ำหนักลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย รองลงมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย รับรู้ว่าคุณมีความเครียดเนื่องจากผู้ที่ เป็นโรคนี้ไม่สามารถทำนายอนาคตของตนเองได้ จากที่เคยสามารถทำงานได้เมื่อประสบกับปัญหาสุขภาพมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ไม่มีอาชีพ หรือต้องหยุดงาน เนื่องจากศักยภาพในการทำงานลดน้อยลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีความมีคุณค่า ความผาสุกลดลงด้วย (วราพร, 2545) จึงเป็นผลทำให้เกิดปัญหาวิตกกังวล เครียด และไม่ยอมเข้าสู่สังคมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล (2539) เรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ความเจ็บป่วยทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น จนทำให้รู้สึกว่าปัญหานี้คุกคามต่อชีวิต ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ เป็นช่วงๆ หรืออาจเกิดต่อเนื่องเป็นระยะยาวก็ได้ (Dunchy, 1991; Jari et al., 2001)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด 17 ราย รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโรคนี้อยู่ ต้องตายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมจากความเชื่อที่ว่า การติดเชื้อเอชไอวี หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นผลจากพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม (เกษตะวัน, 2544; ระวีวรรณ, 2545) รองลงมาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย รับรู้ว่าคุณชีวิตไม่มีเป้าหมาย รู้สึกว่าคุณเองไม่มีความหวังในชีวิต ท้อแท้ใจ ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยน

แปลงไป และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายพบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 15 ราย รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง เนื่องจากต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักรวมทั้ง สูญเสียคู่ชีวิต จากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่คิด และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย รู้สึกตนเองด้อยคุณค่าไม่สามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้ เนื่องจากตนเองมาเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ต้องขอเงินจากทางบ้านมาใช้จ่าย เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองต่อเนื่องนั้น ทำให้ไม่สามารถทำนาย หรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้ (แน่น้อย, 2536) จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างพบปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เหล่านี้จำนวนมาก

3. วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปัญหาสุขภาพ และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือปัญหาอ่อนเพลีย (ร้อยละ 85) และรองลงมาปัญหาไม่มีแรง (ร้อยละ 78.8) (ตาราง 6) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายเป็นการปฏิบัติที่สามารถทำได้ง่าย แต่จะปฏิบัติหลังจากปัญหาอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรงทุเลา รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายให้เหตุผลว่าเลือกใช้ เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และปัจจุบันมีสิ่งพิมพ์/สื่อต่างๆรณรงค์ให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายเพราะจะเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ส่งเสริมการทำงานของอวัยวะทุกระบบ มีผลต่อการไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบการย่อยอาหาร และระบบ ขับถ่าย รวมทั้งส่งผลต่อด้านจิตใจด้วย (Nieman, 1997) และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพ โดยการเดิน วิ่งเหยาะๆ ทำท่ากายบริหาร ยกแขน ยกขาสะบัดไปมา บางรายก็ทำงานบ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นการออกกำลังกายของตนเองซึ่งสอดคล้องกับความหมายการออกกำลังกายของเพนเดอร์ (1996) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการปฏิบัติตามหลักการออกกำลังกายอย่างชัดเจนตามหลักของการออกกำลังกายว่าต้องมีความถี่ ความสม่ำเสมอ และความหนักเบาของการออกกำลังกาย (Stewart, 1998 อ้างตาม สุวิมล, 2545) ซึ่งผลหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายทำให้รู้สึกตัวตนเองแข็งแรง สดชื่นขึ้น และตนเองยังมีคุณค่า สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ ซึ่งการ

ออกกำลังกายมีผลดีต่อสุขภาพ สามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ฉะนั้นจึงเป็นวิธีที่นิยมปฏิบัติมาก สอดคล้องกับการศึกษาของคริกเซย์ และคณะ (Kirksey et al., 2002) เรื่องการใช้บริการสุขภาพ แบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 246 ราย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการ อ่อนเพลีย จำนวน 29 ราย มีวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยเลือกใช้วิธีการออกกำลังกาย/ การเดินมากที่สุด จำนวน 16 ราย และจากการศึกษาของปิยวรรณ (2542) เรื่องผลของการฝึกตาม โปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ออกกำลังกายมีค่าสมรรถภาพการจับออกซิเจนสูง และค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังการ ทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม ผลคือกลุ่มออกกำลังกายมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย ดังนั้นการ ออกกำลังกายจึงทำให้สมรรถภาพทางกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สูงขึ้นด้วย

ส่วนการใช้อาหารเสริมเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการกับ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาเบื่ออาหาร (ร้อยละ 73.8) (ตาราง 6) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ว่าปัญหาการเบื่ออาหารเป็นสาเหตุทำให้น้ำหนักตัวลดลง เกิดการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อ สุขภาพ ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงเป็นเหตุให้มีโอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา (เกียรติ, 2541) ซึ่งจากการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีฟันในปากจำนวน 30 ราย คิดเป็น ร้อยละ 37.5 (ตาราง 5 ภาคผนวก ค) จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่ มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 17 ราย ให้เหตุผลว่า เลือกใช้เนื่องจากกินได้ง่าย/ไม่ต้องเคี้ยว รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายให้เหตุผลว่า กินดูเผื่อหาย จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างแสวงหาการรักษาโดยการรับประทาน อาหารเสริม โดยอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานเป็นอาหารเสริมสำเร็จรูป โดยในปัจจุบันมีการใช้ แนวคิดให้อาหารเป็นยาในการป้องกันโรค ด้วยการปรับวิธีการรับประทานให้เหมาะสม และได้ ขนาดที่จะทำให้อาหารออกฤทธิ์เป็นยาได้ (Duesberg, 1992 อ้างตาม พัชรี, 2540) ซึ่งจากการ ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.8 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิด เป็นร้อยละ 83.7 (ตาราง 3) จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ โดยรับประทานอาหารเสริมได้ ถึงแม้จะมีราคาสูงก็ตาม กลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลการรับประทาน อาหารเสริม จากการพูดคุยกันในกลุ่มสังคมกลางวัน และบางส่วนได้จากการอ่านหนังสือ/ดู โทรทัศน์ สำหรับผลที่ได้รับหลังจากการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีการรับประทานอาหาร เสริม จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายที่ให้ข้อมูลว่าดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 รายให้ ข้อมูลว่าใช้แล้วได้ผลเหมือนเดิม แต่ยังรับประทานต่อไปเพราะดีกว่าไม่ได้รับประทานอะไรเลย สอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร และคณะ (2542) เรื่องผลของการให้อาหารเสริมในผู้ติดเชื้อ

เชอไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเชอไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 173 คน ประกอบด้วยกลุ่มศึกษา 103 คน และกลุ่มควบคุม 70 คน การรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ทำซ้ำทุก 3 เดือน ตลอดโครงการ 6 เดือน ผลของอาหารเสริม (ข้าว ถั่วเหลือง และถั่วลิสง หรือข้าวขาว จำนวน 80 กรัม/คน/วัน แป้งนมถั่วเหลือง 400 กรัม/คน/สัปดาห์ และนม pan enteral) ที่ให้ตามโครงการ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีน้ำหนักตัวลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น การให้โภชนบำบัดให้แก่ผู้ติดเชื้อเชอไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้รับในปริมาณอาหารมากขึ้นกว่าสภาพปกติ และช่วยชะลอการลดลงตามธรรมชาติของน้ำหนักตัว ช่วยชะลอการดำเนินของโรคของผู้ติดเชื้อเชอไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อีกหนทางหนึ่ง

การทำสมาธิเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำสมาธิ ใช้จัดการกับปัญหาความรู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆก็ตาม รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆก็ตาม รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย (ตาราง 7 และ ตาราง 8) จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 รายให้เหตุผลว่าเนื่องจากการที่ตนเองนับถือศาสนาพุทธ เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็มีศาสนาเป็นที่พึ่ง เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 78.2 (ตาราง 3) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การทำสมาธิในการจัดการกับปัญหาสุขภาพทั้งด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างสนใจหันมาทำสมาธิ เพราะได้อ่านจากหนังสือทราบว่าสามารถบำบัดจิตใจได้ หลังจากนั้นนำสิ่งที่ได้อ่านมาเล่าต่อให้เพื่อนๆในกลุ่มสังคมนางวันฟัง จึงทดลองปฏิบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการทำสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน ทำทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักทำช่วงก่อนนอน เพราะจะมีจิตใจสงบ ไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งสอดคล้องกับที่วอร์ด (2537) กล่าวว่า การทำสมาธิเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้จิตสงบ ซึ่งสามารถทำได้ทุกสถานที่ ทำได้ตลอดเวลาทั้งวันไม่ว่าจะนั่ง นอน เดิน และผลที่ได้รับหลังจากการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีการทำสมาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ดีขึ้น กล่าวคือ ทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่านจิตใจสงบ สบายใจมากขึ้น จากที่เคยท้อแท้คิดฆ่าตัวตาย เมื่อมีสติเกิดขึ้นจึงหยุดความคิด และการกระทำเช่นนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเกษตะวัน (2544) เรื่องผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 13 คน รูปแบบของการปฏิบัติธรรมประกอบด้วย การรักษาศีล การทำสมาธิ และการเกิดปัญญา ตลอดระยะเวลา 6 ค่ำ 7 วัน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการปฏิบัติธรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่าก่อนอบรม และยังสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของนิรัช (2539) เรื่องศึกษาวิถีทางแห่งพุทธศาสนกับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษา: การฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ ณ วัดดอยเก็ง พบว่า ผู้รับการฝึกสมาธิมีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น อาการแทรกซ้อนต่างๆ ทุกเลาหลงหรือหายไปมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.1-1.65 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ เนื่องจากความศรัทธาและความสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

นอกจากนั้น ผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย ถึงวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยที่สุดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.2 เพื่อใช้จัดการกับปัญหาเรื่องผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 18.7 รองลงมาคือปัญหาเรื่องตุ่มตามผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ 16.2 และวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 82.5) เลือกใช้รองลงมาคือ การออกกำลังกาย โดยใช้จัดการกับปัญหาสุขภาพอ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือปัญหา ไม่มีแรง คิดเป็นร้อยละ 21.1 (ตาราง 9) ซึ่งการใช้สมุนไพรเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บ่อยที่สุด เนื่องจากเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับวิถีชีวิตคนไทยมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน (ไมตรี, สุจินดา และ ยงยุทธ, 2544) ซึ่งแตกต่างจากวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีอื่น เช่น การฝังเข็ม มีกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เพียงรายเดียวโดยเลือกใช้เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพเรื่องอ่อนเพลีย อาจเนื่องจากวิธีการฝังเข็ม กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ต้องให้บุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญฝังเข็มให้ผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยขัดขวางในการเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และการร่ำรวยเงินพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการนี้ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน อาจเนื่องจากยังไม่เป็นที่แพร่หลายในผู้ปกครองกลุ่มนี้ วิธีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 รายนำสมุนไพรรับประทาน (ต้ม) ซึ่งวิธีนี้เหมาะกับสมุนไพรที่มีสารสำคัญละลายมาในน้ำ การดูดซึมค่อนข้างดี แต่รสชาติไม่ดี (รุ่งระวี และอาทร, 2542) อ้างตาม พัชรี, 2544) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเอาสมุนไพรทุกชนิดตามสูตรต้มเคี้ยวเอาเฉพาะน้ำ การรับประทานยาสมุนไพรอีกวิธีที่พบคือการนำสมุนไพรมาบดเป็นผงแล้วผสมกับน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอนนำไปฝังแดดจนแห้งแล้วนำมารับประทาน ซึ่งวิธีนี้เหมาะกับสมุนไพรที่มีการละลายน้ำยากหรือ กลิ่น รสไม่ชวนรับประทาน นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 รายมีการใช้สมุนไพรโดยการอบ ซึ่งหลักการอบสมุนไพร คือต้มสมุนไพรกับน้ำจนเดือด ใส่น้ำ น้ำมันหอมระเหย และสารละลายต่างๆ ซึ่งอยู่ในตัวสมุนไพรจะออกมาสัมผัสผิวหนัง (เพชรน้อย และ คณะ, 2545) และมีกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 28 ราย ใช้การประคบสมุนไพรเป็นอีกวิธีหนึ่งของการนำสมุนไพรมาใช้ โดยตำสมุนไพรให้ละเอียด ห่อผ้าเป็นลูกแล้วนำไปนึ่งจนร้อน หลังจากนั้นนำมาประคบภายนอกร่างกายบริเวณผิวหนัง โดยแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกใช้สมุนไพร คือ การที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย ได้รับความบอกต่อกันมาจากเพื่อน รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 รายได้รับคำแนะนำจากญาติ ผู้ที่

เคยผ่านประสบการณ์นั้นมา ซึ่งการที่ได้เห็นตัวอย่างผู้ที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานนั้นแล้วได้ผลดี ทำให้มีความมั่นใจในการใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีนั้นมากขึ้น และจากสิ่งพิมพ์/สื่อโฆษณา โดยพบว่าปัจจัยเสริมเหล่านี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยมีการใช้สมุนไพรมากขึ้น และทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่ว่าด้วยการสนับสนุนทางสังคม กล่าวว่า การอยู่ร่วมกันของคนทุกคนในสังคมย่อมนำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทย เมื่อมีคนเจ็บป่วยจะมีการไปเยี่ยมเยียน และให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ (Gee, 1988 อ้างตาม พัชรี, 2544) และเมื่อได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ก็ จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นๆ ทำให้รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง สังคมไม่รังเกียจ ยังมีบุคคลรอบข้างห่วงใย และเมื่อพิจารณาถึงเวลา ความถี่ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 รายปฏิบัติเป็นเวลาที่เหมาะสมประจำ โดยจะดื่มน้ำสมุนไพรทุกวัน วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 รายใช้บ้านเป็นสถานที่ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เพราะสะดวกในการทำกิจกรรม และผลของการใช้สมุนไพรพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายให้ข้อมูลว่าอาการทุเลา โดยผู้ที่มีปัญหาเรื่องผื่นคัน รู้สึกว่าจุดดำจางลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรน้อย และ คณะ (2545) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยที่มอสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทย และการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการรับประทานยาสมุนไพรร้อยละ 100 การใช้การอบสมุนไพรร้อยละ 74.1 และสมุนไพรสำหรับการประคบร้อยละ 50 และจากการศึกษาของวาสนา (2540) เรื่องการใช้ยาสมุนไพรรักษา อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการ ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองในการรักษาอาการแทรกซ้อน สาเหตุที่เลือกใช้เพราะหาง่าย โดยทางกลุ่มได้หาสมุนไพรในท้องถิ่นมาใช้เอง วิธีการใช้แล้วแต่ชนิดของพืชสมุนไพร และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอาการ เช่น อาการผื่น คัน ไข้ หัวขมื่นอ้อยทูปเอาน้ำมาทา ส่วนใหญ่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบปัญหาสุขภาพ การรับรู้ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ตามปัญหาสุขภาพ ว่ามีวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่หลากหลายรูปแบบ และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 80 ราย เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะมีวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่แตกต่างกันมากกว่าหนึ่งวิธี ตามการรับรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคล ด้วยเหตุผลของความต้องการที่จะสร้างทางเลือกหลายๆ ทางให้ตนเองมีสุขภาพที่ปกติสุข และ ยืนยาว โดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของตนเอง