

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในทศวรรษที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ยังเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจในการแสวงหายุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่อหาทางในการแก้ปัญหา โดยเน้นการหาทางเลือกในการป้องกัน การบำบัดและการฟื้นฟูผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีผู้ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1.4 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยเอดส์ 48,000 คน (Brachman, et al. cited in Mullins, 1996) สำหรับประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกใน พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 มกราคม 2540 ประมาณว่ามีผู้ป่วยเอดส์สะสมถึง 55,443 ราย (กองระบาดวิทยา, 2540) และมีรายงานในครั้งนีพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 15,011 ราย โดยปี 2537 มีอัตราการตายด้วยโรคเอดส์เท่ากับ 6.4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน แนวโน้มในอนาคตจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีใหม่หรือเพิ่มขึ้นดังตารางที่ 1.1 ตารางที่ 1.1 ประมาณจำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ด้วยวิธีการต่าง ๆ สำหรับ พ.ศ. 2528-2548

ปี พ.ศ.	WHO ^a	NESDB ^b	Macrosimulation ^c
2541	131,533	64,945	66,400
2542	161,468	67,949	63,500
2543	188,298	66,153	59,800
2544	210,061	64,835	55,500
2545	225,686	65,191	50,900
2546	235,068	66,372	46,000
2547	238,893	67,830	41,200
2548	238,331	69,558	36,600

แหล่งที่มา : ชัยยศ คุณานุสนธิ์ (2541). การประมวลและสังเคราะห์ความรู้ เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม (บรรณาธิการ). ตารางที่ 2 หน้า 5.

^aBurton T, *EpiModel* 1992

^bNESDB, medium variant, October 1994

^cSurasiengsung S (Personal communication), A macrosimulation model, 1997

การระบาดของเอ็ดส์ ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดการทบทวนกิจกรรมการใช้เทคโนโลยีต่างประเทศ สำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอ็ดส์ในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ระบบการให้คำปรึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยกลางวัน การให้การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่สำคัญที่สุด คือ ข้อพิจารณาในด้านการนำเทคโนโลยีการวินิจฉัย และรักษา ตามคำแนะนำของโลกตะวันตกมาใช้ในประเทศไทยว่าจะสามารถนำมาใช้ได้เลยหรือสมควรศึกษาเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและงบประมาณที่มีในส่วนของงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคเอ็ดส์เริ่มในงานป้องกันกามโรคตั้งแต่ พ.ศ. 2530 แต่ได้เป็นรูปร่างในปี พ.ศ. 2534 และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 180,662,087 บาท (ปีงบประมาณ 2534) เป็น 637,492,000 บาท (ปี 2535) เป็น 1,121,540,700 บาท (ปี 2536) เป็น 1,142,536,800 บาท (ปี 2537) เป็น 1,558,350,500 บาท (ปี 2538) และเป็น 2,057,096,000 (ปี 2539) แต่เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 คือ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 ซึ่งมีภาวะชłodตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ ก็มีผลทำให้งบประมาณเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเอ็ดส์ถูกปรับลดลงไปด้วย (ชัยยศ คุณานุสนธิ 2540 : 4)

การวิจัยอาจจะเป็นทางออกสำหรับภาวะวิกฤติที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ ทั้งนี้เพราะผลกระทบจากเอ็ดส์ทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาคบ่งชี้ชัดเจนว่า การนำเทคโนโลยีการรักษาแบบตะวันตกมาใช้ในทันทีเลยนั้นจะก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง และรัฐก็จะไม่สามารถลดความแตกต่างขนาดมหึมาเหล่านั้นได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อหาหนทาง การดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด และจะเป็นการดึงเอาทรัพยากรจากภนาชาติมาเกื้อหนุนสังคมไทยได้ด้วย

ขอบเขตการศึกษาวิจัยทางคลินิกไม่น่าจะจำกัดเฉพาะการใช้ยาแผนปัจจุบันเท่านั้น หากควรครอบคลุมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ทางแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาบรรเทาอาการ (Palliative care) ไปด้วย และที่สำคัญมาก คือ การประยุกต์ใช้วิธีการตรวจ วินิจฉัย ติดตามผลการรักษา ว่าการใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเป็นเพียงไร และจะปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างไรบ้าง เนื่องจากในด้านการรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ให้หายขาดยังอยู่ในระยะการแสวงหาแต่ยังหาวิธีที่ชัดเจนไม่ได้ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเอ็ดส์ต้องแสวงหาแหล่งการรักษาหรือบำบัดด้วยตนเองมากขึ้น และปัจจุบันอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเอ็ดส์มีมากขึ้น จนมีผู้กล่าวว่า การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นเรื่องธรรมดา (Faulstich, 1985) และนับวันปัญหาการป่วยและการตายของผู้ป่วยเอ็ดส์นับวันจะส่งผลกระทบต่อเชิงสังคมและจิตวิทยาเป็นอันมาก เพราะโรคเอ็ดส์ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลง เช่น สูญเสียงาน เพื่อน ครอบครัว สูญเสียความหวัง (Nottingham, 1990)

ในปัจจุบันต้องยอมรับว่า วัดเป็นแหล่งพึ่งพาการบำบัดรักษาของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ขณะเดียวกันพบว่าในโรงพยาบาลของรัฐเองก็ยังไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ ทั้งหมด วัดจึงเป็นแหล่งบริการอีกแหล่งหนึ่งที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ใช้เป็นแหล่งความหวังในการบำบัดรักษา การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดจึงเป็นเพียงการบำบัดหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ มิให้รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอื่น เนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพในเรื่องของภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง มีความเจ็บปวดง่าย (บรรจง คำหอมกุล, 2535) และมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก มีปัญหาด้านจิตใจได้ง่าย ครอบคลุมแนวคิดในการดูแลรักษาของบุคลากรสุขภาพบางส่วนที่มีเจตคติทางลบทำให้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์เป็นรูปแบบที่ต้องแสวงหาการรักษาโดยพึ่งพาแหล่งบริการอื่น ๆ ทำให้ขาดเป้าหมายในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย จึงมีส่วนทำให้ ผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การแสวงหาทางเลือกเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรศึกษา หน้าที่หลักสำคัญประการหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพ คือ การบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไปโดยเร็วที่สุดเพื่อให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับการบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Henderson, 1991) แนวคิดปัจจุบันการบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (Billar, 1970) ส่วนวิธีบรรเทาความเจ็บป่วยด้วยวิธีอื่นนอกจากการให้ยาแก้ปวด เช่น การใช้ความร้อนและความเย็น ซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดและช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ (Bonica, 1990; Lehamane et al. 1981) ในผู้ป่วยโรคเอดส์ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ด้วยการใช้การอบสมุนไพรทั้ง ๆ ที่สมุนไพรบางชนิดมีประโยชน์ จากการทบทวนการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในเรื่องการอบสมุนไพร พบว่า เป็นวิธีการบำบัดและบรรเทาอาการของโรคที่ประหยัด เช่น โรคภูมิแพ้ที่ไม่รุนแรง หัวดีเรื้อรัง อาการปวดเมื่อยตามร่างกายทั่ว ๆ ไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540) นอกจากนี้ในหลักการวิทยาศาสตร์ พบว่า การใช้ความร้อนสามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดได้โดยเพิ่มความร้อนและการหมุนเวียนโลหิต และส่งเสริมการหายของแผล (Lehman et al. 1989; Lidesy, 1990)

ดังนั้น ในขณะที่แสวงหาการรักษาผู้ป่วยเอดส์อยู่ น่าจะแสวงหายุทธวิธีช่วยบำบัดผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการความหวังในการดูแลจากสังคม การอบไอน้ำด้วยสมุนไพร จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการบรรเทาความไม่สุขสบายของร่างกาย และเป็นการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เป็นวัฒนธรรมไทยมาใช้ให้เกิดประโยชน์และประหยัดงบประมาณได้ส่วนหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

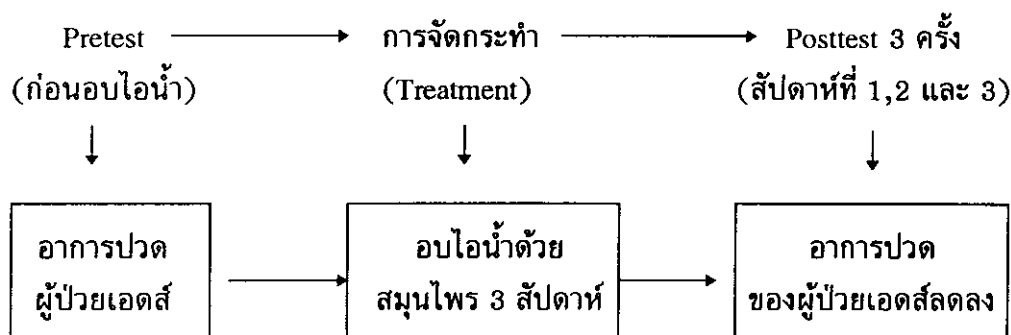
1. เพื่อศึกษาผลการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรต่อการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อศึกษาต้นทุนของการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรของผู้ป่วยเอดส์ในวัดแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาความพอใจของผู้ป่วยเอดส์ที่อบไอน้ำจากสมุนไพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมการเจ็บปวดหนึ่งคือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของเมลแซกและจอลล์ (Melzack and Wall, 1965) ซึ่งสรุปได้ว่า สัญญาณประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่หรือแอล (L) และใยประสาทขนาดเล็กหรือเอส (S) โดยใยประสาทขนาดใหญ่จะนำความรู้สึกสัมผัสแรงกดการสั่นสะเทือนความร้อนและความเย็น ส่วนใยประสาทขนาดเล็กจะนำความรู้สึกเจ็บปวด สัญญาณประสาทที่ผ่านใยประสาททั้งสองมีจะเข้าสู่ไขสันหลังทางส่วนหลัง (dorsal horn) แล้วแตกแยกออกเป็นสองทางคือ ส่วนหนึ่งจะส่งต่อไปที่เซลล์ต่อหรือเซลล์ที (transmission cell or T) เพื่อนำสัญญาณส่งต่อไปยังสมอง สัญญาณอีกส่วนหนึ่งจะส่งต่อไปที่ซับสแตนเชีย เจลาตินินหรือเอสจี (Substantia gelatinosa or S.G.) ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์ประสาทที่อัดแน่นอยู่บริเวณไขสันหลังส่วนหลังและเป็นบริเวณที่ไม่ใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็กมาบรรจบกับเอสจีเป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (inhibitor neuron) ซึ่งทำหน้าที่ปรับสัญญาณประสาทที่ผ่านเข้ามาสู่ไขสันหลัง โดยจะหลั่งสารสื่อประสาทที่ไปยังเซลล์ส่งต่อ การทำหน้าที่ยับยั้งของเอสจินั้นจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับหลังสัญญาณประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่หรือขนาดเล็ก ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีหลังสัญญาณประสาทมากกว่าใยประสาทเล็กก็จะมีอาการกระตุ้นเอสจีที่ทำงาน ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทไปสู่เซลล์ส่งต่อ จึงไม่มีการส่งสัญญาณต่อไปสมอง เรียกว่า “ประตูปิด” หรือมีการควบคุมประตู (gate control theory) ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดจะไม่เกิดขึ้นถ้ามีสัญญาณประสาทเพิ่มมากขึ้นในใยประสาทขนาดเล็กก็จะทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของเอสจี ประตูจะเปิดสัญญาณประสาทผ่านประตูเข้าสู่เซลล์ส่งต่อเพื่อไปสู่สมองทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดซึ่งสัญญาณประสาทที่ผ่านกลไกการควบคุมเจ็บปวดของไขสันหลังแล้วนี้จะผ่านไปสู่มองและระบบเคลื่อนไหวของร่างกาย

จากแนวคิดดังกล่าวนี้ สามารถใช้อธิบายความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคเอดส์จากพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าก่อให้เกิดการรับรู้อาการเจ็บปวด ดังนั้นการใช้ไอน้ำซึ่งเป็นความร้อนชนิดเปียก (moist heat) จะเป็นตัวนำพาความร้อนไปสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงและความร้อนสามารถผ่านเข้าไปได้จนถึงชั้นของหนังแท้ (Swezey, 1978; Bengston, 1984) ความร้อนจะทำให้เกิดผลตอบสนองทางสรีระเพื่อผลในการรักษาควมมีอุณหภูมิในระดับ 36.6-43.0 องศาเซลเซียส (Bonica, 1990) ความร้อนในระดับนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและเพิ่มอัตราการหมุนเวียนโลหิต ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอยช่วยทำให้การหายของแผลเร็วขึ้น ช่วยลดการอักเสบ ลดอาการผื่นคันและรักษาอาการปวดที่ข้อหรือเอ็น (Lehmann, 1989) นอกจากนี้ผลการศึกษการใช้ความร้อนในการลดความเจ็บปวด พบว่า การนึ่งน้ำอุ่นสามารถลดความเจ็บปวดที่เกิดจากการติดหรือการฉีกขาดของแผลฝีเย็บได้ดีกว่าการใช้วิธีการประคบเย็น

(Hill,1989; สุจินตนา พันธุ์กล้า, 2532) การอบไอน้ำด้วยสมุนไพรเป็นการใช้ความร้อนกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เพื่อไปกระตุ้นซัสแตนเฟีย เจลาติซ่า ให้ยับยั้งการนำสัญญาณประสาทที่จะส่งไปยังเซลล์ส่งต่อ ทำให้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ได้ ไอน้ำจากสมุนไพรยังช่วยให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณระบบทางเดินหายใจดีขึ้น ช่วยทำให้เกิดความชุ่มชื้นและความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดการกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ อันอาจจะทำให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาแก้ปวด และเป็นทางเลือกที่ประหยัดในการดูแลตนเองอีกทางเลือกหนึ่ง



แผนภูมิที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่สมัครใจในการบำบัดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดด้วยการอบไอน้ำจากสมุนไพร เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้ารับการรักษาในวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้

นิยามศัพท์การวิจัย

ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV+ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่วัดและมีใบรับรองผลการตรวจจากแพทย์ว่ามีแอนติเอชไอวี แอนติบอดี หรือเอชไอวี แอนติเจนในเลือด ด้วยการตรวจเบื้องต้น เช่น การตรวจด้วยวิธีอีไลซา (ELISA) พบผลบวก

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการของโรคที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งมีด้วยกัน 25 โรค ตามนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคเอดส์, กองโรคเอดส์, คณะทำงานพิจารณาร่างนิยามและแนวทางการเฝ้าระวังโรคเอดส์, 2536)

ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายทางด้านร่างกายของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์ มีผลทำให้ผู้ป่วยตอบสนองโดยแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวด โดยผู้ป่วยสามารถประเมินการปวดจากแบบประเมินในเรื่องตำแหน่งที่ปวด ลักษณะอาการปวดและระดับความรุนแรงในการปวด ด้วยแบบวัดการเจ็บปวด (Visual Analog Scale = VAS)

การอบไอน้ำด้วยสมุนไพร หมายถึง การอบเปียก ภายในห้องอบไอน้ำที่มีสมุนไพร จำนวน 13 ชนิด ในระดับอุณหภูมิ 38-42°C โดยเข้าอบใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที อบอาทิตย์ละ 2 ครั้ง