



รายงานวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอ็ดส์
ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเอง
แบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง

*(Development of Therapy and Nursing Care of AIDS by Team
of Therapeutic volunteer Using and Integrated Method of Traditional
Thai and Modern Self Care)*

เพชรน้อย ลีงท้งจ้งชัย
เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ
อรุณพร ธีรรัตน์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

2545

เลขหมู่	PA 622-95
Bib Key	221094

ISBN : 974-644-281-3

หัวข้อวิจัย	การพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง	
คณะผู้วิจัย	เพชรน้อย เพ็ญนภา อรุณพร	สิงห์ช่างชัย ทวีพย์เจริญ อิฐรัตน์
ปีที่ทำวิจัย	2542-2545	

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) แบบร่วมคิดร่วมทำและร่วมกันแสวงหาคำตอบการวิจัยระหว่างนักวิจัยและผู้ถูกวิจัย (Mutual Action Research Approach) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดไทยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 3 ปี ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ทีมอาสาสุขภาพประเมินและวางแผน (Assessment and planning phase) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบบำบัดพยาบาล ผู้ป่วยเอดส์ในวัด ขั้นที่ 2 ขั้นการทดลองปฏิบัติ (Implementation phase) นำรูปแบบการบำบัดพยาบาลที่ผ่านการยอมรับของวัดและผู้ป่วยมาทดลองใช้ (การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การปลูกสมุนไพร สาธิตการใช้สมุนไพรเพื่อใช้รับประทานและการนวด) ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (การเช็ดตัวลดไข้ การรู้จักรับประทานยาและการรู้จักวิธีการส่งต่อผู้ป่วย) หลังจากนั้นได้นำข้อดีข้อเสียของวิธีการบำบัดพยาบาลมาปรับปรุงใน ขั้นที่ 3 คือ ขั้นปรับปรุงรูปแบบการบำบัดผู้ป่วย (improving by changing phase) พบว่า นอกจากผู้ป่วยเอดส์จะยอมใช้ชีวิตบำบัดพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยยังมีการใช้ชีวิตบำบัดพยาบาลตนเองด้วยการใช้ความเชื่อเหนือธรรมชาติผสมผสานอยู่ คือ ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และต้องการให้พระสงฆ์เป็นหลักในการดูแลด้านการฟื้นฟูจิตใจมากที่สุด หลังจากดำเนินการมีส่วนร่วมในการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในวัดตลอด 3 ปี คณะผู้วิจัยจึงได้สรุปประเมินผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน ขั้นที่ 4 คือ ขั้นประเมินผล (Evaluation phase) ความเป็นไปได้ในรูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในวัด คือ ทีมอาสาที่ยังยินดีควรเป็นผู้ป่วยและบุคลากรในวัด ส่วนทีมอาสาในส่วนของทีมสุขภาพ ควรทำหน้าที่เป็นเพียง ผู้ให้ความรู้ ผู้ส่งต่อ ผู้ติดตามเยี่ยม ผู้ประสานงานและผู้สนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรไปควบคุมการดำเนินการดูแลเองทั้งหมด ส่วนการประเมินผลผลลัพธ์จากโครงการตามการรับรู้ของผู้ป่วยในวัดที่เข้าร่วม โครงการ โดยเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเจาะ จำนวน 222 คน (ตลอด 3 ปี) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .78 ผลลัพธ์สรุปได้ ดังนี้

วัดได้เปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยความเชื่อเหนือธรรมชาติเป็นการใช้วิธีการแพทย์แผนไทยเป็นหลักถือเป็นความสำเร็จของโครงการ และวัดได้จัดระบบทีมอาสาสุขภาพ โดยมีพระรับผิดชอบในด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิต การดูแลเรื่องสมุนไพรและจัดสิ่งแวดล้อมในวัด ส่วนผู้ป่วยที่แข็งแรงรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและติดต่อทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพในเรื่องการส่งต่อ ส่วนทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพควรทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Interface) เข้าไปติดตามให้การสนับสนุนกิจกรรมด้านการรักษาและพยาบาลจากการประเมิน ผลลัพธ์การให้บริการ พบว่าผู้ป่วยพอใจรักษาในวัดร้อยละ 100

และผู้ป่วยในวัดยังใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ร้อย 77.8 ความพอใจในการดูแลแบบการบำบัดการพยาบาลด้วยแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ป่วยพอใจการรับประทานยาสมุนไพรร้อยละ 100 (พอใจสมุนไพรของวัดในรูปยาต้ม ร้อยละ 100.0 ใช้การใช้ออบสมุนไพรร้อยละ 74.1 สมุนไพรสำหรับการประคบ ร้อยละ 50.0 พอใจการนวด ร้อยละ 85.6) และยังพอใจในการใช้วิทยาศาสตร์ดูแลตนเอง ร้อยละ 62.9 ส่วนความพอใจในการรักษาแบบแผนปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยพอใจการใช้ยาที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล คือ วิตามิน ร้อยละ 92.6 ยาต้านไวรัสและยาแก้ท้องเสียพอใจเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 88.9 พอใจยาแก้ปวดร้อยละ 66.7 และยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 55.6 พอใจระบบส่งต่อของสถานบริการน้อยที่สุด ส่วนคุณภาพชีวิตหลังเข้าโครงการรับการรักษาในวัด พบว่า ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 88.9 (คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสุขภาพอย่างละเท่า ๆ กัน ร้อยละ 88.9 ด้านสังคมดีขึ้น ร้อยละ 77.8 ด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ร้อยละ 33.3)

การวิจัยนี้ได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ว่าในบริบทวัฒนธรรมแบบไทย ๆ การใช้วัดเป็นฐาน โดยมีสถาบันแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขควบคุมมาตรฐานการดูแล ถือเป็นแหล่งสำคัญแห่งหนึ่งที่ช่วยผู้ป่วยเอดส์ได้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) ด้วยเมตตาธรรมและการเห็นอกเห็นใจในสภาพเดียวกัน ดังนั้น การบริการที่ผสมผสานด้วยการดูแล 2 ระบบยังมีความจำเป็นกับผู้ป่วยเอดส์ที่รอคอยวิธีการรักษาที่ยังหาคำตอบไม่ได้

Research Title	Development of Therapy and Nursing Care of AIDS by Team of Therapeutic Volunteer Using and Integrated Method of Traditional Thai and Modern Self Care
Author	Phechnoy Singchungchai,Ph.D. Pennapa Subcharoen,M.D. Arunporn Itharat,Assoc.Prof
Year	1999-2002

Abstract

This participation action research was conducted using a mutual action research approach with an objective of developing nursing therapeutic models for AIDS patients by a team of therapeutic volunteers employing an integrated nursing care of traditional Thai medicine and self care according to modern medicine at a Thai temple in the southern part of Thailand. The research was carried out over a period of three years and included a four-step cycle of action research approach. The first step was an assessment and planning phase by a health volunteer team to assess the feasibility of using a therapeutic nursing model for AIDS patients in a Buddhist temple. The second step was an implementation phase in which the therapeutic nursing models that had been approved by the temple and patients (herbal saunas, herbal hot compress, growing herbs, demonstration of how to use herbs for oral intake and for massage) were tried out in combination with modern medicine (troubing to lower the temperature, knowing how to take pain-killers and how to refer patients to a hospital). After that weak points of such nursing therapy were improved in the third step which was an improving by changing phase. It was found that AIDS patients used not only the above-mentioned nursing therapeutic methods but also self-care therapeutic methods along with supernatural beliefs while most of them desired to have Buddhist monks to care for their spirituality. After conducting this participation action research for three years, the research team carried out the fourth step which was an evaluation phase.

It was found that the possibility of nursing therapeutic care model for AIDS patients in the temple was that a sustainable team of volunteers should consist of patients and personnel of the temple; a team of health care volunteers should only act as a knowledge provider, referrer, monitor, coordinator and health care supporter, not an operator who controls and manages all operations. Regarding the awareness of patients under the 3-year project at the temple, 6,450 patients volunteering to participate, qualitative and quantitative data were collected using structured and unstructured interview forms which had been tested by three experts, of which the coefficient of reliability was .78. The results were as follows:

The temple had changed the nursing care approach from supernatural beliefs to traditional Thai medicine; this can be regarded as a success of the project. The temple had rearranged the team of health care volunteers by including monks in the team to take responsibility in mental rehabilitation, taking care of matters concerning herbs and arranging the environments in the temple. Patients who were in better condition than others participated in the team to be responsible for taking care of other patients and contact the team of health care officers in referring patients to hospitals. The team of health care officers should interface, monitor and support curative nursing activities.

Regarding patients' satisfaction with the services, 100 percent of the patients were satisfied with the treatment at the temple. In terms of therapeutic nursing care using traditional Thai medicine, 77.8 percent were satisfied with it. The percentages of patients satisfied with various aspects of traditional Thai medicine were: 100 percent were satisfied with taking medicinal herbs; 100 percent with boiled medicinal herbs; 74.1 percent with herbal saunas; 50 percent with application of hot herbal compress; 85.6 percent with massages; and 62.9 with supernatural activities.

As for patients' satisfaction with treatment using modern medicine, it was found that patients were satisfied with the medication they received from the hospital; 92.6 were satisfied with vitamins, 88.9 percent with anti-virus medicines and with medicines for diarrhea; 66.7 percent with pain-killers, and 55.6 percent with antibiotics.

Their satisfaction with other services revealed that their satisfaction with the referral system was the least. In regard to their quality of life after joining the treatment project at the temple, 88.9 percent perceived that they had better life quality; the percentages of both mental quality and physical quality were 88.9 percent; 77.8 percent perceived that they were better socially, and only 33.3 percent felt that they were better off economically.

This research showed that in the Thai context, Buddhist temples are important bases contributing to a normal life of AIDS patients emphasizing holistic and continuous care with mercy and sympathy for each other. Therefore, nursing care services combining two systems of traditional Thai medicine and modern medicine are necessary for AIDS patients waiting for treatment that is not yet to be answered.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข-ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง-จ
สารบัญ	ช-ซ
สารบัญตาราง	ญ-ฎ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.4 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.5 นิยามศัพท์การวิจัย	5
1.6 ขอบเขตการวิจัย	5
บทที่ 2 การทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 ระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย	6
2.2 ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์	8
2.3 แนวคิดการอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
3.1 ประชากรและตัวอย่าง	30
3.2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	31
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการวิจัย	36
4.1 บริบทพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม	37
4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการวิจัย	38
4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ (ข้อมูลเชิงปริมาณ)	38
4.2.2 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)	43
4.3 ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน	45

บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	88
5.1	ข้อมูลทั่วไป	88
5.2	ผลการพัฒนารูปแบบบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วย วิธีบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด แห่งหนึ่ง	89
5.3	รูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเอง แบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง	90
5.4	สรุปปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสา บำบัดด้วยวิธีบูรณาการทั้ง 2 วิธี	93
5.5	อภิปรายผล	93
5.6	ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	106

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากทีมอาสาสุขภาพจำแนกตามข้อมูล	39
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	40
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการการช่วยเหลือ	47
4 จำนวนผู้เข้ารับบริการอบสมุนไพรจำแนกเป็นรายเดือน	50
5 ตัวอย่างรายการยาสามัญแผนไทยและยาแผนปัจจุบัน ประจำวัด	52
6 การพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทย และการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันจากขั้นที่ 2	55
7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบำบัดพยาบาลแบบบูรณาการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน	57
8 การบำบัดพยาบาลและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัดด้วยแพทย์แผนไทยเมื่อเจ็บป่วยในปัจจุบัน (หลังโครงการสิ้นสุด)	59
9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบำบัดพยาบาลสุขภาพด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	60
10 ประเมินผลการอบด้วยสมุนไพร (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอาการของผู้ป่วยตาม HIV และ AIDS ด้วยยาสมุนไพร)	62
11 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการอบสมุนไพรหลังเสร็จสิ้นโครงการ	63
12 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่บำบัดด้วยอบสมุนไพร จำแนกตามอาการของผู้ป่วย	64
13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัดพยาบาลด้วยการประคบสมุนไพร	65
14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการรักษาด้วยการประคบสมุนไพร	66
15 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัดพยาบาลด้วยการนวด	67
16 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่บำบัดพยาบาลด้วยการนวด จำแนกตามอาการของผู้ป่วย	68
17 ประเมินผลร้อยละของการบำบัดดูแลตนเองด้วยวิธีการใช้ไสยศาสตร์	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
18	ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการให้สถาบันส่งเสริมแสดงบทบาทสถาบันส่งเสริมต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์	71
19	การบำบัดด้วยสมุนไพรของทีมอาสาสมัครและผู้ป่วยจำแนกตามอาการของผู้ป่วย และข้อมูลเชิงคุณภาพการใช้สมุนไพรสำหรับดูแลตนเอง จากประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ในขณะบำบัดรักษาในวัด	72
20	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในการบำบัดรักษาด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบัน	74
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในสรรพคุณของยา	85
22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในการพักอาศัยในวัด	86
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ในคุณภาพชีวิต หลังได้รับการบำบัดพยาบาล	86

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1.1	Conceptual Framework of research	4
3.1	แสดงการมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเอง แบบแผนปัจจุบัน	30
3.2	วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	33
3.3	แสดงกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยการบูรณาการวิธีการ แพทย์แผนโบราณกับการพยาบาลแบบปัจจุบัน	34
5.1	รูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัด ด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบัน ในวัดแห่งหนึ่ง	92

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย นับแต่มีการรายงานพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในปีพ.ศ.2527 หลังจากนั้นพบว่าการแพร่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ในปีพ.ศ.2527 ถึง พ.ศ.2539 พบผู้ป่วยเอดส์จำนวน 68,006 ราย และในปี พ.ศ.2540, พ.ศ.2541 และ พ.ศ.2542 พบผู้ป่วยเอดส์จำนวน 26,073, 25,439 และ 16,432 ราย ตามลำดับ รวมผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2543 จำนวน 156,309 ราย (กองระบาดวิทยา, 2543: 348) ในปัจจุบันนี้คาดว่าประมาณว่าประเทศไทย จะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 950,000 ราย หรือประมาณ 1:60 ของประชากรทั้งหมดซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์จากสภาวะที่เป็นโรคเอดส์ถึง 68,000 ราย (วิบูลกุลเจริญ, 2542 : 6) และสถานการณ์โรคเอดส์ในภาคใต้ พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปีในปี พ.ศ.2527 - พ.ศ.2539 จำนวน 4,655 รายและในปีพ.ศ.2540, พ.ศ.2541 และ พ.ศ.2542พบผู้ป่วยเอดส์จำนวน 2,574, 2,691 และ 1,250 รายตามลำดับ รวมผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2543 จำนวน 13,749 ราย (กองระบาดวิทยา, 2543: 363)

จากการที่ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นและประกอบกับสถานการณ์ต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถที่จะดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้อย่างครอบคลุมได้ทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่แตกต่างกันไป ส่วนหนึ่งก็รักษาตัวอยู่กับครอบครัว ชุมชนและวัด ซึ่งนับได้ว่าวัดเป็นแหล่งบริการอีกแหล่งหนึ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งหาแนวทางการบำบัดรักษา (บรรจง คำหอมกุล, 2535) ในประเทศไทยพบว่ามีวัดหลายแห่งที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยเอดส์และได้กระจายอยู่ในแต่ละภาค เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอนและวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้มีการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (Community base care for AIDS) (กองโรคเอดส์ 2542 : 2-5) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ เน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม มีการใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยใช้พื้นฐานแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์จะทำให้เกิดการประสานงานระหว่างภาครัฐ เอกชน สาธารณูปโภคและชุมชน ชุมชนจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่ในความเป็นจริงแล้วการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเอดส์กับชุมชนนั้นมียหลายลักษณะทั้งที่อาจจะอยู่ด้วยกันได้อย่างปกติสุขหรือไม่สามารถอยู่ด้วยกันได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปฏิกริยา เกิดปฏิสัมพันธ์ในลักษณะที่แตกต่างกันไป

ในปัจจุบันนี้ต้องยอมรับว่า วัดเป็นแหล่งพึ่งพิงการบำบัดรักษาของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ขณะเดียวกันพบว่าในโรงพยาบาลของรัฐยังไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ทั้งหมด วัดจึงเป็นแหล่งบริการอีกแหล่งหนึ่งที่ผู้ป่วยเอดส์ได้ใช้เป็นแหล่งความหวังในการบำบัดรักษา การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในวัดจึงเป็นเพียงการบำบัดหรือบรรเทาอาการต่างๆ มิให้รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาลุกลามซับซ้อนแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอื่น เนื่องจากการเกิดพยาธิ

สภาพในเรื่องของภูมิทัศน์ทางลดลงมีความเจ็บป่วยง่าย (บรรจง, 2535) และมีการแทรกซ้อนค่อนข้างมากมีปัญหาด้านจิตใจได้ง่าย ประกอบแนวคิดในการดูแลรักษาของบุคลากรสุขภาพบางส่วนที่มีเจตคติทางลบทำให้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์เป็นรูปแบบที่ต้องแสวงหาการรักษาโดยพึ่งพาแหล่งบริการอื่นๆ ทำให้ขาดเป้าหมายในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย จึงมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การแสวงหาทางเลือกเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรศึกษาหาที่นัยสำคัญประการหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพ คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไปโดยเร็วที่สุดเพื่อให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรค้นหาวิธีที่เหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย (Henderson, 1991) แนวคิดปัจจุบันการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (Billar, 1970) ส่วนวิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นนอกจากการให้ยาแก้ปวด เช่น การใช้ความร้อนและความเย็น ซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดและช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ (Bonica, 1990; Letamane et al., 1981) ในผู้ป่วยโรคเอดส์ยังไม่มีการวิจัยใด ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ด้วยการใช้การอบสมุนไพรแห้งๆ ที่สมุนไพรบางชนิดมีประโยชน์ จากการทบทวนการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในเรื่องการอบสมุนไพร พบว่าเป็นวิธีการบำบัดและบรรเทาอาการของโรคที่ประหยัด เช่น โรคภูมิแพ้ที่ไม่รุนแรง หัวดีหรือรังอากาศปวดเมื่อยตามร่างกายทั่วไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540) นอกจากนี้ในหลักการวิทยาศาสตร์ พบว่าการใช้ความร้อนสามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดได้โดยเพิ่มความร้อนและการหมุนเวียนโลหิตและส่งเสริมการหายใจของแผล (Lehman et al., 1989; Lidesy, 1990)

ดังนั้น วัดจึงเป็นแหล่งที่พึ่งพาของผู้ป่วยเอดส์ คณะผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนไทยมาช่วยบำบัดผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการความหวังในการดูแลจากสังคม ทางเลือกในการใช้การบำบัดด้วยวิธีแพทย์แผนไทยจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในวัด วิธีการอบไอน้ำสมุนไพร การรับประทานอาหารผักสมุนไพรที่มีผลต่อการเพิ่มความต้านทานของร่างกาย เช่น ฟักทะลายใจ ใพล ฆมิ้น ซึ่งเป็นสมุนไพรที่มีมากในท้องถิ่นและวัดสามารถปลูกเองและนำมาใช้เองได้ วิธีการดังกล่าวจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการบรรเทาความไม่สุขสบายของร่างกายและเกิดความหวังในการเลือกดูแลตนเองและเป็นการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เป็นวัฒนธรรมไทยที่สอดคล้องกับการใช้วัดเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในสมัยดั้งเดิมของไทยและยังเป็นวิธีที่ง่ายสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์และประหยัด งบประมาณในการซื้อยาแผนปัจจุบันได้ส่วนหนึ่ง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

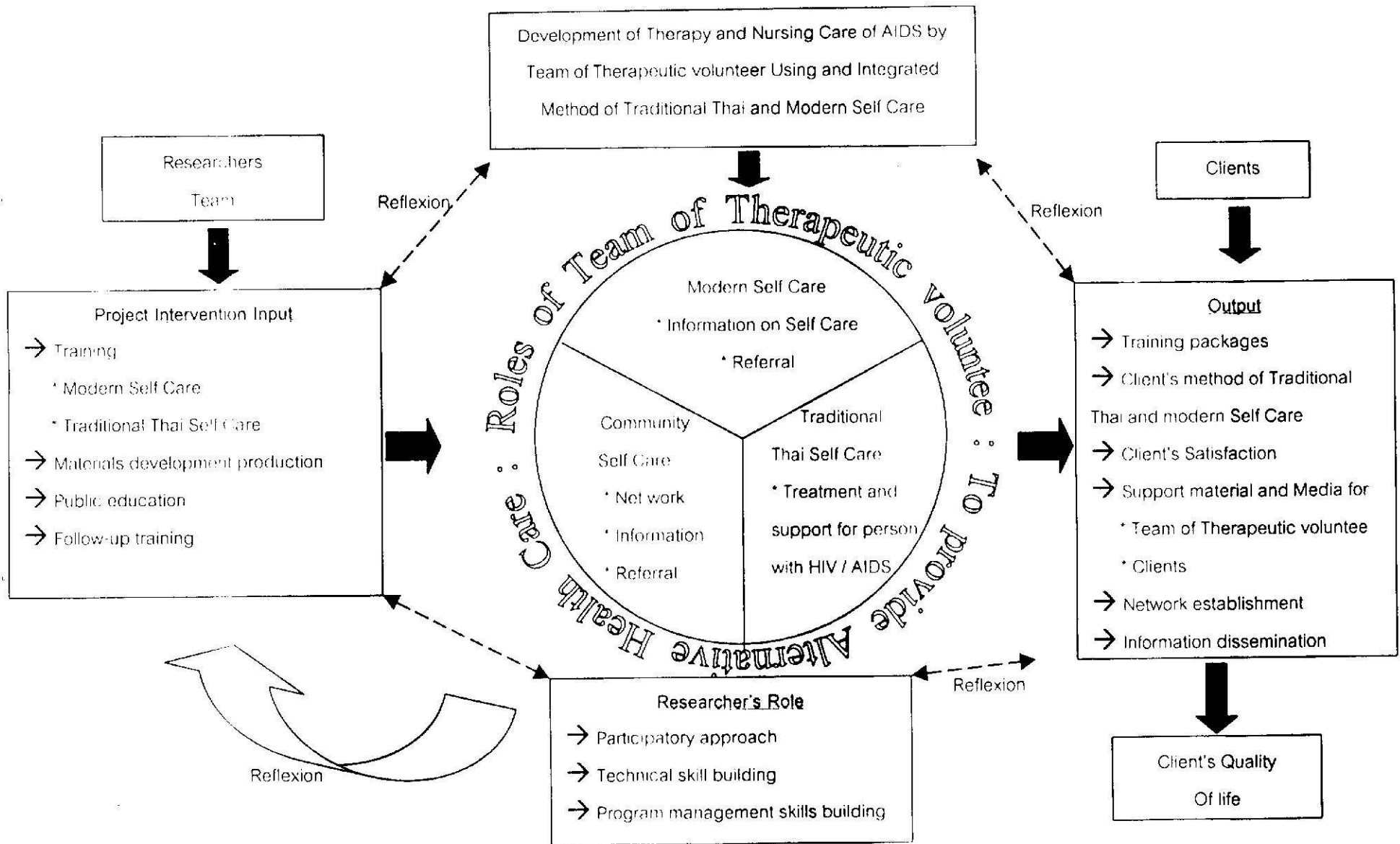
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีบูรณาการแบบแพทย์แผนไทยและดูแลตนเองตามแบบแผนปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพของชีวิต ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดรักษาและพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีบูรณาการแบบแผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบัน

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและความเป็นไปได้ในการตั้งศูนย์บริการบำบัดรักษาและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีบูรณาการแบบแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual of Research)

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง (Development of Therapy and Nursing Care of AIDS by Team of Therapeutic volunteer Using and Integrated Method of Traditional Thai and Modern Self Care) ได้ใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลตนเอง (Seeking behavior health theory) และแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) ของไคล์แมน (Kleinman, 1980) ซึ่งมีแนวคิดการมองระบบสุขภาพในเชิงความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นในบริบทของความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์เชิงสังคมระหว่างผู้ให้บริการ (provider) กับผู้รับบริการ (client) สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลสุขภาพ รวมทั้งสถานภาพของระบบการดูแลสุขภาพ โดยระบบดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่งๆ หมายถึง ระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบที่มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ระบบย่อย 3 ระบบจึงประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional sector) เช่นระบบการแพทย์แบบตะวันตกหรือการแพทย์สมัยใหม่ อีกระบบคือระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk sector) หรือการดูแลแบบทางเลือก (Alternative sector) หมายถึงการปฏิบัติการรักษาเยียวยาที่มีใช้รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์การแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่รักษาโดยไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพร และประเภทที่รักษาโดยใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น โสยศาสตร์และระบบสุดท้ายคือระบบการดูแลภาคประชาชน (Popular sector or Lay sector) หมายถึง ส่วนของการดูแลของประชาชนในชุมชนซึ่งถูกปลุกฝังถ่ายทอดสืบต่อมาทางวัฒนธรรมไทยประกอบด้วยบุคคลต่างๆ 4 ระดับคือผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคมและชุมชน (วัด) จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวคณะผู้วิจัย ได้นำแนวคิดนี้มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาโดยนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาเป็นเทคนิคในการดำเนินการวิจัย สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1.1



Client's Quality Of life

ภาพที่ 1.1 Conceptual Framework of research

14 ความสำคัญที่ได้รับจากภารกิจ

1. ได้แนวทางในการสร้างรูปแบบการให้บริการบำบัดรักษาและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีบูรณาการแบบแพทย์แผนไทยและดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดอย่างถูกต้องเป็นระบบ
2. ได้เป็นแหล่งรวมความรู้หรือภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในภาคใต้ที่นำองค์ความรู้ในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติในการบำบัดและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และผู้รับบริการอื่นๆ
3. ได้รูปแบบที่เหมาะสมเกี่ยวกับทางเลือกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์อันเป็นแนวทางในการหาวิธีปฏิรูปการให้บริการด้านสุขภาพต่อไป

15 นิยามศัพท์ภารกิจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยที่สมัครใจมาใช้บริการที่คลินิกของทีมงานอาสาสุขภาพในวัดแห่งหนึ่งที่ใช้เป็นสถานให้บริการ โดยตรวจพบว่าผู้ป่วยมีแอนติเอชไอวี แอนติบอดีหรือเอชไอวีแอนติเจนในเบื้องต้นจากผลใบตรวจเลือด (lab) ของสถานบริการที่เป็นผลเลือดเป็น (positive)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการของโรคที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งมีด้วยกัน 25 อาการตามนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลและบำบัดผู้ป่วยด้วยวิธีบูรณาการ หมายถึง การให้บริการดูแลและบำบัดผู้ป่วยด้วยการใช้วิธีแพทย์แผนไทยร่วมกับวิธีการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันร่วมกันโดยเป็นการดูแลในระดับต้นเท่านั้น

16 ขอบเขตภารกิจ

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการรับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบันนี้ เป็นการศึกษาต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ในรูปแบบทีมอาสาบำบัดและพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์

บทที่ 2

การทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนแนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีบูรณาการ การแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย
- 2.2 ทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเอดส์
- 2.3 แนวคิดการอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

2.1 ระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย

โรคเอดส์มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการค้นพบโรคเอดส์ครั้งแรกในปี 2524 (ค.ศ.1981) มีผู้ป่วยเอดส์เพียง 5 ราย และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดประมาณสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ทั่วโลก เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2542 ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 33.6 ล้านราย และในปี พ.ศ.2543 น่าจะมีผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 5.6 ล้านราย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้ประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในเด็กและผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตแล้วประมาณ 16.3 ล้านราย ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ.2543 เพียงปีเดียวจะมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ประมาณ 2.6 ล้านราย ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยนับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในปี พ.ศ.2527 จนถึง 31 สิงหาคม 2543 มีผู้ป่วยเอดส์สะสมถึง 151,322 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว (จำแนกตามปีที่เสียชีวิต) 4,172 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.6 ของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด และในปี พ.ศ.2542 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 21,809 ราย มีผู้เสียชีวิต (ตามปีที่เริ่มป่วย) 5,691 ราย และพบว่ามีการประจักษ์อาการแล้วสะสม 58,142 ราย เสียชีวิตแล้ว 5,979 ราย สำหรับปี พ.ศ.2542 ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อที่ประจักษ์อาการ 8,653 ราย และมีผู้เสียชีวิต 716 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) แนวโน้มของสถานการณ์โรคเอดส์ในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมามีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและสูงสุดในปี พ.ศ.2540 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ.2541 ถึงปัจจุบัน นอกจากนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นเอดส์สูงสุดในปี พ.ศ.2541 และเริ่มลดลงในปี พ.ศ.2542 แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลในปี พ.ศ.2542 ยังขาดความครบถ้วนในเรื่องเวลาและมีความล่าช้าในเรื่องของข้อมูลอยู่มาก หรือเกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้

ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตยืนยาวขึ้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและรู้จักการป้องกันตนเองมากขึ้นโดยใช้ถุงยาง 100% ซึ่งยังไม่อาจสรุปได้ชัดเจน (กองระบาดวิทยา, 2543)

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จะมีลักษณะอาการหลังติดเชื้อแตกต่างกันไป มีตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการไปจนถึงอาการของมะเร็ง หรือโรคติดต่อร้ายแรง และทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแบ่งอาการติดเชื้อโรคเอดส์ออกเป็น 3 กลุ่ม (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535)

1) *ระยะไม่ปรากฏอาการ* ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะไม่แสดงอาการใดๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะภายใน 3-4 สัปดาห์ อาการดังกล่าวจะหายไปโดยไม่ต้องรักษา

2) *ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์* ตรวจพบติดเชื้อเอดส์และผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการที่เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพักๆ หรือติดต่อกัน อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง มีน้ำหนักลดลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่าหนึ่งแห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน มีเชื้อราในปากและเป็นโรคงูสวัด

3) *ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์* เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันโรคลดลงมาก ทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่างๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อในระบบประสาท และการเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดฝอย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเอดส์ไม่จำเป็นต้องมีอาการตามระยะอาการตามลำดับ ผู้ป่วยซึ่งกำลังใจดี ดูแลตัวเองได้ดีถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่เข้าสู่ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์เลย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเผชิญปัญหาและการดูแลตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือมีผลต่อระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการของโรค

ในด้านการรักษา ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและได้ผลในการรักษาให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเสื่อมให้กลับมีขึ้นใหม่ได้ ทำได้เพียงการรักษาตามอาการของโรค เช่น เมื่อมีการติดเชื้อโรคหรือมะเร็งของหลอดเลือด ก็ให้การรักษาไปตามอาการของโรคหรือมีการใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของโรคเอดส์ คือ ยาไซโดวูดีน (Zidovudine หรือ (ZDV) หรือชื่อเดิมคือ อซิโดธัยมิดีน (azidothymidine) หรือ AZT ใช้รักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ แต่ยาจะมีผลข้างเคียงมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ขาดการสร้างเม็ดเลือด สำหรับยา ดีดีไอ (DDI) และดีดีซี (DDC) มีการปรับใช้ร่วม

กับผลข้างเคียงในการกดไขกระดูกน้อยกว่าการใช้ เอแซดที (AZT) แต่อาจทำให้เกิดการเจ็บปวดทางระบบประสาทส่วนปลายและตับอ่อนอักเสบ นอกจากนี้ใช้ยาแล้ว ยังมีวิธีเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันที่เสียไปโดยการเปลี่ยนไขกระดูก การกระตุ้นเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน เช่น อินเทอเฟอรอน แต่ต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม การรักษาอีกวิธีหนึ่ง คือ การรักษาสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและบริการสังคมสงเคราะห์ จะเห็นว่าวิธีการรักษาต่างๆ ที่ยังไม่กำจัดเชื้อ HIV ได้อย่างสมบูรณ์ ยังต้องมีการศึกษาทดลองวิธีการรักษาผู้ป่วยอีกมากมาย เช่น ทดลองใช้ยาต้าน รีโทรไวรัสหลายตัวร่วมกัน ใช้ยาที่กระตุ้นภูมิคุ้มกันร่วมด้วย หรือใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานซึ่งเป็นความหวังของผู้ป่วยเอดส์ที่รอคอยผลสำเร็จ

2.2 ทางเลือกในการดูแลสุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยเอดส์

ปัจจุบันจากการศึกษาพฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์ยังใช้การบำบัดรักษาด้วยวิธีการผสมผสานเพื่อยืดเวลาของชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ, 2538; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2536ก) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการแสวงหาบริการสุขภาพทางเลือก (Alternative Health) เช่นกัน (Allan, 1990 : 56-63; Barroso, 1995 : 44-53; Sowell et al., 1997; 18-26) จึงอาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันการดูแลตนเอง (Self care) ของผู้ป่วยเอดส์นี้ยังเป็นลักษณะการดูแลโดยใช้ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) หรือระบบการแพทย์คู่ขนาน ซึ่งโคล์แมน (Kleinman, 1980) ได้มีแนวคิดในการมองระบบการดูแลสุขภาพว่าเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งหมายถึงความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ รวมทั้งบทบาทของสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลเยียวยาสุขภาพ ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่งๆ หมายถึง ระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคมซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ที่มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งระบบย่อยดังกล่าวมีดังนี้ คือ (1) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional sector) (2) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk sector) และ (3) ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนหรือสามัญชน (Popular sector or Lay sector) ดังนั้นจากการวิจัยพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมดูแลตนเองแบบผสมผสานในระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ โดยในแต่ละระบบย่อยผู้ป่วยเอดส์อาจมีการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ดังนี้

(1) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Sector)

ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ เป็นส่วนของการปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่ใช้วิทยาการขั้นสูง เช่น การแพทย์แบบตะวันตก หรือการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเป็นระบบการแพทย์สากล (Cosmopolitan Medical System) หรือการแพทย์แผนใหม่ (Modern Medicine) มีพื้นฐานมาจากความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (life science) ผสมผสานกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้ การแพทย์แผนใหม่ เป็นการใช้ความรู้ทางกายวิภาค วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ และมีการทดลองเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจถึงโครงสร้างทาง ร่างกาย และกลไกด้านสรีระวิทยา และพยาธิวิทยาอย่างละเอียดเป็นรูปธรรม การมองปัญหาการเกิดโรค และความเจ็บป่วยของโรคเอดส์ โดยมุ่งเน้นด้านความผิดปกติของอวัยวะมีสาเหตุปัจจัยจากการติดเชื้อไวรัส การเกิดโรคมุ่งที่อาการเฉพาะทางการเกิดโรคเป็นหลัก มุ่งบำบัดรักษาโดยการใช้ยาเพียงอย่างเดียว เลือกใช้สิ่งที่เห็นประโยชน์และใช้ได้ผลเร็ว

การรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการรักษาทางด้านร่างกาย ในปัจจุบันมีการรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) เพื่อไม่ให้เชื้อแบ่งตัวเร็วและยับยั้ง หรือชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ และการให้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น (Immunotherapeutic agents) ซึ่งยาด้านเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการจดทะเบียนโดย U.S.FDA มีทั้งหมด 11 ตัว ประกอบด้วยยา 3 กลุ่ม คือ (พิโลไรตน์ พุรวัดชนะ, 2541)

1) Nucleoside Pit Inhibitors (NRTI_s) ได้แก่ AZT, ddC, ddi, d4T, 3TC เป็นยาที่สร้างด้วยการทดแทนหรือเปลี่ยนแปลง Side chain ของ nucleosides (Thymidine, adenosine, Cytidine) การออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ต้องผ่านกระบวนการ phosphoxylation ภายในเซลล์ให้กลายเป็น mono-di และ triphosphate compound ในที่สุดจึงจะออกฤทธิ์ กลไกการออกฤทธิ์การออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ การจับกับ HIV-RT (finnhibitory competitor) และการหยุดยั้งการเรียงตัวของลำดับเบสของ DNA (chain terminator) (เกียรติ รัชชัฎธรรม, 2541)

2) Non-nucleoside analog RT Inhibitoes (NNRTI_s) ยาที่สำคัญได้แก่ nevirapine, bis (heteroavly) piperazines หรือ BHAT, ออกฤทธิ์ในการยับยั้ง RT เป็นแบบ non-competitive inhibition โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการ phosphorylation ในเซลล์และมีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวเฉพาะ HIV-1 แต่ไม่ได้ผลต่อ HIV-2 (เกียรติ รัชชัฎธรรม, 2541)

3) Protease inhibitors (PTI_s) เป็นยาที่ได้รับการศึกษาค้นคว้ากันมากที่สุดในปัจจุบัน นับถึงต้นปี พ.ศ.2540 (ค.ศ.1997) ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้การคลินิก โดยองค์การ

อาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา มี 4 ตัว ได้แก่ saquinavir, indinavir, zidovudine และ nelfinavir ส่วนในประเทศไทย ที่มีการขึ้นทะเบียนยาแล้วมีเพียง 3 ตัว คือ saquinavir, indinavir, zidovudine ยา protease inhibitor สามารถลดจำนวน plasma HIV RNA และเพิ่มจำนวน CD₄ + cell (เกียรติ รัชชัฎธรรม, 2541)

ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาระบบการแพทย์สากลหรือการแพทย์แผนใหม่ในเชิง
ฐานคิดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอชไอวีเรื่องพืงน่าสังเกตดังนี้

1) การแพทย์แผนใหม่ หรือการแพทย์แผนปัจจุบันมีแนวคิดพื้นฐานจากโรคติดเชื้อ เน้นความสำคัญการรักษาโรคมกกว่าคน เช่น เน้นการรักษาการให้ยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy) เน้นเหตุผลทางชีวภาพมากกว่าเหตุผลทางสังคมของความเจ็บป่วย วิธีการรักษาเป็นแบบปัจเจกบุคคล (Individual approach) มากกว่าบำบัดรักษาที่คำนึงถึงเงื่อนไขทางด้านแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม

2) ระบบการแพทย์สากลหรือการแพทย์แผนใหม่ เน้นการพัฒนาการและการใช้เทคโนโลยีซึ่งนำไปสู่การบำบัดรักษาที่เน้นความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือการรักษาเฉพาะทาง ซึ่งมีทั้งข้อดี คือการสามารถบำบัดรักษาด้วยการเปลี่ยนอวัยวะที่บกพร่องใช้การไม่ได้ โดยนำอวัยวะของคนที่เสียชีวิตมาใช้ทำให้เกิดการมีชีวิตสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมต่อไป มีการก่อตั้งธนาคารอวัยวะ ธนาคารเลือด ฯลฯ แต่ก็มีข้อเสียคือ การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และค่านิยมเชิงวัตถุ ระบบการแพทย์แผนใหม่พัฒนากลายเป็นธุรกิจอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าสูงในการใช้จ่ายอัตราค่าให้บริการที่ค่อนข้างสูง เช่น การมุ่งผลิตวัคซีนเอดส์ที่สามารถตอบสนองเฉพาะกลุ่มคนที่มีความสามารถในการซื้อบริการเท่านั้น ไม่สามารถตอบสนองกับคนส่วนใหญ่ที่มีความต้องการในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ต้องการรักษาเฉพาะทาง

3) การแพทย์แผนใหม่สามารถให้การบำบัดรักษาในกลุ่มอาการที่มีปัญหาโรคอาการที่มีลักษณะเฉียบพลัน (Acute disease) เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การหักของกระดูกในส่วนต่างๆ หรือการติดเชื้อ ในลักษณะเฉียบพลัน เช่น ไล่ตั้งอักเสบ เป็นต้น กลไกในการบำบัดรักษามีความรวดเร็วและมีประสิทธิผล ซึ่งการแพทย์แผนไทยไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้อย่างเฉียบพลัน

4) การถ่ายทอดความรู้ของระบบการแพทย์สากล หรือการแพทย์แผนใหม่ มีความเป็นระบบให้ระเบียบวิธีการศึกษา โดยผ่านสถาบันดำรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีการเรียนการสอนโดยใช้วิชาพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์ผนวกกับวิทยาศาสตร์สุขภาพแล้วต้องได้รับการประเมินก่อนเข้าสู่การประกอบการเป็นอาชีพ โดยการผ่านการทดสอบความรู้ด้านการประกอบโรคศิลป์

5) การสื่อสารระหว่างแพทย์กับฐานะผู้ป่วยในระบบการแพทย์สากลหรือการแพทย์แผนใหม่ เป็นเรื่องของระบบสถาบันที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านฐานะ สถานภาพและสิ่งแวดล้อม เกิดความแปลกแยกและเกิดช่องว่างระหว่างผู้รักษาและคนไข้

อย่างไรก็ตาม ระบบการแพทย์สากล หรือการแพทย์แผนใหม่ก็ได้ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพให้กับสมาชิกผู้ป่วยเฮลธ์ในสังคมไทย โดยทำหน้าที่ระบบการแพทย์หลัก ซึ่งรัฐบาลได้ให้การสนับสนุนถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดทั้งด้านงบประมาณ และบุคลากร แต่โดยตัวระบบก็พยายามที่จะพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเฮลธ์ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

กล่าวโดยสรุป ระบบการแพทย์สากลหรือการแพทย์แผนใหม่ มีฐานคิดจากมุมมองชีวิตตั้งแต่ระดับร่างกาย (body) ลงมาถึงระดับใหญ่ของการรักษา (Macromolecules) จะมีลักษณะโดยอาศัยพื้นฐานวิชาวิทยาศาสตร์เป็นหลัก มองการเกิดโรคของมนุษย์มีปัจจัยพื้นฐานจากการติดเชื้อโรค และปัจจัยทางพันธุกรรม การมองปัญหาสุขภาพจึงเป็นแบบวัตถุนิยมลักษณะเชิงกลไก ซึ่งภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยมิใช่เป็นสภาวะที่หยุดนิ่งหรือไม่เชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ จึงเป็นแนวทางที่ไม่สอดคล้องกับสภาวะธรรมชาติ ในความเป็นจริงด้านสรีระวิทยาและพยาธิวิทยาซึ่งมีลักษณะไม่หยุดนิ่ง แต่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาเฉพาะส่วนของการเกิดโรคหรืออวัยวะที่เป็นโรคนั้นๆ

(2) ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk Sector)

ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านหรือการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก (Alternative sector) หมายถึง การปฏิบัติการรักษาเยียวยาที่มีในรูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์การแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่รักษาโดยใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ไยศาสตร์และประเภทที่ไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น สมุนไพร ในระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านนี้มีการรับเอาระบบความคิดจากระบบการดูแลสุขภาพแบบภาควิชาชีพและภาคประชาชนเข้ามาผสมผสานอยู่ด้วย

แนวคิดการจักระบบศาสตร์สุขภาพทางเลือก (Alternative Health Concept)

ปัจจุบันได้มีการจักระบบศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อใช้แนวทางในการวิจัย ตามที่ศูนย์สุขภาพทางเลือกและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ (NCCAM = National Center for Complementary and Alternative Medicine) จากสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health, USA) ได้แบ่งระบบศาสตร์สุขภาพทางเลือกออกเป็น 7 กลุ่ม (Cassileth, 1999 : 86) ดังนี้

1) กลุ่มศาสตร์จากการแพทย์พื้นบ้าน (Alternative System of Medicine Practices) หมายถึง ศาสตร์ระดับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self-care) เป็นการให้การบำบัดรักษาที่เป็นระบบสืบทอดมาเป็นการดูแลด้วยประเพณีดั้งเดิม (Alternative traditional Practices) ได้แก่ การฝังเข็ม (acupuncture) การแพทย์อายุรเวทของอินเดีย (Ayurveda) โฮมิโอพาธี (Homeopathy) ธรรมชาติบำบัด (Naturopathic) การบำบัดของชนพื้นเมืองเผ่าต่างๆ (Community base health care practice) การแพทย์ทิเบต (Tibetan Medicine) การแพทย์พื้นบ้านแบบตะวันออก (Traditional Oriental Medicine)

2) กลุ่มศาสตร์ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Bio-electromagnetic Applications) ได้แก่ วิธีการดูแลสุขภาพด้วยการใช้สนามไฟฟ้าชีวภาพ โดยอาศัยข้อค้นพบทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า มีการถ่ายทอดประจุไฟฟ้าออกไปนอกร่างกายได้ การเปลี่ยนแปลงของสนามไฟฟ้ามีผลต่อสมดุลของไฟฟ้าในตัวมนุษย์ การล้นละเทือนของสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีคลื่นความถี่ต่ำจะมีผลในทางชีวภาพ การเปลี่ยนคลื่นไฟฟ้า ตลอดจนการสัมผัสคลื่นไฟฟ้าระดับต่างๆ มีผลต่อการทำงานของร่างกายมนุษย์ จึงมีการนำวิธีการเหล่านี้มาประยุกต์ด้วยการกระตุ้นระบบประสาท เพื่อเร่งการเจริญของเนื้อเยื่อ โดยมีการเรียกวิธีการรักษา เช่น การกระตุ้นการฝังเข็มด้วยไฟฟ้า (Electroacupuncture) การใช้สนามแม่เหล็ก (Electromagnetic fields)

3) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้วิถีชีวิตในการรับประทานอาหาร (Diet, Nutrition, Lifestyle Changes) เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยโดยส่งเสริมและศึกษาผลของอาหารแต่ละจำพวก เช่น การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Nutritional supplements) การบำบัดด้วยวิตามินในปริมาณสูง (Megavitamins) การรับประทานอาหารชีวจิตหรือแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Changes in lifestyle) ให้เข้ากับธรรมชาติ

4) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้พืชสมุนไพร (Herbal Medicine) เป็นกลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์จากพืชสมุนไพรที่ใช้เป็นยา ที่มีรากฐานจากศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านของชนชาติต่างๆ หรือภูมิปัญญาพื้นบ้าน ได้แก่ พวงนิยมรากโสม (Ginseng root) บำรุงร่างกาย

5) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้การสัมผัส (Manual Healing) หมายถึง ศาสตร์ที่ใช้การสัมผัสหรือการใช้มือแทนเครื่องมือในการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค ได้แก่ การกดจุด (Acupressure) การจัดกระดูกหลัง (Chiropractic Medicine) การนวด (Massage Therapy) การบำบัดด้วยการสะกดจิต (Hypnotherapy) การบำบัดด้วยสมาธิ (Medicine) การสวดมนต์ภาวนา (Prayer) การ

เยียวยาทางจิต (Mental Healing) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การฝึกโยคะ (Yoga) การบำบัดโดยกระบวนการกลุ่ม (Therapeutic Support Groups)

6) กลุ่มศาสตร์ที่ใช้ยาและสารชีวภาพ (Pharmacological and Biological Treatments) เป็นศาสตร์ที่ใช้ยาและสารชีวภาพที่ยังไม่เป็นยอมรับในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การรักษาด้วยโอโซนไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Ozone, Hydrogen Peroxide) การบำบัดด้วยเซลล์เป็นๆ (Cell Treatment) การรักษาโรคด้วยวิธีกำจัดธาตุโลหะ (Chelation Therapy)

ในปี ค.ศ.1970s และ 1980s เริ่มมีการใช้คำว่า "สุขภาพทางเลือก" ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ในรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชีย (Asia) ออสเตรเลีย (Australia) ยุโรป (Europe) นิวซีแลนด์ (New Zealand) และอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ (North and South America) (Cassileth, 1999 : 85) ส่วนในนญ่รายงานจากประเทศเหล่านี้เป็นรายงานผลของการใช้สุขภาพทางเลือกกับผู้ป่วยมะเร็งด้วยหลายวิธี เช่น การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Diet, nutrition and lifestyle changes) การเยียวยาด้วยมือ (Manual healing method) เป็นต้น

ทางเลือกการดูแลสุขภาพคนเฒ่าผู้เฒ่าโดยเอ็ดส์ด้วยการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์ เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาหรือป้องกันโรคหรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้ความหมายรวมถึง การเตรียม การผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา (สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทย เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยมานานนับพันปี และด้วยวิถีชีวิตที่เป็นชาวพุทธ การดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ และตาย จึงเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนาทั้งสิ้น การแพทย์แผนไทยจึงอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลักด้วยเช่นกัน ซึ่งไม่เพียงแต่แนวคิดหรือหลักการทางพระพุทธศาสนาเท่านั้น การแพทย์แผนไทยยังเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมเป็นธรรมชาติ และมีแบบแผนเป็นวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต ความเจ็บป่วยมิได้มองเพียงแค่เชื้อโรค หากแต่มีสาเหตุมาจากสมุฏฐาน 4 ประการคือ ชาติสมุฏฐาน (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540) โลกทัศน์ตามแนวคิดเรื่องธาตุนั้นถือว่า สรรพสิ่งในธรรมชาติ ประกอบกันขึ้นด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน (ปฏิวธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) มาประชุมกัน ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในธรรมชาติล้วนแต่มีพื้น

ฐาน มาจากการเปลี่ยนแปลงและแปรปรวนธาตุทั้งสี่ ร่างกายของมนุษย์ก็มีธาตุทั้งสี่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ค้ำกันเป็นร่างกายมนุษย์ โดยแต่ละธาตุมีคุณสมบัติและมีบทบาทที่แตกต่างกัน และทำหน้าที่ ค้ำกันไว้ให้ระบบร่างกายมีความเป็นไปตามปกติ ความผิดปกติหากว่าจะเกิดขึ้นกับอวัยวะใดล้วนแต่ต้องมีรากเหง้ามาจากการสูญเสียสมดุลของธาตุในระบบ ความผิดปกติที่อวัยวะหนึ่งๆ นั้นเป็นเพียงปรากฏการณ์อันเกิดจากปฐมเหตุ คือ สมดุลของธาตุแปรปรวนไป การเยียวยารักษาจึงมุ่งไปที่การปรับให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นมาใหม่ และเมื่อระบบร่างกายกลับสู่สมดุล ความเจ็บป่วยจึงจะถูกรักษาให้หายไปอย่างแท้จริง วิธีการรักษานอกจากอาหารและยาสมุนไพรแล้ว ยังมีการอบ ประคบ และนวดไทย ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ทรงคุณค่ายิ่งนัก คนไทยโบราณได้สรุปเป็นทำนวดและจุดต่างๆ ที่สำคัญไว้มากมายและยังมีการตัดตนที่สามารถฝึกทำได้ด้วยตนเองอีกเป็นร้อยเท่า นอกจากนี้คนไทยยังโชคดีที่มีศาสนา ซึ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อความสงบทางจิตใจ การมีวัดทั่วประเทศเกือบครบทุกหมู่บ้านเป็นศูนย์รวมจิตใจ หากการปฏิบัติธรรมนั้นสมาธิเป็นจริงได้ คนไทยจะมีจิตใจที่สงบ มีมัชฌมาปฏิปทาทางสายกลาง คือ การดำเนินชีวิต กิน อยู่ หลับนอน และมีเพศสัมพันธ์ แต่พอเหมาะพอควร ไม่มากไปไม่น้อยไป จะทำให้มีกายอนามัยที่สมบูรณ์ จิตตาอนามัยที่บริสุทธิ์ มีชีวิตอนามัยที่เข้มแข็ง แต่น่าเสียดายที่องค์ความรู้มิได้รับการสนใจ ขาดการตรวจสอบการวิจัยเพื่อยืนยันความมีคุณค่า และขาดการประยุกต์ใช้ ปล่อยให้พัฒนาสืบทอดอย่างขาดวินัยบังคับนี้ คงจะเห็นแล้วว่าแนวโน้มของประชาชนกำลังแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพอะไรก็ได้ที่ดูแลเขาเหล่านั้นทั้งตัวและหัวใจ ราคาถูก ประหยัด เป็นธรรมชาติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและประเพณีวัฒนธรรมไทย (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2536) ในปัจจุบันได้พยายามนำแนวทางแพทย์แผนไทยมาบำบัดผู้ป่วยเอดส์พอสรุปได้ดังนี้

1) *การใช้ยาสมุนไพร* ยาสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของระบบทางแพทย์พื้นบ้านและเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด ซึ่งได้มีการพัฒนาใช้กันมาเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง และถือว่าเป็นแบบการเยียวยา หลักของระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยการใช้สมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับทั้งสดและแห้ง ส่วนมากมีการเตรียมในรูปแบบของยาต้มยาฝน กระบวนการใช้ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนสมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นพืชพันธุ์ธรรมชาติที่พบทั่วไปในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ซึ่งการใช้ก็ยังสามารถหยิบใช้ได้จากครัวเรือนเพื่อรักษาโรคที่มีความรุนแรงน้อย ยาสมุนไพรเหล่านี้ได้ผ่านการทดสอบใช้และเห็นสรรพคุณมาแล้ว ดังนั้นมักจะไม่มีความปลอดภัยในการใช้ค่อนข้างสูง ไม่ค่อยมีพิษภัยกับไม่มีฤทธิ์เฉียบพลัน ใช้มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ก็ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จากงานวิจัยในเรื่องของสมุนไพร ที่ได้รวบรวมมาจากอเมริกา ส่วนใหญ่มักจะลงว่าต้นไม้อายุจากประเทศไทยไปทำการวิจัยแล้วพบว่า มีต้นไม้อยู่กลุ่มหนึ่งที่สามารถนำไปรักษาโรคเอดส์ได้ มีคุณสมบัติคือ

สามารถยับยั้งเอนไซม์ที่ทำให้เชื้อเอชไอวีเจริญเติบโตและแบ่งตัว ที่เรียกว่า Reverse transcript Test เช่น ต้นหูขวาง ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกันหรือเพิ่มความต้านทานโรค เช่น มะรุม ฝรั่ง มะระ

2) *การอบสมุนไพร* เป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่ง มีน้ำมีนวล การอบไอน้ำจะมี 2 แบบคือ อบแห้งหรือเรียกทับศัพท์ว่า "เซาว์น่า" ซึ่งจะคล้ายคลึงกับการอยู่ไฟของคนไทย ซึ่งนิยมในต่างประเทศ โดยใช้ความร้อนจากถ่านหินบนเตาร้อน ส่วนการ "อบเปียก" เป็นวิธีที่คนไทยนิยมและแพร่หลายในปัจจุบัน โดยพัฒนาจากแบบการอบเข้ากระโจมมาเป็นการอบไอน้ำสมุนไพรที่ทันสมัยขึ้น ให้บริการได้คราวละหลายคน โดยใช้หม้อต้มสมุนไพรที่มีท่อส่งไอน้ำเข้าไปภายในห้องอบการอบตัวด้วยความร้อนนับเป็นวิธีทางการแพทย์ ในปัจจุบันยอมรับว่า สามารถช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังดีขึ้น ส่วนไอน้ำของสมุนไพร จะมีสรรพคุณตามคุณสมบัติของสมุนไพรนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้ร่างกายเกิดความสดชื่น (เพ็ญภา ทริพย์เจริญ, 2538)

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอแนะวิธีการที่ได้รับความนิยมรองลงมาจากการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกับกลุ่มอื่น และพบว่าจะเป็นการอบเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่ากับการอบเพื่อรักษาโรค โรคที่พบว่ามีการรักษาด้วยการอบ ได้แก่ โรคกระดูกหรือกล้ามเนื้อ โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง และหญิงหลังคลอด การอบสมุนไพร จะเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการอบเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

3) *การประคบสมุนไพร* การประคบจะมี 2 แบบคือ ประคบร้อนและประคบเย็น ประคบสมุนไพรจัดอยู่ในประเภทการประคบร้อน มีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อหย่อนตัว ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้บรรเทาอาการปวดเมื่อยได้ และยังทำให้อาการยุบลงได้ การประคบสมุนไพร นอกจากจะมีประโยชน์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ยังมีผลตามสรรพคุณของสมุนไพรชนิดนั้นๆ อีกด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์, 2540) โดยจะใช้ควบคุมการอบสมุนไพร การประคบเป็นการรักษาผิวหนังภายนอก

4) *การนวด* เป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ดูแลรักษาตัวเองในขั้นต้น และใช้รักษาอาการของโรคบางอย่างได้ระดับหนึ่ง การนวด แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การนวดทั่วไป หมายถึง การนวดทุกส่วนของร่างกายมุ่งเน้นการคลายกล้ามเนื้อ เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกสบายตัว และการนวดอีกลักษณะหนึ่งที่อายุวิทยาลัย นำมาใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยคือ การนวดแบบราชสำนัก หรือหัตถเวชกรรม แบบราชสำนัก ข้อแตกต่างของการนวดราชสำนักกับการนวดแบบทั่วไป คือ การนวดแบบราชสำนักจะเน้นเฉพาะการรักษาโรคเฉพาะอาการใด อาการหนึ่ง เพราะว่าการนวดเป็น

การกระตุ้นระบบไหลเวียนของร่างกายให้ดีขึ้น สามารถนำเลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะในส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีความเจ็บป่วยให้หายโดยเป็นการดูแลตนเอง ซึ่งนับเป็นศาสตร์ของธรรมชาติวิธีการหนึ่ง

นอกจากนี้แล้วการรับประทานอาหารตามธาตุเพื่อให้ธาตุเหล่านั้นสมดุล ก็จะทำให้เรามีชีวิตที่ปกติสุข โดยพิจารณาเลือกรับประทานอาหารที่ร่างกายของเรามีธาตุนั้นเป็นเจ้าเรือน คือ ทุกคนจะมีส่วนบกพร่องในร่างกาย เมื่อรับประทานอาหารบางอย่างแล้วร่างกายไม่ยอมรับ ข้อระมัดระวัง คือ อย่าให้สิ่งแปลกปลอม อย่าใส่สารเคมี หรือทำให้เปลี่ยนแปลงสภาพไปจากธรรมชาติ รสอาหารต้องการเป็นการผสมผสานกันระหว่างพืชผักของธาตุต่างๆ เพื่อให้เหมาะสม จากนั้นควรจะขึ้นอยู่กับดินฟ้าอากาศและสภาพภูมิประเทศที่อยู่ด้วย (สถาบันการแพทย์ไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

5) การเอาองค์การรักษาสู่ที่เห็นธรรมชาติ (เสาวภา, พรทิพย์และเพ็ญภา, 2539) เนื่องด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้าน เป็นวิชาที่ผ่านมาจากศาสนาพุทธ ดังนั้นจึงได้มีการถูกต้องตัวผู้ป่วย ไม่มีผ่าตัด และในทัศนะของแพทย์พื้นบ้าน คนจะประกอบด้วยกายและใจ ความเจ็บป่วยไม่ได้เป็นเรื่องของกายเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ใจนี้เกิดความเจ็บป่วยต้องรักษาทั้งสองส่วนไปพร้อมกัน ในขณะที่กายเกิดความเจ็บป่วยและสามารถรักษาด้วยสมุนไพร จิตก็ต้องได้รับการบำบัดไปด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจึงต้องมีพิธีกรรมประกอบการรักษาด้วย เช่น การไหว้ครู บูชาครูและการตอบแทนครูเมื่อรักษาได้ผล ในขณะที่ทำการรักษาหมอก็มีการใช้คาถาเพื่อเป็นเครื่องเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการแพทย์พื้นบ้านที่รักษาทั้งทางกาย จิตและสังคมของผู้ป่วย

ลักษณะเด่นของการดูแลรักษาสุขภาพของคนในสังคมไทยนั้น ให้ความสำคัญต่อความรู้ในส่วนที่เป็นเรื่องของกายและที่มีความสำคัญกับจิตวิญญาณ อันเป็นผลมาจากอิทธิพลของความเชื่อ โลกทัศน์ และลักษณะการจัดระเบียบทางสังคมที่มีอยู่ แม้ว่าจะไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงได้ตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องด้วยเป็นองค์ประกอบของส่วนที่เป็นนามธรรม อันเป็นเรื่องจิตวิญญาณของมนุษย์ และธรรมชาติที่แวดล้อมกายมนุษย์อยู่ ซึ่งสำหรับสมาชิกในชุมชนที่มีสังคมและวัฒนธรรมเดียวกันแล้ว ความเชื่อเหล่านี้ถือว่าเป็นความจริง โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ เพราะเป็นระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่สมาชิกในชุมชนคุ้นเคย หมอผู้รักษาและคนไข้สื่อสารกันด้วยความเข้าใจอันดี เพราะมีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อเรื่องโรคและสาเหตุของการกำจัดโรคเกือบทุกขั้นตอนของการรักษา ได้แก่ การยกครู บูชาครู การใช้คาถาเป่าเสก ว่าน สมุนไพร รวมทั้งการเช่นไหว้ผีลางเทวดา ซึ่งพิธีกรรมเหล่านี้ปรากฏอยู่ภายใต้วัฒนธรรมที่ยังลึกในสำนึกของผู้คน

ในชุมชนต่างๆ ของไทยและมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของชาวบ้านมาเป็นเวลานานแล้ว

ความเชื่อในเรื่องวิญญาณ ผี หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สิงสถิตย์อยู่ในธรรมชาติสะท้อนโลกทัศน์ของคนในสังคมไทย ที่ถือว่ามนุษย์เป็นหน่วยของชีวิตที่มีความสัมพันธ์อยู่กับธรรมชาติรอบตัว ที่มีผีหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ปกป้องรักษาอยู่และมีอำนาจเหนือชะตาชีวิตของมนุษย์และความสงบสุขของชุมชน มนุษย์จึงต้องดำเนินอยู่ในทำนองคลองธรรม เคารพพนาบต่อธรรมชาติ สุขภาพและสังคม ความเชื่อที่กำหนดความสัมพันธ์กับธรรมชาติเช่นนี้ ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่เป็นเอกภาพกับธรรมชาติ เป็นการอนุรักษ์สภาพแวดล้อมรักษาความสมดุลแห่งระบบนิเวศน์เอาไว้ด้วย

พิธีกรรมในการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านได้สะท้อนปรัชญาการรักษาที่ถือว่ามนุษย์เป็นหน่วยของชีวิตที่ประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ สุขภาพดีเป็นผลมาจากดุลยภาพของกายและจิตที่สัมพันธ์กัน และส่งผลต่อกันอย่างแยกไม่ได้ พิธีกรรมเป็นการบำบัดทางจิตวิญญาณที่มีผลในทางจิตวิทยา สร้างกำลังใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เนื่องด้วยอิทธิพลของจิตใจที่มีอยู่ในร่างกายมนุษย์นั้น เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ไม่สามารถใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ตรวจได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540) อีกประการหนึ่งหมอและผู้ป่วยมีความเชื่อว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากภูตผี เคนราห์กรรม และโชคราะห์ตามลัทธิไสยศาสตร์ให้เกิดขึ้น ดังนั้นเวทมนต์คาถา และพิธีกรรมต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อทางไสยศาสตร์ จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

(3) ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector)

ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง ส่วนของการดูแลตนเองของประชาชนซึ่งถูกปลูกฝังถ่ายทอดสืบต่อกันมาตามวัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนหรือส่วนของการดูแลตนเอง กล่าวได้ว่าเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดและเป็นส่วนที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย ดีความ และวินิจฉัยเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในส่วนนี้ ประกอบด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับคือ

- 1) ผู้ป่วย
- 2) ครอบครัวของผู้ป่วย
- 3) เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เป็นต้น
- 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน / วัด

การปฏิบัติการด้านสุขภาพอนามัยในระบบนี้ หมายรวมถึงทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยา จะได้รับการจัดการโดยผู้ช่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมที่เขาสัมพันธ์ด้วย ตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพ วิธีการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยที่มีได้หลากหลาย นับตั้งแต่การรับประทาน อาหาร การใช้ยาสมัยใหม่ การใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือสมุนไพร เป็นต้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแสวงหาบริการความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ที่ผ่านมามักจะมุ่งทำการศึกษาในระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพเป็นส่วนมาก สำหรับในระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน โดยเฉพาะวัดซึ่งเป็นแหล่งพึ่งพิงทางใจของผู้ป่วยเอดส์และเป็นส่วนใหญ่มากที่สุด กับพบว่ามีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย ความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์หรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจึงยังจำกัดอยู่ในวงแคบ ทั้งๆ ที่แท้ที่จริงแล้ววัดมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมาก และเป็นการปฏิบัติขั้นปฐมฐานของการบำบัดรักษาเยียวยาสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชนและวัด

จะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทย เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตคนไทยมานานนับปี และด้วยวิถีชีวิตที่เป็นชาวพุทธ การดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย จึงเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาทั้งสิ้น เพราะฉะนั้นพระจึงมีความจำเป็นของการที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลเข้ามาอยู่กับชาวบ้านในเรื่องการรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วย

จากความจำเป็นต่างๆ ของประชาชน เช่น การเข้าไม่ถึงบริการของแพทย์แผนปัจจุบัน การถูกหลอกให้ใช้ยาปลอม ยานหมดอายุ ความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ความเชื่อเดิมๆ ของผู้ป่วยเอง รวมทั้งประกอบกับแนวทางรักษาแบบแผนไทยเป็นการรักษาเชิงองค์รวม (Holistic) ดังนั้นมีชาวบ้านพึ่งได้คือ วัด เพราะพอจะหาสมุนไพรโบราณ เอาด้านหลังวัดซึ่งได้ปลูกสมุนไพรได้ ทำให้พระเริ่มเข้ามารับภาระในการดูแลสุขภาพ แต่โรคไม่ได้อยู่ที่ร่างกายอย่างเดียว แต่อยู่ที่จิตใจด้วย ท่านก็จะสอนธรรมะโดยการโยงความเชื่อทางพุทธศาสนาเรื่องกรรมเข้าไปด้วย ซึ่งเป็นความคิดกว้างๆ ที่มักเชื่อกัน ในขณะที่เดียวกันก็จะสอนจริยธรรมให้มีเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อและให้กำลังใจ เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพจิตที่ดีด้วย นอกจากนั้นยังต้องรู้จักคุณค่าของสิ่งแวดล้อม

ทั้งในกรณีของพระอาจารย์อลงกต ที่รักษาคนเป็นโรคเอดส์ที่ใครเป็นก็ต้องตายแน่ แต่ทางพุทธศาสนาบอกว่า สิ่งสำคัญสำหรับคนใกล้ตายคือ ความนึกคิดทางจิตใจในช่วงนั้นว่าจะไปสู่ทุกข์คติ หรือสุขคติ ดังนั้นพระจึงเหมือนแบบภาวะไว้ โดยที่ประชาชนเรียกร้อง เพราะมองพระเป็นผู้นำทางสังคม และเป็นผู้นำด้านธรรมะ โครงการต่างๆ ดังนั้นในประเทศไทยจึงมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันศาสนาหลายแห่ง

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ในปัจจุบันอัตราการเพิ่มชะลอลดลง แต่ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ ทางโรงพยาบาลจะต้องรับผู้ป่วยเอดส์ เข้าไว้ในโรงพยาบาลมากขึ้นทุกขณะ ในอนาคตอันใกล้โรงพยาบาลทุกแห่ง โดยเฉพาะทางภาคเหนือตอนบนที่จะเต็มหมด ไม่สามารถจะรับผู้ป่วยอื่นเลย (ประคอง, 2536) วัดจึงเป็นสถานที่ที่จะรับผู้ป่วยเอดส์ต่อไป ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในโรงพยาบาลได้มาก ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลาหรือสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยซึ่งไร้ที่พึ่งหรือครอบครัว ชุมชนไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยอยู่ร่วม ซึ่งมีวัดหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ได้เริ่มโครงการนี้โดยจัดบริการที่พัก อาหาร การรักษาพยาบาล และการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเอดส์โดยมีอาสาสมัครซึ่งผ่านการอบรมเป็นผู้ให้การดูแล (ข่าวสารโรคเอดส์, 2535) และวัดอีกหลายแห่งได้ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ด้านการดูแลสุขภาพพยาบาล ได้แก่ วัดถ้ำศรีวิไล จังหวัดลพบุรี วัดศิริวงศ์ จังหวัดชุมพร วัดเชิงหวาย จังหวัดอ่างทอง

มีวัดแห่งหนึ่งตั้งอยู่ในภาคใต้ของประเทศไทย เป็นสถาบันทางศาสนา ซึ่งดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเริ่มทำการบำบัดโรคเอดส์ เมื่อเดือนมิถุนายน 2537 มีหลักการดูแลรักษา 4 ประการ คือ (1) ให้กำลังใจและมีเมตตาต่อไป (2) ปฏิบัติศีล 5 อย่างเคร่งครัด (3) ทำวัตร สวดมนต์และนั่งสมาธิ เข้า-เย็น (4) ใช้สมุนไพรและใช้เหล็กไหลผสมน้ำมันมะพร้าวให้ผู้ป่วยรับประทานในช่วงเช้า สำหรับมือเย็นทางวัดจัดอาหารเสริมให้รับประทาน ปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับบริการที่วัดแห่งนี้ประมาณ 5 คน มีทั้งผู้ป่วยที่มารับยาไปรับประทานที่บ้านและผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่วัดทำให้เกิดปัญหาทางด้านการดูแลเรื่องความสะอาดของผู้ป่วยเอดส์และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อเพิ่มและการควบคุมการแพร่กระจายวัณโรค ผู้ป่วยบางคนสับสน เบื่อหน่าย ขาดกำลังใจ ไม่ทราบจะดูแลตัวเองอย่างไร

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้สถานบริการของรัฐไม่เพียงพอที่จะสามารถรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงต้องหันมาพึ่งพาสถาบันศาสนาเพิ่มมากขึ้น แต่ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยเล็งเห็นประโยชน์ของการศึกษาคือ ถ้าพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยเอดส์ต่อทางเลือกในการดูแลตนเองภายใต้สถาบันศาสนาแล้ว จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ในประเทศไทยมีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันสงฆ์หลายแห่ง กระจายไปในแต่ละภาคของประเทศ เช่น วัดพระบาทน้ำพุหรือมูลนิธิธรรมรักษ์ จังหวัดลพบุรี เริ่มงานโรคเอดส์ เมื่อ

ปี พ.ศ.2535 โดยสังเกตร่วมกับนายแพทย์ประเวศ วะสี มีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อฟื้นฟูบทบาทพระพุทธศาสนาในการแก้ไขปัญหาวิกฤตในสังคมไทยปัจจุบัน ให้พุทธศาสนิกชนได้ร่วมแสดงความเมตตาและมนุษยธรรมต่อผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างทรมาน สร้างภาพลักษณ์ของสังคมที่มีคุณธรรมจากหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาให้เป็นแบบอย่างในสังคมไทย และสร้างจิตสำนึกของสังคมโดยรวมให้เกิดเจตคติที่ดีงามต่อผู้ป่วยเอดส์และตระหนักถึงความต้องการผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตอย่างถูกต้องทุกซ์ทรมาน กิจกรรมหลัก คือ จัดที่พักให้ผู้ป่วยเอดส์ ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้แก่น้องงาน องค์กร คณะบุคคลที่มาศึกษาดูงาน และช่วยเหลือจัดมาปณกิจและบำเพ็ญกุศลแก่ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ยากจน อนาคต

การดูแลผู้ป่วยที่วัดแห่งนี้จะมีอาสาสมัครที่ช่วยดูแล และชาวบ้านบางส่วนช่วยทำงานและเป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วย ชาวบ้านจะได้รับการฝึกให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การทำศพ ออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยการใช้การดูแลผู้ป่วยเหมือนคนในบ้านของตนเอง ทางวัดพยายามส่งเสริมที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สำหรับการดูแลยึดหลักการดูแลแบบครอบครัว เพื่อให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน สำหรับการรักษาใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพรผสมผสานกัน การบริการทุกอย่างภายในวัดฟรี เช่น การอบตัวด้วยสมุนไพร ตัดผม เครื่องนุ่งห่ม ยา ที่พักญาติที่มาดูแลผู้ป่วยทางวัดจัดที่พักและอาหารให้ฟรี

วัดคอยเก็ง หรือสำนักปฏิบัติธรรมรัตนประทีป อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อยัดหลักพระพุทธศาสนาเพื่อเป็นที่พึ่งของชีวิต เพื่อนำผลสมาธิไปบำบัดอาการแทรกซ้อนของโรคและลดปัญหาการฆ่าตัวตายจากปัญหาเอดส์

โดยพระอาจารย์รัตน์ รัตนญาโน เป็นผู้สอนฝึกสมาธิสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยในระยะที่ 2 ของโรค จะสอนสมาธิทุกวันที่ 1-10 ของเดือน เดือนละ 30 คน ซึ่งวิธีการจะใช้การทำสมาธิกระตุ้นเซลล์ตามธรรมชาติ ใช้สมาธิหมุน สมาธิซึบของเสีย เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยทำสมาธิได้จะมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติ สำหรับการรับประทานอาหาร ผู้ปฏิบัติธรรมจะรับประทานอาหารมังสวิวัติ โดยทางวัดจัดเตรียมให้ 4 มื้อ และสามารถทำอาหารเพิ่มเติมตามความต้องการ โดยให้เหตุผลว่าอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการอบรมวิทยากรให้คำปรึกษาที่เป็นผู้ติดเชื้อ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และผลิตรายด้านเอดส์

ในภาคใต้มีวัดแห่งหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยวัดนี้ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 90 กิโลเมตร มีทางเข้าถนนห่างจากถนนใหญ่ประมาณ 2 กิโลเมตร ทางเข้าเป็นถนนลาดยางสองข้างทางเป็นสวนยางพารา วัดตั้งอยู่ในหมู่บ้านเล็กๆ ล้อมรอบตัวโรงเรียนและบ้านเรือน มีต้นไม้ใหญ่ร่มเย็น ภายในวัดมีโบสถ์ 1 หลัง มีกุฏิใหม่ 1 หลัง ของเจ้าอาวาส มีกุฏิเล็กอยู่รอบนอกอีก 6 หลัง

ในวัดมีเจ้าอาวาส 1 รูป พระเณรจำนวนไม่แน่นอน แต่มีเณรผู้ช่วยเหลือ 1 รูป มีอาสาสมัครเป็นพระและผู้ป่วยคอยช่วยเหลือด้านธุรการประมาณ 3 คน มีเจ้าอาวาสเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ การรักษาและทำหน้าที่ทางด้านจัดการภายในวัด ส่วนรายละเอียดอื่นๆ มีดังต่อไปนี้

1) ลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มารับการรักษา มี 2 ประเภท คือผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยที่มาพักรักษาอยู่ที่วัด ครั้งแรกมี 5 คน ต่อมาได้เพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2539 มีผู้ป่วยเข้าพักรักษาสูงสุดประมาณ 300 คน แต่ในขณะนี้มิมีผู้ป่วยในทั้งสิ้น ประมาณ 40-70 คน และผู้ป่วยนอกคือ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาไปรับประทานเองที่บ้าน มีประมาณ 2,870 คน โดยผู้ที่จะมาได้รับการรักษา ณ วัดแห่งหนึ่ง ทุกรายจะต้องนำผลการตรวจเลือกการติดเชื้อ HIV มาแสดง รูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน ดอกไม้ รูป เทียน เงิน 12 บาท หลังแลงยาได้ 1 ขวด ในระยะหลัง ทางวัดได้จำหน่ายน้ำมะพร้าว ราคาขวดละ 250 บาท นอกจากนี้ยังรักษาโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ

2) ภูมิภาคานาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะมาจากทั่วประเทศ จังหวัดที่มีผู้มารับการรักษามากที่สุด คือ สงขลา เชียงราย และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์

3) ที่พักของผู้ป่วย ที่พักของผู้ป่วยมี 2 แบบ คือแบบเรือนรวมและเรือนเดี่ยว ซึ่งมีทั้งผู้ที่อาศัยลำพัง อาศัยกับครอบครัว และอาศัยกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน

เรือนรวมมี 2 เรือน ลักษณะยกพื้นเตี้ยๆ ไม่ได้แบ่งเป็นห้อง เป็นแนวทางหลังคามุงด้วยสังกะสี โดย 1 เรือนแบ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคปอด และอีก 1 เรือน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ส่วนเรือนเดี่ยวมีทั้งที่ทางวัดสร้างให้เป็นชั้นเดียว สร้างด้วยซีเมนต์เป็นหลังคามุงกระเบื้อง มีทั้งหมด 5 หลัง ส่วนใหญ่เป็นที่พักของอาสาสมัครส่วนเรือนที่ผู้ป่วย

4) วิธีการดูแลและการบำบัดรักษา ใช้หลัก 4 ประการคือ

4.1) กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ร่วมกัน เจ้าอาวาสสอนให้ผู้ป่วยมีความสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเจ้าอาวาสเองก็เป็นกำลังใจและให้ความเมตตาแก่ผู้ป่วยทุกราย

4.2) ศิล เจ้าอาวาสเป็นผู้ฝึกฝน และอบรมสั่งสอนให้ผู้ป่วยรักษาศีลห้าตามพระพุทธศาสนาอย่างเคร่งครัด ทางวัดจะให้ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้มาทำวัตรเช้าและทำวัตรเย็นที่อาคารเอนกประสงค์ทุกวัน

4.3) สมาธิ หลังจากทำวัตรเย็น ผู้ป่วยจะนั่งสมาธิประมาณ 10-15 นาที ทุกวัน

4.4) สมุนไพร เจ้าอาวาสใช้เหล็กไหล (ยาปู) โดยนำน้ำมะพร้าวและเหล็กไหลผสมกันยาปูจะนำมาแจกให้ผู้ป่วยหลังจากทำวัตรสวดมนต์ในช่วงเช้า ประมาณครึ่งแก้วต่อวัน เพื่อนำไปรับประทานที่ที่พัก รับประทานเวลาใดก็ได้ รับประทานยาแร่เหล็กไหลเพียงอย่างเดียวไม่ผสมกับอาหารหรือยาชนิดอื่น ทั้งนี้เพราะถ้าผสมกับอาหารอื่น ผู้ป่วยจะรับประทานไม่หมด โดยเจ้าอาวาสได้สูตรการรักษาจากปู่โสม เรียกว่า ยาปู ถือว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เจ้าอาวาสเล่าว่าเป็นผู้มีบุญบารมี เป็นผู้ทรงศีลมีเมตตาธรรม ดังนั้นเมื่อรับประทานยา ให้นึกถึงปู่โสมทุกวัน และในการรับประทานยาปูจะต้องงดอาหารแสดงดังนี้ คือ แดงทุกชนิด มะพร้าวอ่อน ขนุน จำปาตะ ปลาร้า ฟัก แฟง ไข่ไก่ น้ำปลา ทูเรียน ลางสาด มังคุด เนื้อควาย เหล้า บุหรี่ น้ำอัดลม และน้ำเย็น สำหรับอาหารแสดงเหล่านี้เจ้าอาวาสเป็นผู้กำหนดขึ้นเพราะจากการสังเกต พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหารดังกล่าวมักจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว

5) การรักษา จะใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการรักษาแผนปัจจุบัน และใช้สมุนไพรเป็นการรักษาตามอาการหรือโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสมุนไพรได้มาจากการซื้อและผู้ป่วยปลูกใช้เอง โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันแพทย์แผนไทยและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยให้คำปรึกษาจากเจ้าอาวาสและจากตำราเอกสารต่าง ๆ เช่น การผลิตสมุนไพร เพื่อให้เจริญอาหาร รักษาโรคหวัด ลดไข้ หรือผู้ป่วยบางคนใช้ความรู้พื้นบ้านในการดูแลตนเอง และรักษาโรคเอดส์ด้วยยาปูตามที่ได้กล่าวไปแล้ว

6) กิจวัตรประจำวัน เวลาประมาณ 07.00 น. ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะต้องสวดมนต์พร้อมกันที่อาคารเอนกประสงค์ ซึ่งเจ้าอาวาสได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยสวดมนต์พร้อมกันที่อาคารเอนกประสงค์ว่า เพื่อให้เป็นผู้ที่มีศีลธรรม จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน และเมื่อสวดมนต์เสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะมารับยาปู ถ้าผู้ป่วยคนใดไม่มาสวดมนต์จะไม่ได้รับยาทุกวัน อาสาสมัครและผู้ป่วยหนัก ช่วงกลางวันผู้ป่วยจะทำกิจวัตรของตนตามอัธยาศัย เช่น ปลูกผัก

ทำดอกไม้ ช่วงเย็นเล่นกีฬา บางครั้งมีการแข่งขันกีฬา โดยมีรางวัลจากเจ้าอาวาส ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะเล่นกีฬาและออกกำลังกายมากขึ้น และเวลาประมาณ 18.00 น. ผู้ป่วยจะสวดมนต์และทำวัตรเย็น โดยผู้ป่วยจะต้องสวดมนต์ในบทลงสังฆาร

7) การทำพิธีศพ ผู้ป่วยที่มาอาศัยในวัดแห่งนี้ มีทั้งผู้ป่วยที่มีญาติ และไม่มีญาติ สำหรับผู้ป่วยที่มีญาติเมื่อเสียชีวิตญาติจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดทำพิธีศพ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีญาติทางวัดจะทำพิธีศพให้ตามศาสนา โดยส่วนใหญ่เจ้าอาวาสจะเป็นผู้ที่จ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่บางครั้งก็จำเป็นต้องเรียกรายเงินจากผู้ป่วยในวัด เพราะค่าใช้จ่ายในการทำศพ ๆ หนึ่งใช้เงินทั้งสิ้นไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งมีเพียงวัดเดียว ซึ่งอยู่ห่างไกลจากวัดแห่งนี้ รับเผาศพผู้ป่วยเอดส์

จากข้อมูลดังกล่าวจึงเห็นว่าวัดในประเทศไทย ยังคงเป็นแหล่งพักพิงที่สำคัญของผู้ป่วยเอดส์ สำหรับวัดแห่งนี้ในภาคใต้ อาจกล่าวได้ว่าได้ว่าเป็นแหล่งความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วยเพราะมียาแอสไพริน (ยาปู) ซึ่งเชื่อว่าสามารถรักษาโรคเอดส์และวัดยังเป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบอบอุ่น เป็นลักษณะครอบครัว ที่ให้ความรักซึ่งกันและกัน ตลอดระยะเวลาที่ต้องการอยู่ที่วัดแห่งนี้ ผู้ป่วยได้รับความเมตตา จากเจ้าอาวาสที่เปรียบเสมือนหัวหน้าครอบครัว และสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสัจธรรมของชีวิต ได้ปฏิบัติธรรมได้สร้างคุณงามความดี และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตทางวัดก็ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ทำพิธีศพตามประเพณี

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ ถึงแม้ผลกระทบดังกล่าวมักไม่เป็นไปในขนาดเดียวกันหรือแบบเดียวกันในทุกสังคม แต่ปฏิกริยาที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มีความเด่นชัดขึ้นจนถึงถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากการตีตราทางสังคม (Stigmatization) ทำให้วิธีการบำบัดรักษาของผู้ป่วยมีหลากหลายวิธีเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ผู้ป่วยมีความกลัวในการรักษาที่มีทั้งความรู้สึกทางบวก (positive attitude) โดยหวังว่าเป็นการติดเชื้อโรคสายพันธุ์ใหม่ที่การแพทย์สมัยใหม่กำลังแสวงหาวิธีการรักษาให้หาย แต่อีกมุมมองหนึ่งในสภาพปัจจุบันโรคนี้ยังไม่มีทางรักษาหายมีแต่รอความตาย สาเหตุของโรคเกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติที่ผิดวิธี เช่น การติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับหญิงที่มีไข่อสุกรมรส การรับรู้ในลักษณะนี้จึงทำให้เกิดมุมมองทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะลบ (negative attitude) ด้วยปฏิกริยาดังกล่าวนี้นั้นในแนวคิดทางสังคมวิทยาการแพทย์มีเชื่อว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในสังคมนั้นไม่ใช่เรื่องของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเท่านั้น แต่มีผลกระทบต่อระบบสังคมด้วย การที่ผู้ป่วยรายหนึ่งๆ จะสวมบทบาทคนป่วยนั้น เขาจะต้องสวมบทบาททางสังคมในฐานะคนป่วยของสังคม การสวมบทบาททางสังคมของผู้ป่วยนั้นได้ครอบคลุมไปถึงการที่สังคมได้สร้างมาตรการต่างๆ ไว้ ดังนั้นประการแรกเมื่อใดบุคคลในสังคมจะได้รับการยอมรับหรือถูกสวมบทบาทผู้ป่วยได้เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ได้รับผล

การตรวจเลือดว่ามีกรดคีโตน ประการที่สองเมื่อบุคคลนั้นได้สวมบทบาทคนป่วยแล้ว จะปฏิบัติตัวอย่างไรหรือแสวงหาการดูแลตนเองอย่างไร และประการสุดท้าย การถอดออกจากบทบาทผู้ป่วยเอ็ดส์นั้นมิใช่เป็นเรื่องของบุคคลที่ป่วยที่จะกำหนดว่าร่างกายและจิตใจของเขาปกติ แต่เป็นเรื่องของสังคมด้วยว่าจะยอมรับการออกจากบทบาทของผู้ป่วยหรือไม่ พาร์สัน (Parsons, 1951) กล่าวว่าในระบบสังคมใหม่นั้น บทบาทของผู้ป่วยจะถูกกำหนดให้อยู่ในรูปแบบของสถาบันสังคม (Institutionalized) สถาบันหนึ่งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะถูกกำหนดไว้เป็นแบบแผนตายตัว (pattered) ดังนั้นผู้ป่วยเองมิได้มีความจำเป็นเฉพาะตนที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือเพียงด้านเดียว หากแต่ความจำเป็นนี้ได้ถูกกำหนดขั้นตอนและประเภทไว้โดยระบบสังคมเลยที่เดียวเช่นเดียวกับผู้ป่วยเอ็ดส์ สังคมควรมีรูปแบบการช่วยเหลือ โดยแบบแผนความช่วยเหลือมีแบบแผนเป็น 4 ลักษณะคือ

- 1) สังคมจะต้องยินยอมให้ผู้ป่วยเอ็ดส์ออกจากบทบาท และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ตามปกติได้
- 2) ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ที่ได้รับการตำหนิตყนิตย่น หรือรับผิดชอบในความเจ็บป่วยของตน เพราะความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งไม่แน่นอน (uncertainly)
- 3) ผู้ป่วยมีหน้าที่ที่จะต้องตั้งใจทำตนให้นายป่วย
- 4) ผู้ป่วยต้องร่วมมือกับผู้ให้การรักษา และแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษา

สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิตซึ่งเกิดขึ้นกับทุกสังคม มนุษย์ในฐานะสิ่งมีชีวิตที่มีวัฒนธรรมและอยู่รวมกันเป็นสังคม ได้หาทางเผชิญกับความเจ็บป่วย ผลผลิตของการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดเป็นสถาบันทางสังคมที่มีการสั่งสมเป็นแนวคิด ทฤษฎีว่าด้วยสาเหตุและวิธีการแก้ไขว่าด้วยความเจ็บป่วยตลอดทั้งเกิดการพัฒนาด้านเทคนิคและผู้ชำนาญการ เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอ็ดส์ ผลผลิตแห่งกระบวนการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้ถูกเรียกว่า ระบบการแพทย์ (ลือชัย ศรีเงินยวงและปรีชา อุปโยธิน, 2533) เกิดขึ้น ผู้ป่วยเอ็ดส์จึงมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์

แนวคิดการอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต เป็นผลลัพธ์ที่นักทฤษฎีและนักวิชาการพยาบาลนำมาใช้แนวทางกำหนดเป้าหมายของการให้บริการหรือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างกว้างขวาง (Bishop & Scudder, cited by Chinn, 1991; Leininger, 1980; Orem, 1991) และมากพอๆ กับแนวคิดเกี่ยวกับ "คุณภาพชีวิต" จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคำว่า

“คุณภาพชีวิต” กับ “ความผาสุก” หรือ “การอยู่อย่างปกติสุข” มีผู้ใช้ในความหมายเทียบเคียงกัน และยังมีคำอื่นๆ อีกมากมายที่ใช้ความหมายเทียบเคียงกับคุณภาพชีวิต รวมถึงคำว่าสุขภาพด้วย (Dean, 1985) จากการใช้คำที่หลากหลายทำให้ความหมายและองค์ประกอบต่างๆ มีความหลากหลายตามคำและความหมายที่ใช้ไปด้วย ความหลากหลายดังกล่าวขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อหรือแนวคิดของแต่ละบุคคลเป็นตัวกำหนดขอบเขตขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การอยู่อย่างปกติสุขหรือความผาสุกซึ่งในทางปฏิบัติอาจไม่สอดคล้องหรือไม่เหมาะสมกับบางคน บางกลุ่มหรืออาจมีความเหมาะสม และมีความสำคัญกับบางบุคคลเฉพาะบางองค์ประกอบเท่านั้น

มีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า “เป็นแนวคิดที่รวมเอาทุกๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ชนิดที่มีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคล” (Torrance, 1987 : 594) คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จึงความหมายกว้างมาก เช่น “เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงคุณภาพชีวิตของตน เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเป็นมโนคติที่นำมาใช้อธิบายกับบุคคลในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Dirksen, 1990 : 632)

เมื่อพิจารณาความหมายของคุณภาพชีวิตและความผาสุกหรือการอยู่อย่างปกติสุขแล้วจะเห็นว่านอกจากความหลากหลายแล้วยังมีการใช้สลับกันไปมา อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนยังไม่ได้รับการพัฒนาย่างสมบูรณ์และมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบแต่เป็นที่ยอมรับตรงกันว่าเป็นเรื่องของความพึงพอใจ ความสุขในชีวิต ภาพรวมของประสบการณ์ชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดี การได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของชีวิต ชีวิตที่มีคุณค่าหรือการอยู่อย่างมีความหมาย เป็นต้น ขณะเดียวกันความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นเจ้าของเท่านั้นที่เป็นผู้รับและตัดสินใจความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนว่าดีหรือไม่อย่างไร นอกจากนี้ในความหมายของคุณภาพชีวิตและการอยู่อย่างปกติสุขยังแสดงถึงความสัมพันธ์กับคำว่า “สุขภาพ” เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิต ในขณะที่เดียวกันสุขภาพประกอบด้วยหลายมิติเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางจิตและทางสังคม” ซึ่งสุขภาวะหรือความสุขภาพก็คือการอยู่อย่างปกติสุขนั่นเอง (ประเวศ วชิโนพระไพศาล วิสาโล, บรรณาธิการ, 2533 : 10-11) สุขภาพตามนัยนี้จึงประกอบด้วยสุขภาวะหรือความผาสุก 3 มิติ และมีความเป็นนามธรรมสูงมาก อีกทั้งยังเกี่ยวข้องเชื่อมโยงไปถึงสภาวะแวดล้อมและสังคมโดยรวม แต่ละองค์ประกอบของสุขภาพมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมีความเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบใดๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบที่เหลือ ดังนั้นการมองเรื่องการอยู่อย่างปกติสุขย่อมต้องมองอย่างครอบคลุม เห็นปัจจัยทั้งหมดอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวม

ผลที่ตามมาจากแนวคิดดังกล่าวนอกจากประเด็นที่ทำทนายความสามารถของพยาบาลในการหาวิธีวัด หรือหาหลักฐานแสดงถึงผลสะสม อันเกิดจากการให้การบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมแล้ว ยังเป็นประโยชน์สำหรับการส่งเสริมหรือปรับปรุงสุขภาพของบุคคล (Naylor, et al., 1991) ด้วย

การอยู่อย่างปกติสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์

โดยลักษณะของโรคและการดำเนินของโรคเอดส์มีปัจจัยส่งเสริมมากมาย ทำให้อาการทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ก็เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงอยู่อย่างปกติสุขในสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการอยู่อย่างปกติสุข (Doing well) ในผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวิธี grounded theory ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 16 ราย พบว่ามีการใช้กระบวนการหลายอย่างในการพัฒนาความรู้สึกเป็นสุข คือ

- 1) การยอมรับ
- 2) การอยู่อย่างกระตือรือร้น
- 3) การเป็นนายชีวิต
- 4) การเชื่อมจิตเข้ากับกาย
- 5) การอยู่อย่างเข้มแข็ง
- 6) การคิดทางบวก
- 7) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
- 8) การเปิดรับการสนับสนุน

กระบวนการต่างๆ เหล่านี้มีกระบวนการที่ออกจากเรื่องของความเชื่อที่เป็นแบบแผนการปฏิบัติตัวสำหรับภาวะทางสุขภาพอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะซึ่งได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ โดยอาจไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน เช่น การงดอาหารแสลง และ/หรือหลายๆ กรณีที่การรักษาเหล่านี้จะมีวิธีการทางไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาเยียวยา

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยมีความสลับซับซ้อนตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม แต่สถานะความรู้ในปัจจุบันยังมีความจำกัด ไม่เพียงพอแก่การทำความเข้าใจมิติต่างๆ ของการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เป็นโรคเอดส์

จากการสืบค้นงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจหรือตรวจสอบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ไม่มากนัก ผลการศึกษาที่ได้ยังมีความแตกต่างกันในกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของการดูแลตนเอง กิจกรรมที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์กระทำด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ คือ การใช้สมุนไพรหรือยาที่ปรุงขึ้นเองในลักษณะต่างๆ ที่ยังไม่ผ่านการตรวจสอบหรือมีการทดลองตามวิธีการที่ถูกต้องมาก่อน (Anderson, et al., 1993 : 561-566) มีการนำสารหรือสมุนไพรบางชนิดมาใช้ร่วมกัน และ/หรือใช้เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาและการบำบัดรักษาแบบทางเลือก (Alternative Therapeutic) และกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ได้รับถ่ายทอด แนะนำและยึดถือปฏิบัติต่างๆกันมา ในกลุ่มผ่านทางจดหมายข่าวของชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์กลุ่มต่างๆ ทั้งในภาคเหนือและภาคอีสาน ตลอดจนจากการประชุมสัมมนาต่างๆ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมา มีข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในด้านต่อไปนี้

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์มีดังนี้คือ

- 1) เพื่อบรรเทาอาการของโรค
- 2) เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง
- 3) เพื่อลดความวิตกกังวลโดยการหาความสุขให้กับตนเอง
- 4) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค
- 5) เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง
- 6) เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข
- 7) เพื่อชะลออาการและมีชีวิตยืนยาว (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2538;

Katz, 1996; Sowell, et al., 1997)

มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับเอกลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคเอดส์กับแบบแผนการจัดการกับปัญหาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบเป็นดังนี้ (Ragsdale, et al., 1992 a; 259-265)

- 1) Loner มักจะเป็นผู้ที่ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ชอบอยู่ในห้องตามลำพัง จำกัดผู้เยี่ยม ใช้เวลากับการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์และนอนหลับ
- 2) Medic เป็นผู้ที่ฝากความหวังทั้งหมดไว้กับการรักษาตามหลักการแพทย์สมัยใหม่ อาทิ การใช้ยา การใช้วิธีการต่างๆ และการรอผลการวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันดูแลรักษาโรคเอดส์

3) Time keeper เป็นผู้ที่เฝ้ารอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีการจัดการเรื่องเวลาอย่างเป็นระบบ มีการวางแผน กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามลำดับอย่างปราศจากความวิตกกังวลหรือความโกรธ

4) Activist เป็นผู้ที่รับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีและเป็นเอดส์เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมและการเมือง แบบแผนพฤติกรรมจึงแสวงหาความสนุกสนานเพลิดเพลินไปกับการพบปะสังสรรค์กับกลุ่มสังคม กลุ่มเพื่อนใช้เวลากับการใช้โทรศัพท์ เขียนจดหมาย พูดคุยกับผู้มาเยี่ยมพยาบาลหรือผู้ป่วยอื่น

5) Mystic เป็นผู้ที่ให้ความหมายโรคเอดส์ในลักษณะที่เป็นความลึกลับ เป็นอำนาจเหนือธรรมชาติและผูกพันกับจิตวิญญาณ จึงไม่รู้สึกกลัวความตาย เพราะมองความตายว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านไปสู่โลกใหม่

6) Victim เป็นผู้ที่ผดุงชีวิตด้วยการยอมจำนนต่อชะตากรรมชีวิต พึ่งพาผู้อื่นในการแก้ปัญหา เรียกร้องขอความเห็นใจจากผู้อื่น เพราะมองว่าตนเป็นคนเคราะห์ร้าย

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงเอกลักษณ์ส่วนบุคคล เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

มีการพยายามพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาตรวจสอบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539; Cleary, et al., 1993) โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์

1) เอดส์มีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ สามารถคุกคามชีวิตในระยะเวลานานสั้น

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและความก้าวหน้าของโรคเกี่ยวข้องมากกับการดำรงชีวิตซึ่งถูกมองว่าเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม

3) การรับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อกับสังคมรังเกียจ ผลกระทบจึงแตกต่างจากโรคอื่นๆ โดยทั่วไป

4) มีวิธีการรักษาที่หลากหลาย ทั้งการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาแบบพื้นบ้านด้วยวิธีต่างๆ (Ragsdale, et al., 1992 a) ดังนั้นจึงต้องการเครื่องมือในการประเมินที่เฉพาะเจาะจงกับโรคไปพร้อมๆ กับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือตลอดจนนำมาศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ในแง่มุมต่างๆ แต่โดยทั่วไปพบว่าการศึกษาส่วนมากเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อองค์ประกอบของ

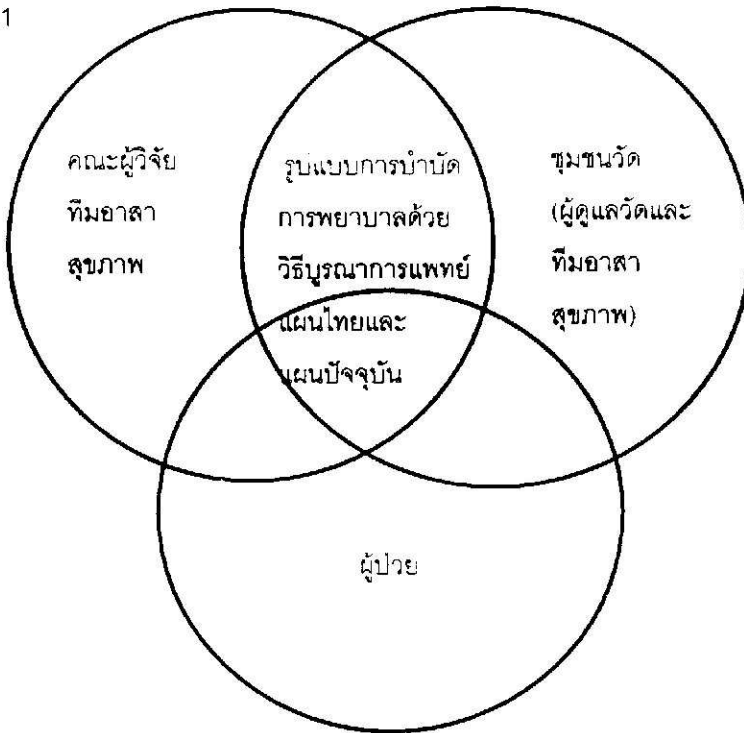
คุณภาพชีวิต แต่ละด้าน (เปรมฤทัย, 2536; Cleary, et al., 1993; Ragsdale, et al., 1992 a) โดยผลการศึกษาล้วนใหญ่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นเอดส์ ได้แก่ ระยะของโรคหรือความรุนแรงของโรค ลักษณะอาการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ที่ได้จากการจัดบริการบำบัดพยาบาลแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน

สรุปในปัจจุบันโรคเอดส์ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอัตราการตายยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราตายสูงมากมีอยู่ 2 ช่วง คือกลุ่มเด็กเล็กหรือกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี และกลุ่มผู้ใหญ่วัยแรงงานอายุ 25-39 ปี โรคเอดส์คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมเกิดจากเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ก่อให้เกิดความสิ้นหวังหมดคุณค่าในตัวเองและเพิ่มโรคแห่งการสูญเสีย โดยมีเชื้อไวรัสในกลุ่มรีโทรไวรัส (retrovirus) ชื่อ ฮิวแมนอิมมูโน ดีฟิเซียนซี ไวรัส เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีอาการของโรคเอดส์ปรากฏขึ้น ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการผู้ป่วยเอดส์จะมีความพึงพอใจในการเลือกดูแลสุขภาพตนเองในระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์ปัจจุบัน ระบบการแพทย์พื้นบ้านได้มองว่าการเจ็บป่วยมิได้ มองเพียงแค่เชื้อโรค หากแต่มีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ การรักษาจึงมุ่งที่การปรับให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นใหม่ ความเจ็บป่วยที่จะหายไป การรักษา มีการใช้ยาสมุนไพร การอบ การประคบ การนวด ความเชื่อในไสยศาสตร์และหลักทางพระพุทธศาสนา เพราะมีความจำเป็นต้องรักษาทางด้านจิตใจควบคู่กันไปด้วย จะเห็นได้ว่ามีหลายวัดที่ได้ให้การรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ และจากรายงานการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่วัด จะมีสุขภาพกายและจิตดีขึ้น อาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถาบันสงฆ์ต่างๆ จะรักษาด้วยสมุนไพร และการรักษาจะเป็นไปในลักษณะของการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนปัจจุบัน

บทที่ 3

วิถีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research = PAR) แบบการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแสวงหาคำตอบของคำถามการวิจัย (Mutual Action Research Approach) ระหว่างทีมวิจัย อาสาสมัคร (แพทย์ เภสัช พยาบาล ผู้ดูแลวัด ผู้ป่วยและหมอพื้นบ้าน) ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 แสดงการมีส่วนร่วมการพัฒนาารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิถีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบัน

3.1 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครทุกคน (แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลวัด ผู้ป่วยและหมอพื้นบ้าน) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างในการวิจัยนี้คือ ทีมอาสาสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 3 คน ผู้ดูแลวัด 3 คน หมอพื้นบ้าน 2 คน และผู้ป่วย 5 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 222 คน ตลอด 3 ปี

3.2 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีผู้เข้าร่วม

ขั้นที่ 1 การประเมินและการวางแผนร่วมกัน (Assessment and Planning Phase) คณะวิจัยได้ประเมินร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (แผนภาพที่ 3.2) ถึงแนวทางการพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (รายละเอียดดูจากตารางที่ 2-3) ได้ขอสรุปแนวทาง (Protocol) ที่สอดคล้องกันระหว่างทีมวิจัยและผู้ดูแลวัดและผู้ป่วยคือ

1.1 รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยเอดส์ที่สอดคล้องกับบริบทของวัดและองค์ความรู้ของผู้ดูแลวัดด้วยการใช้การดูแลสุขภาพแบบแพทย์พื้นบ้าน (traditional medicine) โดยเป็นวิธีการใช้สมุนไพรเป็นอันดับแรกด้วย การเลือกวิธีการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การปลูกผักพื้นบ้านที่มีฤทธิ์เป็นสมุนไพร การแปรรูปสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยาสามัญประจำวัด การออกกำลังกาย

1.2 การดูแลตนเองโดยเชื่อมโยงกับแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern medicine) โดยทีมผู้วิจัยควรพัฒนาผู้ดูแลวัด และผู้ป่วยให้เข้าใจการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบัน รวมทั้งเป็นผู้จัดหายาสามัญประจำวัด เช่น ยาแก้ปวด ยาทำแผล ฯ

1.3 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทั้งในด้านการเจ็บป่วยด้านส่วนตัวและด้านเศรษฐกิจ

คณะผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (ตาราง 2-3) มาเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบำบัด โดยเริ่มจากทรัพยากรที่วัดมีอยู่ก่อน โดยทีมวิจัยและทีมอาสาสุขภาพคาดว่าแนวทาง (Protocol) ที่ร่วมกันคิดน่าจะมีผลดีต่อสุขภาพ (improved health status)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการให้บริการร่วมกันระหว่างคณะวิจัย พระ หมอพื้นบ้านและผู้รับบริการ (Implementation phase) โดยผู้ร่วมวิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนข้อคิดเห็นของกลุ่ม (Group reflexion techniques) เพื่อสะท้อนผลการให้บริการและนำผลที่ได้ไปปรับปรุงหารูปแบบการให้บริการบำบัดและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจนในแต่ละช่วงๆ โดยมีกิจกรรมในการให้บริการร่วมกันดังนี้

2.1 เปิดให้บริการแบบคลินิกรับบริการ โดยตรวจร่างกายแบบเบื้องต้นแบบแผนปัจจุบัน เช่น การซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาแก้ปวด การชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิต

2.2 บริการให้ความรู้ สาธิตการดูแลตนเองด้วยการนวดและบริการนวดแบบแพทย์แผนไทย

2.3 ให้ความรู้และสาธิตวิธีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อบำบัดอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเอดส์และหลักการใช้สมุนไพรของสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข

2.4 ให้ความรู้และสาธิตการพยาบาลเพื่อดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเอดส์ เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การเลือกอาหารที่เหมาะสมจะไม่ทำให้โรคนั้นทวีความรุนแรง

ขั้นที่ 3 ขั้นปรับปรุงรูปแบบการบำบัดให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วย (Improving by changing phase) เป็นขั้นตอนการพัฒนากิจกรรมการบำบัดต่อจากขั้นตอนที่ 2 ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์

ขั้นที่ 4 ขั้นติดตามและประเมินผล (evaluation phase) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลดังนี้ (ดำเนินการไปบางส่วนและบางส่วนอยู่ระหว่างดำเนินการ)

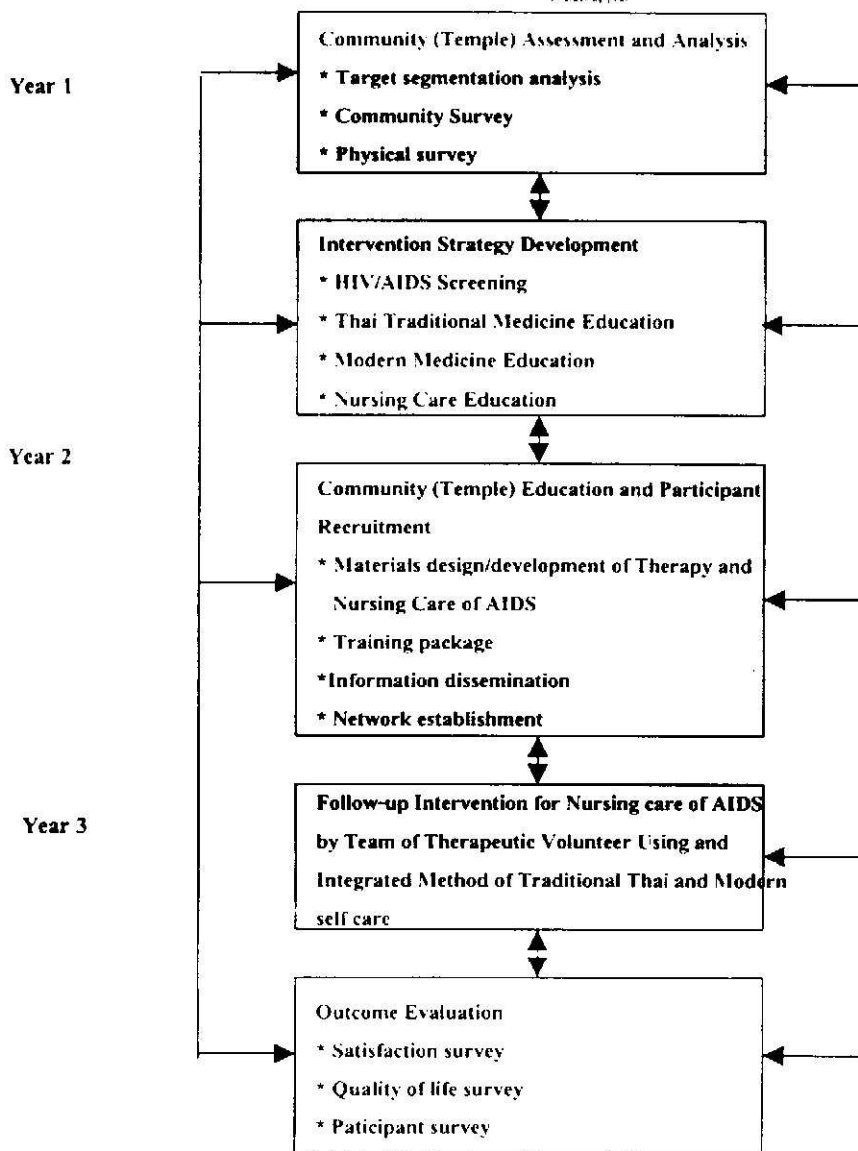
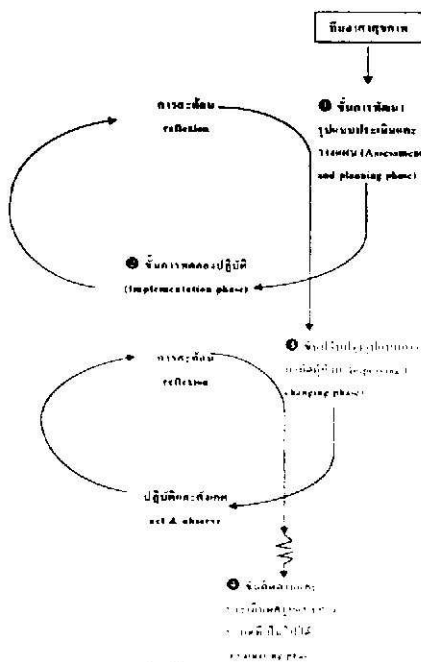
4.1 สังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) สันทนาการและบันทึกข้อมูลในการสังเกต

4.2 สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) เกี่ยวกับความพอใจของผู้รับบริการต่อการรับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) เกี่ยวกับความพอใจและรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน

4.3 วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลแบบแผนไทยกับแผนปัจจุบันโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of life) วัดก่อนและหลังการบำบัด

4.4 สรุปสะท้อนข้อคิดเห็นในกลุ่มที่วิจัย (Group reflexion techniques) ถึงรูปแบบที่เหมาะสม ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน

4.5 บันทึกข้อมูล ทั้งในรูปวิดีโอเทป บันทึกด้วยเทป การถ่ายภาพ และการบันทึกและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน (ดังแผนภาพที่ 3.2-3.3)



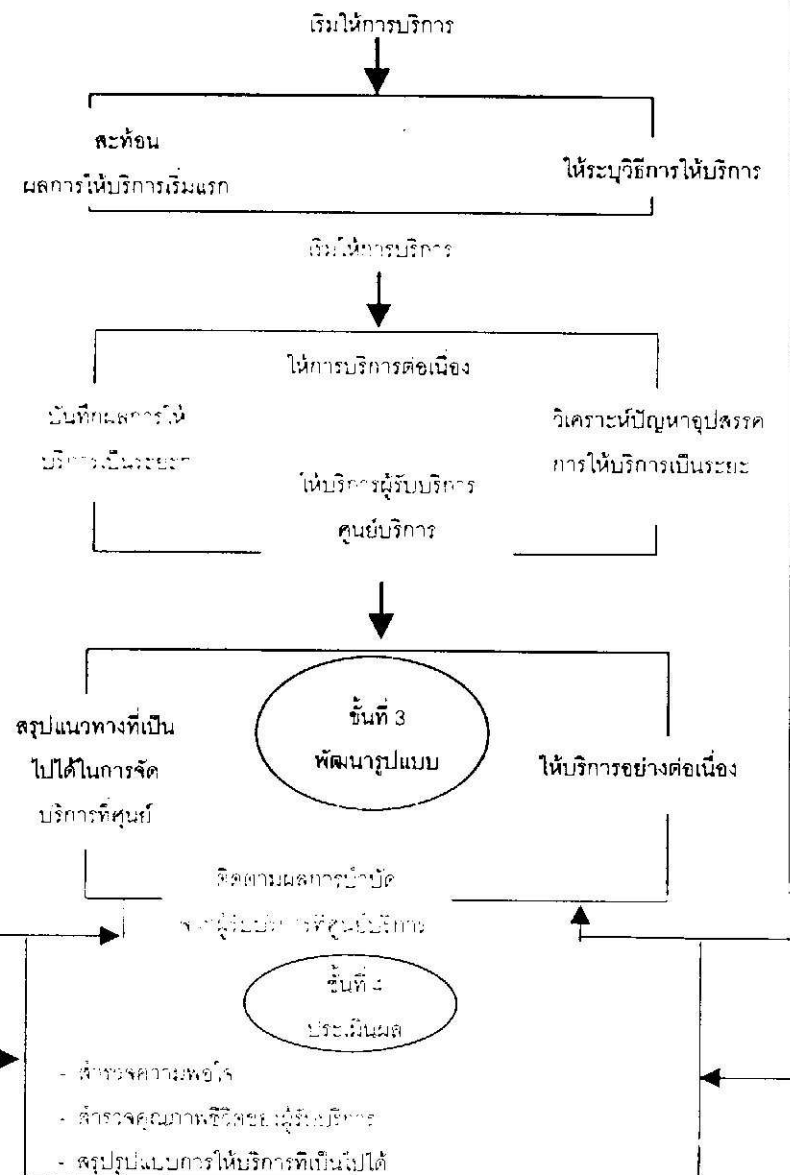
Reflexion

Reflexion

1. ขั้นตอนวางแผนและเตรียมการให้บริการของทีมอาสาสมัครบ้าน วัด

- ผู้วิจัยและวิทยากรประสานงาน (มีส่วนร่วมในการคิด/วางแผนให้บริการ)
- จัดเตรียมศูนย์บริการ (สถานที่และอุปกรณ์)
- กำหนดวัตถุประสงค์การให้บริการ
- กำหนดกลุ่มเป้าหมาย
- กำหนดแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อบันทึก
- กำหนดตารางรับผิดชอบการบริการ บันทึกประวัติผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวัน
- ผลิตเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการวัด การใช้สมุนไพรรและการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
- ประชาสัมพันธ์โครงการ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติร่วมกันของอาสาสมัครบ้านวัดและผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ซึ่งประกอบด้วย อาสาสุขภาพ ๗ ราย หรือสมุนไพรร นักจิตวิทยา หมอพื้นบ้าน นักศึกษา และ พยาบาล)



แผนภาพที่ 3.3 แสดงกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาพยาบาล

3.3 การวิเคราะห์ที่มุ่ง

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) โดยใช้การวิเคราะห์แบบใช้การเปรียบเทียบ (analytic comparison) ทั้งในแง่ความเหมือนที่เห็นด้วย การจัดรูปแบบในเรื่องการพัฒนาหารูปแบบการรับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน (method of agreement) และในแง่ความแตกต่าง (method of different) ของกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการพัฒนารูปแบบการรับบริการบำบัดและพยาบาลด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลแบบแผนปัจจุบัน
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำนวนการมารับบริการในคลินิกที่จัดบริการและกิจกรรมที่จัดให้บริการ ใช้สถิติเชิงพรรณนาคือจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ก่อนได้รับกับหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดแบบวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual action research approach) ระหว่างทีมวิจัยอาสาสมัครในวัดผู้ป่วย หมอพื้นบ้านและทีมสุขภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (qualitative data) และข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) การนำเสนอผลการวิจัยนี้ได้นำเสนอถึงบริบทของแหล่งที่ศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะ (การวิจัยนี้เป็นการวิจัยต่อเนื่อง 3 ระยะ) ผลของการวิจัยในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน คือ ระยะประเมินผลและวางแผน (assessment and planing phase) ระยะปฏิบัติการ (Implementation phase) ระยะพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับ (improving phase) และระยะประเมินสรุปผล (evaluation phase) ที่เหมาะสมกับบริบทและเกิดความยั่งยืนของการบำบัดพยาบาล ผู้ป่วยเอดส์ (Denzin and Lincoln 1994 : 327 – 366) ผลการวิจัยที่ดำเนินการแล้วสามารถสรุปผลการวิจัย 3 ส่วนดังนี้

4.1 บริบทของพื้นที่ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนพัฒนา ระยะพัฒนา และระยะหลังพัฒนาเป็นผู้ป่วยทั้งหมด 222 คน และอาสาสมัคร 15 คน

4.3 ผลของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดแบบวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด ซึ่งได้ดำเนินการต่อเนื่อง 3 ปี ผลการวิจัยจึงอยู่ในระยะปฏิบัติการ (Implementation phase) และระยะพัฒนารูปแบบให้เหมาะสม (improving phase) และมีผลการวิจัยในด้านการประเมินย่อยที่เป็นข้อมูลสะท้อนความเห็นของกลุ่ม (group reflexion) แบบประเมินความก้าวหน้าของผลการปฏิบัติ (formative evaluation) และสรุปผลการวิจัยโดยรวม (summative evaluation)

4.1 บริบทพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีอะไรบ้าง (The context of the study)

วัดวิเวกวนาศรมพรหมรังสี ตั้งอยู่ในเขตตำบลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา อยู่ระหว่างโรงพยาบาลสะเตาะและโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ การเดินทางจากตัวอำเภอหาดใหญ่ ระยะทางประมาณ 70 กิโลเมตร ใช้เวลาประมาณ 40 นาที การเดินทางไปยังบริเวณวัดเมื่อผ่านตัวเมืองสะเตาะไปทางตำบลปาดังเบซาร์ประมาณ 7 กิโลเมตร มีทางแยกด้านซ้ายมือ มีป้ายเขียนบอกทาง "วัดวิเวกวนาศรม" ไปตามทางแยกถนนราดยางมอตอย 2 เลนส์ รถยนต์สามารถวิ่งสวนทางกันได้ 2 ข้างทางเป็นสวนยางพาราและบ้านเรือนสลับกันอยู่เป็นระยะๆ จากทางเข้าประมาณ 3 กิโลเมตร จะมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ถัดจากโรงเรียนจะเป็นวัดวิเวกวนาศรมพรหมรังสี ทางแยกเข้าไปภายในวัดเป็นถนนกรวด ทั้ง 2 ข้างทางบริเวณวัดมีต้นกระถินณรงค์ขึ้นประปราย

ภายในบริเวณวัด บรรยากาศทั่วไปภายในวัดร่มรื่น อากาศค่อนข้างชื้น ลักษณะภายในวัดมีอาคารใหญ่ๆ และสิ่งก่อสร้างหลายหลัง แยกเป็นส่วนๆ คือ สถานที่ปฏิบัติกิจทางศาสนา, อาคารเจ้าอาวาสและกุฏิพระภิกษุ อยู่บริเวณด้านหน้าของวัด และถัดมาจะเป็นอาคารเรือนไทยอาคารสมุนไพรร ห้องน้ำห้องสุขา ซึ่งบางห้องถูกดัดแปลงให้เป็นห้องอบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ภายในห้องอบสมุนไพรเป็นห้องโล่งกว้างยาวประมาณ 2.5 x 2.5 เมตร พื้นและผนังปูด้วยโมเสกสีน้ำตาล ที่ผนังติดเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิของห้องอบ ด้านหลังของห้องอบจะเป็นโรงเรือนตั้งตู้อบเป็นสแตนเลสที่ได้มาตรฐานสูงประมาณ 2.5 เมตร เส้นรอบวงประมาณ 2 เมตร และเชื่อมต่อท่อเข้าไปยังห้องอบ (ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันแพทย์แผนไทย) และส่วนที่ค่อนข้างด้านหลังวัดจะเป็นเรือนพักของผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งแยกเป็นหลังๆ มีตัวบ้านกึ่งถาวร บริเวณบ้านจะปลูกต้นไม้ประเภทไม้ผลและพืชผักสวนครัวไว้กินภายในครัวเรือน และมีร้านอาหาร ร้านขายของชำภายในบริเวณวัด โดยกลุ่มผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังมีเรือนพยาบาล จัดเป็นสัดส่วน ซึ่งแยกออกจากเรือนนอนสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งไม่ได้อยู่ในระยะการแพร่เชื้อและการติดต่อของโรค สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้มีการแบ่งแยกเพศผู้ป่วย แต่ให้นอนรวมกันและจัดบริเวณส่วนตัวเอง ซึ่งเรียกเรือนนอนนี้ว่า "เรือน 7" ลักษณะเป็นเรือนไม้โล่ง มีผนัง 4 ด้าน พื้นเรือนเป็นไม้กระดานบางๆ วางเรียงต่อกัน ด้านหน้าเป็นทางขึ้น 2 ทาง ทำเป็นบันไดไม้ 2 ชั้น ส่วนด้านหลังสุดของบริเวณวัดเป็นอาคารโรงทาน ซึ่งเป็นอาคารหลังใหญ่ 2 ชั้น ชั้นล่างเป็นที่ตั้งพระประธาน และเป็นสถานที่ใช้ ทำวัตร สวดธิของพระและผู้ป่วย ด้านข้างจะเป็นที่ที่ักผู้ป่วยสร้างถาวรด้วยคอนกรีตเป็นห้องแถว 5 ห้อง ด้านหน้าเป็นคูหาที่กำลังก่อสร้างยังไม่เสร็จเรียบร้อย ทางทิศใต้ของอาคารโรงทานห่างไป 50 เมตร เป็นเตาเผาขยะสำหรับเผาขยะสำหรับเผาขยะติดเชื้อ ของเสีย สิ่งที่เป็นอนจากน้ำคัดหลังของผู้ป่วย ซึ่งแยกออกเป็นสัดส่วนชัดเจน

อาหารที่เป็นพิษ@งห้ามรับประทาน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในวัดนี้ควรงดอาหารดังนี้

แดงทุกชนิด มะพร้าวอ่อน ขนุน จำปาตะ ปลาร้า พริกแห้ง กลัวยหอม กลัวยไข่ สัตว์มีปีกทุกชนิด ของทะเลทุกชนิด ของดองทุกชนิด เครื่องกระป๋องทุกชนิด ไข่ไก่ ไข่เป็ด ขนมหจีน หน่อไม้ กะปิ น้ำปลา ทูเรียน ลางสาต ลองกอง มังคุด เนื้อวัว เนื้อควาย เหล้า น้ำอัดลม น้ำเย็น ซึ่งทั้งหมดนี้ห้ามรับประทานเป็นอันขาด และห้ามสูบบุหรี่ด้วย

บุคคลภายนอกที่จะนำตัวยาออกไป ต้องนำน้ำมันมะพร้าวมาเอง ถ้าไม่มีน้ำมันทา ทางวัดก็จะไม่ให้ตัวยาโดยเด็ดขาด และสิ่งของที่ต้องนำมา คือ ดอกไม้ ธูป เทียน และเงิน 12 บาท

วิธีปรุงยา ใช้น้ำ 6 ช้อนแกง ใสในข้าวต้มที่กำลังเดือดๆ ต้องทำข้าวต้มให้ได้ประมาณ 2ถ้วย เติมน้ำ 1 ถ้วย เติมน้ำ 1 ถ้วย เวลารับประทานให้นึกถึงบุญเสมอทุกครั้งไป (กลัวยน้ำว่า อุ่น กินได้ดี)

4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มี@ร่วมในการวิจัย

4.2.1 กลุ่มที่@ไปขอ@รับบริการ (กลุ่ม@เชิงปริมาณ)

คณะผู้วิจัยได้ใช้การสร้างสัมพันธภาพ (rapport) กับเจ้าอาวาสและสมาชิกในวัด เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์การเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากทีมอาสาสมัครสุขภาพ โดยได้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประสพการณ์การดูแลตนเองก่อนมารับการรักษาและความต้องการช่วยเหลือจากชุมชนภายนอก ผลการสำรวจการดำเนินโครงการซึ่งได้แบ่งการสำรวจเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2541 และระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2542 และระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2543 จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น รวมผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่อยู่ประจำวัดอย่างน้อย 1 สัปดาห์จำนวน 222 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการจากทีมอาสาสุขภาพ จำแนกตามข้อมูล
ทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ปีที่ 1 (N= 100)		ปีที่ 2 (N= 70)		ปีที่ 3 (N= 52)		รวม (N= 222)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
เพศ								
ชาย	60	60.0	40	57.1	38	73.0	138	52.2
หญิง	40	40	30	42.9	14	27	84	37.8
อายุ (ปี)								
ต่ำกว่า 20 ปี	8	8.0	10	14.3	5	9.6	23	10.3
20-30 ปี	52	52.0	35	50.0	19	36.5	106	47.7
31-40 ปี	30	30.0	20	28.6	18	34.6	68	30.6
มากกว่า 40 ปี	10	10.0	5	7.1	10	19.3	25	11.3
สถานภาพสมรส								
โสด	42	42.0	25	35.7	18	34.6	85	38.2
คู่	52	52.0	35	50.0	20	38.5	107	48.2
หย่า	6	6.0	10	14.3	14	26.9	30	13.6
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	70	70.0	45	64.3	30	57.7	145	65.3
มัธยมศึกษา	25	25.0	20	28.6	14	26.9	59	26.5
ประกาศนียบัตร	9	9.0	5	7.1	8	15.4	22	9.9
ปริญญาตรี	1	1.0	-	-	-	-	1	5
ภูมิลำเนา								
ได้	46	46.0	40	57.1	23	44.2	109	49.1
กลาง	4	4.0	2	2.9	2	3.8	8	3.6
เหนือ	20	20.0	15	21.4	13	25.0	48	21.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	16	16.0	6	8.6	4	7.7	26	11.7
ต่างประเทศ	8	8.0	5	7.1	10	19.3	23	10.4
ไม่ต้องการระบุที่อยู่	6	6.0	2	2.9	-	-	8	3.6
รายได้								
ไม่มีรายได้	49	49.0	45	64.3	25	48.1	119	53.6
มีรายได้	51	51.0	25	35.7	27	51.9	103	46.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ปีที่ 1 (N= 100)		ปีที่ 2 (N= 70)		ปีที่ 3 (N= 52)		รวม (N= 222)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
แหล่งรายได้ที่ได้รับ								
การช่วยเหลือ								
บิดา – มารดา	24	24.0	12	17.1	10	19.2	46	20.7
ญาติ – พี่น้อง	16	16.0	10	14.3	10	19.2	36	16.2
หลวงพ่อบุญวัด	60	60.0	48	68.6	32	61.6	140	63.1

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการในวัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.6 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในวัยแรงงาน คือ อายุระหว่าง 20 – 30 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 47.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.2 ชื่อนาสังเกตมีผู้ป่วยสถานภาพสมรสโสดค่อนข้างมากเช่นกัน คือ ร้อยละ 38.2 ระดับการศึกษาอยู่ในประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.3 มีภูมิฐานะเป็นคนในภาคใต้มากที่สุดร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ มาจากภาคเหนือ ร้อยละ 21.6 ในเรื่องรายได้ พบว่า 1 ใน 2 ของกลุ่มผู้ป่วยที่สำรวจไม่มีรายได้มากที่สุด ร้อยละ 53.6 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าอาวาส (หลวงพ่อบุญวัด) มากที่สุด ร้อยละ 61.5 รองลงมา คือ จากบิดา – มารดา ร้อยละ 19.2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รู้สึกว่าจะเกิดเชื้อเอชไอวี (ปี)	
1-2 ปี	26.0
3-4 ปี	29.6
5-6 ปี	18.5
7-8 ปี	18.5
9-10 ปี	7.4
$\bar{X} = 2.5, S.D. = 12$	
สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้	
จากเพศสัมพันธ์ในคูสมรส	23.5
จากเพศสัมพันธ์นอกคูสมรส	50.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	ร้อยละ
จากยาเสพติด	2.3.6
บาดแผลการโกนผมให้พระ	2.9
สถานที่เริ่มรักษาอาการป่วยโรคเอดส์เป็นครั้งแรก	
โรงพยาบาล	29.6
ชื่อยามารับประทานเอง	3.7
ไม่รักษา	3.7
วัดวิเวกวนาธรรม	59.3
ยาสมุนไพรก่อนมารับการรักษาที่วัด	3.7
ผลจากการรักษาครั้งแรก*	
ไม่ดีขึ้นเพราะ	29.6
- มีความรู้ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ	100.0
ดีขึ้นเพราะ	70.4
การดูแลตนเองเหมาะสม	55.0
สุขภาพจิตดี	35.0
มีความเชื่อในการรักษา	5.0
สภาพแวดล้อมดี	5.0
แหล่งข้อมูลในการแนะนำสถานที่รักษา	
1. หนังสือพิมพ์	19.4
2. โทรทัศน์	9.7
3. วิทยุ	6.5
4. ได้รับคำแนะนำจาก	54.8
- บุคลากรและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข	29.4
-ญาติพี่น้อง เพื่อนและคนรู้จัก	52.9
- เจ้าอาวาส ผู้ปฏิบัติธรรม	11.8
- ผู้จัดการบริษัท	5.9
5. สังคมสงเคราะห์ส่งมา	3.2
6. เคยมาที่วัดก่อนป่วย	6.5

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 2 (ต่อ) -

ประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	ร้อยละ
เหตุผลที่ท่านเลือกวัดนี้เป็นแหล่งรักษา	
1. มีชื่อเสียงด้านการรักษาด้วยเหล็กไหล	11.8
2. รักษาที่อื่นแล้วอาการไม่ดีขึ้น	5.9
3. ไม่ต้องเสียค่ารักษา	11.8
4. ต้องการที่พึ่งพาทางใจ	20.6
5. ญาติพามา	20.6
6. ทางบ้านรังเกียจ	5.9
7. ใกล้บ้าน	11.8
8. ไม่มีที่ไป	5.9
9. มีผู้แนะนำมา	2.9
10. สังคมสงเคราะห์ส่งมา	2.9

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวว่าติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 3 - 4 ปี ร้อยละ 29.6 รองลงมา 1 - 2 ปี ร้อยละ 26.0 ระยะเวลาที่รู้ตัวว่าติดเชื้อน้อยที่สุด คือ 9 - 10 ปี ร้อยละ 7.4 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่รู้สึกตัวว่าติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 2.5 ปี กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาสาเหตุจากเพศสัมพันธ์ในคู่สมรสและจากยาเสพติดเท่ากัน คือ ร้อยละ 23.6 สาเหตุจากบาดแผลการโกนผมน้อยที่สุดร้อยละ 2.9 กลุ่มตัวอย่างเริ่มรักษาอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ครั้งแรกที่วัดแห่งนี้มากที่สุดร้อยละ 59.3 รองลงมาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 29.6 การรักษาครั้งแรกโดยใช้ยาสมุนไพร ซื้อยามารับประทานเอง และไม่รักษามีจำนวนน้อยที่สุดร้อยละ 3.7 ผลการรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่ดีขึ้นร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการดูแลตนเองเหมาะสมร้อยละ 55.0 รองลงมาให้เหตุผลว่ามีความรู้ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำว่ามีวัดรักษาผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 54.8 ได้รับคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน และคนรู้จักมากที่สุดร้อยละ 52.9 รองลงมาจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขร้อยละ 29.4 คำแนะนำจากผู้จัดการที่บริษัทน้อยที่สุด ร้อยละ 5.9 รองลงมาในกลุ่มตัวอย่างทราบจากหนังสือพิมพ์ร้อยละ 19.4 และสังคมสงเคราะห์ส่งมาน้อยที่สุด ร้อยละ 3.2 เหตุผลที่เลือกวัดแห่งนี้เป็นแหล่งรักษา คือ ต้องการที่พึ่งทางจิตใจและญาติพามากที่สุดเท่ากับร้อยละ 20.6 มีผู้แนะนำมาและสังคมสงเคราะห์ส่งมาเป็นเหตุผลที่เลือกวัดแห่งนี้ร้อยละ 2.9

4.2.2 *ลักษณะและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)*

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ราย เป็นผู้ชาย 4 ราย และเป็นผู้หญิง 4 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ เพศ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

A1 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 41 ปี รูปร่างสูงใหญ่ แข็งแรงสมบูรณ์ มีผื่นตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณแขนและขา (มีอาการคัน ผู้ป่วยจะเกาเมื่ผื่นตามตัวตลอดเวลา) สถานภาพโสด ภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา เดิมประกอบอาชีพพนันสี เคาะสนิม และติดเชื้อจากหญิงบริการ

A2 เป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ อายุ 30 ปี รูปร่างสมส่วน แข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส มารับการรักษาพร้อมสามีที่เป็นเอดส์เช่นเดียวกัน มีบุตร 1 คน เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เมื่ออายุ 2 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดศรีสะเกษ เดิมประกอบอาชีพแม่บ้าน ติดเชื้อจากสามี

A3 เป็นหญิงสาว อายุ 20 ปี รูปร่างสมส่วนผิวขาว ติดเชื้อเอดส์เนื่องจากถูกข่มขืน เลยต้องจ่ายอมยูกินด้วยกันกับสามีปัจจุบัน หน้าตาไม่สดชื่น สีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากขณะนี้สามีที่เป็นโรคเอดส์ด้วยกันกำลังป่วยหนัก ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ A3 จึงจำเป็นต้องให้การดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

A4 เป็นหญิงหม้าย สูงอายุ วัย 56 ปี อาชีพขายผ้า รูปร่างผอมบาง หน้าตาไม่สดใส ติดเชื้อเอดส์จากสามี (สามีอายุ 30 กว่าปี เสียชีวิตมาประมาณ 3 เดือน ที่วัดแห่งนี้) มีแผลพุพอง (เป็นเริม) บริเวณต้นขาซ้าย

A5 เป็นชาย อายุ 28 ปี เป็นชาวจังหวัดมหาสารคาม รูปร่างเล็ก ผิวดำ สูงประมาณ 148 เซนติเมตร สังเกตจากภายนอกไม่มีอาการของโรคเอดส์ มีอาชีพขายของชำอยู่ในวัดแห่งนี้อยู่กับภรรยา ซึ่งติดเชื้อเอดส์ด้วยกัน โดยฝ่ายสามีทำงานก่อสร้างในวัด A5 เคยแต่งงานแล้ว เมื่อ พ.ศ. 2536 ภรรยาติดเชื้อเอดส์ ขณะนี้เสียชีวิตแล้ว A5 ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการ มีบุตร 1 คน อายุ 6 ปี ติดเชื้อเอดส์หลังจากมีบุตรคนแรกแล้ว A5 มาอยู่ที่วัดแห่งนี้ได้ 3 ปี A5 ไม่เคยมีอาการอะไรให้เห็นเด่นชัด จากการสัมภาษณ์ A5 บอกว่า ไม่เคยมีอาการของโรค

A6 รูปร่างสูงโปร่ง ผิวขาว ชีต ดูอ่อนเพลีย ผอม หน้าตาดี ผอมขอยล้น เป็นชาวจังหวัดขอนแก่น เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อายุ 23 ปี ผิวตามตัวมีรอยแผลตกสะเก็ด จากการสอบถาม A6 บอกว่า มีเม็ดออกตามตัว แต่ตอนนี้ดีขึ้น มาอยู่วัดได้ 6 เดือน รู้ว่าติดเชื้อเอดส์เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2542 ที่ผ่านมา ติดเชื้อจากแฟน แต่ตอนนี้เลิกกันแล้ว และเมื่อมาอยู่ที่วัด A6 ได้อยู่กับ

แบบสามีภรรยากับผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน A6 บอกว่า พ่อแม่พามาส่งแล้วไม่เคยมาเยี่ยม A6 เลย A6 เป็นวัณโรคด้วย ขณะนี้รับประทานยาวัณโรคพร้อมกันด้วย

A7 เป็นเพศชาย อายุ 25 ปี รูปร่างสันทัด หน้าตาดี ผมหักศก ผิวคล้ำ พูดจา ฉะฉาน คล่องแคล่ว A7 เป็นวิทยากรรับเชิญให้กับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นคนจังหวัด สงขลา A7 มาอยู่วัดเมื่อปี 2539 เป็นอาสาสมัครพยาบาล เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยกัน ต้องมาอยู่วัด ก่อนมาอยู่วัดมีงานประจำและมีแฟน เมื่อมาอยู่วัดได้เลิกกับแฟนคนเก่าแล้วได้ แฟนใหม่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน เคยมีอาการท้องร่วงและเป็นไข้ แต่ตอนสัมภาษณ์ อาการต่างๆ หายเป็นปกติแล้ว

A8 เป็นเพศชาย อายุ 31 ปี รูปร่างสูง ผอม ผิวดำ ลักษณะผิวมีตกสะเก็ดตามตัว ผอมมาก เวลานั่งจะเอาหมอนรองก้นไว้ A8 บอกว่า นั่งไม่ได้ เจ็บก้น พ่อเป็นคนพามาอยู่ที่วัด A8 บอกว่าไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ แต่เป็นวัณโรค แต่มาอยู่วัดแล้วกินยาวัณโรค และยาปूर่วมด้วย เพิ่งมาอยู่ วัดนี้ได้ 2 เดือน

การดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ณ วัดวิเวกวนาครมพรหมรังสี จังหวัด สงขลา ซึ่งใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ในมุมมองของผู้ป่วย จำนวน 8 ราย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษา มีการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของวัด เหตุผลที่ผู้มารับการรักษาที่นี่ การดูแลตนเองในบริบทสังคม ภายในวัด และการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเอดส์คนอื่นในวัด ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ จะสอบถามในส่วนของข้อมูลพื้นฐาน แนวทางการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ ตามประสบการณ์การเรียนรู้การรับรู้ของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งความต้องการดูแลตนเองเมื่ออยู่วัด

4.3 ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ชั้ตอน

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ผลของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดแบบวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด ผลการวิจัยในรายงานนี้ ขอนำเสนอตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 : คณะวิจัยและทีมอาสาสุขภาพร่วมกันประเมินและวางแผน (Assessment phase) การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยเอดส์ในวัด จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสัมภาษณ์เจาะลึก (depth - interview) รวมทั้งจากข้อมูลสำรวจ (survey) ด้วยแบบสอบถาม โดยข้อมูลดังกล่าวนี้มีประโยชน์มากในการนำมาสร้างแนวทาง (protocol) ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยเอดส์ในวัดให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความพร้อมของทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) ของผู้ดูแลในวัด ผลของข้อมูลในส่วนนี้ขอนำเสนอทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (ตารางที่ 2) ดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ความเป็นมาของโครงการและแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแลวัด (พระเจ้าอาวาส) พบว่า พระเจ้าอาวาสมีภูมิปัญญาการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะเรื่องของสมุนไพรและวัดเองต้องการให้การดูแลตนเองวิธีนี้ให้ดำเนินการต่อเพียงแต่ขาดการสนับสนุน ดังผลข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัย : ขอทราบเรียนถามท่านอาจารย์ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ภายในวัด ซึ่งอยากจะถามท่านในฐานะผู้บริหารงานโครงการว่าท่านมีแนวความคิดในการก่อตั้งโครงการ แนวทางการดำเนินงาน และความเป็นมาของกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นภายในวัดนี้ อย่างไรบ้าง

พระ : โครงการนี้อันที่จริงแล้วไม่ได้ตั้งใจจะทำโครงการนี้มากกว่า คือ โครงการนี้ว่าจะตั้งเป็นมูลนิธิเพื่อเด็กยากจนมากกว่า แต่พอเรามองดูสถานการณ์ภัยจากโรคเอดส์เราจะรู้สึกว่ามันกำลังจะลุกลามมาก ก็เลยเปลี่ยนเข็มเปลี่ยนทิศทางทันทีว่าเราน่าจะทำโครงการนี้มากกว่า เพราะว่าโรคเอดส์นี้เราดูตามสถานพยาบาลก็ดีหรือในชุมชนก็ดีพบว่าการระบาดของโรคนี้นั้นมาก ก็เลยตั้งมาตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นมา อันที่จริงเราก็ยังไม่มีโครงการที่แน่นอนนะฮะ แต่พอที่นี้มาเจอคนที่เอดส์จริงๆ เข้าคือเขาเป็นคนมาเลเซียคือเขามาที่นี้เลย เค้านอกว่าจะมาเลิกยาเสพติด ว่า... ยาเสพติดนี้เราก็ยังไม่เคยที่จะบำบัดให้มันหายฮะ แต่ว่าไหนๆ ก็มาแล้วขอให้พักอยู่ภูมิลำเนาไปก่อนก็แล้วกัน เห็นมันหายฮะ วันนั้นพอดีมีอาจารย์แพทย์จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มาที่วัดมานั่งตรงนี้

แหละแต่จำชื่อท่านไม่ได้ถามชื่อ แกก็บอกว่าเอ...ทำทางจะเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายนะไข่ม้อยะ
เราก็ตกใจว่าทำไมถึงไม่บอกกับพระตรงๆ พอสอบถามเค้าก็บอกว่าทางแพทย์ใหญ่ที่กรุงกัวลาลัม
เปอร์บอกว่าให้หาที่ตายได้แล้วยังไงก็ตายแน่นอน พอดีเราก็คิดว่าเรามีตัวยาอยู่กับบอกว่าเออ อยู่ก็
ไม่เป็นไรอาจารย์ก็ไม่ว่านรอกอยู่พักนอนที่วัดนี้แหละ ลองทานยาดูพอทานยาไปหนึ่งอาทิตย์ก็รู้สึก
ว่าแผลนี้จะลอกนะสะเก็ดลอกออกมาเป็นคราบงู

ผู้วิจัย : เป็นยาอะไรครับ ใช้ทำอะไรบ้าง

พระ : เป็นยาสมุนไพร ใช้กินกับทาควบกันไป

ผู้วิจัย : แสดงว่าท่านอาจารย์เป็นคนที่มีชื่อเสียงหรือกิตติศัพท์เลื่องลือไปในเรื่องการ
ใช้สมุนไพรมาก่อนรึเปล่าครับ เพราะว่าทางโน้นเค้ารู้ได้อย่างไร

พระ : ไม่มีฯ นะคือเขาจะมาหาที่ตายไง ที่อื่นเค้าไม่รับแล้วไง เค้ารู้ว่าเป็นเอดส์เขาก็
ไม่รับแล้วไข่ม้อยะ เพราะวาระระยะสุดท้ายแล้วนี่อะ พอดีเราก็มารู้หรือว่าเค้าเป็นเอดส์แต่พอดี
แพทย์เขามานั่งอยู่และบอกว่าเด็กเป็นเอดส์ระยะสุดท้ายด้วยนะ

ผู้วิจัย : สมุนไพรที่ท่านอาจารย์ให้ผู้ป่วยที่ใช้กินและทานนี้ได้มาจากไหน

พระ : ก็ตอนแรกตั้งอยู่ตามป่า พอดีก็ค้นคว้าในเรื่องสมุนไพรอยู่ก็เลยไปเจอตัวยาที่
ว่ามันแปลกประหลาดก็เลยเอามาทดสอบผู้ป่วยดู แต่ก่อนก็ทดสอบกับตัวเองก่อนเพราะตอนนั้นตัว
เองเป็นแผลอยู่ไข่ม้อย

ผู้วิจัย : อาจารย์ลองใช้กับตัวเองดูหรือครับ

พระ : ใช้กับตัวเองแล้วมันได้ผล เราเอามาฝนๆ แล้วเอาน้ำมันมะพร้าวนี้มาทาที่รู้สึก
ว่ามันแห้ง ก็เลยว่าเอ... โรคนี้มันไม่ร้ายแรงเท่าไร ก็เลยให้ลองทาและทานดูมันได้ผล 100%
ปรากฏว่าคนนี้นายเลยครับ คนนี้นายขาดเลย

ผู้วิจัย : อาจารย์คงจะขออนุญาตถามว่าสมุนไพรที่ใช้มันมีส่วนประกอบของอะไรบ้าง
ครับนอกจากน้ำมันมะพร้าวที่พูดถึงครับ

พระ : มันก็จะมีส่วนผสมของธาตุทั้งสี่คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ เป็นส่วน
ประกอบกันมันมีทั้งสี่ธาตุในตัวยาตัวนั้นนะอะ เรามองเห็นแล้วว่าวันหนึ่งความร้อน พอทาลงไป
แล้วมันก็สามารถดับความร้อนได้ อย่างกับแผลนี้แผลพุพองพอทาไปมันก็นายได้มั้ง อาจจะเป็น
พวกธาตุลม นี่มารักษาพยาบาลนี้ วัดเองก็ต้องการนำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยมาใช้ แต่ก่อนวัดเคย
เปิดบริการอบสมุนไพร แต่ได้เลิกไปแล้ว

ผู้วิจัย : การอบสมุนไพรให้ผู้ป่วยน่าจะเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง พระอาจารย์คงทำได้
เพราะมีความรู้ทางนี้อยู่แล้ว

พระ : ดีเลยถ้าจะทำทางวัดอยากทำอยู่แล้วแต่ขาดการสนับสนุน ขาดอุปกรณ์ ถ้าได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสถาบันการแพทย์แผนไทยมาช่วยอีกแรงคงทำงานดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือหลักอยู่ 3 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล โดยมีความต้องการได้ยาแผนปัจจุบันเพื่อใช้บรรเทาอาการ ร้อยละ 70.6 ต้องการใช้สมุนไพร ร้อยละ 64.3 และต้องการให้มีคนมาดูแล ร้อยละ 47.0 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ส่วนความต้องการด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่วัดไม่มีรายได้ ปัญหาเศรษฐกิจจึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านเศรษฐกิจมาก โดยมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านการทำรายได้เพิ่ม คือ ต้องการทุนและความรู้ในการทำของชำร่วยขายร้อยละ 20.6 ต้องการขายของร้อยละ 23.5 ต้องการรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 และผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจและรับรู้ว่าทำงานไม่ไหวมีร้อยละ 37.7 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการการช่วยเหลือ

ความต้องการการช่วยเหลือ	ร้อยละ
ด้านการรักษา*	
1. ต้องการคนดูแล	47.0
2. ต้องการการบำบัดด้าน	82.3
- ยาแผนปัจจุบัน	70.6
- ยาสมุนไพร/อบสมุนไพร/ประคบและนวด	64.3
3. หยอดหวังการรักษา	23.5
ด้านเศรษฐกิจ	
1. ต้องการพัฒนาอาชีพทำของชำร่วย	20.6
2. ขายของ	23.5
3. รับจ้าง (ก่อสร้าง)	50.0
4. ปลุกผัก	50.0
5. ทำไม้ไผ่	37.7

หมายเหตุ* เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

สรุปแนวทาง (protocol) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอ็ดส์จากทีมอาสาสมัคร

แนวทางและความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ	ทรัพยากร	บทบาทของคณะวิจัยและทีมอาสาสมัคร
1. พัฒนารูปแบบการดูแลตนเองด้วยแพทย์แผนไทยโดยเน้นการใช้สมุนไพรด้วยการอบการประคบ การปลูกผักและการแปรรูป ให้เป็นระบบ	1.1 ใช้ห้องน้ำของวัด 4 ห้อง นำมาดัดแปลงเป็นสถานที่อบ 1.2 มีสถานที่ปลูกสมุนไพรใช้อบ ประคบ และรับประทาน	1.1 หางบประมาณมาสนับสนุนและเป็นผู้กระตุ้นและประสานงาน โดยหาผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา 1.2 จัดหาเมล็ดผักมาแจกให้ปลูก
2. นำความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาในวัดมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย	2. ภูมิปัญญาเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยของเจ้าอาวาส	2. รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาอย่างเป็นระบบ
3. นำเทคนิคความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้วยแพทย์แผนปัจจุบันให้ได้มาตรฐาน	3. คณะวิจัยประกอบด้วยบุคลากร แพทย์ ภาสัชกร พยาบาล หมอพื้นบ้าน	3. สาธิตและให้ความรู้ การดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันและแผนไทยร่วมกัน และพร้อมทำเอกสาร
4. ส่งเสริมด้านเศรษฐกิจ ลดค่าใช้จ่ายได้	4. งบประมาณจากสถานบันแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัย (บุคลากร) และจัด	4.1 จัดหาเมล็ดพันธุ์ผัก
	4.1 ใช้พื้นที่ว่างเปล่าของวัด เป็นพื้นที่ปลูกผักไว้รับประทาน 4.2 จัดสหกรณ์แผนไทยเพื่อให้ชื่อของถูก	4.2 จัดสิ่งของราคาถูกมาไว้ในสหกรณ์แผนไทย และวางระเบียบการซื้อ
5. พัฒนาผู้ป่วยให้มีความรู้การดูแลตนเองทั้งแผนใหม่และแพทย์แผนไทย	5.1 ผู้ป่วยที่หายแล้วอาสาเป็นอาสาสมัคร 5.2 ทีมวิจัยและอาสาสมัครแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	5.1 คัดเลือกอาสาสมัครและให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 2 : ขั้นปฏิบัติการ (Implementation phase) โดยเริ่มปฏิบัติการให้บริการตามแนวทางที่ร่วมคิดกับทีมอาสาสมัคร ได้จัดกิจกรรมให้บริการ ที่มีความพร้อมก่อน ดังนี้

2.1 การอบไอน้ำด้วยสมุนไพร

ทีมอาสาสมัครได้สร้างห้องอบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานและถูกต้องกับสุขภาพของผู้รับบริการ เลือกการจัดบริการการอบไอน้ำด้วยสมุนไพร เป็นอันดับแรก เนื่องจากมีทรัพยากรเดิมอยู่แล้ว (ตัดแปลงห้องน้ำเดิม 4 ห้อง) โดยตัดแปลงให้เป็นห้องอบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานภายในห้องอบสมุนไพรเป็นห้องโล่งกว้างยาว ประมาณ 2.5 x 2.5 เมตร พื้นและผนังปูด้วยโมเสก ที่ผนังติดเทอร์โมมิเตอร์สำหรับควบคุมอุณหภูมิของห้องอบ ด้านหลังของห้องอบจะเป็นโรงเรือนตั้งตู้อบเป็นสแตนเลสที่ได้มาตรฐานสูงประมาณ 2.5 เมตร เส้นรอบวงประมาณ 2 เมตร โดยเชื่อมต่อเข้าไปยังห้องอบ โดยแบ่งเป็นห้องอบสมุนไพร 3 ห้อง และห้องอบสมุนไพร 1 ห้อง (ภาพที่ 2) โดยได้รับคำแนะนำจาก พญ. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และเจ้าอาวาสวัดเป็นผู้ดำเนินการก่อสร้างส่วนคณะผู้วิจัยทำบทบาทหน้าที่ประสานงาน หาอุปกรณ์ กำหนดแนวทางการอบ ดูแลความสะดวกให้ถูกสุขลักษณะ ผลการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมการอบสมุนไพร พบว่า มีผู้รับบริการการอบสมุนไพรจากคนภายในวัดและนอกวัด เมื่อจำแนกเป็นรายเดือน (เริ่มให้บริการเดือนมิถุนายน 2542) พบว่าเฉลี่ยมีผู้รับบริการ 140 ครั้ง/เดือน โดยเป็นเพศชายเฉลี่ย 150 ครั้ง/เดือน ผู้รับบริการเพศหญิงเฉลี่ย 97 ราย/เดือน

ตัวอย่างการใช้สมุนไพรสำหรับอบ ประจำในแต่ละเดือน

อาทิตย์	ชนิดสมุนไพร (จำนวน)		
1	ตะไคร้ 250 ต้น ใบยูคาลิปตัส 20 กิ่ง ขมิ้นตากแห้ง 4 กิโลกรัม	ใบหนาด 50 ใบ ใบไผ่ 30 ใบ ไม้จันทร์หอม 4 ซีด	ระฟุ้งแดง 20 ต้น หญ้าคา 2 มัด เมนทอล 5 เกล็ด
2	ตะไคร้ 30 ต้น ใบยูคาลิปตัส 10 กิ่ง ขมิ้น 5 ซีด	ใบหนาด 20 ใบ ใบไผ่ 15 ใบ ไม้จันทร์หอม 1 ซีด	ระฟุ้งแดง 8 ต้น หญ้าคา 1 มัด เมนทอล 3 เกล็ด
3	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
4	ตะไคร้ 30 ต้น ใบยูคาลิปตัส 7 กิ่ง ขมิ้น 5 ซีด	ใบหนาด 10 ใบ ใบไผ่ 15 ใบ ไม้จันทร์หอม 1 ซีด	ระฟุ้งแดง 5 ต้น หญ้าคา 1 มัด เมนทอล 3 เกล็ด

อาทิตย์	ชนิดสมุนไพร (จำนวน)		
5	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
6	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
7	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
8	ตะไคร้ 30 ต้น ใบยูคาลิปตัส 7 กิ่ง ขมิ้น 5 ซีด	ใบหนาด 10 ใบ ใบไผ่ 15 ใบ ไม้จันทร์หอม 1 ซีด	ระหุ่งแดง 5 ต้น หญ้าคา 1 มัด เมนทอล 3 เกล็ด
9	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
10	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
11	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
12	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	
13	ตะไคร้ 30 ต้น	เมนทอล 3 เกล็ด	

ตารางที่ 4 จำนวนผู้เข้ารับบริการอบสมุนไพรจำนวนกเป็นรายเดือน

เดือนที่	เพศผู้รับบริการ (ครั้ง)		รวม
	ชาย	หญิง	
1	159	65	24
2	163	43	206
3	125	51	176
4	72	32	104
5	27	58	85
6	65	24	89
7	71	27	98
รวม	682	300	982
เฉลี่ย	150 ครั้ง/เดือน	97 ครั้ง/เดือน	140 ครั้ง/เดือน

2.2 การบำบัดด้วยฤกษ์ประคบสมุนไพร (แห้ง)

จากผลการสำรวจก่อนเริ่มดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยในวัดมีอาการปวดเมื่อย มีผื่นคันตามผิวหนัง มีอาการภูมิแพ้ เช่น เป็นหวัด ขณะเดียวกันวัดเองได้ให้ผู้ป่วยปลูกสมุนไพร ประกอบด้วย เหง้าไพล มะกรูด ตะไคร้ มะขาม ขมิ้นชัน ต้นส้มป่อย ช่า ซึ่งเป็นสมุนไพรในครัวเรือน สามารถนำมาบำบัดรักษาอาการดังกล่าวของผู้ป่วยเอดส์ได้ ดังนั้นคณะผู้ป่วยและทีมอาสาสมัคร ได้จัดสัปดาห์การทำลูกประคบเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำได้ (ดูรูปที่ 4 – 6) หลังจากนั้น ทีมอาสาสมัครยังได้สอนและสาธิต การประคบสมุนไพรตามส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ถูกต้อง (ดูรูป 7 – 10) เพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายของร่างกาย โดยสมุนไพรที่ใช้จะสามารถช่วยลดอาการต่างๆ ได้ดังนี้

1. เหง้าไพล : บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบ
2. ขมิ้นชัน : บรรเทาอาการฟกช้ำและช่วยรักษาเม็ดผดผื่นคันตามผิวหนัง
3. ตะไคร้ : บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบ
4. ช่า : บรรเทาอาการฟกช้ำและช่วยรักษาเม็ดผดผื่นคันตามผิวหนัง
5. ขมิ้นชัน : บรรเทาอาการฟกช้ำและช่วยรักษาเม็ดผดผื่นคันตามผิวหนัง
6. ผิวมะกรูด : บรรเทาลมวิงเวียน
7. ใบมะกรูด : บรรเทาลมวิงเวียน
8. ใบมะขาม : บรรเทาอาการคันตามร่างกาย บำรุงผิว
9. ใบส้มป่อย : ช่วยบำรุงผิว ช่วยให้ผิวหนังสะอาด
10. การบูร : แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ
11. พิมเสน : แต่งกลิ่น แก้พุพอง แก้หวัด
12. เกลือแกง : ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาดัวยาชิมผ่านผิวหนังได้อย่างสะดวก

2.3 การจัดการบริการแผนไทยและยาแผนปัจจุบันประจำวัด

การบำบัดพยาบาลผู้ป่วยในวัด ทั้งคณะผู้วิจัย อาสาสมัคร ผู้ดูแลและผู้ป่วยยังต้องใช้ยาแผนปัจจุบันประจำวัดโดยจัดรายการยาตามอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก (alternative health) ในการดูแลตนเอง โดยในระยะแรกผู้ป่วยสามารถเบิกยาใช้ได้ตามรายการตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวอย่างรายการยาสามัญแผนไทยและยาแผนปัจจุบันประจำวัด

รายการ	จำนวน
1. ฟ้าทะลายโจร	80 ถุง (50 เม็ด/ถุง)
2. ขารางจืด	3 ถุงใหญ่ (50 ถุงเล็ก/ถุงใหญ่)
3. ยาอบสมุนไพรงูง	3 ถุง
4. พิมเสนน้ำ	100 ขวด
5. กลีเซอรินพญายอ	2 กล่อง (108 ขวด)
	(54 ขวด/กล่อง)
6. Paracetamol	3 ขวด (1,000 เม็ด/ขวด)
7. คลอฟินรามิ	3 ขวด (3,000 เม็ด/ขวด)
8. หอมเนาวโกฐู	100 ขวด
9. ยาระบายหมอไทย	100 ขวด
10. มะระ	100 ขวด
11. เห็ดหลินจือ	100 ขวด
12. ยาริดสีดวงทวาร	100 ขวด
13. เหงือกปลาหมอพริกไทย	100 ขวด

ส่งเสริมโดย

ที่มหาสารคามเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มูลนิธิพัฒนาแพทย์แผนไทย

มูลนิธิพรหมรังษี วัดวิเวกพรหมรังษี

2.4 แนะนำการใช้สมุนไพรตามแนวศาสตร์ภูมิปัญญา

ที่รักษาอาการซึ่งพบว่า นอกจากผู้ป่วยและผู้ดูแลยังใช้สมุนไพรตามแนวศาสตร์ภูมิปัญญาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากเจ้าอาวาส ญาติ เพื่อนๆ และคนที่มาเยี่ยมผู้ป่วย จากการมีส่วนร่วมในการหารูปแบบบำบัดผู้ป่วยเอดส์ พอสรรูปสมุนไพรต่างๆ ที่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเจ้าอาวาส และทีมอาสาได้นำมาใช้ในการบำบัดตามอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV/AIDS (ดูภาคผนวก ก และตารางที่ 19)

2.5 การบำบัดผู้ป่วยเอดส์ด้วย “การนวดเพื่อดูแลตนเอง”

นอกจากผู้ป่วยเอดส์จะใช้การดูแลด้วยการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การสรงนึ่งยาแผนปัจจุบันและยาแผนไทย การบำบัดพยาบาลอีกรูปแบบที่ผู้ป่วยเอดส์สามารถดูแลตนเองได้คือ การนวด เนื่องจากการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีอาการปวดเมื่อย หรือถึงเครียด คณะผู้วิจัยและทีมอาสาสมัคร ได้เห็นความสำคัญของการนวด เนื่องจากการนวด เป็นการช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด และน้ำเหลือง ทำให้ระบบกล้ามเนื้อคลายความเกร็งมีความยืดหยุ่นดี ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ลดลง ทำให้ผิวหนังมีความตึงตัว ลดอาการท้องอืด และมีผลต่อจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความเครียดและการนวดซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยเอดส์ทำให้ได้รับความอบอุ่น เกิดความรู้สึกไม่อึดอัด เนื่องจากมีผู้ช่วยเหลือ (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535)

คณะผู้วิจัยและทีมอาสาสมัครที่ได้รับการฝึก การนวด เพื่อดูแลสุขภาพได้สาธิตวิธีการนวดเพื่อดูแลตนเอง โดยได้สาธิตเนื้อหาเกี่ยวกับการนวดในเรื่องท่านวด การวางมือ ตำแหน่งนวด หรือจุดนวด แรงที่ใช้นวด เวลาที่ใช้นวดแต่ละจุด การเลือกจุดนวด การนวดซึ่งในแต่ละคราว และข้อพึงระวังในการนวด โดยให้ผู้ป่วยจับคู่หัดนวดซึ่งกันและกัน

2.6 การบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้านเศรษฐกิจ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้สำรวจข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความต้องการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจพบว่า ผู้ป่วยต้องการพัฒนาอาชีพทำของชำร่วย ร้อยละ 20.6 ขายของร้อยละ 23.5 รับจ้าง (ก่อสร้าง) ร้อยละ 50.0 และปลูกผัก ร้อยละ 50.0 คณะวิจัยและเจ้าอาวาสได้พยายามจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้านเศรษฐกิจ โดยทำโครงการ "บาทแลกเมล็ดพันธุ์ผัก" โดยนำเงินที่ได้จากการสนับสนุนจากสถาบันแพทย์แผนไทยและบริจาคจากทีมอาสาสมัครมาซื้อเมล็ดพันธุ์ผัก ให้ผู้ป่วยปลูกทุกเดือนจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถมีเงินจากการขายผักที่ปลูกได้มาเป็นทุนในการดำเนินต่อ ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนั้นในการทำกิจกรรมพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันครั้งนี้ จำเป็นต้องสร้างห้องอบ คลินิกสำหรับผู้ป่วย คณะผู้วิจัยและเจ้าอาวาสก็ได้นำงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมาเป็นค่าจ้าง ให้ผู้ป่วยรับก่อสร้างรวมทั้งได้ให้งบประมาณก้อนหนึ่งเป็นทุนตั้ง "สหกรณ์ร้านไท" เพื่อซื้อของมาไว้จำหน่ายราคาถูกให้กับผู้ป่วย เนื่องจากเดิมผู้ป่วยไม่มีสถานที่ซื้อของในวัด เวลาต้องการใช้ของ เช่น สบู่ ยาสีฟัน บะหมี่ ฯลฯ ผู้ป่วยต้องเสียค่ามอเตอร์ไซค์ไปกลับประมาณ 30 - 50 บาท เพื่อไปซื้อของใช้เพียงไม่กี่อย่าง คณะผู้วิจัยจึงได้จัดระบบ "สหกรณ์ร้านไท" เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถซื้อของได้จากร้านแห่งนี้โดยมิได้มุ่งที่ "กำไร" แต่มุ่งเพื่อความสะดวก และประหยัด

2.7 การทำฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นระบบ

เมื่อดำเนินการได้ระยะหนึ่ง คณะผู้วิจัยเริ่มเห็นความสำคัญของระบบข้อมูลเนื่องจากในระยะแรก คณะผู้วิจัยและผู้ดูแลในวัดมักประสบปัญหา คือ ข้อมูลของผู้ป่วยกระจัดกระจาย ไม่มีข้อมูลในการติดตามเพื่อให้ทราบความต่อเนื่อง ดังนั้นจึงทำให้ทีมอาสาบำบัดจึงได้พัฒนาระบบข้อมูล โดยได้ทำโครงการย่อย ชื่อ "การพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้" โดยมีรายละเอียดในภาคผนวก ก

ขั้นที่ 3 : ขั้นปรับปรุงรูปแบบการบำบัดให้เหมาะกับลักษณะของผู้ป่วย (Improving by clanging phase)

หลังจากที่คณะผู้วิจัยและทีมอาสาสมัครสุขภาพ ได้ดำเนินการใช้รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยเอดส์ตามข้อ 2.1 – 2.6 พบว่าในแต่ละขั้นตอนยังต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาเนื่องจากการดำเนินการในชุมชนผู้ป่วยเอดส์เองก็ต้องมีการปรับตัวเพื่อรับกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดและคณะผู้วิจัยและทีมอาสาสมัครสุขภาพก็มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและประสบการณ์ ในระยะปีที่ 2 – 3 ได้พัฒนาวิธีการดำเนินการด้วยตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทย และการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันจากขั้นที่ 2

รูปแบบการบำบัด	ขั้นที่ 2 เริ่มปฏิบัติ	ขั้นที่ 3 ขั้นพัฒนา
1. การดูแลด้านแพทย์แผนไทย		
1.1 การอบสมุนไพร	จ้างคนดูแล	ให้อาสาสมัครในวัดดูแล/ ผู้ป่วยดูแล
1.2 การประคบสมุนไพร	คณะผู้วิจัยนำลูกประคบไปให้ และสาธิตการทำลูกประคบ	เจ้าอาวาสและผู้ดูแลทำ ลูกประคบเองได้
1.3 การจัดยาสมุนไพร	คณะผู้วิจัยจัดหาซื้อให้ (สมุนไพรสำเร็จรูปและพันธุ์ไม้ สมุนไพร)	เจ้าอาวาส/คนดูแลผู้ป่วยปลูก สมุนไพรและแปรรูปสมุนไพร เอง
1.4 แนะนำการใช้สมุนไพร	ทีมอาสาไปให้คำแนะนำผู้ป่วย	เจ้าอาวาสและผู้ดูแลในวัด สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วย
2. การดูแลแบบแพทย์แผน ปัจจุบัน และการจัดยาสามัญ	คณะผู้วิจัยจัดหายาสามัญบาง ชนิดให้	ประสานงานกับโรงพยาบาล ใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาล ป่าดงเบซาร์ให้ช่วยเหลือดูแล
3. ด้านสังคมเศรษฐกิจ	จัดหาทุนบางส่วนให้ประกอบ อาชีพ เช่น ปลูกผัก	ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งทุนจากใคร

ขั้นที่ 4 : ชั้นประเมินผล (Evaluation phase)

หลังจากคณะวิจัยและทีมอาสาสมัครได้ร่วมคิด ร่วมประเมิน ร่วมกันปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีการบูรณาการแพทย์แผนไทย และการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง สามารถสรุปผลการประเมินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 4.1 ประเมินผลการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (การเลือกดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย)

ส่วนที่ 4.2 ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดจากทีมอาสาสมัครในขณะอยู่วัด

ส่วนที่ 4.3 ประเมินผลการรับรู้คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนมารับการรักษาและหลังได้รับการบำบัดจากวัด

ส่วนที่ 4.1 ประเมินผลบริการการบำบัดทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีการบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- ❶ ติดตามผลและประเมินผลการบำบัดพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหลังสิ้นสุดโครงการ
 - ก. ข้อมูลเชิงปริมาณ
 - ข. ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- ❷ รูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์

❶ **ติดตามผลและประเมินผล**การบำบัดพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤตโครงการ
 ก. **ข้อมูลเชิงปริมาณ**

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบำบัดพยาบาลแบบบูรณาการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน

การบำบัดของผู้ป่วยเอดส์	ร้อยละ
ประเภทของการบำบัดในปัจจุบัน *	
การบำบัดด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	77.8
การบำบัดด้วยแพทย์แผนไทย	100.0
เหตุผลปัจจุบันเลือกใช้วิธีการแพทย์แผนไทย (เพราะ)	100.0
ไม่มีผลข้างเคียงของยา	14.8
เป็นกฎของวัด	11.1
ทำให้อาการดีขึ้น	59.3
ต้นทุนถูก หาง่าย	3.7
ร่างกายแข็งแรง	11.1
ระยะเวลาใช้ยาสมุนไพร	
1-2 ปี	44.5
3-4 ปี	18.5
5-6 ปี	22.2
7-8 ปี	14.8
$\bar{X} = 3.4, S.D = 2.0$	
ใช้ยาสมุนไพรทุกวัน	100.0
ยาสมุนไพรที่ใช้ประจำ	
สมุนไพรของวัด	100.0
เสลดพังพอน	7.4
ฟ้าทลายโจร	18.5
หญ้าหนวดแมว	3.7
มะระ	11.1
พญาเสือ	3.7

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การบำบัดของผู้ป่วยเอดส์	ร้อยละ
บอระเพ็ด	3.7
สบู่ขมิ้นเหลือง	3.7
ไม้ทราบซึ้อ	25.9
แหล่งยาสมุนไพรมาจาก	
วัด	100.0
ญาตินำมาให้	7.4
หามาเอง	3.7
ปลูกเอง	3.7
ความพอใจในการรักษาที่วัด	
พอใจ	100.0
อยู่ในสังคมผู้ป่วยด้วยกัน	18.5
สภาพแวดล้อมดี	7.4
ความเป็นอยู่สะดวกสบาย	22.2
เจ้าอาวาสเมตตา	7.4
ให้ผลการรักษาดี	51.9
ผู้ให้ความช่วยเหลือตลอดมาภายหลังการเจ็บป่วย	
สามี	3.7
ภรรยา	3.7
มารดา	22.2
บิดา	14.8
ญาติพี่น้อง	37.0
เจ้าอาวาส/ทีมอาสาสุขภาพ	51.6
เพื่อน, ผู้ป่วยด้วยกัน	18.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11.1

ตารางที่ 8 การบำบัดพยาบาลและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัด
ด้วยแพทย์แผนไทยเมื่อเจ็บป่วยในปัจจุบัน (หลังโครงการสิ้นสุด)

การบำบัดพยาบาล ด้วยแพทย์แผนไทย	ร้อยละ
วิธีการบำบัดด้วยแพทย์แผนไทย	
วิธีการรอบ (ครั้ง/สัปดาห์)	85.2
1	4.3
2	82.6
3	13.1
ใช้ยาสมุนไพร	100.0
ลูกกลอน	25.9
ยาผง	18.5
ยาต้ม	44.4
เหล็กไหล	92.6
การประคบ (ครั้ง/สัปดาห์)	18.5
1	20.0
2	80.0
การทำสมาธิ (ครั้ง/สัปดาห์)	70.4
2	5.3
6	5.3
7	26.2
10	5.3
14	57.9

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการบำบัดพยาบาลสุขภาพด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	ร้อยละ
การบำบัดด้วยแผนปัจจุบันรักษาจากสถาบันบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน	77.8
ใช้ยากิน	100.0
ใช้ยาฉีด	5.6
ใช้ยาทา	22.4
จำนวนครั้งการรักษาแผนปัจจุบัน	81.5
1-6 ครั้ง/ปี	50.0
7-12 ครั้ง/ปี	27.3
13-24 ครั้ง/ปี	22.7
เหตุผลในการรักษาแผนปัจจุบัน	
เพราะ รักษาวัณโรค	31.2
รักษาต่อมน้ำเหลืองโต	9.1
แพทย์นัดตรวจสุขภาพ	45.5
สะดวกในการใช้บริการ	9.0
ไม่มีเหตุผล	4.5
เหตุผลไม่ได้รับการรักษา	18.5
เพราะ ไม่มีอาการหนัก	60.0
แพทย์ไม่รับรักษา	40.0
ผลการรักษาปัจจุบัน	
ดีขึ้น	88.9
อาการปวดข้อดีขึ้น	4.2
ร่างกายแข็งแรง	62.5
แผล ตุ่มแห้งขึ้น	8.4
น้ำหนักเพิ่มขึ้น	12.5
ไอ และหอบเหนื่อยน้อยลง	4.2
สุขภาพจิตดีขึ้น	20.8
ผิวหนังคันลดลง	4.2
เหมือนเดิม	3.7
ทรุดลง	7.4
มีผื่นเพิ่มขึ้น	50.0

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 7 จากการประเมินผลการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบำบัดพยาบาลทั้งรูปแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในวัด มีการบำบัดพยาบาลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยมากกว่าวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 100.0 ยังคงใช้ยาสมุนไพรอยู่เพราะเมื่อใช้ยาสมุนไพรแล้ว ทำให้อาการต่างๆ ที่มีอยู่ดีขึ้น เหตุผลการใช้สมุนไพร พบว่า ร้อยละ 14.8 ใช้ยาสมุนไพรเพราะเป็นกฎของวัด และทำให้ร่างกายแข็งแรงเท่ากันคือร้อยละ 11.1 ส่วนใหญ่จะใช้ยาสมุนไพรระยะเวลาานาน 1-2 ปี ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือใช้ยาสมุนไพรนาน 5-6 ปี ร้อยละ 22.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำทุกวัน โดยยาสมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นเหล็กไหลและน้ำมันมะพร้าว ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ ฟ้าทะลายจอร์ร้อยละ 18.5 ซึ่งยาสมุนไพรส่วนใหญ่ได้มาจากวัดร้อยละ 100.0

รองลงมาเป็นยาต้มร้อยละ 44.4 ใช้ในลักษณะของยาผงน้อยที่สุดร้อยละ 18.5 รองลงมาได้รับการดูแลสุขภาพจากวัดโดยการอบร้อยละ 85.2 จำนวนครั้งของการรับประทาน 2 ครั้ง/สัปดาห์ และอบ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 4.3 ทางวัดดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยการประคบน้อยที่สุด ร้อยละ 18.5 ผลจากการรักษาในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นร้อยละ 88.9 มีร่างกายแข็งแรงมากที่สุดร้อยละ 62.5 รองลงมาสุขภาพจิตดีขึ้นร้อยละ 20.8 อาการปวดข้อดีขึ้น ไอบและหอบเหนื่อยน้อยลง และผิวหนังคันลดลงมีจำนวนร้อยละ 4.2 ผลการรักษายังคงเหมือนเดิม 1 รายร้อยละ 3.7 มีอาการทรุดลง 2 ราย ร้อยละ 7.4 โดยมีผื่นเพิ่มขึ้นและทานยาไม่สม่ำเสมอเท่ากันร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างทุกรายพอใจกับการรักษาที่วัดร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าให้การรักษาดีร้อยละ 51.9 ความเป็นอยู่สะดวกสบายและอยู่ในสังคมผู้ป่วยด้วยกัน ไม่รังเกียจกัน รองลงมาในจำนวนที่ใกล้เคียงกันร้อยละ 22.2 และ 18.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีเจ้าอาวาสและทีมอาสาสุขภาพเป็นผู้ให้การช่วยเหลือตลอดมาภายหลังการเจ็บป่วยมากที่สุดร้อยละ 51.6 ญาติพี่น้อง รองลงมาร้อยละ 37.0 ได้รับความช่วยเหลือจากสามีและภรรยาน้อยที่สุดร้อยละ 3.7

นอกจากนี้ยัง พบว่าก่อนมาอยู่วัดกลุ่มตัวอย่างเคยรับรักษาจากสถาบันการแพทย์แผนปัจจุบันก่อนมารักษา ร้อยละ 77.8 และไม่รักษาจากสถาบันบริการการแพทย์แผนปัจจุบันรักษา ร้อยละ 22.2 หลังจากมาเข้าโครงการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจุบันได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 81.5 และส่วนใหญ่ได้รับการรักษา 1-6 ครั้งต่อปี ร้อยละ 50.0 โดยให้เหตุผลว่า ไปตรวจตามแพทย์นัดมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมา คือ เพื่อรักษาวัณโรค ร้อยละ 31.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 18.5 มีเหตุผลคือ ไม่มีอาการหนัก ร้อยละ 60.0 รองลงมาแพทย์ไม่รับรักษา ร้อยละ 40.0

ตารางที่ 10 ประเมินผลการอบด้วยสมุนไพร (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จำแนกตามอาการของผู้ป่วยตาม HIV และ AIDS ด้วยยาสมุนไพร)

อาการ ของผู้ป่วย	ประเมินผลการอบด้วยสมุนไพร					X̄ ความ พอใจ	S.D.
	อาการแสดงก่อนใช้		อาการเปลี่ยนแปลงหลังใช้				
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุดลง		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1. มีไข้	63.0	37.0	88.2	-	11.8	2.65	0.79
2. น้ำหนักลด	88.9	11.1	58.3	25.0	16.7	2.54	0.78
3. อุดจากระร่วง	22.2	77.8	66.7	33.3	-	2.67	0.52
4. ไอ	59.3	40.7	93.6	-	6.3	2.69	0.48
5. เจ็บคอ	40.7	59.3	100	-	-	2.55	0.52
6. กลืนลำบาก	29.6	70.4	75.0	12.5	12.5	2.38	1.06
7. อ่อนเพลีย	66.7	33.3	94.4	5.6	-	2.50	0.79
8. รับประทานอาหาร อาหารไม่ได้/เบื่ออาหาร	44.4	55.6	66.7	16.7	16.7	2.42	1.00
9. หายใจหอบเหนื่อย	22.2	77.8	66.7	33.3	1.83	1.83	1.17
10. ต่อมาน้ำเหลืองโต	14.8	85.2	100	-	2.75	2.75	0.50
11. แผลในปาก	25.9	74.1	85.7	14.3	2.00	2.00	1.00
12. ผื่นในปาก	40.7	59.3	81.2	18.2	2.37	2.37	0.92
13. ปวดศีรษะ	40.7	59.3	90.9	9.1	2.27	2.27	0.65
14. ผื่น	63.0	37.0	82.4	17.6	2.64	2.64	0.49
15. ปวดเมื่อย	48.1	51.9	84.6	15.4	2.31	2.31	0.85

จากตารางที่ 10 พบว่าหลังจากใช้ยาสมุนไพรอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุด คือ อาการเจ็บคอและต่อมน้ำเหลืองโตมีจำนวนเท่ากัน รองลงมาคืออาการอ่อนเพลียร้อยละ 100.0 และ 94.4 ตามลำดับ อาการที่ยังเปลี่ยนแปลงไปมากคือ อาการอุดจากระร่วง และหายใจหอบเหนื่อยมีจำนวนเท่ากัน รองลงมา คือ ยังมีน้ำหนักคงเดิมร้อยละ 33.3 และ 25.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจในการรักษาอาการไอ และต่อมน้ำเหลืองโต ในระดับพึงพอใจมาก

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการอบสมุนไพรหลังเสร็จสิ้น
โครงการ

การอบสมุนไพร	ร้อยละ
ประสบการณ์การใช้สมุนไพร	
เคยใช้การอบสมุนไพร	74.1
ไม่เคยใช้การอบสมุนไพร	25.9
เหตุผลใช้การอบสมุนไพรในปัจจุบัน	74.1
ต้องการขับของเสียออกจากร่างกาย	10.0
รักษาผื่น	5.0
อาการดีขึ้น สุขสบายขึ้น	85.0
เหตุผลไม่ใช้การอบสมุนไพรในปัจจุบัน	25.9
ไม่สะดวกในการอบ	42.8
กลัวผิวแห้ง	14.3
ไม่สบายเป็นไข้	28.6
ไม่ทราบวิธี	14.3
ระยะเวลาอบสมุนไพร	
1-2 ปี	50.0
3-4 ปี	30.0
5-6 ปี	15.0
7-8 ปี	5.0
$\bar{X} = 1.75$, S.D. = 0.9	
ค่าถี่ของการใช้การอบสมุนไพร	
3 วัน/ครั้ง	75.0
สัปดาห์ละครั้ง	10.0
เดือนละ 2 ครั้ง	15.0

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยใช้การอบสมุนไพรและไม่เคยใช้การอบสมุนไพร ร้อยละ 74.1 และ 25.9 ตามลำดับ จากการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยที่เข้าโครงการ พบว่า ปัจจุบันยังคงใช้การอบสมุนไพร ร้อยละ 74.1 เหตุผลที่ใช้อบสมุนไพร เพราะอาการดีขึ้น สุขสบายขึ้น รองลงมาต้องการขับของเสียออกจากร่างกาย ร้อยละ 85.0 และ 10.0 ตามลำดับ ปัจจุบันไม่ใช้การอบสมุนไพร ร้อยละ 25.9 เพราะส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการใช้ รองลงมาเพราะเป็นไข้ ร้อยละ 42.8 และ 28.6 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาการอบสมุนไพรนาน 1-2 ปี รองลงมาคืออบสมุนไพรนาน 3-4 ปี ร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ เฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างยังคงอบสมุนไพรนาน 1.7 ปี ส่วนใหญ่จะอบสมุนไพร 3 วัน/ครั้ง รองลงมาอบเดือนละ 2 ครั้ง ร้อยละ 75.0 และ 15.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่บำบัดด้วยการอบสมุนไพร
จำแนก

ตามอาการของผู้ป่วย

อาการ ของผู้ป่วย	ประเมินผลการอบด้วยสมุนไพร					X ความ พอใจ	S.D.
	อาการแสดงก่อนใช้		อาการเปลี่ยนแปลงหลังใช้				
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุดลง		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
1.รับประทานข้าวไม่ได้	90.0	10	72.2	27.8	-	2.78	0.43
2.น้ำหนักลด	95.0	5	36.8	57.9	5.3	2.63	0.50
3.หายใจไม่สะดวก	100	-	95.0	5.0	-	2.85	0.37
4.นอนหลับไม่ค่อยได้	100	-	85.0	15.0	-	2.80	0.41
5.คัน	70.0	30	71.4	14.3	14.3	2.86	0.36
6.ไม่สบายตัว	100	-	95.0	5.0	-	2.90	0.31
7.ไข้	55.0	45	63.6	9.1	27.3	2.64	0.51
8.อ่อนเพลีย	100	-	80.0	15.0	5.0	2.80	0.52
9.เหงื่อออก	100	-	90.0	5.0	5.0	2.90	0.31
10.ปวด	70.0	30	64.3	21.4	14.3	2.57	0.94
11.ผื่น	60.0	40	83.3	8.3	8.3	2.92	0.29

จากตารางที่ 12 จากการประเมินผลโครงการ พบว่า หลังจากการอบรมไพรากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุด คือหายใจสะดวก และสบายตัวในจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 95.0 รองลงมาคือ เหงื่อออก 90.0 ตามลำดับน้ำหนักยังคงเท่าเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด รองลงมาคือ การรับประทานข้าวได้เหมือนเดิม ร้อยละ 57.9 และ 27.8 ตามลำดับ อาการที่เปลี่ยนแปลงน้อย คือ มีไข้ จำนวนร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจในการรักษาผื่น สบายตัวและเหงื่อออก ในระดับพึงพอใจมาก

ตารางที่ 13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัดพยาบาลด้วยการประคบสมุนไพร

การบำบัดพยาบาลด้วยประคบสมุนไพร	ร้อยละ
ประสบการณ์การใช้บริการประคบสมุนไพร	
เคยใช้การประคบสมุนไพร	14.3
ไม่เคยใช้การประคบสมุนไพร	85.7
เหตุผลใช้การประคบสมุนไพรในปัจจุบัน	23.8
คลายปวดตามข้อ	100.0
เหตุผลไม่ใช้การประคบสมุนไพรในปัจจุบัน	76.2
ไม่ทราบว่ามี	5.6
ไม่มีเวลา	16.7
ไม่ปวด	27.8
ไม่ทราบวิธี	16.7
ไม่มีคนประคบให้	55.6
ไม่ตอบ	5.6
ระยะเวลาใช้การประคบสมุนไพร	
1-2 ปี	66.7
2-3 ปี	33.3
$\bar{X} = 1.3, S.D = 0.58$	
ค่าถี่ของการประคบสมุนไพร	
3 วัน/ครั้ง	33.3
5 วัน/ครั้ง	33.3
เฉพาะเวลาปวด	33.3

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์การประคบสมุนไพร และไม่ เคยใช้การประคบสมุนไพร ร้อยละ 14.3 และ 85.7 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่า ปัจจุบันใช้การประคบสมุนไพรร้อยละ 23.8 เพราะคลายปวดตามข้อร้อยละ 100 ปัจจุบันไม่ใช้การประคบสมุนไพรร้อยละ 76.2 เพราะส่วนใหญ่ไม่มีคนช่วยประคบสมุนไพร รองลงมาไม่มีอาการปวด ร้อยละ 55.6 และ 27.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการประคบสมุนไพรนาน 1 ปี ความถี่ ในการประคบสมุนไพร จะเท่ากัน คือ 3 วัน/ครั้ง 5 วัน/ครั้ง และเฉพาะเวลาปวด ร้อยละ 33.3 ของ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การประคบด้วยสมุนไพร

ตารางที่ 14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการรักษาด้วยการประคบสมุนไพร

อาการ ของผู้ป่วย	อาการแสดงก่อนใช้		อาการเปลี่ยนแปลงหลังใช้			\bar{X} ความ พอใจ	SD
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุดลง		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1.ปวด	100	-	100	-	-	3	-
2.ผื่น	66.7	33.3	50.0	50.0	-	3	-
3.ตุ่ม	33.3	66.7	-	100	-	3	-
4.ไม่สุขสบาย	66.7	33.3	100	-	-	3	-
5.ปวดเมื่อย	100	-	100	-	-	3	-
6.อักเสบ	66.7	33.3	100	-	-	3	-

จากตารางที่ 14 พบว่า หลังจากประคบสมุนไพรอาการที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุด คือ สุขสบายขึ้น อักเสบ และปวดเมื่อยในจำนวนเท่ากัน รองลงมาคือผื่นร้อยละ 100 และ 50.0 ตามลำดับ อาการที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ ยังมีตุ่ม รองลงมายังมีผื่น ร้อยละ 100 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีความพึงพอใจในการรักษาทุกอาการในระดับพึงพอใจมาก

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการบำบัดพยาบาลด้วยการนวด

การบำบัดพยาบาลด้วยการนวด	ร้อยละ
ประสบการณ์การบำบัดด้วยการนวด	
เคยใช้การนวด	50.0
ไม่เคยใช้การนวด	50.0
เหตุผลใช้การนวดในปัจจุบัน	36.4
เมื่อย	15.0
ปวดตามข้อ และเส้น	12.5
นวดแล้วสบายตัว	62.5
เหตุผลไม่ใช้การนวดในปัจจุบัน	63.6
ไม่รู้จะนวดที่ไหน	28.6
ไม่มีเหตุผล	7.1
ไม่เมื่อย	71.4
ไม่มีคนนวดให้	35.7
ไม่จำเป็น	7.1
ระยะเวลาใช้การนวด	
1 ปี	37.5
2 ปี	12.5
3 ปี	37.5
4 ปี	12.5
$\bar{X} = 2.3, S.D = 1.21$	
ความถี่ของการนวด	
วันละครั้ง	12.5
3 วัน/ครั้ง	25.0
เวลาปวด	50.0
แล้วแต่โอกาส	12.5

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การนวด ร้อยละ 50.0 ซึ่งปัจจุบันยังคงใช้การนวด ร้อยละ 36.4 เพราะนวดแล้วทำให้สบายตัวขึ้นร้อยละ 62.5 ซึ่งปัจจุบันไม่ใช้การนวด ร้อยละ 63.6 เพราะส่วนใหญ่ไม่มีอาการเมื่อย รongลงมาไม่มีคนนวดให้ ร้อยละ 71.4 และ 35.7 ตามลำดับ ระยะ เวลาในการนวดส่วนใหญ่คือ 1 ปี และ 3 ปี ร้อยละ 37.5 เท่ากัน ความถี่ในการนวด พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่่นวดเฉพาะเวลาปวด ร้อยละ 50.0 รongลงมา 3 วัน/ครั้ง ร้อยละ 25

ตารางที่ 16 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่บำบัดพยาบาลด้วยการนวด จำแนกตามอาการของผู้ป่วย

อาการ ของผู้ป่วย	อาการแสดงก่อนใช้		อาการเปลี่ยนแปลงหลังใช้			\bar{X} ความ พอใจ	S.D.
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุดลง		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1.ปวดเมื่อย	100	-	85.6	14.3	-	2.57	0.79
2.กล้ามเนื้อตึง	85.6	14.3	83.3	16.8	-	2.67	0.82
3.สุขสบาย	100	-	71.4	14.3	14.3	2.57	0.79
4.ผ่อนคลาย	100	-	71.4	14.3	14.3	2.57	0.79

จากตารางที่ 16 พบว่า หลังจากการนวดอาการที่เปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยรongลงมาคือ กล้ามเนื้อตึง อาการที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ กล้ามเนื้อตึง รongลงมาคือ ปวดเมื่อย สุขสบาย ผ่อนคลาย ร้อยละ 85.6 และ 83.3 ตามลำดับ และสุขสบายผ่อนคลาย ร้อยละ 71.4 ในจำนวนเท่ากัน อาการที่เปลี่ยนน้อยคือ ไม่สุขสบายและไม่ผ่อนคลายเท่ากัน คือ ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรักษาอาการกล้ามเนื้อตึง รongลงมาคือ ปวดเมื่อย สุขสบาย ผ่อนคลาย พอใจเท่ากัน ในระดับพึงพอใจมาก

ตารางที่ 17 ประเมินผลร้อยละของการบำบัดดูแลตนเองด้วยวิธีการใช้ไสยศาสตร์

การใช้ไสยศาสตร์	ร้อยละ
ประสบการณ์การใช้ไสยศาสตร์ดูแลตนเอง ก่อนเข้าโครงการ	
เคยใช้ไสยศาสตร์	22.2
ไม่เคยใช้ไสยศาสตร์	77.8
ปัจจุบันใช้ไสยศาสตร์ (เหตุผล)	14.8
เกิดผลดีด้านจิตใจ	50.0
สามารถรักษาโรคได้	50.0
ปัจจุบันไม่ใช้ไสยศาสตร์ (เหตุผล)	85.2
ไม่อยากใช้	56.5
ไม่ศรัทธา	17.4
รักษาวิธีอื่นคืออยู่แล้ว	4.3
ไม่มีโอกาสใช้	8.7
กลัวผลกระทบ	4.3
ไม่เจ็บป่วย	4.3
ใช้แล้วรู้สึกไม่ดี	4.3
เหตุผลที่เชื่อในไสยศาสตร์ในปัจจุบัน	14.8
ไม่สามารถพิสูจน์ได้	23.5
เคยเจอกับตัวเอง	29.4
เกิดผลดีด้านจิตใจ	11.8
สามารถรักษาโรคได้	11.8
ศรัทธา	17.7
ไม่มีเหตุผล	5.9
เหตุผลไม่เชื่อในไสยศาสตร์ในปัจจุบัน	85.2
ไม่สามารถพิสูจน์ได้	50.0
ไม่ศรัทธา	50.0
เชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง	29.6

ตารางที่ 17 (ต่อ)

การใช้ไสยศาสตร์	ร้อยละ
ไม่ยากหลบลู่	87.5
ไม่มีเหตุผล	12.5
การใช้วิธีทางไสยศาสตร์	
ไม่ใช้น้ำมันต์	85.2
ใช้น้ำมันต์(เพราะ)	14.8
สามารถรักษาโรคได้	100.0
ใช้แล้วอาการดีขึ้น	100.0

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีเคยเชื่อไสยศาสตร์ และเชื่อในไสยศาสตร์พบน้อยที่สุดร้อยละ 85.2 และ 14.8 ตามลำดับ เหตุผลที่เชื่อในไสยศาสตร์มากที่สุด คือ เคยเจอกับตัวเอง รongลงมาเพราะไม่สามารถพิสูจน์ได้ ร้อยละ 29.4 และ 23.5 ตามลำดับ เหตุผลไม่เชื่อในไสยศาสตร์เพราะไม่สามารถพิสูจน์ได้ และไม่ศรัทธา ร้อยละ 50.0 เท่ากัน ไม่เคยใช้ไสยศาสตร์ร้อยละ 77.8 เคยใช้ไสยศาสตร์ร้อยละ 22.2 หลังเข้าโครงการวิจัยในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างไม่ใช้ไสยศาสตร์ร้อยละ 85.2 เหตุผลที่ไม่ใช้เพราะไม่อยากใช้มากที่สุด รongลงมาไม่ศรัทธา ร้อยละ 56.5 และ 17.4 ตามลำดับ ปัจจุบันใช้ไสยศาสตร์ร้อยละ 14.8 เหตุผลที่ใช้เพราะเกิดผลดีด้านจิตใจและสามารถรักษาโรคได้ร้อยละ 50.0 เท่ากัน ไม่ใช้เวทมนต์/คาถาร้อยละ 100 ไม่ใช้น้ำมันต์ร้อยละ 85.2 ใช้น้ำมันต์ร้อยละ 14.8 เหตุผลที่ใช้เพราะสามารถรักษาโรคได้และใช้แล้วอาการดีขึ้นร้อยละ 100 เท่ากัน

ตารางที่ 18 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการให้สถาบันสงฆ์แสดงบทบาท
สถาบันสงฆ์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์

บทบาทของสถาบันสงฆ์ต่อการดูแลสุขภาพ	ร้อยละ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ(ควร)	33.3
ให้ความรู้/คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	55.6
ให้ความรู้ในเรื่องยา	4.2
สอนนั่งสมาธิ	22.2
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	25.9
แยกผู้ป่วยวัณโรค	28.6
ให้คำแนะนำวิธีป้องกันวัณโรค	100.0
ด้านการรักษา(ควร)	44.4
ให้คำแนะนำในการทานยา	75.0
คิดด้วยารักษา	41.7
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพโดย(ควร)	74.1
ฟื้นฟูจิตใจ	55.0
สอนธรรมะ/สมาธิ	25.0
กายภาพบำบัด	15.0
ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก	5.0

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้สถาบันสงฆ์มีบทบาทในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด รองลงมาด้านการรักษา ร้อยละ 74.1 และ 44.4 ตามลำดับ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้ความรู้/คำแนะนำในการดูแลสุขภาพมากที่สุด รองลงมาควรให้ความรู้เรื่องยา และสอนนั่งสมาธิในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 55.6 และ 22.2 ตามลำดับ ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรให้คำแนะนำป้องกันวัณโรคและแยกผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 100 และ 28.6 ตามลำดับ ด้านการรักษา ควรให้คำแนะนำในการทานยา และคิดด้วยารักษา ร้อยละ 75.0 และ 41.7 ตามลำดับ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ควรฟื้นฟูด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาควรสอนธรรมะ/ทำสมาธิ ร้อยละ 55.0 และ 25.0 ตามลำดับ

❶ **ติดตามผลและประเมินผลการบำบัดพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไต**
ข. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมกันหาวิธีการบำบัดตนเองของผู้ป่วยเอดส์ใน ส่วนของการใช้สมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มอาสาสมัครสุขภาพและผู้ป่วยเอดส์ได้สรุปเป็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การบำบัดด้วยสมุนไพรของทีอาสาสมัครและผู้ป่วยจำแนกตามอาการของผู้ป่วย และข้อมูลเชิงคุณภาพการใช้สมุนไพรสำหรับดูแลตนเอง จากประสบการณ์ของผู้ติด เทื้อเอดส์ในขณะบำบัดรักษาในวัด

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
เป็นไข้และปวดศีรษะ					
1. มีไข้เป็นช่วงๆ ตอนเช้าและ ตอนเย็น	ฟ้าทะลายโจร	1. ใ้ช้ยอด 1-2 ยอดชงน้ำ ดื่มช่วงที่มีไข้ 2. กินฟ้าทะลายโจรชนิด ตอกเม็ดครั้งละ 2 เม็ด ช่วงที่มีไข้กินทุก 2-3 ชั่วโมง เมื่อหายไข้แล้ว พยายามกินน้ำชงฟ้า ทะลายโจร	ไข้ลด รู้สึก สบายตัว		ผู้ดูแลผู้ป่วย/ ภัสร์/ หมอพื้นบ้าน อาสาสมัคร
2. มีไข้และ ปวดหัว	หญ้าดอกขาว	ใช้ต้นสดหรือแห้งก็ได้ 1 กำมือ ใส่น้ำท่วมยา ต้ม ดื่มต่างน้ำกิน 2-3 วัน	อาการไข้ทุเลา ลง		ผู้ป่วย
3. ปวดหัวตรง หน้าทั้งสองข้าง คล้ายไมเกรนมี ไข้ร่วมด้วย	ผักกาดเขียว	ใช้ราก 1 กำมือตำกับ ข้าวสารเจ้า 1 กำมือ ผสม น้ำอุ่นพอประมาณ พอก ศีรษะ พอหายอุ่นก็ทำ ใหม่	หายจาก อาการ ปวดหัวภายใน 1 สัปดาห์		ผู้ป่วย

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
*4. เป็นไข้รุ่มๆ ทั้งวัน	ยาดำรับประกอบ ด้วย 1. หญ้าดอกขาว 2. ยาปู	นำตัวยาสุนัขทั้ง 3 ชนิด (ใช้ทั้งต้น) อย่างละ เท่ากัน ใส่น้ำท่วมยาต้ม ดื่มต่างน้ำ	รู้สึกสบายตัว อาการไข้รุ่มๆ ที่เคยเป็นหาย ไป		ผู้ป่วย
*5. ปวดหัว วิงเวียน	1. ขิง 2. ข่า	เอาขิงและข่าอย่างละเท่า กัน ใส่น้ำท่วมยา ต้มให้ เดือดใช้ดื่มต่างน้ำ (ประมาณวันละ 5-6 แก้ว) ให้ดื่มติดต่อกันนาน 2.3 เดือน	หายจาก อาการ วิงเวียน	หากดื่มแล้ว เกิดอาการ คอแห้งร้อนคอ ให้หยุดยาหรือ ลดความเข้ม ชั้นลง	ผู้ดูแลและ ผู้ป่วย
*6. เป็นไข้	ยาดำรับ 1. มะเดื่อชุมพร 2. ขิงชี้ 3. คนทา 4. หัวยายาม่อม 5. ย่านาง	ใช้รากของตัวยาทัง 5 ชนิดอย่างละเท่ากัน เติมน้ำ แค่ยว 3 เอ 1 แบ่งดื่ม วันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 แก้ว ก่อนอาหารเช้า - กลาง วัน - เย็น	อาการไข้หาย และสุขภาพก็ดี ขึ้นด้วย	ยาดำรับนี้เป็น ยาแก้ไข้แผน โบราณ เรียก กันว่า ยาห้า รากหรือยา เบญจโลก วิเชียร	ผู้ป่วย

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">ท้องเสีย</div> <p>1. ถ่ายเหลวติดต่อกัน 2-3 ครั้ง</p>	ฝรั่ง	<p>1. โป๋อ่อน 3-4 โป๋ อม เคี้ยวกลืนวันละ 1 ครั้ง</p> <p>2. โป๋อ่อน 1 กำมือ ต้มดื่มวันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 แก้ว</p> <p>3. กินผลอ่อนจนกว่าจะดีขึ้น</p>	ช่วยให้อาการทุเลาขึ้น	ฝรั่งมีสารแทนนินและสารอื่นๆ ช่วยรักษาอาการท้องเสียได้	ผู้ดูแล/อาสาสมัครเภสัชกร
2. ถ่ายเหลววันละ 4-5 ครั้ง	ฝรั่ง	ใช้ใบแกัดหั่นทำยา แช่ในน้ำต้มรอให้เย็น ต้มต่างน้ำ	อาการดีขึ้น 2 วัน	แต่ถ้าหยุดยาแล้วมีอาการควรส่งโรงพยาบาลกรณีที่ยื่นผลดิบต้องระวังยางที่เปลือกกล้วยกัดปาก	
3. ถ่ายเหลววันละ 4-5 วัน	กล้วยน้ำว้าดิบ	<p>1. นำกล้วยดิบหั่นตากแห้ง บดผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นเม็ด ลูกกลอนกินไปเรื่อยๆ จนอาการเป็นปกติ</p> <p>2. กินทั้งผลดิบๆ</p>	อาการดีขึ้น 2 วัน		
4. ถ่ายเหลวมีมูก	ตำรับยาประกอบด้วย 1. ทับทิม 2. ฝรั่ง 3. กล้วย	ใช้ยอดทับทิมและยอดฝรั่งอย่างละ 7 ยอด เคี้ยวกินทั้งก้านและน้ำวันละหลายๆ ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นให้เสริมด้วยการนำกล้วยดิบมาย่างไฟอ่อนกินไปเรื่อยๆ ทั้งวัน	อาการดีขึ้นภายใน 2 วัน และหายภายใน 7 วัน	สมุนไพรที่มีรสฝาดสวนใหญ่ มีสารแทนนินช่วยรักษาอาการท้องเสียได้	ผู้ดูแล
5. ถ่ายเหลวคล้ายอุจจาระแต่ไม่ติดเชือก		ชงชาแก่ๆ ต้มต่างน้ำไปเรื่อยๆ จนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ	อาการท้องเสียทุเลาลง		ผู้ดูแล

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
6. ท้องเสีย	มังคุด	นำเปลือกมังคุดมาล้างให้สะอาดผึ่งลม 1 วันให้แห้งนำมาฝนกับน้ำต้มสุกดื่มแทนน้ำ	อาการดีขึ้นมาก	ควรล้างให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีที่ตกค้างอยู่ที่เปลือก	อาสาสมัคร
7. ท้องเสีย ธรรมดา	ฝรั่ง	เอาขอดฝรั่ง 5-7 ยอดเคี้ยวกินค่อยๆกลืนทั้งน้ำทั้งเนื้อ	อาการค่อยๆดีขึ้น		
8. ท้องเสียอย่าง แรง	ตำรับยาประกอบ ด้วย 1. ฝรั่ง 2. ทับทิม 3. ชา 4. มังคุด 5. กล้วยน้ำว้า	ใช้ใบฝรั่ง 1 กอบมือ, ใบ ทับทิม 1 กอบมือ, ใบชา 1 กำมือ, เปลือกมังคุด 1 ลูก (สับเป็นชิ้น) กล้วยดิบ 7 ลูก ใส่น้ำท่วมยानำตัว ยาทั้งหมดมาต้มดื่มครั้ง ละครึ่งแก้ว วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	หยุดถ่ายได้ ภายใน 2 วัน	ยาดำรับนี้หาก ไม่ต้องการทำ เป็นจำนวนมาก ให้ลดได้ ตามส่วน และ เมื่อหายแล้ว ควรหยุดยา ทันที เพราะ อาจทำให้ท้อง ผู้ได้	หมอพื้นบ้าน ผู้บวช

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
ปัญหาในช่องปากและคอ					
1.เจ็บคอทุกครั้ง ที่กลืนน้ำลาย หรือกลืนอาหาร	ฟ้าทะลายโจร	ใช้ผงแห้งที่บรรจุใน แคปซูลโรยในลำคอ บ่อยๆ ให้ละลายลงไป คอสักครู่จึงค่อยดื่มน้ำ ตามใช้ก่อนนอนพอรุ่งเช้า อาการดีขึ้นมาก			ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
2.เจ็บคอมาก	ฟ้าทะลายโจร	ใช้โบลด 3 ใบ ชงน้ำร้อน ยให้อุ่นเอาน้ำยามาอม ไว้สักครู่แล้วกลืนอม บ่อยๆ			ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
3.เป็นแผลร้อน ใน มีตุ่มแดงเป็น หลุมที่กระพุ้ง แก้ม มีอาการ เจ็บคอร่วมด้วย	ชา	นำชามาบดให้ละเอียด และต้มในน้ำ 1 แก้ว อม เช้า กลางวัน เย็น			ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
4.เป็นแผลใน ช่องปาก	มะขามป้อม	นำมะขามป้อมสดมา เคี้ยวรวมกินไปเรื่อยๆ ทั้ง วัน			ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
5.ฝ้าขาวในช่อง ปากจากเชื้อรา	กระเทียม	กระเทียมตำให้ละเอียด ผสมกับน้ำเอาน้ำยาที่ได้ กลั้วปากและคอทำบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนนอน			ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
6. เป็นฝ้าขาวทั้งปากและคอ	กระเทียม	สับกระเทียมสดกินกับข้าวทุกวันช่วงที่เป็นมากกินวันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 หัว พอหายแล้วให้กินเหลือวันละ 1 ครั้งๆ ละ 2-3 กลีบ ป้องกันไม่ให้เป็นอีก	กินภายใน 2-3 วัน ก็เห็นผล กินติดต่อกัน 7 วันอาการดีขึ้น จนหายเป็นปกติ	กระเทียมมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อราในปากได้ และควรกินร่วมกับข้าวและอาหารที่มีโปรตีนเช่น ไข่ เนื้อปลา ฯลฯ ไม่ควรกินกระเทียมอย่างเดียว เพราะทำให้ระคายเคืองในปากได้	หมอพื้นบ้าน/ เภสัช/ผู้ป่วย
7. เชื้อราในปาก	ตำรับยา 1. มะนาว 2. เกลือ	ใช้รากมะนาว, เกลือ ต้มยาทั้งสองฝนให้ขึ้น ใช้ล้างชุบทาบริเวณแผลวันละ 3 ครั้ง	ใช้ 3 วันอาการดีขึ้น วันที่ 4 ฝ้าจะหลุดติดออกมาด้วย		ผู้ป่วย

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
ผื่นแพ้สัมผัส					
1. แผลพุพอง ผื่นคัน ตุ่มคัน	ขมิ้นชัน	1. ใช้ผงขมิ้นละลายน้ำชุบทาวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น 2. ใช้ขมิ้นสดขนาดเท่าหัวแม่มือตำละลายในน้ำ 1 ปีบอาบ	◆ ตุ่มแผลพุพองแห้ง		ผู้ป่วย
2. ตุ่มคันอีกเสบ มีหนองน้ำเหลืองเป็นทั้งตัว	1. มังคุด 2. ขมิ้นชัน	◆ ใช้เปลือกมังคุดสดหรือแห้ง ผน ทาที่แผลตุ่มคัน ทาบ่อยๆ หลังจากแผลตกสะเก็ดแล้วใช้ขมิ้นชันผงทาตัว	◆ ประมาณ 7 วัน แผลตกสะเก็ด		
3. ตุ่มฝี อีกเสบ บวม บริเวณคอ รักแร้ นิ้วมือ	ตำรับยาประกอบด้วย 1. เหงือกปลาหมอ 2. พริกไทย	◆ ใช้เหงือกปลาหมอแห้ง 7 ชีด พริกไทย 2 ชีด นำตัวยาททั้งสองมาบดเป็นผง ผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นเม็ดลูกกลอน กินก่อนอาหารวันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 เม็ด	◆ อาการทุเลาขึ้น	ตำรับนี้เป็นยา รสร้อนคนที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ไม่ควรกิน	ผู้ป่วย
4. มีเม็ดผื่นคัน เต็มตัวเป็นมา แล้วหลายครั้ง	ตำลึง	ใช้ใบตำลึงผสมเหล้าขาวคั้นเอาน้ำทาทั่วตัว	ใช้ 3-4 วัน เห็นผลตุ่มแห้ง		ผู้ป่วย/ หมอพื้นบ้าน
5. ผื่นคันเป็นตุ่ม	ขมิ้นอ้อย	ใช้ขมิ้นอ้อยฝนกับน้ำธรรมดาทาบริเวณผื่นและตุ่มคัน	ใช้ 5 วัน ผื่นหายแผลตุ่มตกสะเก็ด		

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
6. ผื่นแพ้ ตุ่มคัน เรื้อรัง	เสลดพังพอน ตัวเมีย	ใช้ใบเสลดพังพอนผสม กับน้ำมันมะพร้าว ทา บริเวณที่เป็นตุ่มผื่นคัน ก่อนนอนวันละ 1 ครั้ง	หายขาดภายใน 3 เดือน	ทาหลังอาบน้ำ แล้ว	ผู้ป่วย/หมอพื้น บ้าน
7. เป็นแผลตุ่ม คันมีหนอง	ตำรายาประกอบ ด้วย 1. กระเทียม 2. ข่า 3. เสลดพังพอน ตัวผู้ 4. เหนืออกบสานมอ 5. เทียนบ้าน	ใช้ตัวยาทั้งห้าชนิดอย่าง ละ 1 กำมือตำรวมกัน นำ ทั้งกากทั้งน้ำที่ได้ทาทุก ครั้งที่มีอาการคัน	ใช้ยาทาอยู่ 5-6 วัน อาการ ดีขึ้นมากแผล ไม่ลามต่อ ตุ่ม คันมีหนองจะ ค่อย ๆ แ่งยุบ ลง	เวลาใช้อาจไม่ ค่อยสบายตัว เพราะเกิด อาการแสบ ร้อน	ผู้ป่วย

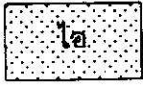
ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อเสนอนแนะ	ผู้ให้ข้อมูล
เบื่ออาหาร					
1. มีไข้ กินข้าวไม่ได้ อ่อนเพลีย	บอระเพ็ด	เอาบอระเพ็ดล้างมจนแห้ง นำมาหั่นบดผง ผสมน้ำผึ้งปั้นลูกกลอนกิน ก่อนอาหารครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง	กินเป็นประจำ ได้ 10 วัน กินข้าวได้ ร่างกายแข็งแรงหายไข้		ผู้ป่วย
2. เบื่ออาหาร	ตำรับยาประกอบด้วย 1. บอระเพ็ด 2. มะระขี้นก	ใช้เอาบอระเพ็ดแห้งและมะระขี้นกทั้งห้า (ราก ต้น ใบ ดอก ผล) อย่างละเท่ากันบดเป็นผงผสมน้ำผึ้งปั้นลูกกลอน ถ้ามีใช้น้ำลูกกลอนมากคลุกกับผงฟ้าทะลายโจรกินครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	ใช้ยา 7 วัน เริ่มกินข้าวได้มากขึ้นกินติดต่อกัน 1 เดือน น้ำหนักเพิ่มขึ้น 7 กก.		ผู้ป่วย นักวิชาการ
3. มีไข้แน่นหน้าอก เบื่ออาหาร	ตำรับยาประกอบด้วย 1. มะระขี้นก 2. ขมิ้นชัน	ใช้มะระขี้นกทั้งห้า 1 กำมือและขมิ้นชันขนาดหัวแม่มือ 1 แฉ่ง หุบกอแตก นำตัวยาททั้งสองมาต้มดื่มครั้งละครึ่งแก้ว วันละ 3 เวลาหลังอาหาร ใส่น้ำผึ้งเพื่อแต่งรสได้	ใช้ยา 7 วันกินข้าวได้มากขึ้น ต่อมาหยุดยาคือ 3 วันเพราะยารสขมก็เริ่มเบื่ออาหารอีก จึงต้องกินยาแบบต่อเนื่อง		ผู้ป่วย ผู้ดูแล
4. ไม่อยากกินข้าว เบื่ออาหาร	ตำรับยาประกอบด้วย 1. เหนืออกปลาหมอบ 2. พริกไทย	ใช้เหนือกปลาหมอบแห้ง 7 ชีด และพริกไทย 2 ชีด นำมาบดผงรวมกันและน้ำผึ้งปั้นลูกกลอนกินวันละ 3 ครั้งๆ ละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร	กินติดต่อกัน 10 วัน ทำให้กินข้าวได้ดีขึ้น	ตำรับนี้เป็นยารสร้อน คนที่ขี้เยือกง่าย ไม่ควรกิน	ผู้ป่วย ผู้ดูแล

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อเสนอแนะ	ผู้ให้ข้อมูล
5. เบื่อไม่อยาก อาหารอ่อน เพลีย ไอ เจ็บ หน้าอก	ตำรับยาประกอบ ด้วย 1. มะระขี้นก 2. ฟ้าทะลายโจร 3. ลูกใต้ใบ 4. เสดดพังพอนตัว เมีย 5. บอระเพ็ด 6. ทองพันชั่ง 7. หน้้าดอกขาว 8. มะตูม	ใช้ตัวยาสุนไพรรทั้งหมด อย่างละเท่ากัน ยกเว้น มะตูมใช้น้อยกว่าตัวอื่น ได้ นำมาบดผงบรรจุ แคปซูลเบอร์ศูนย์กินวัน ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 1-3 แคปซูล หลังอาหาร (กรณีสุขภาพปกติกิน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลาหลัง อาหาร เช้า-เย็น หากมีอาการอ่อนเพลีย ไอ เจ็บหน้าอก กินครั้งละ 2-3 เม็ดหลังอาหาร เช้า- เย็น)	หลังกินยา 1 เดือนน้ำหนัก เพิ่มทุกราย		ผู้ดูแล

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
 <p>1. ไอแห้ง ช่วง อากาศเย็นมีน้ำ มูก</p>	ตะไคร้	เอาตะไคร้ทั้งต้นมา 3-4 ต้น นำมาเผาไฟ แล้วนำ มาต้มน้ำใส่เกลือ ดื่มต่าง น้ำ	ต้มน้ำ 3-4 วัน อาการไอ หาย น้ำมูกหยุดไหล		หมอพื้นบ้าน ผู้ดูแล
2. รู้สึกคันในลำ คอ ก้อนไอ ไอ แห้งๆ แต่ไม่เรื้อ รัง	ขิง	ใช้ขิงสด 1 แฉ่ง ตำใส่ เกลือบิบบมะนาวนำมาอม วันละ 3-4 ครั้ง จนกว่าจะ หาย	อาการไอหาย ภายใน 7 วัน		
3. ไอบ่อยๆ คัน คอ	มะแว้ง	นำผลมะแว้ง เคี้ยวบปอ แตกอมช่วยให้ชุ่มคอ แก้ คันคอ	อาการดีขึ้น ภายใน 5 วัน		ผู้ดูแล: ผู้ป่วย

ตารางที่ 19 (ต่อ)

โรคและอาการ	ชื่อสมุนไพร	วิธีใช้	ผลการรักษา	ข้อแนะนำ	ผู้ให้ข้อมูล
ผื่นแพ้และตุ่มคัน					
1. เป็นเรื้อรม	เสลดพังพอนตัว เมีย	ใช้ใบสดตำพอกบริเวณที่ เป็นเรื้อรมวันละ 2 ครั้ง เช้า- เย็น	แผลแห้งและ ลดอาการคัน	ควรล้างใบให้ สะอาดและทำ ความสะอาด ทุกครั้ง	เภสัชกร ผู้ดูแล หมอมพื้นบ้าน
2. ปวดข้อ ปวด เมื่อย	ว่านหางจระเข้	นำกาบว่านหางจระเข้มา แช่น้ำ 5-10 นาที เพื่อล้าง ยางออก แล้วปอกเปลือก ออก ใช้เนื้อวัน 3 ชีดมา หั่นเป็นท่อนๆ ตองน้ำผึ้ง 3 วัน กินเป็นขนมของว่า กินไปเรื่อยๆ	หายปวดเมื่อย ร่างกายแข็งแรง ยิ่งขึ้น	ไม่ควรทำวัน ว่านหางจระเข้ เก็บไว้เกิน 7 วันเพราะ สารสำคัญ จะหมดไป	

**ข้อที่ 4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดการพยาบาล
ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีการบูรณาการแพทย์แผนไทยและแผนการ
ดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง**

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในการบำบัดรักษาด้วย
วิธีแพทย์แผนปัจจุบัน

การบำบัดรักษาจากแพทย์ แผนปัจจุบัน	ความพอใจ	
	ไม่พอใจ ร้อยละ	พอใจ ร้อยละ
1.ด้านยาที่ใช้รักษา	33.3	66.7
ประเภทของยา		
1.1ยาจีน	33.3	66.7
1.2ยาจีน	88.9	11.1
1.3ยาทา	77.8	22.2
2.วิธีการรักษา	29.6	70.4
3.บุคลากรทางการแพทย์	40.7	59.3
4.สถานที่ให้บริการ	40.7	59.3
ชนิดของยา		
ยาปฏิชีวนะ	62.9	37.0
ยาแก้ปวด	62.9	37.0
ยาแก้ท้องเสีย	77.8	22.2
ยาต้านไวรัส	88.9	11.1

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในสรรพคุณของยา

สรรพคุณของยา	ความพึงพอใจ		หมายเหตุ		
	ไม่พอใจ	พอใจ	เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
	ร้อยละ	ร้อยละ			
ยาปฏิชีวนะ	55.6	44.4	-อาการดีขึ้น -ไม่มีผลข้างเคียง -หายเร็ว -ยับยั้งเชื้อในตัว -ไม่ติดเชื้อ	8 1 1 1 1	66.8 8.3 8.3 8.3 8.3
ยาแก้ปวด	66.7	33.3	-อาการดีขึ้น	9	100.0
ยาแก้ท้องเสีย/ยา เกลือแร่	88.9	11.1	-ใช้แล้วหาย	3	100.0
ยาด้านไวรัส	88.9	11.1	-หาย -ป้องกัน TB	1 2	33.3 66.7
Vitamin	92.6	7.4	-บำรุงดี	2	100.0

จากตารางที่ 20 กลุ่มตัวอย่างพอใจการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันในเรื่อง วิธีการรักษามากที่สุด ร้อยละ 70.4 และพอใจบุคลากรทางการแพทย์ และสถานที่ให้บริการน้อยที่สุด ร้อยละ 59.3 กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่ายาที่สามารถรักษาได้โดยไม่มีอาการข้างเคียงหรือมีอาการข้างเคียงน้อยคือยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ ยาแก้ท้องเสีย ร้อยละ 22.2 และยาด้านไวรัส ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

จากตารางที่ 21 กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจสรรพคุณของยาปฏิชีวนะมากที่สุด ร้อยละ 44.4 โดยให้เหตุผลว่ายาปฏิชีวนะทำให้อาการดีขึ้นร้อยละ 66.8 รองลงมาไม่มีผลข้างเคียง หายเร็วยับยั้งเชื้อในตัวและไม่ติดเชื้อเท่ากันร้อยละ 8.3 และรองลงมาในกลุ่มตัวอย่างพอใจในสรรพคุณของยาแก้ปวดร้อยละ 33.3 โดยให้เหตุผลว่า ใช้แล้วอาการดีขึ้น ร้อยละ 100 สำหรับยาด้านไวรัส ยาแก้ท้องเสีย/ยาเกลือแร่ และวิตามิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 88.9 (ยา 2 ชนิดแรก) และร้อยละ 92.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพอใจในการพักอาศัยในวัด

กิจกรรมที่ได้รับ	ความพอใจการพักอาศัยในวัด	
	ไม่พอใจ ร้อยละ	พอใจ ร้อยละ
1. สหกรณ์	40.7	59.3
2. การรักษา	14.8	85.2
3. การปลูกผัก	55.6	44.4
4. การอยู่ร่วมกัน	18.5	81.5
5. การมีส่วนร่วม	18.5	81.5
6. การทำวัตรสวดมนต์	-	14.8
7. ที่อยู่อาศัย	-	3.7

จากตารางที่ 22 ขณะพักอาศัยในวัด กลุ่มตัวอย่างพอใจในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 85.2 รองลงมาพอใจในการอยู่ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมเท่ากันร้อยละ 81.5

ข้อที่ 4.3 ประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ในคุณภาพชีวิต หลังได้รับการบำบัดพยาบาล

คุณภาพชีวิต	การรับรู้คุณภาพชีวิตหลังบำบัดพยาบาล		
	ดีขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. คุณภาพชีวิตหลังอยู่วัด	88.9	3.7	7.4
2. คุณภาพด้านสังคม	77.8	7.4	14.8
3. คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ	33.3	26.0	40.4
4. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	88.9	-	11.1
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	88.9	3.7	7.4

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังอยู่วัด ในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น มากที่สุด ร้อยละ 88.9 แต่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจดีขึ้นน้อยที่สุด ร้อยละ 33.3

ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยด้านทิมอาสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัด

1. **ด้านบุคลากร** อาสาสมัครที่อยู่ช่วยมักจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เนื่องจากอาสาสมัครที่มีไข้ผู้ป่วยมีงานประจำทำให้มาให้บริการให้ไม่สม่ำเสมอ ส่วนอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย บางครั้งอาการแยกลงและเสียชีวิตไป ทำให้ไม่สามารถมีอาสาสมัครประจำ ส่วนอาสาสมัครที่เป็นพระมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย

2. **ด้านงบประมาณ** เนื่องจากวัดได้รับสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ น้อยมาก ทำให้ต้องอาศัยเงินบริจาคซึ่งไม่แน่นอน ทำให้วัดไม่สามารถจัดบริการ เช่น ซื้อยาสมุนไพรบางอย่างที่วัดไม่สามารถผลิตได้อย่างต่อเนื่อง

3. **ความร่วมมือจากชุมชนน้อย** เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนยังมีทัศนคติทางลบกับการดูแลผู้ป่วยของวัด ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

4. **ยังขาดมาตรฐาน** เนื่องจากปัจจัยจากข้อ 1-3 และยังขาดความรู้ที่มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research = PAR) แบบร่วมคิด ร่วมจัดกิจกรรมและประเมินผล (Mutual Action Research Approach) ระหว่างทีมอาสาสมัคร (แพทย์ เกษัชกร พยาบาล ผู้ดูแลวัด หมอพื้นบ้าน) รวม 10 คน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 222 คน ในระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ.2541-2544) โดยมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและการวางแผนร่วมกัน (Assessment and Planning Phase) ขั้นปฏิบัติการให้บริการร่วมกันระหว่างคณะวิจัย พระ หมอพื้นบ้านและผู้รับบริการ (Implementation phase) ขั้นปรับปรุงรูปแบบการบำบัดให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วย (Improving by changing phase) และขั้นติดตามและประเมินผล (Evaluation phase) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับบริการในวัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในวัยแรงงานคือ อายุระหว่าง 20-30 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 47.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.2 ชื่อนำสังเกตมีผู้ป่วยสถานภาพสมรสโสดค่อนข้างมากเช่นกัน คือ ร้อยละ 38.2 ระดับการศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.3 มีภูมิลำเนาเป็นคนในภาคใต้มากที่สุดร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 11.7 ในเรื่องรายได้ พบว่า 1 ใน 2 ของกลุ่มผู้ป่วยที่สำรวจไม่มีรายได้มากที่สุด ร้อยละ 53.6 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าอาวาส (หลวงพ่อบุญในวัด) มากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ จากบิดา-มารดา ร้อยละ 20.7 ในเรื่องประวัติการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่รู้ว่าป่วยเป็นเอดส์นาน 3-4 ปี ร้อยละ 29.6 ($\bar{X} = 2.5$, S.D. = 1.2) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ร้อยละ 50.0 และเริ่มรักษาครั้งแรกที่วัดแห่งนี้ร้อยละ 59.3 หลังการรักษาแล้วอาการดีขึ้นร้อยละ 70.4 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองจากบุคคลต่างๆ ที่คอยให้คำแนะนำ เหตุผลที่เลือกวัดแห่งนี้แหล่งรักษาเพราะต้องการที่พึ่งทางใจและญาติพามา ร้อยละ 20.6 ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในวัดนานเฉลี่ย 1.8 ปี ($\bar{X} = 1.8$, S.D. = 0.9) ได้รับการดูแลสุขภาพจากวัดในรูปแบบสมุนไพร ร้อยละ 100 ปัจจุบันหลังจากการรักษาด้วยยา

สมุนไพรที่วัดส่วนใหญ่พบว่าอาการดีขึ้น ร้อยละ 88.9 กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการรักษาที่วัด ร้อยละ 100 โดยจะมีเจ้าอาวาสเป็นหลักคอยให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 51.6

5.2 ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครโดยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง

5.2.1 การบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยแพทย์แผนไทยในแต่ละวิธี สรุปผลการบำบัดพยาบาลแต่ละวิธี ดังนี้

1) การใช้ยาสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยใช้ยาสมุนไพรก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดร้อยละ 100 และปัจจุบันก็ยังใช้ยาสมุนไพรอยู่ทุกราย โดยใช้นาน 1-2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.5 ยาสมุนไพรได้จากวัดร้อยละ 100 หลังการรักษาด้วยยาสมุนไพร พบว่าอาการต่างๆ มีการเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บคอและต่อมน้ำเหลืองโต มีอาการดีขึ้นร้อยละ 100

2) การอบสมุนไพร พบว่า ส่วนใหญ่ใช้การอบสมุนไพรร้อยละ 74.1 ปัจจุบันใช้การอบสมุนไพรร้อยละ 74.1 ระยะเวลาที่อบสมุนไพรนาน 1-2 ปี ร้อยละ 50.0 ($\bar{X}=1.75, S.D.=0.9$) โดยส่วนใหญ่อบสมุนไพร 3 วัน/ครั้ง ร้อยละ 75.0 หลังการอบสมุนไพรแล้วอาการต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอาการหายใจสะดวกขึ้นและสลายตัวขึ้น ร้อยละ 95.0

3) การประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างยังคงใช้การประคบสมุนไพรเพียงร้อยละ 23.8 ระยะเวลาการใช้การประคบสมุนไพรเฉลี่ย 1 ปี 3 เดือน ร้อยละ 66.7 ($\bar{X}=1.33, S.D.=0.58$) ความถี่ในการประคบ 3 วัน/ครั้ง และ 5 วัน/ครั้ง ใช้การประคบสมุนไพรเฉพาะเวลาปวดร้อยละ 33.3 หลังจากการประคบแล้วทำให้อาการอักเสบ ปวดเมื่อย และสุขภาพเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 100 ไม่พบอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง

4) การนวด กลุ่มตัวอย่างยังใช้การนวดและไม่ใช้การนวดเท่ากันร้อยละ 50.0 ระยะเวลาใช้การนวดดูแลตนเองเฉลี่ย 2 ปี 3 เดือน ใช้การนวดเวลาปวดเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 50 หลังการนวดพบว่าอาการเมื่อยเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 85.6 กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจในการรักษาแต่ละวิธีการในระดับพึงพอใจมาก

5) การใช้โยคะศาสตร์ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้โยคะศาสตร์ดูแลตนเอง ร้อยละ 77.8 และในปัจจุบันก็ไม่มีการใช้โยคะศาสตร์ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 โดยส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับโยคะศาสตร์ร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้เวทย์มนต์/คาถา และน้ำมันดีเกลือเดียวกัน ร้อยละ 100 และ 82.5 ตามลำดับ

5.2.2 การบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ผลสรุปได้ดังนี้

การดูแลสุขภาพแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาจากสถาบันบริการการแพทย์แผนปัจจุบันก่อนมารักษาที่วัดแห่งนี้ร้อยละ 77.8 และในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังรักษาด้วยวิธีการแพทย์ปัจจุบันร้อยละ 81.5 จำนวนครั้งในการรักษาส่วนใหญ่เท่ากับ 3 ครั้ง/ปี ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่แพทย์จะนัดตรวจสุขภาพร้อยละ 45.5 กลุ่มตัวอย่างพอใจการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันในเรื่องวิธีการรักษามากที่สุด ร้อยละ 59.3 โดยคาดหวังว่ายาที่สามารถรักษาโดยไม่มีผลข้างเคียงหรืออาการข้างเคียงน้อย คือ ยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดในจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 37.0 โดยมีความพึงพอใจในยาปฏิชีวนะมากที่สุดร้อยละ 44.4

ความต้องการให้สถาบันสงฆ์แสดงบทบาทในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 74.2 โดยจัดในรูปแบบของการฟื้นฟูจิตใจ สอนธรรมะ สมาธิ กายภาพบำบัด และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และควรมีบทบาทด้านการศึกษา ร้อยละ 44.4 โดยจัดรูปแบบของการให้คำแนะนำการทานยา การคิดค้นตัวยา

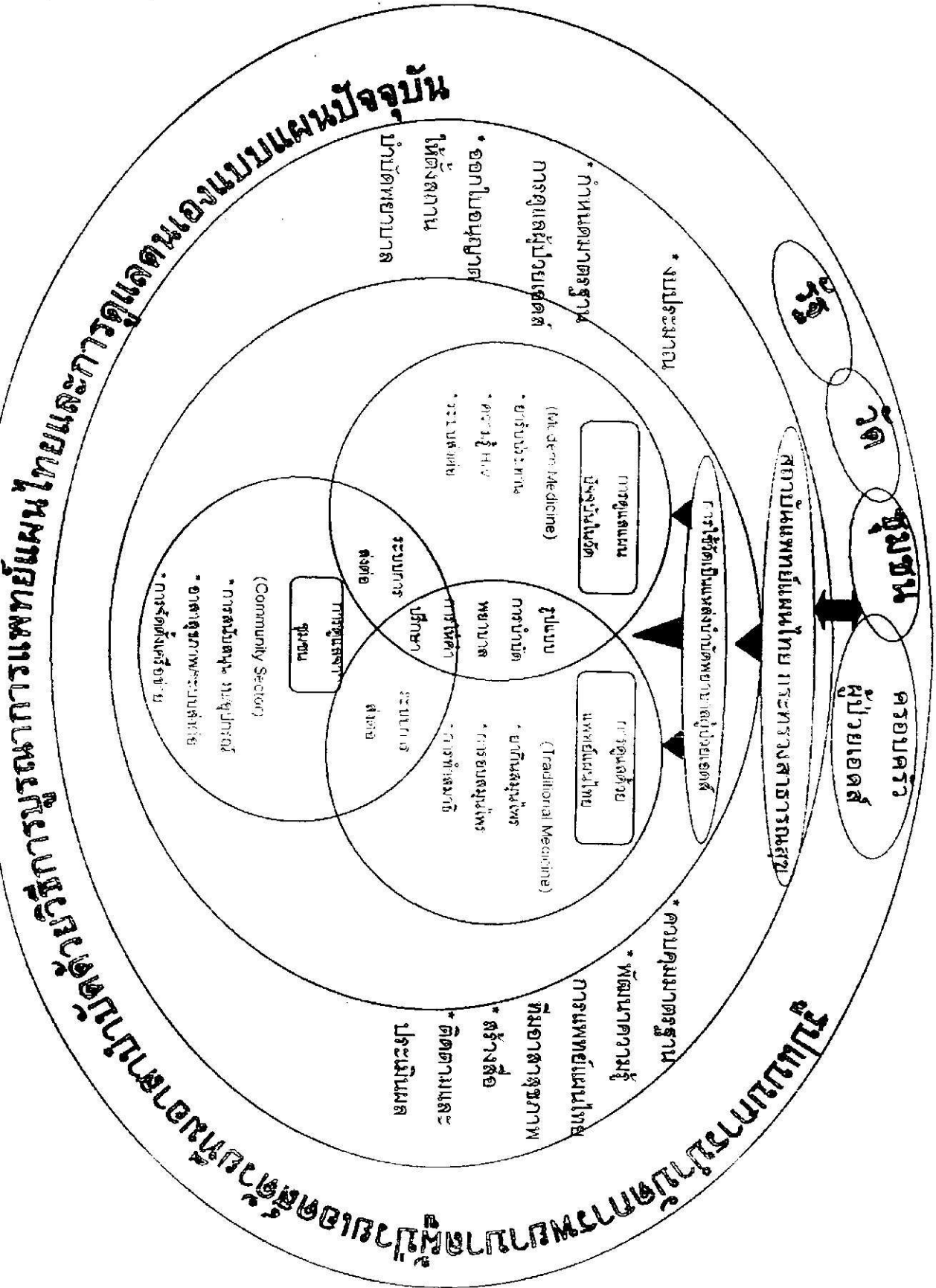
ความพึงพอใจในการพักอาศัยในวัด ขณะพักอาศัยในวัด กลุ่มตัวอย่างพอใจในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 85.2 และคุณภาพชีวิตหลังกลับมาอยู่ที่วัดแห่งนี้ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 88.9 แต่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงเพียงร้อยละ 33.3

ตอนที่ 5.3 รูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง

จากผลการวิจัยแบบการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ภาคเอกชน (หมอพื้นบ้าน/ชุมชน) และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งจากการติดตามและประเมินผลที่กล่าวมา รูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสุขภาพและมีความเป็นไปได้ที่สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้กับวัดในประเทศไทยและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (health care need) พอสสรุปได้ดังนี้

การบำบัดพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน ยังมีรูปแบบการบำบัดพยาบาลด้วยการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ระบบคือ ระบบการดูแลสุขภาพจากการแพทย์แผนปัจจุบัน (professional sector) ด้วยการให้ยาเกิน (ร้อยละ 100.0) ส่วนการบำบัดพยาบาลด้วยสุขภาพทางเลือก (Alternative Health) คือการใช้ยาสมุนไพร (Herbal Medicine) ด้วยวิธีการรับประทาน

(ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือการใช้การอบด้วยสมุนไพร ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (Folk sector) และผู้ป่วยยังคงใช้การบำบัดพยาบาลด้วยการทำสมาธิ (ร้อยละ 70.4) ซึ่งถือเป็นสุขภาพทางเลือกหนึ่งในเรื่องการใช้การเยียวยาทางจิต (Mental Healing) ส่วนความต้องการบำบัดจากชุมชนคือ ความต้องการให้สถาบันสงฆ์เข้ามามีบทบาทในการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วย ซึ่งถือเป็นการดูแลสุขภาพที่อยู่ในระบบสุขภาพในสามัญชน (Popular sector or Lay sector) ดังนั้นจากผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถสรุปรูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยที่มอสาบำบัดด้วยวิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันโดยใช้วัดเป็นฐานโดยมีสถาบันแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมมาตรฐานการบำบัดพยาบาล สามารถสรุปรูปแบบที่เหมาะสมได้ดังแผนภาพที่ 5.1



* กำหนดมาตรฐาน
การดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์
การแพทย์แผนไทย

* งบประมาณ

(Modern Medicine)
 * ยารักษาโรค
 * เครื่องมือ
 * ยาสมุนไพร

(Traditional Medicine)
 * ยาสมุนไพร
 * ยาจีนสมุนไพร
 * ยาสมุนไพรพื้นบ้าน
 * ยาสมุนไพรพื้นเมือง

(Community Sector)
 * การส่งเสริมสุขภาพ
 * การดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ
 * การดูแลสุขภาพแบบทุติยภูมิ
 * การดูแลสุขภาพแบบตติยภูมิ

สถาบันแพทยศาสตร์ไทย กระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบการบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

* พัฒนาศูนย์
การแพทย์แผนไทย
 * พัฒนาศูนย์
การแพทย์สมัยใหม่
 * พัฒนาศูนย์
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
 * พัฒนาศูนย์
การดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ
 * พัฒนาศูนย์
การดูแลสุขภาพแบบทุติยภูมิ
 * พัฒนาศูนย์
การดูแลสุขภาพแบบตติยภูมิ

ระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของประเทศไทยในปัจจุบัน

5.4 อุปปัญหาและอุปสรรคในการนำมาตรการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยทีมอาสาสมัคร โดยวิธีบูรณาการทั้ง 2 วิธี

1. ผู้ป่วยในวัดยังมีความรู้ฉิวฉินในการดูแลตนเองด้วย 2 วิธี
2. ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน
3. ชุมชนยังมีการรังเกียจผู้ป่วย
4. วัดยังมีสุขภาพสิ่งแวดล้อมในเรื่องที่อยู่อาศัยไม่ถูกต้อง
5. ขาดงบประมาณในการซื้อยาและอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง

5.5 อภิปรายผลการวิจัย

จากการประเมินผลความพึงพอใจในการเลือกดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในวัดแห่งหนึ่งในชายแดนภาคใต้ที่สมัครใจเข้ารับการศึกษาในวัดแห่งหนึ่งในชายแดนภาคใต้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.2) มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 47.7) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 30.6) ทุกศาสนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ก่อนมารับการรักษาที่วัด สอดคล้องกับรายงานกองระบาดวิทยา (2543) พบว่าจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2543 พบว่าผู้ป่วยเอดส์เพศชาย 113,917 ราย เพศหญิง 32,901 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.5 : 1 กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ซึ่งกลุ่มอายุ 25-29 ปี มีผู้ป่วยเอดส์สูงที่สุด ร้อยละ 28.3 รองลงมาอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 24.2 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 14.5 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 71.6 สำหรับรายได้ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 53.6) และพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีปัจจัยเสี่ยงมากที่สุดที่เพศสัมพันธ์สูงที่สุด (ร้อยละ 83.1) รองลงมายาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (ร้อยละ 5.0) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์นอกคู่สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) รองลงมาจากยาเสพติดและจากเพศสัมพันธ์ในคู่สมรสเท่ากัน (ร้อยละ 23.5) ซึ่งวิชาญและประคอง (2540) ได้กล่าวว่า การแพร่กระจายของเชื้อเอดส์ได้เพิ่มขึ้นค่อนข้างรวดเร็วและที่น่าเป็นห่วง คือ การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการ "ขึ้นครุ" พฤติกรรมและค่านิยมทางเพศ เช่น ผู้ที่ไปจังหวัดไนตอง "ถึง" จังหวัดนั้น เลี้ยงดูแล้วต้อง "ปุ่เสื่อ" พ่อบ้านเที่ยวหญิงได้เป็นเรื่องธรรมดา ใส่ถุงยางแล้วไม่แน่วจริง ใส่ถุงยางแล้วไม่ถึงใจ ทั้งนี้จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบของยินดี (2539) พบว่าเยาวชนกลุ่มที่กำลังศึกษามีพฤติกรรมป้องกันตนเองให้ปลอดภัยเอดส์ดีกว่ากลุ่มทำงานแล้ว ซึ่งให้เห็นว่าชายไทยอายุน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าชายไทยอายุมาก

กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 48.2) ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ มักเป็นผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษาและมีฐานะยากจน โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.3) มีรายได้เลี้ยงตัวเอง และไม่มีรายได้เลี้ยงตัวเองมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53.6 และ 46.4 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ซึ่งแหล่งรายได้ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้มาจากการบริจาคจากหลวงพ่อในวัด (ร้อยละ 63.1) โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเป็นอาสาสมัครมากที่สุด (ร้อยละ 55.6) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวาสนา (2542) พบว่าหลังจากที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยเอดส์จะลดเวลาทำงานลง เนื่องจากว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากจะมีอาชีพรับจ้าง จึงไม่สามารถไปทำงานเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ข้อมูลว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะไม่ออกไปทำงาน บางรายจะถูกนายจ้างให้หยุดงาน หรือถ้าต้องไปรับการรักษาพยาบาลก็จะต้องหยุดงานเพื่อไปรับการรักษา นอกจากนั้นพรชัย (2537) กล่าวว่าในเรื่องการประกอบอาชีพมักพบว่าในสถานที่ทำงาน หากพบว่ามีลูกจ้างรายใดติดเชื้อเอชไอวี แล้วนั้นจะถูกแบ่งแยกกีดกันจากเพื่อนร่วมงาน ถูกปฏิเสธต่างๆ ที่ควรได้รับหรือบริการต่างๆ จากที่ทำงานตลอดจนถึงการเลิกจ้างหรือไล่ออกตามมา ปัญหาในลักษณะนี้มีผลทำให้รายได้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจจนแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ (2541) ที่พบว่าโรงพยาบาลต้องสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 90 เนื่องจากการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมาก เช่น วัณโรค 3,000 บาท / 9 เดือน เนื่องจากเมื่อไ้ยา 6 เดือน ผู้ป่วยมักกลับเป็นซ้ำอีก เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส 54,000 บาทต่อครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการสนับสนุนด้านการเงิน อาหารที่อยู่อาศัย ร้อยละ 41.9 และต้องการที่จะประกอบอาชีพเดิมร้อยละ 37.2 (เขาวรัตน์, 2540)

ในเรื่องประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวี มานานเป็นระยะเวลา 3-4 ปี (ร้อยละ 29.6) ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินของโรค Intermediate (or Average) Progressors โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 80-90 จะมีการดำเนินโรคเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี ในการเกิดอาการของโรคเอดส์ (Fguci & lane, 1998 อ้างตาม เพชรน้อย, 2542) สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มรักษาอาการป่วยโรคเอดส์เป็นครั้งแรกมากที่สุด คือ วัดวิเวกวนาศรม (ร้อยละ 59.3) กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลือกวัดนี้เป็นแหล่งรักษามากที่สุด คือ ต้องการที่พึ่งทางใจและญาติพามาเท่านั้น (ร้อยละ 20.6) ซึ่งสถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2539, 2540) กล่าวว่า คนไทยโรคเอดส์ที่มีพระพุทธรูปบูชา มีวัดทั่วประเทศเกือบทุกหมู่บ้าน นับเป็นศูนย์รวมจิตใจ และประชาชนมีความเชื่อว่า

พระสงฆ์เป็นที่พึ่งทางใจของเขาได้ ดังนั้นสิ่งที่ชาวบ้านพึงได้คือ วัด และการที่ญาติพากลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาที่วัด อาจอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากเป็นผู้ที่ครอบครัวและญาติรังเกียจ ดังนั้นเมื่อมีข่าวว่ามีที่รักษา ญาติก็เอาตัวผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไปทิ้งให้วัดรักษา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลที่ไม่อยากให้คนเห็นหรือไม่อยากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม (ปวงพล, 2539) และจากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่เลือกวัดแห่งนี้เป็นแหล่งรักษารองลงมาคือ มีชื่อเสียงการรักษาด้วยเหล็กไหล ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และใกล้บ้าน เท่ากัน (ร้อยละ 11.8) อาจอภิปรายได้ว่าวัดแห่งนี้ เป็นแหล่งความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วยเอดส์เพราะมียาแร่เหล็กไหล (ยาปู) ซึ่งเชื่อว่าสามารถรักษาโรคเอดส์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับเพ็ญญา (2536) กล่าวว่า แนวโน้มของประชาชนกำลังแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพอะไรก็ได้ที่ดูแลเขาเหล่านั้นทั้งตัวและหัวใจ ราคาถูก ประหยัด เป็นธรรมชาติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและประเพณีวัฒนธรรมไทย จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์เลือกรักษาอาการป่วยในวัดแห่งหนึ่งในชายแดนภาคใต้เป็นครั้งแรกมากที่สุด

ผลการรักษาครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดีขึ้น (ร้อยละ 70.4) เพราะการดูแลตนเองเหมาะสมมากที่สุด (ร้อยละ 57.9) รองลงมาเพราะสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 36.8) สอดคล้องกับ นรินทร์ (2534) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเอดส์เชื่อว่าเมื่อตนเองมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วจะพยายามที่จะมีชีวิตอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยนั้น วิธีการหนึ่งที่จะช่วยบำรุงสุขภาพให้สมบูรณ์คงที่ได้ ก็คือ การดูแลรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่วนสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2539) กล่าวว่า นอกจากสร้างความสมดุลทางร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจนั้นพระท่านสอนธรรมะโดยการโยงความเชื่อทางพระพุทธศาสนาเข้าไปด้วย สอนจริยธรรม ให้ความเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อและให้กำลังใจ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีสุขภาพจิตดี แสดงให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปจะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น

สำหรับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง โดยระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในวัดจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 2 ปี (ร้อยละ 48.1) ได้รับการดูแลสุขภาพจากวัดดังนี้ โดยใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่เป็นยากิน (ร้อยละ 100.0) ซึ่งยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ในวัดเป็นยาพื้นฐานใช้รักษาผู้ป่วยตามอาการ เช่น เป็นไข้ ปวดหัว ท้องเสีย ฯลฯ (นารีผล, 2541) ผู้ป่วยเอดส์ใช้การอบสมุนไพร (ร้อยละ 85.2) ความถี่ 2 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 82.6) ใช้การประคบสมุนไพร (ร้อยละ 18.5) ความถี่ 2 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 80) และทุกรายใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 100.0) อาจเนื่องมาจากเอดส์เป็นโรคที่วงการแพทย์ยังไม่ค้นพบวิธีการรักษาที่หายขาด ถึงแม้จะมียาที่ใช้รักษาก็เพียงแค่ลดการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ในร่างกายเท่านั้นเอง

นอกจากนี้ยาที่ใช้รักษามีราคาแพงและมีอาการข้างเคียงต่อร่างกายรุนแรง ผู้ป่วยเอดส์จึงต้องหันมารักษาโดยวิธีการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพร ซึ่งสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2540) กล่าวว่า วิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย นอกจากอาหารและยาสมุนไพรแล้วยังมีการอบ ประคบ สมุนไพรและการนวดไทย แสดงให้เห็นว่า ทางวัดใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยเอดส์แบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนพื้นบ้าน นอกจากนี้คนไทยยังเชื่อกติที่มีพระพุทธศาสนา ซึ่งสอนให้ปฏิบัติตน เพื่อความสงบทางด้านจิตใจ โดยการนั่งสมาธิซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพจากวัด ยังมีวิธีการรักษาอีกอย่างคือ การทำสมาธิ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทำสมาธิ (ร้อยละ 70.4) ความถี่ในการทำ 14 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 57.9) ซึ่งสุทธิพันธ์ (2541) กล่าวว่า รอยัล เอฟเจิน เดวิส (Roy Evgene Davis) ให้ความหมายว่าการทำสมาธิ คือการหันเหความเอาใจใส่ไปสู่แง่มุมที่กระจางชัดของธรรมชาติ ภายในตัวเราเองด้วยความตั้งใจ การทำสมาธิสามารถสร้างคุณประโยชน์ให้แก่ความสุขสบายในด้านสรีระและจิตวิทยาของบุคคลได้ เรื่องนี้ทำได้เมื่อสมาธิได้ทำให้คลื่นสมองอยู่ในภาวะอัลฟา (Alpha) ซึ่งเป็นระดับของความคิดสำนึกที่ส่งเสริมภาวะการเยียวยา รักษาตนและการทำสมาธิสามารถลดความดันโลหิตได้ช่วยคลายความเจ็บป่วยและความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัช (2537) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการฝึกสมาธิส่วนใหญ่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้นมาก อาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงหรือหายไปและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มที่เป็นชายและหญิง โดยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.65 กิโลกรัม และ 1.1 กิโลกรัมตามลำดับ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราลักษณ์ (2538) พบว่า ด้านผลการปฏิบัติธรรม สมาธิจะให้ผลสำคัญใน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกายจิตใจและสังคม ผลทางด้านร่างกาย พบว่าอาการหรือโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏหายไปหรือทุเลาลงมากที่สุดในช่วงของการอบรมสมาธิ 7 วันที่วัด ก็คือ น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร งูสวัด ต่อม้ำเหลืองโต เป็นแผลริม ท้องเสียและมีไข้ สำหรับผลทางเดินจิตใจ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าถึงสภาวะธรรมจะได้รับผลดีมากที่สุด มีจิตใจปลอดโปร่ง

จากผลการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่าในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 88.9) โดยให้เหตุผลว่าร่างกายแข็งแรงมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) โดยให้เหตุผลว่าร่างกายแข็งแรงมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) รองลงมาสุขภาพจิตดีขึ้น (ร้อยละ 20.8) จะเห็นได้ว่าในการนำเอาการแพทย์แผนไทยและการนำสมุนไพร ตลอดจนวิธีอื่นๆ เช่น การทำสมาธิ เป็นรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีกำลังใจและดูแลสุขภาพภาวะการติดเชื้อฉวยโอกาส (เพ็ญญา, ม.ป.ป.) ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลวัดบอกว่า ที่ผ่านมาผู้ป่วย

ส่วนมากมีอาการดีขึ้นหลังจากรักษาตัวเองสักพัก และบางคนก็หาย บางคนสามารถอยู่ได้เรื่อยๆ ไม่มีอาการแทรกซ้อน ซึ่งปัจจัยสำคัญอยู่ที่การปฏิบัติตัวของแต่ละคน (นารีผล, 2541) จากผลการศึกษาพบว่า จากการรักษาในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างยังคงมีอาการเหมือนเดิมเพียง 1 ราย และอีก 2 ราย มีอาการทรุดลงโดยให้เหตุผลว่า ทานยาไม่สม่ำเสมอและมีผื่นเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความพอใจในการรักษาที่วัด (ร้อยละ 100) โดยให้เหตุผลว่า ให้ผลการรักษาดีมากที่สุด (ร้อยละ 51.9) รองลงมาคือ มีความเป็นอยู่มีความสะดวกสบาย (ร้อยละ 22.2) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า เจ้าอาวาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างมาตลอดภายหลังการเจ็บป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 51.6) รองลงมาญาติพี่น้อง (ร้อยละ 37) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัดในประเทศไทยยังคงเป็นแหล่งพักพิง และเป็นศูนย์รวมจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยเอดส์ นอกจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ทางด้านร่างกายให้ผลดีดังกล่าวแล้ว วัดยังเป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบอบอุ่น รวมทั้งการที่เจ้าอาวาสเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ เป็นกำลังใจและให้เมตตาแก่ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และพอใจในการรักษาที่วัดแห่งนี้

การประเมินผลทางเอ็อภการบำบัดพยาบาลตนเองด้วยแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยใช้ยาสมุนไพรและปัจจุบันก็ยังใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 100) โดยให้เหตุผลว่าส่วนใหญ่ใช้ยาสมุนไพรเพราะใช้แล้วอาการดีขึ้น (ร้อยละ 59.3) รองลงมาใช้ยาสมุนไพรเพราะไม่มีอาการข้างเคียงของยา (ร้อยละ 14.8) ซึ่งสุวิชน (2541) กล่าวว่า ทุกวันนี้การใช้ยาสมุนไพรมิใช่เป็นวิธีการรักษาโรคที่ไม่ค่อยมีใครรู้จัก ประชากรโลกประมาณร้อยละ 75 พึ่งพาอาศัยสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตามขั้นต้นและมีตัวยาจากพืชมากมาย ที่ใช้แก้ปัญหาด้านสรีระและอารมณ์อย่างได้ผล ถ้าใช้อย่างสมอบต้นสมอบปลายและมีประสิทธิภาพและสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) กล่าวว่าปัจจุบันนี้ แนวโน้มของการใช้สมุนไพรมีมากขึ้น ทั้งนี้เพราะประชาชนเชื่อว่า สมุนไพรมีพิษน้อย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรมานานมากที่สุด (ร้อยละ 44.5) 1-2 ปี และใช้ทุกวัน ยาสมุนไพรที่ใช้ประจำคือ เหล็กไหล มากที่สุด (ร้อยละ 100) และยาสมุนไพรไม่ทราบชื่อรองลงมา (ร้อยละ 25.9) ซึ่งสมุนไพรส่วนใหญ่ได้มาจากทางวัด (ร้อยละ 100) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเอดส์นั้นเหไปพึ่งหมอฟันบ้าน และกลัวที่จะเปิดเผยตัวรับยาต้อง ยามื้อ ซึ่งเขาไม่สนใจแม้แต่จะถามว่ามันคือ ต้นอะไร ผู้ป่วยเอดส์พันกว่าชีวิตที่รับยาและตั้งใจรับฟังคำแนะนำจากหมอโบราณเป็นอย่างดี (เพ็ญญา, ม.ป.ป.) และบริเวณด้านหลังวัดจะมีการปลูกสมุนไพร (สถาบันการแพทย์แผนไทย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539) จากผลการศึกษาพบว่าหลังจากใช้ยาสมุนไพร อากาศที่มีเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ อากาศเจ็บคอและต่อมน้ำเหลืองโต มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อากาศอ่อนเพลีย (ร้อยละ 94.4) อาจเนื่องมาจากยาสมุนไพรที่ทางวัดนำมาตำนั้นประกอบด้วย พืชหลายใจ ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิด อากาศเจ็บคอ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) เหงือก ปลายมอ/ติเกลื้อ ใช้เกี่ยวกับน้ำเหลือง แก่พุพอง น้ำเหลืองเสีย (เพ็ญญา, 2540; สุรเทพ, 2541) และน้ำมันหอยระเหยบางชนิดมีฤทธิ์ระงับเชื้อโรคด้วย จึงทำให้ร่างกายเบาสบาย หายปวดเมื่อย สมอโปร่ง และตาสว่าง (สุรเทพ, 2541) ทำให้กลุ่มอาการอ่อนเพลียดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีความพึงพอใจในการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการไอ และต่อมน้ำเหลืองโตในระดับ พอดีมาก อาจอภิปรายได้ว่า นอกจากจะมียาสมุนไพรที่ใช้รักษาเกี่ยวกับน้ำเหลืองแล้วยังมีสมุนไพรที่ใช้แก้ไอได้ เช่น ละเดา มะขามป้อม (ศูนย์พัฒนาวิชาการ การปรึกษาเรื่องเอดส์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ ส่วนอาการที่ยังคงเหมือนเดิมมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างหลังจากใช้ยาสมุนไพร คือ อูจจาระร่วงและหายใจหอบเหนื่อยมีอาการเท่ากัน (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ น้ำหนักเท่าเดิม (ร้อยละ 25.0) อาจเนื่องจากสมุนไพรที่ใช้ไม่ได้เป็นสมุนไพรที่แก้จจาระร่วง เช่น พืชหลายใจ กล้วย ฝรั่งหรือชา และไม่ใช่ยาสมุนไพรที่แก้หอบเหนื่อย นอกจากนี้อาจจะไม่ใช่ยาสมุนไพรที่ช่วยให้เจริญอาหารด้วย เช่น ละเดา มะระขี้นก บอระเพ็ด เป็นต้น ผู้ดูแลวัดกล่าว สมุนไพรคือทางเลือกนับตั้งแต่ใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยคนแรก ได้ผลดี ก็ใช้ยาตัวเดิมมาตลอดด้วยสูตรลับเฉพาะ เช่น ยาต้มซึ่งประกอบด้วยยาสมุนไพรหลายชนิด ซึ่งจากที่ผู้ดูแลวัดกล่าวมาแสดงให้เห็นว่าในยาต้มอาจไม่มีสมุนไพรดังกล่าวก็เป็นไปได้ สำหรับอาการของกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลงทรุดโทรมลงมากที่สุด คือ น้ำหนักลดลงและรับประทานอาหารไม่ได้จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 16.7) รองลงมาคือ กลืนลำบาก (ร้อยละ 12.5) อาจเนื่องจากรสชาติอาหารไม่ถูกปากและพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น เช่น กลืนลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเอดส์อยากอาหารลดลง รับประทานอาหารไม่ได้และน้ำหนักลดลงตามมา

การประเมินผลในเรื่องการอบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้การอบสมุนไพร (ร้อยละ 74.1) อบสมุนไพรมากที่สุด 1-2 ปี (ร้อยละ 50) ความถี่ในการอบ 3 วัน/ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 75) ปัจจุบันทุกรายที่เคยใช้การอบสมุนไพรยังคงใช้อยู่เช่นเดิม (ร้อยละ 74.1) โดยให้เหตุผลว่า อาการดีขึ้น สุขสบายขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 85) อภิปรายได้ว่า การอบสมุนไพรจะทำให้สามารถสูดดมไอน้ำสมุนไพรและผิวหนังได้สัมผัสไอน้ำช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกาย สดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่ง มีน้ำมีนวล (เพ็ญญา, 2538) ซึ่ง Lehmann & Lateur 1989 อ้าง

ตามเพชรน้อย และคณะ (2542) กล่าวว่า การอบสมุนไพรด้วยไอน้ำ ความร้อนจะทำให้ผลตอบสนองทางสรีระเพื่อผลในการรักษา ซึ่งลดความเจ็บปวดและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและเพิ่มการหมุนเวียนโลหิต ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ช่วยทำให้การหายใจของแผลเร็วขึ้น ช่วยลดการอักเสบและบวม ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ที่เคยใช้การอบสมุนไพรส่วนใหญ่ยังคงใช้การอบสมุนไพรและมีอาการดีขึ้น สุขสบายขึ้น ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้การอบสมุนไพรให้เหตุผลว่าไม่สะดวกในการอบมากที่สุด (ร้อยละ 42.8) รองลงมาคือ ไม่สบาย เป็นไข้ (ร้อยละ 28.6) อาจเนื่องมาจากไอน้ำที่ต้มสมุนไพรจนเดือด ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น (สุรเทพ, 2541)

หลังจากการอบสมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุดคือหายใจสะดวกและสบายตัวในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 95.0) รองลงมาคือ เหงื่อออก (ร้อยละ 90.0) อาจเนื่องมาจากเมื่อไอน้ำเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ จะทำให้เกิดความชุ่มชื้นช่วยทำให้เสมหะ (ถ้ามี) ถูกขับออกมาได้สะดวกและน้ำมันหอมระเหยยังช่วยให้จมูกโล่ง แก้อาการคัดจมูก (สุรเทพ, 2541) ซึ่งยาสมุนไพรที่ใช้ในการอบโดยเฉพาะขมิ้น จันทน์หอม มะขาม จะช่วยบรรเทาอาการหวัด ทำให้ระบบทางเดินหายใจดีขึ้น (เต็ม, ม.ป.ป.; เสี่ยม, 2522; อรุณพร, 2532; สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541) การที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายตัวอาจเนื่องมาจากการอบไอน้ำเป็นความร้อนชนิดเปียก ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้สัมผัสโดยตรงจะช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นการไหลเวียนโลหิต ลดความระคายเคืองทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสุขสบาย (Lehman & Lateur 1989 อ้างตามเพชรน้อยและคณะ 2542) และเหงื่อออกอาจเนื่องมาจากการอบสมุนไพรเป็นความร้อนทำให้ศูนย์ระบายความร้อนในร่างกายถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ทำให้ร่างกายระบายความร้อนออกมาทางเหงื่อ (Ludnigbeymar & Huether & Shonesster, 1993 อ้างตามเพชรน้อยและคณะ 2542) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการอบสมุนไพรในการรักษาสบายตัวเหงื่อออกและผื่นในระดับพึงพอใจมาก ซึ่งเลนแมนและลอเรีย (Lehman & Lateur, 1989 อ้างตามเพชรน้อยและคณะ 2542) กล่าวว่า ความร้อนจากการอบไอน้ำจะทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดฝอย จึงเพิ่มอัตราหมุนเวียนโลหิตทำให้แผลที่ผิวหนังหายเร็วขึ้นและเต็ม (ม.ป.ป.); เสี่ยม (2522); อรุณพร (253); สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2541) กล่าวว่าสมุนไพรที่ใช้ในการอบ โดยเฉพาะขมิ้น จันทน์หอม มะขาม เป็นสมุนไพรที่มีส่วนช่วยในการรักษาโรคผิวหนัง แก้อาการอักเสบทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ สมุนไพรที่ใช้ในการอบมี 4 กลุ่ม คือ สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น ขมิ้น ผิวมะกรูด ช่วยรักษาอาการคัดจมูก ปวดเมื่อย และเวียนศีรษะ สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม จะช่วยชำระล้างสิ่งสกปรก บำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ผิวหนัง สมุนไพรที่เป็นสารประกอบที่ระเหยได้เมื่อผ่านความร้อน มีกลิ่น

หอม เช่น การบูร พิมเสน ช่วยรักษาอาการคัดจมูก และยาสมุนไพรที่ใช้รักษาอาการเฉพาะโรคและอาการ เช่น สมุนไพรแก้ปวด ได้แก่ เกาฉีฝ้ายฝรั่ง ส่วนอาการที่เปลี่ยนแปลงลดลงมา คือ อาการคันและปวด พบในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 14.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจมากในการใช้การอบสมุนไพรต่อการบรรเทาความเจ็บปวด มีบางรายที่อาการทรุดลงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งสภาพจิตใจที่รู้สึกสูญเสียทุกอย่างทำให้อาการปวดทรุดลงได้

การประเมินผลการใช้วิธีการประคบสมุนไพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้การประคบสมุนไพร (ร้อยละ 76.2) กลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลที่ไม่ใช้การประคบสมุนไพร คือ ไม่มีคนประคบให้ จึงไม่ใช้การประคบสมุนไพร (ร้อยละ 27.8)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การประคบสมุนไพร (ร้อยละ 14.3) ให้เหตุผลว่าช่วยคลายปวดตามข้อ (ร้อยละ 100.0) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การประคบสมุนไพรนาน 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) โดยความถี่ในการประคบ 3 วันต่อครั้ง, 5 วันต่อครั้ง และประคบเวลาปวดมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 33.3) ซึ่งหลังการประคบสมุนไพรอาการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุด คือ ปวดลุกลบหายขึ้น อักเสบและปวดเมื่อยในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือผื่น (ร้อยละ 50) อาจอธิบายได้ว่าผลจากการประคบร้อนสมุนไพรจะให้ความร้อนที่ได้และสมุนไพรซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายได้ผลดี ดังนั้นผลของความร้อนทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยึดตัวออก ลดอาการติดขัดของข้อต่อ ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการปวด ช่วยลดอาการปวดบวมจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ หลัง 24-48 ชั่วโมง แล้วที่สำคัญคือช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้เป็นส่วนประกอบของลูกประคบ เช่น หัวไพลสด ขมิ้นอ้อย แก้วฟักข้าว บวม เคล็ดขัดยอก ต้นตะไคร้แก้ปวดเมื่อย ใบส้มป่อยช่วยให้เส้นเอ็นหย่อน และยังมีขมิ้นชันที่ช่วยแก้ผิวหนังผื่นคัน สมานแผล (เพ็ญนภา, 2540; สุรเทพ, 2541) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจ ต่อการใช้การประคบสมุนไพรในการรักษาทุกอาการ คือ ปวด ผื่น ตุ่ม ไม่สบาย ปวดเมื่อย และอักเสบในระดับความพึงพอใจมากเท่ากัน อาจอธิบายได้ว่า ลูกประคบที่ใช้กลุ่มตัวอย่างอาจใช้นานกว่า 3-5 วัน ลูกประคบแห้งเกินไปก่อนใช้ ไม่มีสีเหลืองของไหลออกมาหรือสีเหลืองอ่อนลงแสดงว่าผ้าที่ใช้จืดแล้ว จะไม่ได้ผล (เพ็ญนภา, 2540; สุรเทพ, 2541)

การประเมินผลการใช้การนวด ก่อนเริ่มโครงการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ใช้การนวดและไม่เคยใช้การนวดมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การนวด (ร้อยละ 36.4) ให้เหตุผลว่า นวดแล้วสบายตัวมากที่สุด (ร้อยละ 62.5) รองลงมาใช้

การนวดเพราะเมื่อย (ร้อยละ 15.0) อาจอภิปรายได้ว่า การนวดทั่วไปหมายถึงการนวดทุกส่วนของร่างกายมุ่งเน้นที่การคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายตัว ซึ่งการนวดมีวัตถุประสงค์สองแบบคือ นวดแก้ปวดเมื่อยทั่วไป และนวดเพื่อรักษาโรค นอกจากนี้การนวดต้องมีคนช่วยนวดด้วย (สถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2539; 2540) ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่การนวด (ร้อยละ 63.6) ให้ เหตุผลว่าไม่ใช่การนวด เพราะไม่มีอาการปวดเมื่อยมากที่สุด (ร้อยละ 71.4) และไม่มีคนนวดให้รองลงมา (ร้อยละ 35.7)

จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้การนวดอาการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากที่สุดคือปวดเมื่อย (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือ กล้ามเนื้อตึง (ร้อยละ 83.3) อาจอภิปรายได้ว่า การนวดมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อคือ ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น อาการเจ็บปวดลดลง และกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ผ่อนคลายความเกร็ง (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนวดในการรักษาอาการกล้ามเนื้อตึงในระดับพึงพอใจมาก

ในเรื่องความเชื่อการใช้ไสยศาสตร์ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อการใช้ไสยศาสตร์ (ร้อยละ 62.9) ให้เหตุผลว่าเคยเจอเหตุการณ์กับตัวเองทำให้เชื่อมากที่สุด (ร้อยละ 29.4) และรองลงมาไม่สามารถพิสูจน์ได้ (ร้อยละ 23.5) อาจอภิปรายได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์นั้นไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องด้วยองค์ประกอบส่วนที่เป็นนามธรรม อันเป็นเรื่องของจิตวิญญาณของมนุษย์ และธรรมชาติสิ่งแวดล้อมกายมนุษย์ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง ในเรื่องไสยศาสตร์ (ร้อยละ 29.6) ให้เหตุผลว่าไม่อยากลบหลู่มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) อาจอภิปรายได้ว่าอำนาจเหนือธรรมชาติดำรงอยู่และสามารถลบบันดาลให้สิ่งต่างๆ อุบัติขึ้นภายใต้กฎเกณฑ์ที่แน่นอนระดับหนึ่ง และเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์จึงจำเป็นต้องเรียนรู้กฎเกณฑ์เหล่านั้น และปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ขัดแย้งต่อเจตจำนงค์แห่งอำนาจศักดิ์สิทธิ์ อันจะช่วยป้องกันมิให้ภัยพิบัติบังเกิดขึ้นแก่ตน (โกมาตร, 2538) และกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ใช่เวทมนต์คาถา (ร้อยละ 100.0) ไม่ใช่มนต์ (ร้อยละ 85.2) ใช้มนต์ (ร้อยละ 14.8)

โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ใช้มนต์ในการรักษาเพราะสามารถรักษาโรคได้และใช้แล้วดีขึ้นมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 100.0) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการประเมินเทคโนโลยีของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า การหายของโรคที่เป็นผลมาจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ถึงร้อยละ 20 นอกจากนั้นหายเอง เพราะความเชื่อและศรัทธาและความเอาใจใส่ของคนรอบข้าง (ประทีป, 2541)

ด้านบทบาทสถาบันสงฆ์ต่อการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้สถาบันสงฆ์ มีบทบาทในการดูแลสุขภาพในด้านการฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ

74.1) โดยควรให้มีการฟื้นฟูจิตใจมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) รองลงมา ควรสอนธรรมะ/ทำสมาธิ (ร้อยละ 25.0) อาจอภิปรายได้ว่าโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และปฏิกริยาของสังคมที่ปฏิเสธผู้ป่วยเอดส์ (วิวัฒน์, 2534) ทำให้กระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก สถาบันการแพทย์แผนไทย (2540) กล่าวว่าคนไทยโชคดีที่มีพระพุทธศาสนา ซึ่งสอนให้ปฏิบัติเพื่อความสงบทางจิตใจ และมีวัดนับเป็นศูนย์รวมทางจิตใจ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเห็นว่า พระสงฆ์ควรฟื้นฟูสภาพจิตใจ และสอนธรรมะ/สมาธิ แสดงให้เห็นว่า การรักษาประคับประคองทางด้านจิตใจเป็นการเสริมสร้างความหวังและกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถต่อสู้ทนกับความเจ็บป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย (สุริพร, 2537)

ส่วนด้านการรักษา จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้พระสงฆ์มีบทบาทในการรักษา (ร้อยละ 44.4) รองลงมาจากด้านฟื้นฟูสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรให้คำแนะนำในการทานยามากที่สุด (ร้อยละ 75.0) และรองลงมาควรคิดตัวยารักษา (ร้อยละ 41.7) อาจอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยโดยเฉพาะในเรื่องการใช้จ่าย จึงต้องการคำแนะนำจากพระสงฆ์ และในการคิดตัวยารักษา อาจอภิปรายได้ว่าท่ามกลางความท้อแท้และสิ้นหวังในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในยุคข้อมูลข่าวสาร สิ่งที่จะช่วยเติมพลังแห่งความหวังครั้งแล้วครั้งเล่า คือ ชาวการค้นพบสมุนไพรรักษาโรคเอดส์ได้

สำหรับด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างต้องการให้พระสงฆ์มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 33.3) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 55.6) รองลงมาควรให้ความรู้เรื่องยาและสอนนั่งสมาธิในจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 22.2) ซึ่งประคองและโอกาส (2539) กล่าวว่า พระสงฆ์เป็นผู้สอนประชาชนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจุบันมีวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ได้เริ่มโครงการโดยใช้วัดเป็นสถานที่ โดยมีผู้ป่วยเอดส์พักอาศัยเป็นที่พึ่งทางใจ โดยไม่ต้องบวช มีการฝึกสมาธิ ฝึกจิตใจให้สงบ และมีวัดอีกหลายแห่ง ได้แก่ วัดถ้ำศรีวิไล จ.สระบุรี วัดคีรีวง จ.ชุมพร วัดเชิงหวาย จ.อ่างทอง ได้ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ด้านการดูแลสุขภาพพยาบาล

ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้พระสงฆ์มีบทบาทในด้านนี้ (ร้อยละ 25.9) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรให้คำแนะนำวิธีป้องกันวัณโรคมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) รองลงมาควรแยกผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ 28.6) ซึ่งวิชาญและประคอง (2540) กล่าวว่า วัดที่เป็นแหล่งรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่จังหวัดลพบุรี พบผู้ป่วยเอดส์เป็นวัณโรคถึงร้อยละ 80 และขวัญตา (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยเอดส์ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่กระจายวัณโรค

การประเมินผลทางเลือกการบำบัดพยาบาลตนเองด้วยแพทย์แผนปัจจุบันของผู้ป่วยเอชไอวี

การประเมินผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาจากสถานบริการการแพทย์แผนปัจจุบันก่อนมารักษาที่วัด (ร้อยละ 77.8) และปัจจุบันขณะพักอาศัยอยู่ในวัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังได้รับการรักษาจากสถานบริการการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ร้อยละ 81.5 อาจอธิบายได้ว่าในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยเอชไอวีมีอาการจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ จนกระทั่งอาการทรุดลงเพราะร่างกายหมดภูมิต้านทานประกอบกับผู้ป่วยได้รับความรู้และเข้าใจถึงโรคเอชไอวีอย่างลึกซึ้งแล้ว โดยรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงเริ่มไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล เริ่มแสวงหาการรักษาแบบดั้งเดิมคือการแพทย์แผนไทย จะเห็นได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาจากสถานบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อนมารักษาที่วัดกับขณะพักอาศัยอยู่ที่วัดมีจำนวนลดลง โดยจากผลการศึกษพบว่าปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ความถี่ในการรักษา 1-6 ครั้งต่อปี มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ให้เหตุผลว่าไปตามแพทย์นัด ตรวจสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 45.5 ซึ่งนารีผล (2541) กล่าวว่าผู้ป่วยหลายคนแม้จะรักษาตัวอยู่ในวัด แต่ก็ยังไปๆ มาๆ ระหว่างวัดกับโรงพยาบาลอยู่เสมอ ด้วยความรู้สึกว่าของฟรีคงไม่ดีเท่าของแพงก็เป็นได้ ในขณะที่ชาวต่างชาติเมื่อมารักษาตามแผนโบราณแล้วก็หันหลังให้กับแผนปัจจุบันโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลรองลงมาว่า รักษาแบบแพทย์ปัจจุบันเพื่อรักษาวัณโรค (ร้อยละ 31.2) ซึ่งสอดคล้องกับ วิหุทธ (2541) ที่กล่าวว่า เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวี 5-10 ปี ภูมิต้านทานในร่างกายจะถูกทำลายลง ภูมิต้านทานชนิด Cell mediate Immunity ไม่สามารถขจัดเชื้อได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงมักติดเชื้อฉวยโอกาสเช่น วัณโรคชนิดต่างๆ (Microbacteria เช่น Tuberculosis, Atypical mucobacteria) เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดและผู้ติดเชื้อในประเทศไทย และยังคงสอดคล้องกับเพ็ญภา (ม.ป.ป.) กล่าวว่า การดูแลรักษาในปัจจุบันทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังคงรักษาตามอาการ คือแก้ปัญหาสุขภาพทั่วไป รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ที่น่าเป็นห่วงและเสียชีวิตเร็วก็คือ สมองอักเสบ โรคปอดบวม มะเร็งผิวหนัง และที่เป็นปัญหาการระบาศติดต่อก็คือวัณโรค ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้แพทย์แผนปัจจุบันมียาที่มีคุณภาพ ส่วนปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 18.5) ให้เหตุผลว่าไม่รักษาเพราะอาการไม่หนักมากที่สุด (ร้อยละ 60.0) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาก (2537) พบว่าผู้ป่วยเอชไอวีแสวงหาการรักษาในลักษณะของการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนโบราณ เช่น ไปหาหมอยา พระ หมอน้ำมนต์ คนทรงเจ้า ปองพล (2539) กล่าวว่า ดังนั้นเมื่อพิจารณาแล้วว่าอาการไม่ดีขึ้นควรให้อยู่ในการดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าในปัจจุบันที่ไม่ได้รับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันเพราะไม่รับรักษา รองลงมา (ร้อยละ 40.0) สอดคล้อง

กับเพ็ญภา (ม.ป.ป.) กล่าวว่า ผู้ป่วยเอดส์และญาติบางคนให้ข้อมูลว่าเขาไม่สามารถทนต่อแนว
 ตาท่าทางและคำพูดที่เจ้าหน้าที่บ่งบอกว่า "ไม่รู้จะมาทำไมรู้อยู่แล้วว่าไม่มีทางรักษา" ประกอบกับ
 ภาระกิจที่หนักอึ้งที่ต้องดูแล ผู้ป่วยทั่วไปอีกมากมายจนทำให้หมอต้อต้องเลือก ให้ความกับผู้ป่วยที่
 มีโอกาสรอดตายและมีความหวังก่อนเสมอ จนทำให้เกิดช่องว่างแห่งความเข้าใจและความรู้สึกที่
 เปราะบางของผู้ป่วยเอดส์ และญาติที่ทางการแพทย์มักมองข้ามและหยาบเกินที่จะสัมผัสได้

การรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันนั้นยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาส่วน
 ใหญ่จึงเป็นการรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบโดยการใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral
 therapy) เพื่อไม่ให้เชื้อแบ่งตัวเร็วและยับยั้ง หรือชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ และการให้ยา
 กระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น จะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพอใจใน
 ผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันในเรื่องวิธีการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 70.4) รองลงมาพอใจ
 ด้านยาที่ใช้รักษา (ร้อยละ 66.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วอลเบอร์ดิง พี (Volberding P,
 1990 อ้างตามวิชาญและประคอง, 2540) พบว่ามีการใช้ยา AZT ในผู้ป่วย asymptomatic HIV ที่มี
 CD₄ น้อยกว่า 500/มล. โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งให้ AZT 500 มก./วัน และอีกกลุ่มหนึ่ง
 ให้ AZT 1500 มก./วัน ให้การรักษาประมาณ 1 ปี พบว่าการรักษาทั้งสองขนาดทำให้การเป็นโรค
 เอดส์ช้าลง และ AZT ขนาดน้อย คือ 500 มก./วัน นั้นผู้ป่วยสามารถทนยาได้ดีกว่าการใช้ขนาดสูง
 และฟิชช์ เอ็ม (Fisch M, 1990 อ้างตาม วิชาญและประคอง, 2540) ได้ทำการศึกษานักวิจัย
 asymptomatic HIV infection อีกกลุ่มหนึ่งจำนวน 567 ราย โดยให้ AZT 2 ขนาด จำนวน 600 มก./
 วัน และ 1500 มก./วัน ให้นาน 25-26 เดือน พบว่ายาทั้งสองขนาดทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรานานขึ้น และ
 ลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ
 สรรพคุณยาปฏิชีวนะมากที่สุด (ร้อยละ 44.4) โดยให้เหตุผลมีอาการดีขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 66.8)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพอใจบุคลากรทางการแพทย์ และสถานที่ให้
 บริการน้อยที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 59.3) ซึ่งเพ็ญภา (ม.ป.ป.) กล่าวว่า เราลองมาฟังความคิดเห็น
 ของแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติบ้าง เธอเหล่านี้กำลังเผชิญกับภาวะที่หนักอึ้ง ด้วยจำนวนคนไข้ที่มาก
 มากจนล้นหลาม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บป่วยสุดจะธรรมดา อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง จนกระทั่งโรค
 มะเร็ง โรคที่สิ้นหวังต่างๆ ผู้ป่วยล้วนแต่รอคอยรอยยิ้ม ความเมตตา และกำลังใจจากเขาและเธอ
 เหล่านั้น ดูจ้าวที่รอมัน ไบหน้าที่ยิ้มแย้มเกิดขึ้นและผ่านไปเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว แค่วินาทียาม
 มิทันข้ามเที่ยงวัน คำพูดปลอบใจค่อยๆ แผ่วเบาและลดน้อยลงไป จนหมดไป หลงเหลือแต่ความ
 เรียบเฉยของใบหน้า หมอ พยาบาลก็เป็นปวงชนเป็นมนุษย์ธรรมดา ใครหนอจะทนรับรู้และรับทราบ
 เรื่องเศร้าๆ ได้วันละหลายๆ เรื่อง และทนอยู่กับความตายตลอดวัน เขากล่าวว่าเขาพยายามพูดคุย

กับผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีวันละ 30 ราย และยอมรับว่าการพูดคุยมีประสิทธิภาพมากในสองสามรายแรกเท่านั้น จากนั้นประสิทธิภาพการให้การให้คำปรึกษา จะเริ่มลดลงตามลำดับ ดังนั้นบทสรุปที่ฟังของผู้ติดเชื้อเอดส์ จึงมีโซ่อยู่ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และคงไม่สามารถฟังฟังบุคคลกรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เพียงลำพัง

ในด้านการใช้ยา จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าที่สามารถรักษาได้ โดยไม่มีอาการข้างเคียงหรืออาการข้างเคียงน้อย คือยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะมากที่สุด (ร้อยละ 37.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรน้อยและคณะ (2542) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) รับประทานยาแก้ปวดเฉลี่ย 2 เม็ด ต่อวัน (ร้อยละ 32.0) โดยรับประทานยาแก้ปวดสูงสุด 6 เม็ด/วัน (ร้อยละ 3.0)

บริทบาร์ทและคณะ (Breitbart et al., 1996 อ้างตามเพชรน้อยและคณะ, 2542) พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาแก้ปวดซึ่ง Melzack, (1990); Ferred, (1991); Dar et al., (1992); Mcaffry and Beebe, (1989) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์กังวลในผลข้างเคียงของยา ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงคาดหวังให้ยาแก้ปวด ไม่มีหรือมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่ายาที่สามารถรักษา แต่มีอาการข้างเคียงมากที่สุด คือ Vitamin (ร้อยละ 96.3) รองลงมาคือยาด้านไวรัส (ร้อยละ 88.9) ซึ่งเพ็ญมา (ม.ป.ป.) กล่าวว่า ยา AZT มีโซ่ยามาเชื้อเอดส์ มีราคาแพง และมีปัญหาแทรกซ้อนจากยามากพอสมควร และศูนย์พัฒนาวิชาชีพการกองปรึกษาโรคเอดส์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) กล่าวว่า การใช้อาต้านไวรัสสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาผลข้างเคียงเพิ่มมากขึ้น

ขณะพักอาศัยในวัด กลุ่มตัวอย่างพอใจในการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 85.2) ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว รองลงมาพอใจการอยู่ร่วมกันและการมีส่วนร่วม (ร้อยละ 81.5) เท่ากัน อาจเนื่องมาจากการอยู่ร่วมกันในสังคมผู้ป่วยด้วยกัน ปราศจากความรังเกียจ และอยู่เป็นลักษณะครอบครัวที่ให้ความรักซึ่งกันและกัน ซึ่งนริผล (2541) กล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีความสุขกว่าภายนอก คือแต่ละวันจะมีกิจกรรมการทำวัตร สวดมนต์ เล่นกีฬา ปลูกผัก ทำสวนสมุนไพรตามความพร้อม ความถนัดของแต่ละคนปราศจากแรงกดดันจากคนรอบข้าง ถือได้ว่าเป็นสังคมของคนกลุ่มหนึ่งที่มีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากอยู่ในวัด ในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสุขภาพดีขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) เท่ากันแต่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจลดลงมากที่สุด (ร้อยละ 40.7)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การจัดระบบบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ในอนาคต คงต้องยอมรับให้วัดเป็นพื้นฐานหลักในชุมชน ที่มีผู้ป่วยเอดส์ และการแพทย์แผนไทยยังมีความจำเป็นที่จะเยียวยาบำบัดผู้ป่วยเอดส์ การใช้วัดเป็นฐานทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการบำบัดในรูปของสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic therapy) ได้ อยู่ในสภาพแวดล้อมธรรมชาติในสังคมของคนหัวอกเดียวกัน ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก ขณะเดียวกันวัดสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยใช้ธรรมชาติรักษาเป็นการบำบัด ผู้ป่วยได้สอดคล้องกับบริบทสังคมของคนไทย

2. โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัย

ควรจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์ระหว่างสถานบริการกับวัดที่มีประสิทธิภาพ ควรทำหน้าที่ที่เสี่ยงให้กลุ่มคณะทำงานด้านเอดส์ในวัดอย่างเป็นทางการ ไม่ควรละเลยให้วัดดูแลตัวเอง เพราะจากประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยจากวัดไปยังสถานบริการของรัฐค่อนข้างยุ่งยากและลำบาก ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์กับการเสียเวลาระบบส่งต่อเพื่อให้แพทย์ดูแล

3. สถานศึกษาทางสุขภาพ

ควรเข้ามาจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในวัดเพื่อใช้เป็นศูนย์การเรียนรู้วิธีการบำบัดโดยใช้ภูมิปัญญาการดูแลแบบคู่ขนานโดยการนำความรู้แบบแผนปัจจุบันมาแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลที่ผู้ป่วยมีความสุขและมีทางเลือกในการดูแล

4. ชุมชนที่มีวัดดูแลผู้ป่วยเอดส์ตั้งอยู่

ควรปรับทัศนคติและเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนอาสาสมัครและผู้ดูแลในวัดอย่างจริงจัง เพราะการปล่อยให้วัดโดดเดี่ยว บางครั้งทำให้เกิดการต่อต้านในสังคมผลตกอยู่ที่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสังคมไม่ยอมรับเกิดความท้อแท้ใจมีผลต่อกำลังใจในการดำรงชีวิต

บรรณานุกรม

กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ . (2542) . รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540. กรุงเทพมหานคร : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

กรรณิการ์ พรหมเสาร์ และสรรสิริ อินจัน . (2540) . การแพทย์พื้นบ้านกิจการดูแลสุขภาพ . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข . (2542) . สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2541. วารสารโรคเอดส์, 1 (11) . 1-8

โกวิท พัฒนาปัญญาลัศย์และคณะ . (2541) . การติดเชื้อ เอชไอวี และโรคเอดส์ด้านชีววิทยาการแพทย์ 1998. ใน จันทพงษ์ วะสี (บก.) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย
เกียรติ รักรุ่งธรรม . (2541) . การประมวลและสังเคราะห์ความรู้เอดส์ ; การวิจัยทางคลินิก. นนทบุรี : สยามิตรพรินติ้ง .

โครงการร่วม เอชไอวี / เอดส์ แห่งสหประชาชาติ . (2542) การระบาดของโรคเอดส์ : สรุปสถานการณ์โลก ธันวาคม 2541 . วารสารโรคเอดส์, 1(11), 39-43.

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน . (2539) . สมารึกกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ รายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์ แผนไทยวันที่ 10 - 13 มีนาคม 2538. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ชวนชม สกชวัฒน์ และคณะ . (2541) . รายงานการวิจัยเรื่องการสนองตอบและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ . ม.ป.ท.

เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ . (2541) . รายงานการวิจัยเรื่องการสนองตอบและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความสุขของการติดเชื้อเอดส์สูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) . วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรจง คำหอมกุล. (2535). คู่มือปฏิบัติการการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : คณะทำงานด้านสุขภาพและประชาสัมพันธ์โรคเอดส์เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ 4, 1-15.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536). แรงสนับสนุนทางสังคมความบกพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บวร งามศิริอุดม . (2541). วิพากษ์แนวทางการพัฒนาระบบการปรึกษาเรื่องเอดส์. สรุปรการประชุมวิชาการ การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 2 : ก้าวสู่บริการสุขภาพแบบองค์รวม . กรุงเทพมหานคร : พลัสเพรส การ์พิมพ์ .

ประทีป ชุมพล . (2541). ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อาดีไทท์ จำกัด

ปิยสุภา พานิช . (2542). การรับรู้ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย – การได้รับการดูแลกับความหวังในผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ . สงขลา.

ผลของการนวด . (2535). คู่มือการนวดไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : โครงการฟื้นฟูการนวดไทย.

พรรณทิพย์ ฉายากุล . (2539). การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พัชรี้ ตั้งคุณผางกูร และคณะ . (2540). สมุนไพรเอดส์. กรุงเทพมหานคร : ฟาปรัส พับลิเคชั่น.

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์คุณวุฒิปริญญาโทที่ไม่ได้ตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยมหิดล . กรุงเทพมหานคร .

พิไลรัตน์ พุชรวัฒนะ . (2541). เอชไอวีและจุดชีพจรวยโอกาส. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย .

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย . (2528). ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษาที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา วิทยานิพนธ์บัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์ . มหาวิทยาลัยมหิดล . กรุงเทพมหานคร .

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ . (2541). รายงานวิจัยเรื่องต้นทุนและผลการอุปโภคบริโภคสมุนไพรต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาให้จัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ .

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . (2538). ประวัติและวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทย . กรุงเทพมหานคร : หสน. เจียฮั่ว.

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . (2540) . การแพทย์แผนไทยสายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ . (ม.ป.ป.) . เอกส์กับสมุนไพรอย่างไรดี . วารสารการแพทย์แผนไทย, 1 (1) , 52-56 .

ภัทรพร ศิริกาญจน . (2539) . บทบาทสถาบันสงฆ์กับการดูแลสุขภาพ . รายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย วันที่ 10 - 13 มีนาคม 2538. (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

ระวี ภาวิไล . (2539) . ปาฐกถาเรื่องพุทธธรรมกับสุขภาพ : ภูมิปัญญากับการประยุกต์ใช้ในสังคมไทย . รายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย วันที่ 10 - 13 มีนาคม 2538 . (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

โลกของเอดส์ . (มิถุนายน 2542) . โกลั่ม 14 .

ว. จันประดิษฐ์ . (2540) . เกร็ดความรู้เรื่องสมุนไพรยาไทย. กรุงเทพมหานคร ชรุ้งแสงการพิมพ์ .

วาสนา อิมเอ็ม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ . (2542) การจัดสรรทรัพยากร และการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล .

วิจิตร ศรีสุวรรณ และคณะ . (2537) . การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ . เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข . (2540) . การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม . กรุงเทพมหานคร : สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข . โครงการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย . (2540) . การแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ . (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

สถาบันการแพทย์แผนไทย , กระทรวงสาธารณสุข . (2542) . พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 . นนทบุรี : ร.ส.พ.

สุรเทพ อภัยจิต . (2541) . ศิลปการนวด . กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด .

สุรีพร ธนศิลป์ . (2538) . การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ . (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แสงโสม ส่องแสง . (2541) . การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในสังคมและวัฒนธรรมไทยที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ . วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ . สงขลา.

สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .(2541).การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ . (พิมพ์ครั้งที่ 1) . กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ภาษาอังกฤษ

Anderson . H.I., Eijlertsson , G., Leden , I., and Rosenberg, C.(1993). Chronic Pain in Geographically Defined General Population : Studies of Differences in Age, Gender, Social Class and Pain Localization , *Clin , J., Pain , 9* . 174 – 182.

Allan , J.D. 1990. "Focessing on living not dying : A naturalistic study of self – care among seroposition gay man. *Holistic Nursing Practice 4* , : 56 – 63 .

Barroso , J. (1993). Self-care activities of long – term survivors of acquired immunodeficiency syndrome . *Holistic Nursing Practice , 10* . 44-53.

Cassileth , B.R. (1999). Compleaccutary therapies : Overview and start of the art. *Cancer Nursing , 22* (1) . 85 – 90.

Chinn , P.L. (Ed.) (1991). *Anthology of Curing*. New York : National League for Nursing Press.

Cleary . P.D. et al. (1993). Health – related quality of life in person with Acquired Immune Deficiency Sgndome . *Medical Cave , 31* . 569 – 580.

Dearm , H. (1985). Choosing multiple iustrment to measures the quality of life. *Oncology Nursing Forum , 12* . 96-100.

Dirksen . S.R., (1990). Theoretical modeling to predict subjective Well – Being . *Western Jourrual of Nursing Research , 12* . 629 – 643.

Klienman , A. (1998) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley. Los Angeles . London ; University of California Press.

Katz , A. (1996). Gaining a new perspective on life as a cosequevece of uncertainty in HIV infective *JANAC 7* . 51-60.

- Leininger, M. (1978). Care : A central focus of nursing and Health care Services. **Nurses and Health Care** 1, 135 – 143.
- Nayfor, MD, et. al. (1996). Measuring effectiveness of nursing practice. **Clinical Nurse Specialist**, 5, 210 – 215.
- Orem, D.E. (1991). **Nursing : Concepts of Practice**. (4th ed.). Louis : Mosby Year book.
- Ragsdale, D, Kotarba, J.A & Marrow, J.R. (1992 a). Quality of life of hospitalized person with AIDS. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship**, 24 (4), 259-265.
- Ragsdale, D, Kotarba (1996 b). Work related activities to improve quality of life in HIV disease. **Journal of Association of Nurse in AID Care** 3 (1), 39-44.
- Socuell, RL, Et al. (1997). Self-Care activities of women infected with Human Immunodeficiency virus. **Holistic Nursing Practice**, 11, 18-36.
- Sowell, RL, et al. (1997). Self-Care activities of women Infected with Human Immunodeficiency virus. **Holistic Nursing Practice**, 11, 18-26.
- Torrance, Q. (1987). Utility approach to measuring Health-Related Quality of Life. **J. Chron Dis.** 40, 593 – 600.

ภาคผนวก ก.

การพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเขต

โครงการย่อยที่ 2 : การพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

หลักการและเหตุผล

จากการดำเนินโครงการ "การพัฒนารูปแบบการบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ของทีมงานอาสาสมัครด้วยบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง" ซึ่งคณะวิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยได้ดำเนินกิจกรรมการจัดคลินิกดูแลสุขภาพทั้งแบบแผนไทย (การนวด การอบ การประคบ การใช้ยาสมุนไพรแบบแผนไทย) และการให้ความรู้เพื่อดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบัน โดยกิจกรรมเหล่านี้ยังอยู่ในขั้นดำเนินการและติดตามประเมินผล (กำลังเขียนรายงาน) เมื่อดำเนินการโครงการไปได้ระยะหนึ่ง คณะผู้วิจัยพบว่าระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ตระหนักเห็นความสำคัญในการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในวัดที่ทำการวิจัย จึงได้ทำการพัฒนาฐานข้อมูลดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

1. สร้างโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในวัด
2. สร้างโปรแกรมฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

ประโยชน์ที่ได้รับ

ได้โปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในวัดและโปรแกรมฐานข้อมูลการใช้สมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้

รายละเอียดของโปรแกรมฐานข้อมูล

1. โปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการในวัดมีส่วนประกอบอยู่ 5 ฐาน ข้อมูลย่อย

1.1 ฐานข้อมูล "บันทึกผู้ป่วยใหม่" ในส่วนนี้สามารถกรอก

ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. เลขที่ของผู้ป่วย
2. วันที่เข้ามารับการรักษา

3. วันที่จำหน่าย
4. ชื่อ นามสกุล.....
5. วันเกิด
6. อายุ
7. เพศ
8. สถานภาพ
9. เชื้อชาติ
10. ศาสนา
11. วันที่ทราบว่าได้ติดเชื้อ HIV
12. วิธีดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อ HIV
 - ไม่ได้รับการรักษา
 - ใช้แร่ธาตุ
 - ใช้สมุนไพร สูตร
 - อบสมุนไพร
 - ทำสมาธิ
 - ออกกำลังกาย

1.2.ฐานข้อมูลการติดตามผลการรักษา ประกอบด้วย

1. ครั้งที่มารับการรักษา
2. วันที่ตรวจเลือดครั้งสุดท้าย
3. BP =mmHg
4. Tem = OL
5. RR = ครั้ง/นาที
6. น้ำหนัก = กก.
7. สภาพทั่วไป
8. ความเห็นของผู้ดูแล

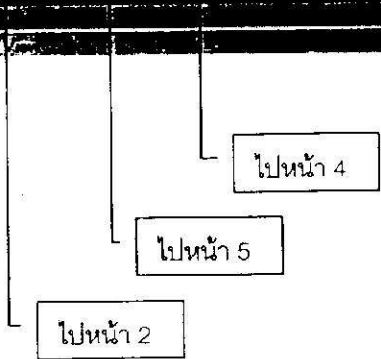
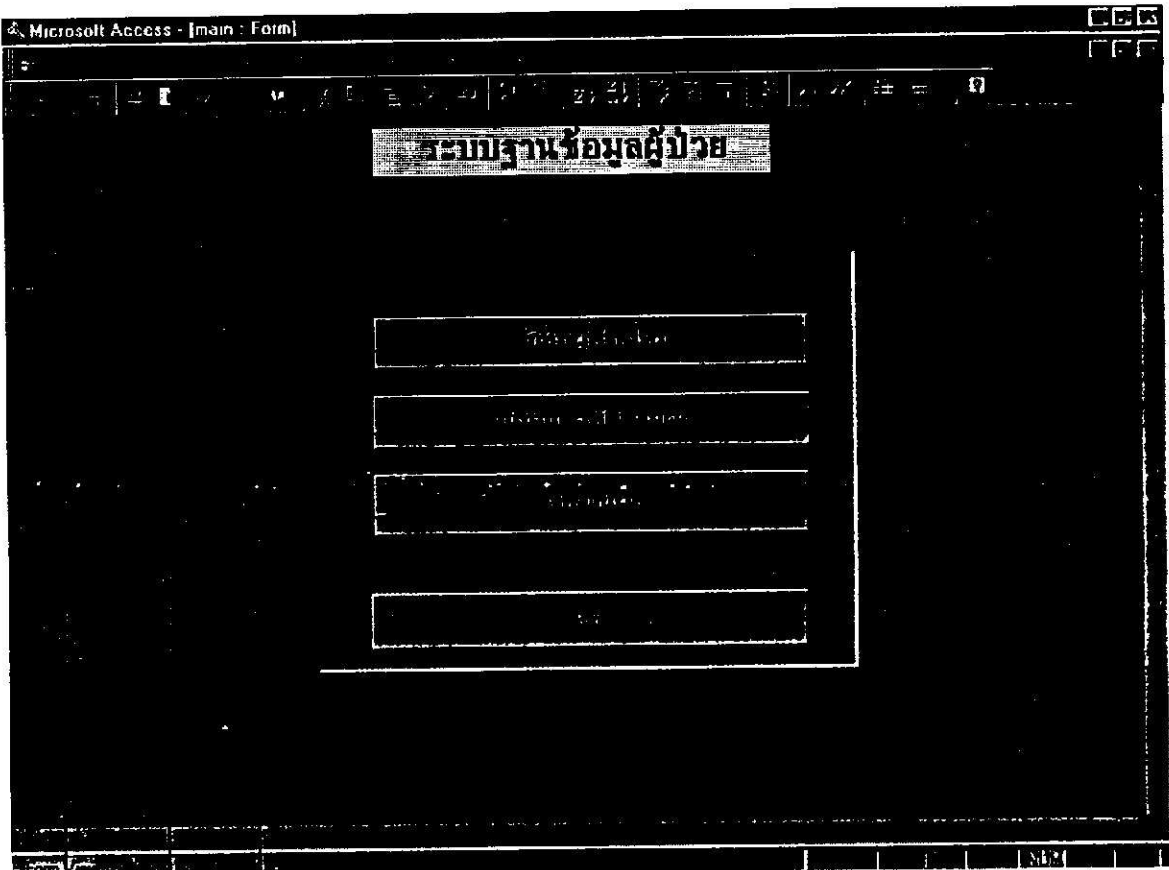
1.3.ฐานข้อมูลรายงานผล

1. รายงานผลการติดตามผู้ป่วยทุกคน
2. รายงานผลการติดตามผู้ป่วยเป็นรายคน

1.4 **ฐานข้อมูลเพื่อค้นหารายชื่อผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการติดตามและค้นหาข้อมูลผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น**

2. **ฐานข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้ ประกอบด้วยรหัสสมุนไพรที่ใช้ชื่อสมุนไพร ส่วนที่ใช้สรรพคุณของสมุนไพร วิธีใช้ (ข้อควรระวัง) ซึ่งในส่วนนี้ถ้าผู้ป่วยต้องการรายละเอียดของสมุนไพรแต่ละชนิดทางวัดก็สามารถพิมพ์ให้ผู้ป่วยให้อ่านเมื่อต้องการทราบต่อไป**

โปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยแต่ละ



สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ไปหน้า 3

สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Microsoft Access - [showreport : Form]

รายงานผล

สรุปการดำเนินงานทั้งหมด

สรุปผลทั้งหมด

รายละเอียดเพิ่มเติม

สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Microsoft Access - [search_patient : Form]

ค้นหา

ค้นหา

ค้นหา

ค้นหา

ค้นหา

ไปหน้า 6

สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Microsoft Access - [browse_patient : Form]

บันทึกข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย: [] เลขที่บัตรประชาชน: 5-2542- [] เลขที่บัตรประชาชน: 5- [] วันนามเกิด: 2500- []

ชื่อจริง: [] นามสกุล: [] เลขที่บัตรประชาชน: 42- [] เลขที่บัตรประชาชน: [] เลขที่บัตรประชาชน: []

ชื่อกลาง: [] ชื่อ: [] เลขที่บัตรประชาชน: 30- [] วันนามเกิด: 2540- [] เลขที่บัตรประชาชน: [] เลขที่บัตรประชาชน: []

วิธีดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยด้วย HIV

[] [] [] []

[] [] [] []

[] [] [] []

1- [] []

[] []

ไปหน้า 7

สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Microsoft Access - [followup_patient_browse : Form]

4 ชราช เพศ

การติดตามผลการรักษา

5 2542

5 2542

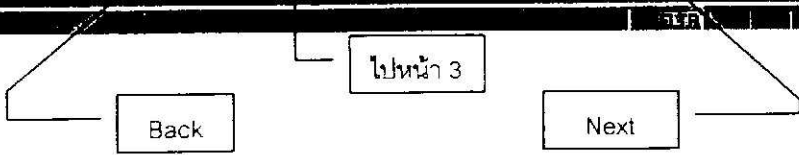
130/90 37 22

53 เติมน้ำเต็ม

เงินตรวจรักษา

จำนวน

บันทึกข้อมูล



สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รายชื่อผู้ป่วยและการติดตามผล

รหัส 4 ชื่อ สมชาย นามสกุล แสนดี

ครั้งที่ 1 วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

วันที่ตรวจเลือด ๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

bp: 130/90

อุณหภูมิ

37

rr: 22

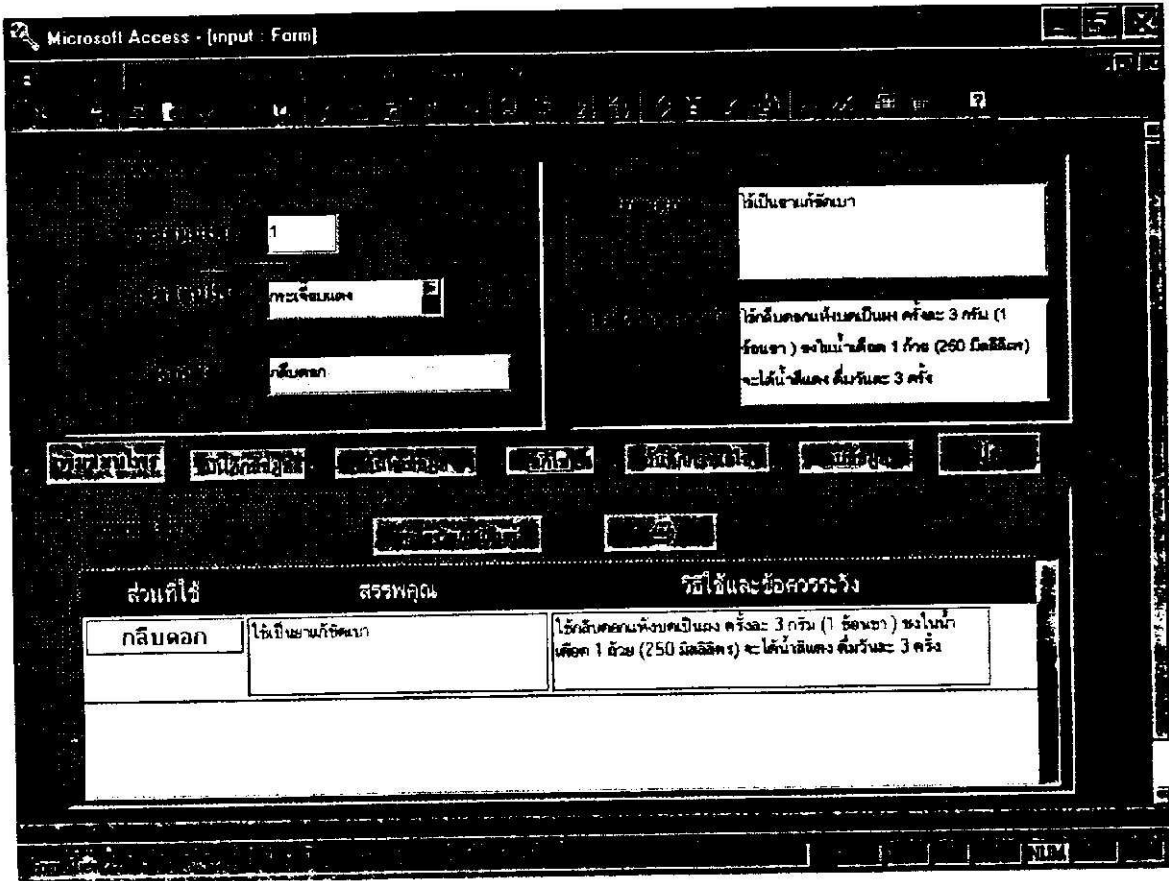
น้ำหนัก

53

สกรพทั่วไป เหมือนเดิม

ความเห็นแพทย์ เห็นควรรักษาต่อ

ผู้บันทึก อ.เพชรน้อย



สนับสนุนโดย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา

รหัส	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	วันที่เข้ารับรักษา	วันที่พบเชื้อ	การติดเชื้อ
4	สมชาย	แสนดี	ชาย	๕ ตุลาคม ๒๕๔๒	๓๐ มีนาคม ๒๕๔๐	เพศสัมพันธ์

ภาคผนวก ข.

ฐานข้อมูลสมรรถนะไฟรสำหรับผู้บ่่วยแอดลัภาคใต้
(พัฒนาได้สมรรถนะไฟร 46 ชนิด)

ข้อแนะนำสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสมันไพร	1	กระเจี๊ยบแดง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
กลีบดอก	ใช้เป็นยาแก้ขัดเบา	ใช้กลีบดอกแห้งบดเป็นผง ครั้งละ 3 กรัม (1 ช้อนชา) ชงในน้ำเดือด 1 ถ้วย (250 มล. จะได้น้ำสีแดง ต้มวันละ 3 ครั้ง
รหัสมันไพร	2	กระชาย
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เหง้าและราก	มีรสขม ใช้แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียดและปวดท้อง	ใช้เหง้าและรากประมาณครึ่งกำมือ (สด 5-10 กรัมแห้ง 3-5 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่ม
รหัสมันไพร	3	กระทือ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
หัวหรือเหง้าสด	มีรสขมและขื่นเล็กน้อย ใช้แก้ อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียดและปวดท้อง	ใช้เหง้าหรือหัวสด ขนาดเท่าหัวแม่มือ 2 หัว (ประมาณ 20 กรัม) ปิ้งไฟผนกับน้ำปูนใสประมาณครึ่งแก้ว เอาน้ำดื่ม
รหัสมันไพร	4	กระเทียม
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
กลีบ	แก้กลากเกลื้อน	ฝานกลีบกระเทียมแล้วนำมาถูบ่อยๆ หรือตำเอาน้ำขี้ทาบริเวณที่เป็นบ่อยๆ โดยใช้ไม้เล็กๆ ชูดบริเวณที่เป็นกลากเกลื้อนพอให้แดงๆ ก่อนแล้วจึงเอาน้ำกระเทียมขี้ทา

ขมิ้นผงสำหรับผู้ป่วยโรคไต

รหัสนี้	5	กระวาน
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผลแก่จัด	มีรสเผ็ดร้อน ใช้แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด	นำเอาผลมาทำเป็นผงรับประทานครั้งละหนึ่งช้อนครึ่งถึงสามช้อนชา (ประมาณ 1-2 กรัม)
รหัสนี้	6	กล้วยน้ำว้า
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
กล้วยน้ำว้าดิบ	แก้อาการท้องเดิน	ฝานเป็นแว่นตากแห้งรับประทานครั้ง 1/2 ถึง 1 ผล
รหัสนี้	7	กระเพรา
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบและยอด	มีรสเผ็ดร้อน ใช้แก้อาการท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน	ใช้ใบและยอดประมาณ 1 กำมือ (25 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่ม
รหัสนี้	8	กานพลู
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ดอก	มีกลิ่นฉุน รสเผ็ดจัด ใช้แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด	ใช้ดอกแห้งประมาณ 5-8 ดอก (0.12-2.6 กรัม) ต้มหรือบดเป็นผงรับประทานหรือเอาดอกกานพลู 3 ดอก ทูบแล้วแช่ในน้ำเดือด 1 ขวดเหล้า ใช้ขงนมเด็ก จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดท้องขึ้น ท้องเฟ้อได้

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	9	ช่อ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ต้น	แก้อาการขัดเบา	ใช้ประมาณ 1 กำมือ (สดหนัก 40-50 กรัมแห้งหนัก 15-20) หั่นเป็นชิ้นๆ ต้มกับน้ำรับประทานวันละ 3 ครั้งก่อนอาหารครั้งละ 1 ถ้วยชา (หรือ 75 มล.)
รหัสสมุนไพร	10	ขี้เหล็ก
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
แก่น	แก้อาการท้องผูก	ใช้แก่นประมาณ 1 กอบ (ประมาณ 50 กรัม) หรือทั้ง 5 ประมาณ 4-5 กำมือ (20-25 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่มก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน
รหัสสมุนไพร	11	กระชาย
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เหง้าแก่สดหรือแห้ง	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อและแน่นจุกเสียดและรักษาเกลื้อน	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ใช้ขนาดเท่าหัวแม่มือ (สดประมาณ 5 กรัม แห้งประมาณ 2 กรัม) ทูบให้แตกต้มเอาน้ำดื่ม
รหัสสมุนไพร	12	ขิง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เหง้าแก่สด	แก้อาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และแก้อาการขับเสมหะ	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากธาตุไม่ปกติและเมารถเมาเรือ โดยใช้เหง้าสดขนาดเท่าหัวแม่มือ (ประมาณ 5 กรัม) ทูบให้แตกต้มเอาน้ำดื่ม

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	13	คุณ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เนื้อในฝักแก่	แก้อาการท้องผูก	เนื้อในฝักแก่ มีรสหวานเย็นเล็กน้อย ใช้แก้อาการท้องผูก โดยใช้เนื้อในฝักแก่ก่อนเท่าหัวแม่มือ (ประมาณ 4 กรัม) ต้มใส่เกลือชนิดน้อยรับประทาน
รหัสสมุนไพร	14	ชุมเห็ดเทศ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบหรือดอก	แก้อาการท้องผูก และรักษาลาก	แก้อาการท้องผูก ใช้ใบสดหรือแห้งประมาณ 12 ใบ ต้มเอาน้ำดื่มครั้งละ 1 แก้วหรือใช้ดอกสดประมาณ 3 ช่อ ลวกจิ้มกินกับน้ำพริก
รหัสสมุนไพร	15	ขุดเห็ดไทย
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เมล็ดแห้ง	แก้อาการขัดเบา	ใช้เมล็ดคั่วแห้งวันละ 1-3 ช้อนคาบ (จำนวน 5-15 กรัม) ใส่น้ำ 1 ลิตร แล้วตั้งไฟต้มให้เหลือ 600 มล. แบ่งกินวันละ 3 ครั้งๆ ละ 200 มล. หลังอาหาร
รหัสสมุนไพร	16	ดีปลี
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผลแก่จัดหรือเถา	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด ใช้ผลแก่ 1 กำมือ (ประมาณ 10-15 ดอก) ต้มเอาน้ำดื่ม (เถาต้มแทนได้)

ขมิ้นชันสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยโรคไต

รหัสนิยาม	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
รหัสนิยาม 17	สรรพคุณ	ตะไคร้
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ลำต้นแก่หรือเหง้า	แก้อาการท้องอืด	ใช้สดๆ ทุกพอแห้งประมาณ 1 กำมือ (40-60 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่ม
รหัสนิยาม 18	สรรพคุณ	ทองพันชั่ง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบหรือราก	รักษาอาการท้องอืด	ใช้ใบ 5-8 ใบ หรือราก 2-3 ราก จำนวนที่ใช้อาจเพิ่มหรือลดลงได้ตามอาการ ต้มให้ละเอียด แขน้เหล้า หรือแอลกอฮอล์ นำมาทาบริเวณที่เป็นบ่อยๆ จนกว่าจะหาย
รหัสนิยาม 19	สรรพคุณ	ทับทิม
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เปลือกผลแห้ง	แก้อาการท้องเดิน	ใช้เปลือกผลแห้งประมาณ 1 ใน 4 ของผล ผนกับน้ำฝนหรือน้ำปูนใสให้ข้นๆ รับประทานครั้งละ 1-2 ช้อนแกงหรือต้มกับน้ำปูนใส แล้วกินน้ำก็ได้
รหัสนิยาม 20	สรรพคุณ	บอระเพ็ด
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เถาหรือลำต้น	แก้ไข้	ใช้เถาหรือต้นสดครั้งละ 2 คืบครึ่ง (30-40 กรัม) ต้มคั้นเอาน้ำดื่มหรือต้มกับน้ำโดยน้ำ 3 ส่วน ต้มเหลือ 1 ส่วนดื่มก่อนอาหารวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นหรือเวลามีอาการ

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสมะเร็ง	21	บอโตะ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ราก	แก้ไอ	รากแห้งครึ่งละ 1 กำมือ (หนัก 8-15 กรัม) ต้มกับน้ำดื่มก่อนอาหารวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นหรือเวลามีอาการ
รหัสมะเร็ง	22	ฝรั่ง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบหรือผล	แก้อาการท้องเดิน (ที่ไม่ใช่บิดหรืออหิวาตกโรค)	ใช้ใบแก่ 10-15 ใบ ปิ้งไฟแล้วชงน้ำกินหรือใช้ผลอ่อน 1 ผล ฝนกับน้ำปูนใสแล้วกินเมื่อมีอาการ
รหัสมะเร็ง	23	เพกา
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เมล็ด	แก้ไอและขับเสมหะ	ใช้เมล็ดครึ่งละ 1/2 - 1 กำมือ (หนัก 1 1/2-3 กรัม) ใส่น้ำประมาณ 300 มล. ต้มไฟอ่อนพอเดือดประมาณ 1 ชั่วโมง รับประทานวันละ 3 ครั้ง
รหัสมะเร็ง	24	พังกา
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เมล็ด	ถ่ายพยาธิ (โดยเฉพาะพยาธิตัวตืด)	ใช้เมล็ดแห้งประมาณ 60 กรัม ทบให้แตกผสมน้ำเชื่อมเล็กน้อยแล้วดื่มให้ได้ประมาณ 2 แก้ว แบ่งกินเป็น 3 ครั้ง ทั้งระยะให้ห่างกันครั้งละ 2 ชั่วโมง เมื่อกินหมดแล้ว 2 ชั่วโมง ให้ละลายดีเกลือ 2 ช้อนโต๊ะ กินตามไปขณะท้องว่าง

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	25	ฟ้าทะลายโจร
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ส่วนทั้ง 5	แก้อาการท้องเดิน	ใช้ทั้งต้นแห้ง หั่นเป็นชิ้นประมาณ 1-3 กำมือ (หนัก 3-9 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่ม
รหัสสมุนไพร	26	มะเกลือ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	ถ่ายพยาธิปากขอและพยาธิเส้นด้าย	ผลสด (ผลแก่ที่มีสีเขียว) ไม่ซ้ำใช้ตามอายุคนใช้ (1 ผลต่อ 1 ปี) แต่ไม่เกิน 25 ผลนำมาตำโขลกพอแหลกแล้วผสมกับหัวกะทิสดคั้นเอาน้ำดื่มให้หมด ก่อนกินอาหารเช้า ถ้า 3 ชม. ยังไม่ถ่ายให้ใช้ยาระบาย เช่น ดีเกลือ 2 ช้อนโต๊ะละลายน้ำกินตามลงไป
รหัสสมุนไพร	27	มะขาม
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เนื้อในฝักแก่	แก้อาการท้องผูก	ใช้เนื้อในฝักแก่หรือมะขามเปียก 10-20 ฝัก (หนักประมาณ 70-150 กรัม) จิ้มเกลือกินแล้วดื่มน้ำตามมากๆ หรือใส่เกลือเด็มน้ำคั้นดื่ม
รหัสสมุนไพร	28	มะขามแขก
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ฝักและใบ	แก้อาการท้องผูก	ใช้ใบแห้ง 1-2 กำมือครึ่ง (หนัก 3-10 กรัม) ต้มกินน้ำดื่มหรือใช้วิธีบดเป็นผงชงน้ำดื่มหรือใช้ฝัก 4-5 ฝัก ต้มกินน้ำรับประทาน บางคนอาจเกิดอาการใช้ท้อง แก้ไขโดยใช้ร่วมกับยาขับลมเล็กน้อยเช่นกานพลู กระวาน ห้ามใช้กับหญิงมีครรภ์หรือมีประจำเดือน

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	สรรพคุณ	หมายเหตุ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่น จุกเสียด	ใช้ผิวของผลสดประมาณครึ่งผลชงน้ำดื่ม
รหัสสมุนไพร	30	มะม่วงเครือ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	แก้ไอขับเสมหะ	ใช้ผลแก่สด 5-10 ลูก โขลกพอแหลกคั้นเอาแต่น้ำใส่เกลือจิบบ่อยๆ หรือใช้ผลสดเคี้ยวแล้วกลืนทั้งน้ำและเนื้อกินบ่อยๆ จนกว่าอาการจะดีขึ้น
รหัสสมุนไพร	31	มะม่วงคั่น
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	แก้ไอและขับเสมหะ	เอาผลแก่จัด 5-10 ลูก โขลกพอแหลกคั้นเอาแต่น้ำใส่เกลือจิบบ่อยๆ หรือใช้ผลสดเคี้ยวแล้วกลืนทั้งน้ำและเนื้อกินบ่อยๆ จนกว่าอาการจะดีขึ้น
รหัสสมุนไพร	32	มะหาด
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
แก่นมะหาด	ถ่ายพยาธิตัวโตและพยาธิไส้เดือน	โดยเอาแก่นมะหาดมาหั่นเป็นชิ้นๆ เคี้ยวกับน้ำจะเกิดฟอง ช้อนฟองขึ้นมาผึ่งให้แห้ง บดเป็นผงกินกับน้ำเย็นครั้งละ 1-2 ช้อนชา (ประมาณ 35 กรัม) ก่อนกินข้าว หลังกินผงมะหาดแล้ว 2 ชม. ให้กินดีเกลือตาม ข้อควรระวังห้ามรับประทานผลมะหาดกับน้ำร้อนเป็นอันขาดจะทำให้ใช้ท้องและอาเจียนอย่างรุนแรง

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	33	มังคุด
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เปลือก	แก้อาการท้องเดิน	ใช้เปลือกผลตากแห้งต้มกับน้ำปูนใสหรือฝนกับน้ำรับประทาน
รหัสสมุนไพร	34	ยี่อ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	แก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน	ฝานเป็นชิ้นบางๆ ย่างไฟให้เหลือง ต้มหรือชงน้ำดื่ม ใช้ครั้งละประมาณ 2 กำมือ (10-15 กรัม) เอน้ำที่ได้จิบทีละน้อยและบ่อยๆ ครั้งจะได้ผลดี
รหัสสมุนไพร	35	ย่านาง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ราก	แก้ไข้	โดยใช้รากแห้งครั้งละ 1 กำมือ (หนัก 15 กรัม) ต้มกับน้ำดื่มก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น
รหัสสมุนไพร	36	เรอ
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ผล	แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด	แกะเปลือกเอาเฉพาะเมล็ดมาทำเป็นผงรับประทานครั้งละ 3-9 ผล (หนัก 1-3 กรัม) วันละ 3 ครั้ง
รหัสสมุนไพร	37	เล็บมือนาง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เมล็ด	ถ่ายพยาธิไส้เดือน	สำหรับเด็กให้เมล็ด 2-3 เมล็ด (หนัก 4-6 กรัม) ผู้ใหญ่ 5-7 เมล็ด (หนัก 10-15 กรัม) ทบพอแตก ต้มเอาน้ำดื่มหรือหันทอดกับไข่รับประทาน

ขมิ้นผงสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รท@สมุนไพร		38	อะแนง
ส่วนที่ใช้		สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เมล็ดแก่	ถ่ายพยาธิ		ใช้เมล็ดแก่แห้ง ได้ผลดี สำหรับพยาธิไส้เดือนโดยใช้เมล็ดแก่ 1 ช้อนควว (ประมาณ 3 กรัม) ตำให้ละเอียดพดกับไซรับประทาน
รท@สมุนไพร		39	อับประท
ส่วนที่ใช้		สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เหง้าสด	แก้อาการขัดเบา		ใช้เหง้าวันละ 1 กอบมือ (สด หนัก 200-250 กรัม แห้ง 90-100 กรัม) ต้มกับน้ำรับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารครั้งละ 1 ถ้วยชา (ประมาณ 75 มล.)
รท@สมุนไพร		40	อโเอียดเหนือ
ส่วนที่ใช้		สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
แก่น	แก้อาการท้องเดิน		ใช้แก่นที่สกัดด้วยน้ำแล้วระเหยให้แห้ง ที่เรียกว่า ก้อนลีเสียดใช้เป็นยาแก้อาการท้องเดินให้ผงประมาณ 1/3 - 1/2 ช้อนชา (หนัก 0.3-1 กรัม) ต้มเอาน้ำดื่ม
รท@สมุนไพร		41	ทญาคา
ส่วนที่ใช้		สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ราก	แก้อาการขัดเบา		ใช้รากสดหรือแห้ง วันละ 1 กอบมือ (สดหนัก 40-50 กรัม แห้ง 10-15 กรัม) หั่นเป็นชิ้นๆ ต้มกับน้ำรับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารครั้งละ 1 ถ้วยชา (75 มล.)

ข้อมูลสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเอดส์ภาคใต้

รหัสสมุนไพร	42	เทียนหนวดแมง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบ	แก้อาการขัดเบา	ใช้ใบแห้งหนัก 4 กรัม ต้มกับน้ำ 750 มล. (3 ถ้วย) แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง
รหัสสมุนไพร	43	แห้วหมู
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
หัวของแห้วหมู	แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด	ใช้แห้วหมู 1 กำมือ (60-70 หัวหรือหนัก 15 กรัม) ทุบให้แตกต้มเอาน้ำดื่ม หรือใช้หัวสดครึ่งละ 5 หัวโขลกให้ละเอียดผสมน้ำหึ่งรับประทาน
รหัสสมุนไพร	44	อ้อยแดง
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ลำต้น	แก้อาการขัดเบา	ใช้ลำต้นวันละ 1 กำมือ (สด 70-90 กรัมแห้ง 30-40 กรัม) หั่นเป็นชิ้นๆ ต้มกับน้ำรับประทานวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารครึ่งละ 1 ถ้วยชา (75 มล.)
รหัสสมุนไพร	45	ขมิ้นชัน
ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
เหง้าสด	แก้อาการท้องผูก ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียดและอาหารไม่ย่อย โรคกระเพาะ	เหง้าสดหั่นเป็นชิ้นบางๆ ตากแดดจัดสัก 1-2 วัน บดให้ละเอียดผสมกับน้ำผึ้ง ปั้นเป็นเม็ดขนาดปลายนิ้วก้อย รับประทานครั้งละ 2-3 เม็ด วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ	วิธีใช้และข้อควรระวัง
ใบ	รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	โดยเลือกใบว่านที่อยู่ส่วนล่างของต้น ปอกเปลือกสีเขียวออกด้วยมีดที่สะอาด ล้างยางให้สะอาดด้วยน้ำต้มลูก หรือน้ำค้างทับทิม ชูดเอาวุ้นใตมาพอกบริเวณแผลทา 2 ครั้ง เข้า-เย็น จนกว่าจะหาย

ภาคผนวก ค.

แบบสอบถามประเมินผล

เรื่อง

ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการเลือกดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยเอชไอวีในวัดแห่งหนึ่งในชายแดนภาคใต้

แบบสอบถาม

เรื่อง

ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการเลือกดูแลสุขภาพตนเอง
ผู้ป่วยเลือดในวัดแห่งหนึ่งในเขตชายแดนภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความที่เป็นจริงลงในช่องว่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ ปี

3 4

2. เพศ

1. () ชาย

2. () หญิง

5

3. ศาสนา

1. () พุทธ

2. () อิสลาม

6

3. () คริสต์

4. () อื่นๆ

4. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด

1. () ไม่ได้เรียน

2. () ประถมศึกษา

7

3. () มัธยมต้น

4. () มัธยมศึกษาหรือ ปวช.

5. () อนุปริญญาหรือ ปวส.

6. () อุดมศึกษา (ระบุ).....

5. อาชีพก่อนมารับการรักษา

1. () เกษตรกรรม

2. () รับจ้าง

8

3. () ค้าขาย

4. () ข้าราชการพลเรือน

5. () ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. () นักเรียน, นักศึกษา

7. () ลูกจ้าง

8. () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. รายได้

9 10 11 12 13 14

1. () มี.....บาท/เดือน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

2. () ไม่มี

แบบสอบถามประเมินผล

วิจัย

ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการเลือกดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยเอดส์ในวัดแห่งหนึ่งในชายแดนภาคใต้

(โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครโดย
วิธีบูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง)

คำชี้แจง

แบบสอบถามความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการเลือกดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย
เอดส์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลที่ท่านให้ไม่มีถูกหรือผิด จึงขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบข้อคำถามตรงกับ
ความต้องการและความพึงพอใจของท่านให้มากที่สุด ข้อมูลของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ
ผู้วิจัยจะนำเสนอผลงานวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในการเลือกดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

7. แหล่งรายได้ในปัจจุบันมาจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () ได้รับบริจาค
2. () การประกอบอาชีพ (โปรดระบุ)
3. () จากครอบครัวและญาติ
4. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

- 15
 16
 17
 18

8. สถานภาพสมรส

1. () โสด
2. () คู่
3. () หม้าย
4. () แยกกันอยู่
5. () หย่า

19

9. จำนวนบุตรในปัจจุบัน คน
(ถ้าไม่มีบุตรข้ามไปทำส่วนที่ 1.2)

20

10. ผู้รับผิดชอบดูแลบุตรคือ

1. () พ่อและแม่
2. () พ่อ
3. () แม่
4. () ญาติ
5. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

21

1.2 ประวัติการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

1. ท่านเริ่มรู้สึกเจ็บป่วยนานเดือน

22 23 24

2. สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () จากเพศสัมพันธ์ในคูสมรส
2. () จากเพศสัมพันธ์นอกคูสมรส
3. () จากยาเสพติด
4. () จากการได้รับเลือดบริจาค
5. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

25
 26
 27
 28
 29

3. ท่านเริ่มรักษาอาการป่วยด้วยโรคนี้ครั้งแรกโดยวิธีใด

1. () โรงพยาบาล
2. () คลินิก
3. () ซั้วยามารับประทานเอง
4. () หมอพื้นบ้าน
5. () ไม่รักษา
6. () วัดนิเวศนาครมพรหมรังสี
7. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

30

4. หลังจากท่านรักษาครั้งแรกผลเป็นอย่างไร

1. () ไม่ดีขึ้น เพราะ

2. () ดีขึ้น เพราะ

5. ท่านทราบด้วยวิธีใดว่ามีวัดที่รักษาผู้ป่วยด้วยโรคนี้

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () หนังสือพิมพ์

3. () วิทยุ

4. () แผ่นพับ

5. () ได้รับคำแนะนำจาก (โปรดระบุ).....

6. () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. เหตุผลที่ท่านเลือกวัดแห่งนี้เป็นแหล่งรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () มีชื่อเสียงเรื่องการรักษาด้วยเหล็กไหล

2. () รักษาที่อื่นแล้วอาการไม่ดีขึ้น

3. () ไม่ต้องเสียค่ารักษา

4. () ต้องการที่พึ่งทางใจ

8. () ไม่มีที่ไป

5. () ญาติพามา

9. () มีคนแนะนำ

6. () ทางบ้านรังเกียจ

7. ระยะเวลาที่ท่านอาศัยอยู่ในวัดจนถึงปัจจุบัน เดือน

8. ท่านได้รับการดูแลสุขภาพจากวัดในเรื่องใดบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () ยาแผนปัจจุบัน

() ยาจีน

() ยาฉีดยา

() ยาทา

2. () อบรม..... ครั้ง/สัปดาห์

3. () ยาสมุนไพร

() ลูกกลอน

() ยาผง

() ยาต้ม

() เหล็กไหล

4. () ประคบ ครั้ง/สัปดาห์

5. () ลมอาทิ..... ครั้ง/สัปดาห์

6. () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

31

32 33 34 35 36 37

38 39 40 41 42

48 49 50

51 52 53 54

55 56

57 58 59 60 61

62 63

64 65 66

67

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการเลือกดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรหรือสภาพความเป็นจริงที่ท่านกำลัง
ประสบอยู่ในปัจจุบันเพียงตัวเลือกเดียวในแต่ละข้อ

- 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจเล็กน้อย
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ความพึงพอใจในการดูแลตนเองแบบพื้นบ้าน

การใช้ยาสมุนไพร

- | | |
|---|---|
| 1. ท่านเคยใช้ยาสมุนไพรหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 78 |
| 1. () เคยใช้ | 2. () ไม่เคยใช้ |
| 2. ปัจจุบันท่านใช้ยาสมุนไพรหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 79 |
| 1. () ใช้ เพราะ | |
| 2. () ไม่ใช้ เพราะ | (ข้ามไปทำข้อ 8) |
| 3. ท่านใช้ยาสมุนไพรนาน | <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 |
| 4. ความถี่ของการใช้ยาสมุนไพร | <input type="checkbox"/> 82 |
| 1. () สัปดาห์ละครั้ง | 2. () 2 สัปดาห์ต่อครั้ง |
| 3. () เดือนละครั้ง | 4. () ทุกวัน |
| 5. () อื่นๆ (โปรดระบุ) | |
| 5. ยาสมุนไพรที่ท่านใช้ประจำมีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 84 85 86 87 88 |
| 1. () เหล็กไหล | 2. () เกล็ดพังพอน |
| 3. () ฟ้าทลายใจ | 4. () หญ้าหนวดแมว |
| 6. ท่านได้ยาสมุนไพรมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 89 90 91 92 93 |
| 1. () วัด | 2. () ญาตินำมาให้ |
| 3. () หามาเอง | 4. () ปล่อยให้ |
| 5. () ฆราวาส | 6. () สบู่ขมิ้นเหลว |
| 7. () บอระเพ็ด | 8. () ไม่ทราบชื่อ |
| 9. () สบู่เลือด | 10. () อื่นๆ (โปรดระบุ) |

9. ผลการรักษาทำให้อาการของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

68

1. () ดีขึ้น อย่างไร.....

2. () เหมือนเดิม

3. ()ทรุดลง อย่างไร

4. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

10. ท่านพอใจในการรักษาที่วัดหรือไม่อย่างไร

69

1. () พอใจ เพราะ.....

2. () ไม่พอใจ เพราะ

11. บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือตลอดมาภายหลังการเจ็บป่วยครั้งนี้

ขอรับได้มาจาก.....ชื่อ

1. () สามี

2. () ภรรยา

70 71

3. () มารดา

4. () บิดา

72 73

5. ()ญาติพี่น้อง

6. () เจ้าอาวาส

74 75

7. () เพื่อน

8. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

76 77

12. หลังจากได้รับการอบสมุนไพรแล้วท่านรู้สึกพอใจต่ออาการต่อไปนี้อย่างไร

อาการ	อาการเปลี่ยนแปลง			ระดับความพอใจ						
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุด	3	2	1	0	
1. รับประทานอาหาร										<input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153
2. นอนหลับ										<input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156
3. หายใจสะดวก										<input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159
4. นอนหลับได้										<input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162
5. คัด										<input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165
6. สบายตัว										<input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168
7. ไข้										<input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171
8. อ่อนแรง										<input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174
9. อ่อนเพลีย										<input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177
10. ปวด										<input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180
11. ผื่น										<input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183
12. อื่นๆ (โปรดระบุ)										<input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186

การประคบสมุนไพร

13. ท่านเคยใช้การประคบสมุนไพรหรือไม่

187

1. () เคยใช้

2. () ไม่เคยใช้

14. ปัจจุบันท่านใช้การประคบสมุนไพรหรือไม่

188

1. () ใช้ เพราะ

2. () ไม่ใช้ เพราะ (ข้ามไปทำข้อ 18)

15. ท่านได้รับการประคบสมุนไพรนาน ปี

189 190

16. ความถี่ของการประคบสมุนไพร

191

1. () วันละครั้ง

2. () 3 วันต่อครั้ง

3. () 5 วันต่อครั้ง

4. () สัปดาห์ละครั้ง

5. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

17. หลังจากได้รับการประคบสมุนไพรแล้วท่านรู้สึกพอใจต่ออาการต่อไปนี้อย่างไร

อาการ	อาการเปลี่ยนแปลง			ระดับความพอใจ					
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุด	3	2	1	0
1. ปวด									
2. ลึน									
3. สุ่ม									
4. ไม่สุขสบาย									
5. บวมเมื่อย									
6. อักเสบ									
7. อื่นๆ (โปรดระบุ)									

- 192 193 194
 195 196 197
 198 199 200
 201 202 203
 204 205 206
 207 208 209
 210 211 212

การนวด

18. ท่านเคยใช้การนวดหรือไม่

1. () เคยใช้

2. () ไม่เคยใช้

213

19. ปัจจุบันท่านใช้การนวดหรือไม่

1. () ใช้ เพราะ

2. () ไม่ใช้ เพราะ (ข้ามไปทำข้อ 23)

214

20. ท่านใช้การนวดนาน ปี

215 216

21. ความถี่ของการใช้การนวด

1. () 1 วันละครึ่ง

2. () 3 วันต่อครั้ง

3. () 5 วันต่อครั้ง

4. () สัปดาห์ละครึ่ง

5. () อื่นๆ (โปรดระบุ)

217

22. หลังจากได้รับการนวดแล้วท่านรู้สึกพอใจต่ออาการต่อไปนี้อย่างไร

อาการ	อาการเปลี่ยนแปลง			ระดับความพอใจ					
	มี	ไม่มี	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ทรุด	3	2	1	0
1. บวมเมื่อย									
2. กล้ามเนื้อตึง									
3. สุขสบาย									
4. ผ่อนคลาย									
5. อื่นๆ (โปรดระบุ)									

- 218 219 220
 221 222 223
 224 225 226
 227 228 229
 230 231 232

29. ปัจจุบันท่านได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือไม่ 244 245 246
1. () ได้รับการรักษา ครั้ง
 เพราะ
2. () ไม่ได้รับการรักษา เพราะ (ข้ามไปทำข้อ 31)
30. ท่านพอใจในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. () ยา 247 248 249 250
 () ยากิน () ยาฉีด () ยาทา
2. () วิธีการรักษา 251
3. () บุคลากรทางการแพทย์ 252
4. () สถานที่บริการ 253
5. () อื่นๆ (โปรดระบุ) 254
31. ยาชนิดที่ท่านคาดหวังสามารถรักษาท่านได้โดยไม่มีอาการข้างเคียง หรือมีอาการข้างเคียงเล็กน้อย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. () ยาปฏิชีวนะ 2. () ยาแก้ปวด 255 256
3. () ยาแก้ท้องเสีย/ผงเกลื้อสเร้ 4. () ยาต้านไวรัส 257 258
5. () ยาอื่นๆ (โปรดระบุ) 259
32. ท่านพึงพอใจสรรพคุณของยาชนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. () ยาปฏิชีวนะ เพราะ 260
2. () ยาแก้ปวด เพราะ 261
3. () ยาแก้ท้องเสีย/ผงเกลื้อสเร้ เพราะ 262
4. () ยาต้านไวรัส เพราะ 263
5. () ยาอื่นๆ (โปรดระบุ) 264
33. ขณะท่านพักอาศัยที่วัด ท่านพอใจเรื่องใดบ้าง
1. () สหกรณ์ 2. () การรักษา 265 266
3. () บุคลากร 4. () การอยู่ร่วมกัน 267 268
5. () การมีส่วนร่วม 6. () อื่นๆ (โปรดระบุ) 269 270

คุณภาพชีวิตของท่านก่อนอยู่ กับหลังอยู่วัดเป็นอย่างไร

ข้อความ	ก่อนอยู่วัด			หลังอยู่วัด			
	ดีขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	ดีขึ้น	เท่าเดิม	ลดลง	
1. คุณภาพชีวิตของท่านก่อนอยู่วัดกับ หลังอยู่วัด							<input type="checkbox"/> 271
2. คุณภาพชีวิตด้านสังคม							<input type="checkbox"/> 272
3. คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ							<input type="checkbox"/> 273
4. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ							<input type="checkbox"/> 274
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ							<input type="checkbox"/> 275

ภาคผนวก ๑.

ตัวอย่าง
ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
(Inconcented form)

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว) ยินยอมเป็นตัวอย่างในการ
ทำวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบำบัดและพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ของทีมาสถาบันบำบัดด้วยวิธี
บูรณาการแพทย์แผนไทยและการดูแลตนเองแบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง" วิจัยเรื่องนี้เป็น
ประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์

ในการเป็นตัวอย่างของวิจัยในเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าจะต้องปฏิบัติและได้รับคำแนะนำ
ดังนี้ คือ 1. เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 2. เข้าร่วมทำกิจกรรมการดูแลตนเองจากทีมาอาสา
สมัคร

ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างแท้จริงว่า

1. ข้าพเจ้าอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
2. ข้าพเจ้าสามารถจะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ และการถอนตัวนี้จะไม่ส่งผลต่อ
การรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ
3. ข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ในการทำวิจัยเรื่องนี้ จะถูกนำเสนอในทางวิชาการ ได้โดย
ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด
4. การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีอันตรายใดๆ เกิดขึ้นกับข้าพเจ้า แต่ถ้าข้าพเจ้า
สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่า โดยได้รับอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถเรียกร้อง
สิทธิได้

ชื่อ วันที่

นักวิจัย..... วันที่

พยาน..... วันที่