

สังคม วัฒนธรรมของการดูแลรักษา สุขภาพทางเลือกสำหรับ HIV/AIDS

: การสังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับการพัฒนาระบบบริการ

ลือชัย ศรีเงินยวง, วลัยลักษณ์ นกจันทร์
โกนิจรัฐ ศรีทอง ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนโดย
กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

1. บทนำ

“ความเจ็บป่วยที่การรักษาด้วยแผนปัจจุบันไม่ได้ผล หรือที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีทางเลือกในการรักษาให้น้อย มักจะทำให้ผู้ป่วยต้องสร้างวิถีแห่งการดูแลตนเองร่วมไปกับการค้นหาหนทางต่างๆในการจัดการกับปัญหา โรคภัยแรงที่พัฒนาการของโรคคาดการณ์ได้ยาก (Poor prognosis) จะดึงให้ผู้ป่วยต้องวิ่งหาทางออกอื่นๆนอกบริบทของการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างรวดเร็วขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มมาตรการในการรับมือกับโรคภัยมากขึ้น การกระทำเช่นนั้น อาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ตรงกับวิธีการรักษาอื่นๆมาก่อน และจริงๆแล้ว (พฤติกรรมดังกล่าว) จะรวมช่วงเวลาของการศึกษา วิจัยเพื่อค้นหาทางออกอื่นๆ ที่คนเหล่านั้น อาจไม่เคยรับรู้มาก่อน หนทางของการจัดการกับโรคภัยที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาจากเหล่านี้ อาจค่อนข้างซับซ้อน รวมเอาข้อมูลและวิถีปฏิบัติที่มีความหลากหลายและมีที่มาที่แตกต่างกันมาก ยิ่งเป็นโรคภัยแรงและยากที่จะจัดการเพียงใด โอกาสที่มาตรการในการบำบัดรักษาอันหลากหลายจะถูกนำมาใช้ ก็ยิ่งมากขึ้น

เอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคที่รุนแรงและพัฒนาการของโรคในระยะยาวเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยาก เป็นโรคที่การรักษาแผนปัจจุบันยังไม่ใช่ว่าตอบอย่างแท้จริงและมีทางเลือกให้อย่างจำกัด จึงเป็นวิกฤติทางสุขภาพที่เอื้อให้เกิดการมีพฤติกรรมของแสวงหาทางเลือกในการบำบัดรักษา ที่กว้างขวางที่สุดเท่าที่จะทำได้”

(O'Conner 1995:109)

เหตุการณ์ที่ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์หลายพันคนแห่กันเข้าคิวขอรับ V-1 Immuner จากคลินิกบางปะกง ของมูลนิธิพลเอกส้าง บุนนาค ที่กำลังเป็นข่าว ในขณะนี้ บอกในตัวเองถึงการไขว่คว้าหาทางออกจากวิกฤติของผู้ติดเชื้อ และป่วยเอดส์ ได้เป็นอย่างดี ปรากฏการณ์เช่นนี้ มิใช่ปรากฏการณ์ใหม่ และจะคงมีอยู่เรื่อยไป ตราบใดที่ธรรมชาติพื้นฐานของโรคนี้ยังไม่มีเปลี่ยนแปลง

นับจากเดือนมิถุนายน 1981 ที่โรคเอดส์ถูกรายงานครั้งแรกโดย CDC สหรัฐอเมริกา จนถึงวันนี้ หรือ 20 ปีให้หลัง เอดส์ ยังเป็นมหันตภัยแห่งศตวรรษที่ 20 ของมนุษยชาติ โลกยังมองไม่เห็นทางออกใดที่จะรับมือกับโรคนี้ได้อย่างแท้จริง ไม่ว่าจะยา หรือวัคซีน ในปี 2000 ที่เพิ่งผ่านมา ประชากรโลกประมาณ 36 ล้านคน ติดเชื้อ HIV หรือกำลังป่วยด้วยเอดส์ มีผู้ที่ติดเชื้อใหม่ทั่วโลกราว 5.3 ล้านคน และมีคนตายประมาณ 3 ล้านคน (UNAIDS/WHO 2000) สำหรับประเทศไทย ณ ปัจจุบันนี้ มีผู้ติดเชื้อเอดส์แล้ว 9.8 แสนคน จำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 7 แสนคน เป็นผู้ป่วยขั้นรุนแรงที่ต้องการการรักษาพยาบาลและจะเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนกลุ่มละประมาณ 55,000 คน (The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection 2001:ix)

ด้วยจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อทั้งเก่าและใหม่ ที่มากมายมหาศาลเช่นนี้ ในขณะที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัด เราจึงได้ประจักษ์กับปฏิกิริยาตอบสนองมากมาย หลากรูปแบบ

ที่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อต่างแสวงหาและปฏิบัติ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการพยายามของวงการแพทย์สมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะสำคัญของโรคเอดส์ คือ **หนึ่ง** การเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีมาตรการใดๆ ในการแพทย์แผนใหม่รักษาและป้องกันได้ และ **สอง** การเป็นโรคที่มีตราบาป ถูกรังเกียจเคียดแค้นจากสังคม (Stigmatized disease) พฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย คือ การหันไปหาทางออกอื่นๆ ทั้งในด้านการดูแลรักษาตนเอง การช่วยเหลือกันในครอบครัวของผู้ป่วย และการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self-help / support Group) เป็นปรากฏการณ์ที่เรียกรวมๆ ว่า การแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ (Alternatives to medicine)

กล่าวได้ว่า การแสวงหาทางออกในการบำบัดรักษาและดูแลอาการป่วยของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ในชื่อรวมๆ ว่า การแพทย์ทางเลือก (Alternative/ Complementary Therapies) คือ ปรากฏการณ์ที่เกิดควบคู่มากระดับความก้าวหน้าของวงการแพทย์ ในการคิดค้นยาและหาวิธีการรักษาโรคเอดส์ พลันที่มีการยอมรับว่าโรคเอดส์นั้นยังต้องการเวลาอีกนาน กว่าที่ความหวังในการรักษาได้จะสัมฤทธิ์ผล การหันกลับไปหาการช่วยตนเองและแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ที่มีอยู่ จึงเกิดขึ้น และนั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ติดเชื้อชาวเกย์ ในสหรัฐอเมริกา ที่นับเป็นกลุ่มผู้เคลื่อนไหวเพื่อการส่งเสริมการใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อการดูแลรักษาโรคเอดส์ ที่เข้มแข็งที่สุดในสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน (Abrams 1996)

รายงานการศึกษาฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ ว่าด้วยพฤติกรรมผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเน้นที่การดูแลรักษาตนเอง และการใช้สิ่งที่เรียกว่า การแพทย์ทางเลือก เนื้อหารายงานประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ การทบทวนสถานการณ์งานวิจัยในต่างประเทศ การทบทวนงานวิจัยในประเทศไทย และบทสรุป วิเคราะห์

2. ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ และการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก: สถานการณ์งานวิจัยในต่างประเทศ

การระบาดของโรคเอดส์ที่มีรายงานครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา ในทศวรรษ 1980s นับเป็นการท้าทายครั้งสำคัญยิ่งต่อขีดความสามารถ และประสิทธิภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน จนถึงทุกวันนี้ เอดส์ยังเป็นปัญหาที่ควบคุมไม่ได้ การแพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่มีคำตอบอะไรได้ชัดเจน และน่าพอใจให้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ สภาวะ เช่นนี้เอง ทำให้สิ่งที่เรียกว่า การดูแลสุขภาพทางเลือก กลายเป็นส่วนที่แยกไม่ออกจากประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคนี้ ในโลกตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมการใช้ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้มแข็งมากมาจนถึงปัจจุบัน คือ กลุ่มชายรักร่วมเพศ แถบเมืองซานฟรานซิสโกและนิวยอร์ก ที่เป็นศูนย์กลางของการระบาดของโรคเอดส์ในสหรัฐที่สำคัญนั้น ก็เริ่มจากการตระหนักในความจำเป็นของการหันกลับมาพึ่งตนเอง เพราะยังมองไม่เห็นความหวังจากเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

คำว่าทางเลือก หรือการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษหลายคำ (เช่น Alternative/ Complementary/ Unconventional/ Unorthodox/ Vernacular Medicine/ Health/ Therapy/ Approach) คำเหล่านี้มีนัยยะแตกต่างกัน แต่หมายถึงสิ่งที่คล้ายกันคือ รูปแบบหรือเทคนิควิธีการบำบัดรักษาโรค และดูแลสุขภาพที่มีใช่เป็นของการแพทย์ตะวันตก โดยเฉพาะมิใช่เป็นสิ่งที่มีการยอมรับ หรือเป็นที่รู้จัก ในการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์หรือในการให้บริการในสถานบริการที่เป็นทางการ (ดูตัวอย่างการอธิบายในประเด็นนี้ได้จากงานของ ยงศักดิ์ ตันติปฏิภนและคณะ 2543: 7-10) ซึ่งความหมายก็คือ การบำบัดรักษา และดูแลสุขภาพจำนวนมากมาย ที่มีฐานคิดเชิงทฤษฎีจากการแพทย์กระแสอื่น (การแพทย์จีน อายุรเวท ลาตินอเมริกา โยมิโอพาธี สมาธิ การออกกำลังกายชนิดต่างๆ พลังจิต ธรรมชาติบำบัด และระบบการแพทย์พื้นบ้านอื่นๆ ฯลฯ) ซึ่งผู้ป่วย หรือประชาชนใช้เพื่อทดแทน เสริม หรือร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ปรากฏการณ์ของการใช้การบำบัดรักษา และดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่นๆ ในกรณีของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสังคมตะวันตก เป็นทั้งปรากฏการณ์ทั่วไปและปรากฏการณ์เฉพาะ กล่าวคือ ในด้านหนึ่งนั้น การใช้การดูแลสุขภาพทางเลือกของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นทั้งส่วนหนึ่งของกระแสความตื่นตัวทางสังคม การเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภค สิทธิสตรี และการปฏิเสธการผูกขาดอำนาจและความชอบธรรมของผู้เชี่ยวชาญ วิชาชีพและรัฐ และส่วนหนึ่งของกระแสทางสังคมเหล่านี้ คือการเรียกร้องการดูแลตนเองทางสุขภาพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 (Gabe et al 1994) มีรายงานการศึกษาหลายชิ้น ที่แสดงให้เห็นถึง กระแสความนิยมของการใช้ทางเลือกในการดูแล รักษาสุขภาพ ที่ปรากฏไปทั่วทั้งในสหรัฐอเมริกา (Eisenberg et al., 1993; 1997)

แคนาดา (Norheutt 1994; CTV/Angus Reid Group Poll, 1997) และยุโรป เช่น ฝรั่งเศส เบลเยียม เยอรมนี เดนมาร์ก ฟินแลนด์และเนเธอร์แลนด์ (Lewith and Aldridge; 1991) สหราชอาณาจักร (Cant and Sharma, 1996) ออสเตรเลีย (Lloyd et al., 1993; Lupton, 1997; Saks, 1994) และแอฟริกาใต้ (Pretorius, 1993)

บทบาทของทางเลือกอื่น ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นปรากฏการณ์ที่เนื่องอย่างใกล้ชิดกับประวัติศาสตร์และพัฒนาการของการคิดค้นยาต้านไวรัสของการแพทย์กระแสหลัก ในระยะก่อนหน้าที่จะมีการค้นพบเชื้อไวรัสเอชไอวี ทางเลือกอย่างหนึ่ง ในการรักษาตนเองของผู้ติดเชื้อ คือ การใช้วิตามินซีความเข้มข้นสูง ทั้งชนิดเม็ดและฉีด (High-dose intravenous and oral Vitamin C) และ Dinitrochlorobenzene- DNCB) การคิดค้นยาต้านไวรัส และยาเพิ่มภูมิคุ้มกัน ตลอดเวลาที่ผ่านมา แม้จะยังไม่อาจกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จ แต่ก็เป็นความหวังที่รอคอยของผู้ติดเชื้อทั่วไป และมีผลต่อกระแสขึ้นลงของการแสวงหาทางเลือกต่างๆ เป็นระยะๆ (Abrams 1996)

2.1 ความแพร่หลาย

ข้อมูลจากเอกสารในการประชุมนานาชาติเรื่องเอดส์ครั้งที่ 11 ณ เมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา ในปี 1993 มีการรายงานว่าข้อมูลจากการสำรวจขนาดใหญ่ บ่งชี้ว่าสัดส่วนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีการใช้การดูแลรักษาสุขภาพด้วยทางเลือกชนิดต่างๆ มีสูงถึงประมาณ 40-70 % ในตารางที่ 1 ต่อไปนี้ เป็นการสรุปผลการวิจัยสำคัญๆที่รวบรวมได้ ช่วยทำให้ข้อสรุปนี้ชัดเจนขึ้น

งานวิจัยในต่างประเทศที่รวบรวมได้ ส่วนมากทำในสหรัฐ แคนาดา และบางประเทศในยุโรป มีการรายงานความแพร่หลายและรูปแบบการใช้ทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพไปในทิศทางที่ไม่ต่างกันมากนัก ในสหรัฐอเมริกา งานของ Anderson (1993) พบผู้ติดเชื้อใช้การแพทย์ทางเลือก 40% (n= 184) Ostrow (1997; n=657) พบ 39% เคยใช้ทางเลือก 30% ใช้อาหารเสริมอย่างเดียว สัดส่วนผู้ที่ใช้สมุนไพร การออกกำลังกาย และเทคนิคการผ่อนคลายมีเท่าๆกันคือกลุ่มละ 22%

งานของ Fairfield (1998; n=180) พบ 68% ที่ใช้สมุนไพร วิตามินและอาหารเสริม 45% ไปรับบริการกับการแพทย์ทางเลือก และ 24% ใช้การเสพกัญชาเป็นทางเลือก รวมทั้งยังพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีของการใช้การแพทย์ทางเลือกทุกประเภท ตกประมาณ 938 ดอลลาร์สหรัฐ งานของ Woffers et al (1994) ที่ทำในเนเธอร์แลนด์ พบสัดส่วนการใช้ทางเลือกเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของอาการป่วย (24% ใช้ทางเลือกก่อนรู้ผลเลือด 27% ใช้หลังจากรู้ผล และ 13% ใช้เมื่อ CD-4 ลด) สำหรับรูปแบบที่ใช้พบว่า 51% ใช้วิตามิน 46% ใช้การบำบัดทางจิตใจ และ 40% ใช้โฮมีโอพาธี

ข้อมูลจากสวิตเซอร์แลนด์โดย Brauchi (1996) รายงานว่า 80% ของผู้ติดเชื้อเคยใช้ทางเลือกอย่างน้อย 1 วิธี สำหรับผู้ที่ใช้ เฉลี่ยใช้คนละ 4 วิธี จากจำนวนรูปแบบการบำบัดรักษากว่า 60 แบบที่พบ

มากกว่า 25% คือการใช้วิตามิน อาหารเสริม การออกกำลังกาย สมาธิ สมุนไพร โยมิโอพาธี และจิตบำบัด ที่น่าสนใจคือกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (47%) ใช้ทั้งการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์กระแสหลักร่วมกัน

งานของ Standish et al (2001) ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อชาย-หญิงจำนวน 1,675 คน จาก 46 มลรัฐของสหรัฐอเมริกา ที่เป็นผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกรูปแบบต่างๆ และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย The Bastyr University AIDS Research Center's Alternative Medicine Care Outcomes in AIDS (AMCOA) ในระหว่างปี 1995-1997 พบว่า ผู้ติดเชื้อมีการใช้การดูแลสุขภาพแบบทางเลือกถึงกว่า 1,600 แบบ โดยแยกเป็น สารที่ใช้ในการบำบัดรักษา 1,210 ชนิด วิธีการบำบัด (CAM Therapy) 282 ชนิด และผู้ให้การรักษา 119 ประเภท รวมทั้งยังพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของตัวอย่างที่ศึกษา มีการใช้ยาต้านไวรัส ในช่วง 6 เดือนก่อนหน้าการเก็บข้อมูล ที่เหลืออีก 621 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัส โดยในจำนวนนั้น 104 รายตอบว่าไม่เคยใช้การรักษาแผนปัจจุบันชนิดใดมาก่อนเลย

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งก็คือ ในบรรดาผู้ที่ใช้ทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพ สิ่งที่มีการรายงานว่าใช้มากที่สุดคือ วิตามินซี (63%) วิตามินรวมและเกลือแร่เสริมอาหาร (54%) วิตามินอี (53%) และกระเทียม (53%) ในแง่ของบริการทางเลือกที่มีการใช้มากคือ หมอหมวด (Massage therapist) หมอฝังเข็ม โภชนากร และนักจิตบำบัด ด้วยสัดส่วน 49%, 45%, 37% และ 35% ตามลำดับ ในด้านของวิธีที่ใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองพบว่า วิธีที่แพร่หลายที่สุดคือ การเดินแอโรบิก (63%) การสวดมนต์ (58%) การนวด (53%) และการทำสมาธิ (46%)

อย่างไรก็ดี คล้ายกับงานของ Brauchi ที่กล่าวข้างต้น สิ่งที่น่าสนใจอย่างมากจากงานวิจัยชิ้นนี้ คือ การสรุปว่า เหตุผลของการเลือกใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพทางเลือกที่เกิดขึ้นนั้น เหตุผลด้านประสิทธิภาพของแต่ละเทคนิคหรือวิธีการบำบัดรักษา มิได้เป็นเหตุผลเดียวหรือสำคัญที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยส่วนมากใช้ทั้งการแพทย์กระแสหลักและการแพทย์ทางเลือกพร้อมๆกัน

2.2 ชุมชนชาวเกย์กับความแพร่หลายของการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพเอดส์ในตะวันตก

การทบทวนงานเขียนของ O'Conner (1995) ทำให้เห็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญมากคือ สิ่งที่เป็นกลไกของการทำให้ การแพทย์ทางเลือก มีสภาพเสมือนการแพทย์กระแสหลักในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มชายรักร่วมเพศ ในสหรัฐอเมริกา

ความเฟื่องฟูของทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวพันกับการเคลื่อนไหว ลูกขึ้นมามีการจัดการปัญหาด้วยตนเองของกลุ่มชายรักร่วมเพศ ที่พัฒนาการขึ้นเป็นชุมชน (Gay Community) ที่มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ครอบคลุมทั้งประเทศ และมีฐานทั้งระดับชาติและหยั่งลึกถึงระดับรากหญ้า O'Conner กล่าวว่า ชุมชนชาวเกย์ เป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหว

เพื่อต่อกรกับโรคเอดส์ อย่างจริงจังและเป็นระบบที่สุด ความพยายามของชุมชนชาวเกย์ ส่งผลให้เกิดเป็นเครือข่ายระดับชาติที่เป็นทั้งแหล่งรวบรวม กระจ่าย และประเมินผลตรวจสอบข้อมูล เป็นศูนย์กลางในการสร้างระบบประเมินผลรูปแบบการรักษาทั้งของกระแสหลักและแบบทางเลือก เป็นเครือข่ายในการส่งต่อและจัดระบบในการกระจายผลิตภัณฑ์ให้กับสมาชิก (lay referral network and supply lines) รวมทั้งเป็นศูนย์ข้อมูลการทดสอบการใช้ผลิตภัณฑ์ (Empirical testing) ด้วย

การรวมพลังกันของชายรักร่วมเพศ ในการเผชิญกับโรคเอดส์ ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ นักวิจัย แพทย์ ตลอดจนหน่วยงานให้ทุน และกำกับตรวจสอบของรัฐ เปลี่ยนไปแบบหน้ามือ เป็นหลังมือ สมาชิกของชุมชนชาวเกย์ ที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ กล่าวได้ว่า เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงและได้รับประโยชน์ จากการรวมกลุ่มกันจัดการกับปัญหาเอดส์ในสหรัฐ

ที่เป็นดังนี้ด้วยลักษณะสำคัญหลายอย่าง ชุมชนชาวเกย์ในสหรัฐ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ แผ่ซ่านและกระจายไปทั่ว สมาชิกของกลุ่มหลากหลาย ทั้งเชื้อชาติ วัฒนธรรมย่อย ภูมิภาค และฐานะอาชีพ การรวมกลุ่มกัน ทำให้มีการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของตนเอง มองตนเองในฐานะกลุ่มที่มีวัฒนธรรมของตนเอง สมาชิกจำนวนมากของกลุ่ม เป็นคนผิวขาว มีการศึกษาและหน้าที่การงานสูง จำนวนไม่น้อยเป็นแพทย์ พยาบาล สมาชิกเหล่านี้ คือแกนสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมในด้านต่างๆ ทั้งความรู้ ทักษะความสามารถ แรงจูงใจและจิตสำนึกที่จะต่อสู้ ลงมือกระทำในทางสังคมและการเมือง เพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง

การรวมกลุ่มกันอย่างมีพลังของชุมชนชาวเกย์ มีเหตุผลความเป็นมาทั้งในเชิงการเมือง และสังคม การที่โรคเอดส์ถูกรายงานการพบครั้งแรกในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ทำให้เกิดอคติและตีตราซึ่งนำไปสู่แรงต่อต้านกลับ รัฐบาลเรแกนในขณะนั้น เลือกที่จะมองข้ามปัญหาเอดส์ในกลุ่มคนเหล่านี้ เพราะอคติว่าเป็นปัญหาของพวกเขาเพียงคนเดียว ซึ่งทำให้คนกลุ่มนี้ เกิดความรู้สึกร่วมกันว่า การหันกลับมาพึ่งตนเองและช่วยกันเอง เป็นความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ดี ภูมิทัศน์ของเอดส์ในต้นทศวรรษที่ 1980 เป็นจังหวะเดียวกันกับการขึ้นมาของกระแสของการเรียกร้องสิทธิทางสังคม และการปฏิเสธรัฐและผู้เชี่ยวชาญต่างๆ อันเป็นกระแสสังคมใหม่ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทศวรรษก่อนหน้า กระแสดังกล่าว เกิดพร้อมๆ กับการเติบโตใหญ่ของบรรยากาศการเรียกร้องสิทธิในการจัดการตนเอง (Self-determination) และการทวงถามศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ความเป็นท้องถิ่น เชื้อชาติ และกลุ่มวัฒนธรรมย่อย ของคนกลุ่มต่างๆ กระแสการเรียกร้องสิทธิผู้บริโภค ตลอดจนกระแสสิทธิสตรี ที่รณรงค์เรียกร้อง ให้มีการลดอคติทางเพศ และปรับแนวคิดและการจัดบริการในทางการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญกับความเปราะบางมากขึ้น การลุกขึ้นมาต่อสู้เรียกร้องสิทธิพร้อมๆ กับการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยเหลือกันเอง ของขบวนการสตรี ได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับขบวนการชายรักร่วมเพศ ในขณะนั้น O'Conner กล่าวว่า ชุมชนชาวเกย์ เติบโตควบคู่ไปกับขบวนการผู้หญิง เกิดการ

เคลื่อนไหวทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น เกิดเครือข่ายต่างๆกระจายไปทั่ว ชายรักร่วมเพศที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ เปิดตัวออกมาช่วย และกลายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญมาก ในการเคลื่อนไหวต่อกรกับเอดส์ ในเวลาต่อมา โครงสร้างองค์กรและเครือข่ายของชารักร่วมเพศที่มีอยู่ในทุกระดับ ทัวสหรัฐซึ่งได้พัฒนาต่อเนื่องมาก่อนหน้าการระบาดของโรคเอดส์ ระยะต่อมาได้กลายเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญให้กับการรวบรวมพลัง การเกิดเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพในการกระจายและส่งผ่านข้อมูล และความช่วยเหลือต่างๆ ในหมู่สมาชิก ในระดับที่เหนือความคิด

อย่างไรก็ดี ปัจจัยอีกประการหนึ่ง ที่กระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนตัวของชุมชนชาวเกย์ต่อปัญหาโรคเอดส์ คือ การที่การแพทย์กระแสหลักแทบจะไม่มีอะไรเป็นคำตอบให้ ในการรับมือกับเอดส์ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่ตามมา แม้จะก้าวหน้าขึ้นแต่ก็ยังเต็มไปด้วยช่องว่างและการคาดคะเน การระบาดของเอดส์ เป็นการผลักดันให้การแพทย์แผนใหม่ ต้องเดินมาถึงจุดสูงสุดของศักยภาพของตนเอง

พัฒนาการและความก้าวหน้าอันล้ำค่า ของวงการแพทย์สมัยใหม่ ในการรับมือกับเอดส์ ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา นับเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เกิดกระแสสุขภาพทางเลือกในการต่อกรกับโรคนี้ ดังความจริงที่ว่า แม้จะมีการรายงานผู้ป่วยครั้งแรกในต้นทศวรรษที่ 1980 สามารถจำแนกเชื้อ HIV ได้ในปี 1983/1984 และมีการคิดค้นชุดทดสอบแอนติบอดีและองค์การอาหารและยาสหรัฐอนุญาตให้ใช้ได้ในปี 1985 แต่ตลอดช่วงหนึ่งทศวรรษแรกของการระบาดของเอดส์ มีเพียงยา AZT (Azidothymidine) เพียงตัวเดียวที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้เป็นยาด้านไวรัส แต่นั่นก็ล่วงเข้าไปถึงปี 1987 นอกจากนี้ ยา AZT ยังมีปัญหาจากผลข้างเคียง ราคาแพง และการดื้อยา ทำใหยานี้ไม่ค่อยถึงมือผู้ที่มีปัญหาส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ด้วยระยะเวลาในการพัฒนายาตัวใหม่ ที่แต่เดิมต้องใช้เวลา 10-12 ปี ในการอนุมัติ ซึ่งนานเป็น 2-3 เท่าของอายุเฉลี่ยที่ผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตรอด ทำให้ผลักดันให้กลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งรวมถึงกลุ่มชาวรักร่วมเพศ ต้องดึงเอากระบวนการรักษาและการค้นคว้าทดลอง เพื่อการต่อกรกับโรคเอดส์ กลับมาอยู่ในมือของตนเองในท้ายที่สุด

ตารางที่ 1 งานวิจัยต่างประเทศ

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1989 USA	Flaskerud JH & Rush CE.	AIDS and traditional health beliefs and practices of black women.	ศึกษาด้วยวิธีเชิงปริมาณกับสตรีผิวดำที่เป็น AIDS ใน ลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อศึกษาความเชื่อในการรักษาโรคแบบพื้นบ้านของผู้ป่วยเอดส์	พบว่า สตรีผิวดำที่เป็นเอดส์มีความเชื่อตั้งแต่เริ่มว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติได้แก่ ความเย็น ความไม่บริสุทธิ์ อาหาร ความอ่อนแอ การขาดการกระตุ้นและความเครียด ส่วนสิ่งเหนือธรรมชาติ ได้แก่ พระผู้เป็นเจ้า สิ่งชั่วร้าย และไสยศาสตร์มนต์ดำ ดังนั้นการรักษาโรคเอดส์จึงใช้วิธีการรักษาร่วมกันหลายๆ วิธีทั้งการใช้สารต้านเชื้อใช้ยา สวดมนต์ และการเยียวยาอื่นๆ
1993	Carson VB	Prayer , meditation , exercise , and special diets : behaviors of the hardy person with HIV/AIDS.	ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ กับผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS จำนวน 100 คน เพื่อศึกษาการมีชีวิตรอยู่ที่ยึดมั่นกับสิ่งต่างๆ เช่น การมีทัศนคติด้านบวกต่อการเจ็บป่วย , การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ , ยึดมั่นในจิตวิญญาณ และทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับ AIDS ด้วยกัน	จากการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงอดทนต่อการมีชีวิตรอยู่ของ HIV มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้าใจในสภาพร่างกาย , อารมณ์ และสุขภาพจิต เช่น การมีส่วนร่วมในการอธิษฐานและทำสมาธิ การออกกำลังกายและการใช้อาหารเสริม/อาหารพิเศษ (special diets)

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1993	Wang D. & Koar WH.	Meditation and Hiv infection	ใช้การวิจัยเชิงทดลอง โดยทดลองการใช้สมาธิแบบ Qi Gung/Ming Dao กับผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 26 คน เป็นเวลา 3 เดือน และวัดผลก่อนและหลังการทดลอง	เมื่อวัดผลที่ได้จากการฝึกสมาธิแบบ Qi Gung/Ming Dao ซึ่งเป็นการรักษาโรคเรื้อรังแบบจีนโบราณ ที่ประกอบด้วยการปฏิบัติสมาธิ การเคลื่อนไหว การมองโลก การใช้เสียงและการหายใจ พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อ HIV 12 ราย มีความวิตกกังวลลดลง 6 ราย คงที่ และมี 8 ราย ที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ส่วนการวัดความซึมเศร้า HIV 17 รายมีระดับความซึมเศร้าลดลง 2 ราย คงที่ และเพิ่มขึ้น 7 ราย
1993 USA	Anderson W., et al.	Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS.	ใช้การสอบสวนผู้ติดเชื้อ HIV 184 คน ในเมืองฟิลาเดลเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ใช้การรักษาโรคทางเลือกที่ยังคงรักษาทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เพื่ออธิบายลักษณะเฉพาะของการแพทย์ทางเลือก (alternative therapeutic modalities) และเตรียมข้อมูลถึงประสิทธิผลของทั้ง convention และการรักษาทางเลือก	40% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ให้ข้อมูลว่ามีการใช้การรักษาโรคทางเลือกหรือการรักษาแบบผสมผสาน 42% ของผู้ที่รักษาทางคลินิกและใช้การรักษาทางเลือกเป็นบางครั้ง การใช้การรักษาทางเลือกมีความสัมพันธ์กับการเข้ากลุ่มการติดต่อของกลุ่มผู้มีเลือกบวก และเพศอย่างมีนัยสำคัญ ผลของการใช้การรักษาทางเลือกนั้น 10% ไม่ได้รับการรักษาการติดเชื้อ HIV แบบ conventional treatment 36% ยอมรับการรักษาเมื่อมีอาการแสดงแล้ว

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1994 Netherlands	Wolffers I & de Moree S.	Use of alternative treatment by HIV-positive and AIDS patients in The Netherlands.	ใช้การศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบถึงการแพร่กระจายและการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยศึกษาจาก HIV/AIDS จำนวน 708 ราย โดยมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 206 ราย	พบว่า ในจำนวนผู้ตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด มี 24% ใช้การแพทย์ทางเลือกก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV 27% ใช้เมื่อรู้ผลการวินิจฉัยแล้ว มี 13% ที่ใช้เมื่อ CD4 ในร่างกายลดลง รูปแบบการรักษาที่พบคือ มีการใช้วิตามิน 51% ใช้การรักษาทางจิต 46% ใช้สมุนไพร 40% กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะใช้การแพทย์ทางเลือกต่อไป เพราะได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ประจำครอบครัว (50%) รู้สึกว่าตนเองอาการดีขึ้น (37%) มีความพอใจเพราะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความมั่นใจ (34%)
1995 USA	Martin, MA. et al.	Health, illness, beliefs, and practices of Haitians with HIV disease living in Boston.	ศึกษาเชิงคุณภาพกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ชาวไฮติที่อาศัยอยู่ในเมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10 คน (ชาย 5 คน หญิง 5 คน)	พบว่าแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อและการปฏิบัติสุขภาพของชาวไฮติที่ติดเชื้อมี 5 ประการคือ การรวบรวมความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยแบบดั้งเดิมเข้ากับความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีการรับรู้ที่ต้องปกปิดการติดเชื้อเพื่อหลีกเลี่ยงการปฏิเสธ ดูถูก และแบ่งแยก ใช้แนวคิดด้านจิตวิญญาณช่วยในการเผชิญกับโรคเอดส์ มีความจำกัดในการติดต่อเข้าถึงแพทย์ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีมาแต่เดิมก่อนการวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ใช้การปฏิบัติรักษาเยียวยาตามประเพณีในการรักษาโรคเอด

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1996 Switzerland	Brauchli P., et al.	Use of complimentary medicinal therapies in HIV/AIDS in Switzerland.	สำรวจและประเมินการใช้การแพทย์ทางเลือกในการเยียวยารักษา HIV/AIDS ที่เป็นชาวฝรั่งเศสและเยอรมันในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ โดยได้รับแบบสอบถามคืน 129 ชุด จากจำนวน 640 ชุด	พบว่า มากกว่า 80% ของผู้ติดเชื้อเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 วิธี ในการรักษา ผู้ติดเชื้อแต่ละคนใช้การแพทย์ทางเลือกเฉลี่ย 4 วิธี จาก 60 วิธี วิธีที่มีการใช้มากกว่า 25% ได้แก่ การกินวิตามิน อาหารเสริม ออกกำลังกาย สมุนไพร สมุนไพร โสมโอพาทรี และจิตบำบัด 47% ใช้ทั้งยาต้านไวรัสหรือวิธีการป้องกันการติดเชื้อในช่วงนั้นๆ หรือใช้ทั้ง 2 แบบ
1996	Thomas K Brik อ้างใน Massage Therapy Web Central.	An HIV Study : Massage Doesn't Boost Immune System.	ทำการศึกษาเชิงทดลองจาก HIV/AIDS จำนวน 42 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก นวดอย่างเดียว กลุ่มสอง นวดและเดินแอโรบิค กลุ่มสาม นวด เดินแอโรบิคและคลายเครียด และกลุ่มสี่ ควบคุมไม่ให้มีการนวด จากนั้นทำการวัด CD4 และ Natural killer cells เปรียบเทียบกับก่อนทดลอง	พบว่า เมื่อครบกำหนดทดลองทั้ง 3 กลุ่มมี CD4 และ Natural killer cell ไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญไปกว่ากลุ่มที่ควบคุม แต่อาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์มีน้อยกว่า โดยสรุปคือการนวดให้กับ HIV/AIDS เป็นเวลา 40 นาทีต่อสัปดาห์ ไม่ได้ช่วยให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของ HIV/AIDS ที่ใช้ CD4 เป็นตัววัด ดีขึ้น

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1997	Ostrow MJ , et al.	Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents.	วิเคราะห์ลักษณะทางสังคมและลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการแพทย์ทางเลือกและคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาแบบตัดขวางในโครงการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลของการใช้การแพทย์ทางเลือกและเหตุจูงใจที่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 657 คน	การศึกษาพบว่า 39% เคยใช้วิธีการแพทย์ทางเลือก 30% ใช้อาหารเสริมอย่างเดียว 22% ใช้สมุนไพรและวิธีอื่นๆ 22% ใช้การออกกำลังกาย 22% ใช้การผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีอาการปวดตามร่างกายมาก และผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย เลือกใช้วิธีการแพทย์ทางเลือกมากในการรักษาตนเองเป็นจำนวนมาก
1997	Karolynn Siegel & Eileen Gorey	HIV-infected women : barriers to AZT use	เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติในการใช้ยา AZT ในการทดลอง โดยเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interviewing) จากผู้ติดเชื้อ HIV เพศหญิงจำนวน 71 คน ในกรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา	ผู้ติดเชื้อ HIV เพศหญิงมีทัศนคติทางลบต่อยา AZT อย่างมาก เปรียบยา AZT as a necessary evil มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่พึงพอใจต่อผลที่รับจากยา AZT เพราะกลุ่มดังกล่าวไม่เคยมีประสบการณ์จากผลข้างเคียงของยา หรือการสังเกตพัฒนาการของระดับ T-cell ขณะที่ทำการรักษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีทัศนคติทางลบต่อยา AZT หากไม่มีทางเลือกอื่นก็จะใช้
ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย

1997	Guillory JA , et al.	An exploration of the meaning and use of spirituality among women with HIV/AIDS.	ศึกษาเพื่อค้นหา ความหมายและวิธีการทางจิตวิญญาณจากผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 45 คน ที่แสวงหาเพื่อช่วยให้มี ชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (การจัดกลุ่มสนทนา)	ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คำจำกัดความของจิตวิญญาณถึง 76 ความหมาย แบ่งเนื้อหาเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับความสำคัญในการจะมีชีวิตอยู่อีกครั้ง การสวดมนต์และการปฏิบัติสมาธิ การเยียวยา ความสงบ ความรัก และการเคร่งในศาสนา ยอมรับในเรื่องจิตวิญญาณว่าเป็นส่วนประกอบของสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เป็นมุมมองหนึ่งที่ต้องยกระดับขึ้นและต้องการให้มีการพัฒนากลยุทธ์ต่างๆ เหล่านี้ ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีความหมายต่อพวกเขาที่อยู่ในสถานะที่ไม่สามารถรักษาได้ อย่างมาก
1997	Meredith K , et al.	A survey of women with HIV about their expectations for care.	ทำการสัมภาษณ์ HIV/AIDS จำนวน 50 คนจาก 119 คนที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์ของ Academic Centre ใน St.Louis,Missouri ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการ comprehensive care กับผู้ติดเชื้อเพศหญิง เกี่ยวกับการตัดสินใจมารับบริการ	พบว่าผู้ที่มารับบริการต้องการความมั่นใจในตนเองและเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษา (56%) ต้องการใครสักคนที่สามารถพูดคุยถึงปัญหาต่างๆได้ (56%) ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะของพวกเขา (46%) ทำการรักษาต่อ (42%) อุปสรรคในการดูแลตนเองลดลง (40%) และศึกษาเกี่ยวกับภาวะของตน (30%) ที่สูงที่สุดคือ การพบแพทย์ เรียนรู้เกี่ยวกับภาวะของตน และต้องการเห็นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สบายใจ (92%) การแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือระดับการศึกษาและภาวะการติดเชื้อรุนแรง ซึ่งสำคัญมากต่อโปรแกรมการดูแลสุขภาพประจำวัน

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1997	Sowell,RL. et al.	Self-Care activities of women infected with Human Immunodeficiency Virus.	ศึกษาถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของหญิงติดเชื้อ HIV 27 คนในเขตเมืองและชนบท โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ สทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	พบว่าประเภทของกิจกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย การใช้อาหารพิเศษ และพฤติกรรมการกิน การเลือกการไม่ใช้ยาตามการรักษาของแพทย์ กิจกรรมด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม อยู่กับความกระตือรือร้น การใช้กลวิธีทางสติปัญญา การศึกษาด้วยตนเอง และการปรับวิถีชีวิตตามสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีความรู้สูงให้คุณค่ากับกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหาร ใช้วิตามิน และการมีทัศนคติที่ดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กิจกรรมการดูแลตนเอง คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ อาการและอาการแสดง อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่รับรู้การติดเชื้อ การทำหน้าที่ในครอบครัว ความรู้และประสบการณ์ และสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ปฏิกริยาชอบครอบครัวและสังคม สถานการณ์แวดล้อม ข้อมูลข่าวสารและสื่อบริการ สุขภาพที่ได้รับ และแหล่งประโยชน์อื่นๆ

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1998 USA	Fairfield KM ,et al.	Patterns of use, expenditure, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients.	เพื่อศึกษาถึงการแพร่กระจายและลักษณะการใช้ การผสมผสานและทางเลือกการรักษาอื่นๆ (CAM = Complementary & Alternative Medicine) ค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ทางสังคมที่สัมพันธ์กับการรักษาทางเลือกอื่นและการผสมผสาน โดยการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้การสำรวจทางโทรศัพท์และการทบทวนจาก medical chart ของผู้ติดเชื้อ HIV 289 ราย ที่มารับการตรวจรักษาทั่วไปในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยในเมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา	จากผู้ยินยอมให้สัมภาษณ์ 180 ราย พบว่า 122 ราย (67.8%) ใช้สมุนไพร วิตามิน หรืออาหารเสริม (dietary supplement) 81 ราย (45.0%) พบผู้ให้บริการด้านการรักษาทางเลือกและผสมผสาน (CAM provider) 43 ราย (23.9%) มีรายงานการใช้กัญชา (marijuana) เพื่อการรักษา; ค่าใช้จ่ายในการใช้ CAM ประมาณ \$938 สำหรับการรักษารักษาทั้งหมด เหตุผลหลักในการเลือกใช้ CAM ในการรักษามากที่สุด คือ เพื่อหาทางรักษาที่ตอบสนองหรือเป็นประโยชน์กับตน ผลที่กลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้ CAM provider จะรู้สึกอ่อนเพลีย ส่วนการใช้ อาหารเสริม (supplement) มีผลให้ สูญเสียความทรงจำ (memory loss) รู้สึกอ่อนเพลีย (fatigue) มีน้ำหนักลดลงจากการใช้กัญชา

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1999	Jo Erwin , Barry Peters	Treatment issues for HIV+ Africans in London	เพื่อสำรวจการ แก้ปัญหาตาม ความเข้าใจของ ตนเอง ที่น่าสนใจ ของคนแอฟริกันผิว ดำ ในประเด็นการ เริ่มต้นรักษา ความ กลัวผลข้างเคียงทั้ง ระยะสั้นและระยะ ยาว ความตระหนัก ในความไม่แน่ใจ ของการผสมผสาน การรักษาและและ ความสนใจเกี่ยวกับ วิธีการร้องเรียน เกี่ยวกับ ความสำเร็จในการ รักษา ซึ่งใช้ การศึกษาเชิง คุณภาพใน การศึกษา โดยการ เก็บข้อมูลจากการ อภิปรายกลุ่มกับ กลุ่มผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพและ กลุ่มตัวแทนของ ชาวแอฟริกันผิวดำ ที่ติดเชื้อ HIV ที่อยู่ ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษเพื่อ ศึกษาความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับ การรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และความ สนใจต่อการรักษา	จากการทำการอภิปรายกลุ่มกับผู้เข้าร่วมทั้งหมด 44 คน (จัดเป็น 6 กลุ่ม) มาจาก อุกันดา แซมเบีย เอธิโอเปีย ไนจีเรีย เคนยา ซิมบับเว และแทนซาเนีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ายารที่ได้รับจากการ รักษาตามโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่จ่ายให้คนผิว ขาวกับผิวดำมีความต่างกัน พวกเขามั่นใจว่าการ รักษาด้วยยาหลาย ๆ ชนิด (combination drugs) จะ ได้ผลดีกว่าในคนผิวดำ เพราะความมีร่างกายที่ แตกต่างจากคนผิวขาว แต่คลินิกไม่ใส่ใจกับข้อมูล ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าหมอไม่มีเวลาที่จะตอบ ข้อคำถามของคนไข้ ซึ่งมีผลต่อการให้คำแนะนำซึ่งขัด กับชีวิตจริง และส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ รักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายเกี่ยวกับการรักษาทางเลือกว่า เป็นการรักษาในลักษณะทั้งวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว , การผสมผสานหรือร่วมกับการกินยาหลาย ๆ ชนิด การ รักษาทางเลือกที่พบได้ทั่วไปในอังกฤษ เช่น aromatherapy การแพทย์จีน การกดจุด รวมถึงการ รักษาแบบแอฟริกัน การรักษาเหล่านี้ถูกจัดรวมอยู่กับ ยาพื้นบ้าน (ที่ถูกกล่าวถึงได้แก่ Chemelon และ Cheetan รวมทั้ง Mariandina Pill และ Pearl Omega) พวกนี้เป็นสิ่งใหม่และมักถูกขายให้เฉพาะกับ การรักษา HIV/AIDS ซึ่งการรักษาเหล่านี้ถูกนำเข้ามา ในอังกฤษด้วยเพื่อนหรือญาติผู้ป่วย บางชนิดอย่าง Mariandina Pill ถูกห้ามใช้ในอุกันดา แต่สามารถขาย ได้ในอังกฤษและมีราคาแพง ซึ่ง HIV/AIDS ไม่ต้องการ ให้หมอรู้ถึงการใช้การรักษาทางเลือกเหล่านี้ กลุ่ม ตัวอย่างยังให้ความเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางจิต วิญญาณ อารมณ์ และสิ่งที่เขาได้รับจากโบสถ์ มันเป็น พลังจากการอธิษฐานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษา HIV/AIDS และความศรัทธาในพระเจ้า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความเจ็บปวดจากบริษัทขายยาและคนอื่นๆ ที่ได้ ประโยชน์จาก HIV/AIDS มีความรู้สึกที่ถูกหา ประโยชน์จากคนหรือกลุ่มเหล่านี้ และคนรู้จักหรือผู้ ใกล้ชิดที่เป็นเอดส์ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร (ตามความรู้สึกของตนเอง) เมื่อรับยาต่างๆ ของแพทย์

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1999 USA	Greene KB , et al.	Most frequently used alternative and complementary therapies and activities by participants in the AMCOA study.	ศึกษาเชิงสำรวจเพื่อดู 10 อันดับแรกของการกิจกรรมทางเล็กที่พบโดยทั่วไป โดยใช้การรายงานจาก 1,016 คนที่ได้รับเลือกในมีส่วนร่วมใน the Alternative Medical Care Outcomes in AIDS study ประเทศสหรัฐอเมริกา	พบว่า 10 อันดับแรกของกิจกรรมทางเลือกที่มีการใช้มากที่สุดคือ การเดินแอโรบิก (aerobic exercise) 64% , การสวดมนต์ (prayer) 56% , การนวด (massage) 54% , การฝังเข็ม (needle acupuncture) 48% , การใช้สมาธิ (meditation) 46% support groups 42% , การใช้จินตนาการ (visualization and imagery) 34% , ออกกำหนดลมหายใจ (breathing exercises) 33% , กิจกรรมเกี่ยวกับจิตวิญญาณ (spiritual activities) 33% , และการออกกำลังกายอื่นๆ 33% แม้ว่าการใช้กิจกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ การวิจัยทางคลินิกไม่ได้มีการรายงานทางการแพทย์เกี่ยวกับการสนับสนุนให้ใช้กิจกรรมดังกล่าวสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
1999	Burnett A , et al.	Caring for people with HIV in Zambia : are traditional healers and formal health workers willing to work together?	เป็นการศึกษาถึง การตัดสินใจของผู้ที่ทำการรักษาที่บ้าน (traditional healers) และผู้ที่ทำงาน formal health ความรู้ และการปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วย AIDS เพื่อเตรียมให้เข้าร่วมการอบรมในเวิร์คชอป มี 20 traditional healers และ 4 formal health worker ที่ต้องการเข้าร่วมทำงานรักษาผู้ป่วยเอดส์	traditional healers กล่าวถึงการยากลำบากในการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงกับผู้ป่วย ความกลัวของผู้ป่วยจะกลายเป็นการกดดันและอยากฆ่าตัวตาย traditional healers ผู้ให้การสัมภาษณ์ทั้งหมดต้องการการอบรมเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของ HIV/AIDS และการรักษาของพวกเขา ส่วน formal health workers จำนวนมากทำในการให้คำปรึกษาแก่ HIV

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
1999	Hosein S.	Can supplements of niamine/minerals increase survival.	ศึกษาการใช้อาหารเสริมในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 281 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ถึงปริมาณสารอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคและนำมาคำนวณอัตราการมีชีวิตรอด	พบว่า สารอาหารที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บริโภคได้แก่ วิตามิน A,C,E และ B , เบต้าแคโรทีน และ ธาตุสังกะสี ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง กินวิตามิน A,B2,B6,B12,C,Folic acid และ เบต้าแคโรทีนในปริมาณที่สูงเกินกว่าที่แนะนำให้ใช้ในแต่ละคน และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหาร B1,B2,Niacin และ วิตามิน A มีอัตราการมีชีวิตรอดสูงกว่าตัวอย่างที่ใช้สารอาหารดังกล่าวที่ต่ำกว่าประมาณ 1.3 ปี การใช้ธาตุสังกะสีเป็นอาหารเสริมไม่ได้เพิ่มอัตราการอยู่รอด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ธาตุสังกะสีในปริมาณที่สูงมีอัตราการอยู่ร่อน้อยลง ภายหลังการใช้ธาตุสังกะสีเป็นเวลา 5 ปี การวิจัยนี้มีการคำนวณปริมาณสารอาหารจากการบริโภคไม่ได้วัดระดับสารในเลือดผลการวิจัยจึงสรุปได้ไม่แน่ชัดและไม่ได้หมายความว่าให้กินสารใดเพิ่มขึ้นหรือให้ลดกินสารใดๆ เลย
2000	Smith D , et al.	Capturing the paradigm shift in HIV treatment : changing attitudes in the choice of combination antiretroviral drugs by high HIV caseload Australian GPs (1996-1997).	ศึกษาถึงการเปลี่ยนจากการใช้ combination antiretroviral drugs ของ กลุ่ม HIV caseload ชาวออสเตรเลีย ตั้งแต่ปี 1996-1997 จากทั้งหมด 21 กลุ่ม โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ	จาก 17 กลุ่ม HIV caseload ที่ให้ข้อมูล พบว่า ในปี 1996 มีผู้ป่วย 40% โดยประมาณที่ใช้ยาต้านไวรัส และมีถึง 70% ในปี 1997 ในปี 1996 จะใช้ยาต้านไวรัส 2 ตัว (59%) ส่วนในปี 1997 มีการใช้ยาต้านไวรัส 3 ตัวมากขึ้น (82%) ระหว่างปี 1996-1997 การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มากที่สุดในการเลือกใช้ยาต้านไวรัสคือการใช้ยาต้านไวรัส 2 ตัว

ค.ศ.	ผู้วิจัย	ชื่องานวิจัย	ลักษณะการศึกษา	ผลการวิจัย
2000	David Wilkinson	An Evaluation of the MoH/NGO Home care programme for people with HIV/AIDS in Cambodia.	เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโปรแกรม Home base care ต่อ HIV/AIDS ในประเทศกัมพูชา โดยประเมินผลในด้านผล ต้นทุนของโปรแกรมใน Panom Penh และ Battambang การประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม พัฒนาการใช้ Home base care ในประเทศกัมพูชา โดยทำศึกษาเชิงปริมาณกับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 100 คน และศึกษาเชิงคุณภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต รวมทั้งการอภิปรายกลุ่มกับทีม Home base care และอาสาสมัคร	ผลที่ได้พบว่าโปรแกรม Home base care สามารถลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้แก่ HIV/AIDS ได้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของพวกเขาได้รวมทั้งชีวิตของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลพวกเขาด้วย สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือและดูแล HIV/AIDS ได้ ลดการต่อต้าน ไม่ยอมรับ HIV/AIDS ในชุมชน สามารถสร้างพลังในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ให้แก่ครอบครัวของตน ของ HIV/AIDS ที่ยากจน รวมถึงชุมชนด้วย

2.3 รูปแบบการดูแลรักษาแบบทางเลือกในตะวันตก

เทคนิคและวิธีการบำบัดรักษาแบบทางเลือก ที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยใช้ ส่วนมากเพื่อหวังผลสำคัญคือ การต่อต้านเชื้อไวรัส เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน และเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส นอกจากนี้ ยังอาจถูกใช้เพื่อลดอาการเจ็บปวด บรรเทาหรือควบคุมอาการอื่นๆ ลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน และอาจเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อารมณ์ และอื่นๆ

อย่างไรก็ดี มีข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่น่าสนใจ ที่ O'Conner (1995) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ก็คือ การจะรวบรวมรายชื่อเทคนิควิธีการทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ให้ครอบคลุมเป็นเรื่องยาก สาเหตุก็คือเพราะองค์ความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนี้ยังไม่หยุดนิ่ง มีการค้นคว้าทดลอง อยู่ตลอดเวลาทั้งในแวดวงวิชาการการแพทย์ และด้วยประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ ในแต่ละช่วงเวลามีข้อมูลและสมมุติฐานใหม่เกิดขึ้น เทคนิคและวิธีการต่างๆ มีมาใหม่และเปลี่ยนแปลงตลอด ตามการค้นพบใหม่ๆ ทั้งในแง่ประโยชน์ และผลเสียของทั้งเทคนิควิธีการหรือยาที่ใช้อยู่เดิม และที่พบใหม่ รวมทั้งที่เกิดจากการผสมสารหรือเทคนิคกันไปมาที่ทำได้โดยไม่รู้จักสิ้น ในข้อมูลการสัมภาษณ์ของ O'Conner เอง ได้พบว่า แม้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง ถึงกับมีคำเรียกสภาวะการหมุนเวียนเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วของข้อมูล ความนิยมของเทคนิควิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ว่าเป็น Cure of the week (O'Conner 1995: 181)

ในการกล่าวถึงรูปแบบของเทคนิควิธีการบำบัด รักษาแบบทางเลือกต่อไปนี้ ผู้เขียนจะใช้ข้อมูลจากงานของ O'Conner ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น เอกสารทางการแพทย์และพยาบาล เอกสารเผยแพร่ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเครือข่ายข้อมูลการบำบัดรักษาแบบทางเลือกของผู้ติดเชื้อ (AIDS Alternative Therapies Information Network) และการศึกษาข้อมูลจากผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลในช่วงปี 1989-1993 โดยมีการแบ่งรูปแบบของเทคนิคการบำบัดรักษา เป็นกลุ่มต่างๆ หลายกลุ่ม ในที่นี้จะเลือกมากล่าวถึงเฉพาะที่น่าสนใจและพอเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาในประเทศไทย (ดูตารางประกอบ)

IMMUNOMODULATORS (implies stimulant/strengthening effect)

Botanicals

Echinacea (purple coneflower)

Astragalus (tragacanth)

Shiitake mushrooms or Lentinan extract pills

Ginseng (*Panax schin-seng* and *Panax quinquefolius*) “rejuvenator” vs. chronic fatigue, stimulant to thymus and pituitary glands, central nervous system stimulant (extensive use recommended under knowledgeable supervision only)

Traditional Chinese herbs (used with or without acupuncture in a comprehensive program aimed at a broad range of responses in addition to immune system stimulation)

Aloe vera oral gel

Mistletoe extract pills

Nutritional Supplements

NAC (N-acetylcysteine; to promote glutathione production in cells; antioxidant)

Thymus extracts (to stimulate T-cell production; dosages restricted to avoid overstimulation of immune system)

L-Lysine (amino acid)

Blue-green algae (spirulina; “Blue-Green Manna”)

Commercial supplement tablets combining several herbs: “Astra-8,” “Immunecomp,” “Maximum Defense,” “Vita-Mune”

Zinc (caution: low threshold of toxicity)

Selenium (caution: low threshold of toxicity)

Vitamins A, B, C, E

Prescription Pharmaceuticals (off-label uses)

Disulfiram (Antabuse[®])

Cimetidine (Tagamet[®]), Ranitidine (Zantac[®])

Low-dose alpha-interferon

Pentoxifylline (Trental[®])

Levamisole

Proleukin[®]

ตารางที่ 2 (Continued)

Foreign Pharmaceuticals and Products

Imuthiol/DTC

Ribavirin

Isoprinosine

Physical Therapies

Shiatsu or acupressure massage (believed to improve overall health and immune function by removing significant energy blockages)

Chiropractic

Metaphysical Therapies

Prayer

“Psychoimmunity”; Louise Hay books and videotapes

ANTI VIRALS

Botanicals

Echinacea (purple coneflower)

Shiitake mushrooms or Lentinan extract pills

Hypericum (St. John's wort); (specifically identified as antiretroviral. Cautions:

photosensitivity, hepatotoxicity; contraindicated when liver enzymes are elevated, or in the presence of subjective signs of impaired liver function. May be taken instead in synthesized form, hypericin)

Traditional Chinese herbs

Pau d'arco (also Tajibo/Taheebo; *Tabebuia impetiginosa*)

Nutritional Supplements

L-Lysine (against herpesviruses)

BHT (commercial antioxidant; to eliminate “atmosphere of oxidation” conducive to viral replication)

NAC (N-acetylcysteine; to promote glutathione production in cells; antioxidant)

Vitamin C

Foreign PharmaceuticalS

Dextran sulfate (specifically identified as antiretroviral; now controversial)

Compound Q (toxicity warning)

AL-721 (specifically identified as antiretroviral; now largely out of favor)

ตารางที่ 2 (Continued)

ANTI-FUNGAL AND ANTI-YEAST AGENTS

Botanicals

Pau d'arco (also Tajibo/Taheebo; *Tabebuia impetiginosa*)

Garlic (odorless tablet forms available; therapeutic and prophylactic use)

Traditional Chinese herbs

Ligustrum (privet; as mouthwash for candidiasis)

"Candida Cleanse" (commercial herbal formula; contains echinacea and astragalus)

Chaparral tea

ANTIBIOTICS

Garlic (odorless tablet forms available; therapeutic and prophylactic use) Traditional Chinese herbs

ANTITUMOR AGENTS

Botanicals

Echinacea (purple coneflower)

Astragalus (tragacanth)

Shiitake mushrooms or Lentinan extract pills

Pau d'Arco (also Tajibo/Taheebo; *Tabebuia impetiginosa*)

Spirulina (blue-green algae)

Other Natural Substances

Shark cartilage

Nutritional Supplements

Vitamin C

FOR KAPOSI'S SARCOMA SKIN LESIONS SPECIFICALLY

Homeopathic remedies

Mistletoe

Phytolacca (poke root)

Periwinkle (vinca)

ตารางที่ 2 (Continued)

Botanicals

Aloe vera (topical)

Mistletoe extract pills

SYMPTOM CONTROL

Traditional Chinese medicine: herbs and/or acupuncture (symptom abatement follows resolution of imbalances). A printed handout distributed at a monthly alternative therapies discussion group asserts that “100% of long-term survivors are using some form of Chinese Medicine weekly.”

Aloe vera (Egyptian burn plant): topical, for skin lesions and ulcerations; oral gel, anti-inflammatory

Ligustrum (privet): internal, for diarrhea; as mouthwash for candidiasis; topical, for skin problems

Chiropractic

FOR SIDE EFFECTS OF CONVENTIONAL MEDICAL THERAPY

Iron: to overcome anemias and reduce fatigue resulting from AZT, chemotherapy

“Blue-green Manna” (a blue-green algae): to combat liver toxicity of AZT, pentamidine

Marijuana tea: for nausea secondary to chemotherapy

L-Arginine (amino acid): to combat liver toxicity (contraindicated in presence of herpesvirus infections or their prodromal signs)

Traditional Chinese herbs

Acupuncture

Visualization, guided imagery

Chiropractic

Source: O’Conner (1995: 115-117)

- **เทคนิคทางด้านโภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร**

ผู้ติดเชื้อ HIV ส่วนมากจะให้คำกับอาหารและโภชนาการ ว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ แนวคิดนี้แพร่หลายทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและด้วยการสนับสนุนจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม ความเชื่อว่าอาหารชนิดหรือประเภท เป็นประโยชน์หรือมีคุณค่าหรือเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย หรือมีประโยชน์อย่างไร อาจมีความแตกต่างกันได้อย่างมาก ระหว่างผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อกับแพทย์ โดยในฝ่ายของผู้ติดเชื้อมักจะมีความซับซ้อนกว่า

รูปแบบของอาหารที่ถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยคือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามินและเกลือแร่ความเข้มข้นสูง (Vitamin and minerals megadose) ผลิตภัณฑ์เหล่านี้โดยทั่วไปเชื่อว่า ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวคิดที่ว่า ความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันสัมพันธ์อยู่กับการขาดวิตามินและเกลือแร่ รวมทั้งสมมุติฐานที่ว่า วิตามินและเกลือแร่ปริมาณสูงจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่ขาด ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันกลับมาทำงานเต็มประสิทธิภาพเช่นเดิม โดยทั่วไปเชื่อกันว่าการรักษาด้วยวิตามินและเกลือแร่ปริมาณสูง จะช่วยซ่อมเสริมเซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันด้วยการไปเพิ่ม T-cell หรือ CD-4 และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ T-cell

วิตามินแต่ละชนิด จะถูกใช้ด้วยเหตุผลต่างกัน วิตามินซี ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาว สำหรับวิตามินและเกลือแร่อื่นๆที่ใช้ก็คือ วิตามิน A, B (Thiamine) B6 (Pyridoxine) B12 (Cobalamin) C, D, และ E สำหรับเกลือแร่ที่ใช้บ่อยคือ สังกะสี และเซเลเนียม ซึ่งมีคุณสมบัติที่เชื่อกันปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ชนิดและคุณสมบัติในการบำบัดรักษาของวิตามินและเกลือแร่

วิตามิน/เกลือแร่	ผลที่เชื่อว่าจะใช้ในการบำบัดรักษาได้
วิตามิน	
A	เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยซ่อมแซมเซลล์ประสาทที่ถูกทำลาย ช่วยทำให้สายตาดีขึ้น (จากปัญหา HIV-related neuropathies, Cytomegalovirus-CMV retinitis)
B Complex	ช่วยลดระดับความเครียด ปรับปรุงคุณภาพของระบบการดูดซึมที่สูญเสียไปเนื่องจากความเครียด เพิ่มความสามารถในการดูดซึมวิตามินซี
C	เพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานการติดเชื้อไวรัส กระตุ้นกระบวนการกำจัดพิษออกจากร่างกาย
E	ทำให้แผลหายเร็วขึ้น ทำให้ร่างกายสร้างเซลล์ และเนื้อเยื่อขึ้นใหม่
Minerals	
Selenium	เพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน สร้างความแข็งแรงให้กับผนังเซลล์
Zinc	ซ่อมแซมและกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน
Iron	ป้องกันและแก้ไขภาวะเลือดจาง บรรเทาอาการอ่อนเพลีย

ที่มา: O'Conner 1995: 120

นอกจากนี้ยังมีอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอีกหลายชนิด ที่มีการใช้กันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เช่น

- NAC (N-acetylcysteine) กรดอมิโนสังเคราะห์ชนิดหนึ่ง ถูกใช้เป็นสารต้านอนุมูลอิสระและใช้กระตุ้นการผลิต Glutathione
- กรดอมิโนชื่อ L-Lysine ที่ในวงการอาหารสุขภาพเชื่อกันว่า ใช้เป็นสารต้านไวรัส และป้องกันการระบาดของโรคเริม
- สารไอโอดีนจากสาหร่ายทะเล คลอโรฟิลล์ สารสีเขียวจากข้าวบาร์เลย์ (Barley Greens) และ Wheat grass juice ซึ่งเชื่อกันว่าช่วยกระตุ้นการทำงานของต่อมไทมัส
- สารสกัดจากต่อมไทมัสของสัตว์ ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อเป็นสารกระตุ้นระบบเพิ่มภูมิคุ้มกัน

แมคโครไบโอติกส์ โภชนาการต้านเชื้อรา (Anti-yeast diet) และโภชนาการเพิ่มพลังให้ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune Power Diet) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของวิธีการในการบำบัดรักษาของผู้ติดเชื้อ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในเชิงแนวคิดเบื้องหลังและกรรมวิธี

แมคโครไบโอติกส์ อาศัยหลักคิดพื้นฐานเกี่ยวกับดุลยภาพและความประสานสอดคล้องระหว่างพลังของ หยินและหยาง ในร่างกาย การใช้อาหารที่มีความเป็นหยินและหยางเป็นกลไกในการปรับและรักษาดุลยภาพ ร่วมกับการใช้สมมติ ดุลยภาพที่เหมาะสมของหยินและหยาง ทำให้เกิดสุขภาพ ขณะที่การเสียดุลยภาพเป็นที่มาของโรค ในหมู่คนอเมริกันที่เชื่อในหลักแมคโครไบโอติกส์สมัยใหม่ มองว่าโรคภัยแรงเช่นมะเร็งและเอดส์ เป็นผลจากการเสียดุลยภาพเป็นเวลานาน (Long-term imbalances) ผู้ที่เชื่อในหลักการนี้ เห็นว่าการกินอาหารและดำเนินชีวิตในแนวแมคโครไบโอติกส์ จะช่วยฟื้นฟูดุลยภาพ และการประสานกันของหยินและหยาง ทำให้เกิดสุขภาพ ขจัดสิ่งที่เป็นรากฐานของการเกิดโรคเอดส์ และทำให้เชื้อไวรัสลดความรุนแรงลงหรือไม่สามารถทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

อย่างไรก็ดี มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่ง ที่เห็นตรงกันข้ามกับแนวคิดนี้อย่างมาก โดยเห็นว่า การเข้มงวดในการกินอาหารจะทำให้ร่างกายได้โปรตีนและแคลอรีไม่เพียงพอ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียกับร่างกายของผู้ที่กำลังติดเชื้อหรือกำลังมีอาการของโรค ที่เป็นภาวะที่ต้องการรักษาน้ำหนักและสารอาหารในปริมาณมาก

โภชนาการปลอดเชื้อรา (The Yeast-Free Diet) เป็นอาหารที่กินเพื่อป้องกันโรคเชื้อราฉวยโอกาส (Candidiasis) ที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้ติดเชื้อ แนวอาหารแบบนี้ จะห้ามอาหารที่มีเชื้อราทุกประเภทหรืออาหารและเครื่องดื่มที่เกิดจากการหมัก ขนมปังที่ใช้ยีสต์ผสมทุกชนิด และอาหารที่อาจจะมียีสต์ปนเปื้อนหรือเจริญเติบโตได้ เช่น อาหารพร้อมปรุงที่บรรจุเป็นแพ็ค น้ำตาลฟอกขาวและที่ไม่ผ่านการฟอก (raw sugar) น้ำเชื่อมจากผลไม้ น้ำผึ้ง เนยแข็ง น้ำผลไม้ทุกรูปแบบ และอาหารเหลือค่างคืน นอกจากนี้ยังรวมถึงการห้ามการดื่มชาและกาแฟ

ทฤษฎีเบื้องหลังแนวคิดนี้ก็คือ การเชื่อว่าการกินอาหารที่มียีสต์หรืออาหารที่ทำให้ยีสต์เติบโตได้ดี จะทำให้ร่างกายมีสภาวะที่เอื้อให้เชื้อราเติบโตได้ดี ซึ่งไปเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อ Candida ที่จะส่งผลต่อให้เกิดความอ่อนแอของระบบภูมิคุ้มกัน

โภชนาการเพิ่มพลังให้ระบบภูมิคุ้มกัน (The Immune Power Diet) เป็นแนวคิดที่เกิดจากการต้องการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป ที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการบำบัดรักษาโรคเอดส์ โดยอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีที่ว่า คนส่วนใหญ่ นั้น อย่างน้อยจะต้องมีการแพ้อาหารบางอย่างโดยไม่รู้ตัว การเผลอกินอาหารเหล่านี้เข้าไป ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการลดลงของภูมิคุ้มกัน และการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยในที่สุด แนวคิดเช่นนี้เชื่อว่า มีอาหารบางชนิดที่เป็นพิษต่อระบบภูมิคุ้มกันโดยตรง (Immuno-toxic) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวและระบบภูมิคุ้มกันโดยรวมทำลายตนเอง นำไปสู่ความอ่อนแอของภูมิคุ้มกันของร่างกาย อาหารที่สร้างปัญหากับระบบภูมิคุ้มกันตามแนวคิดนี้ มีหลายอย่าง คือ นำนมวัว ข้าวสาลี ยีสต์ ไข่ ข้าวโพด ถั่วเหลือง น้ำตาลจากอ้อย และผลิตภัณฑ์ที่ทำขึ้นหรือมีส่วนประกอบจากสิ่งเหล่านั้น

ตามระบบความเชื่อแนวนี้ อาหารที่เหมาะสมคือ การเว้นอาหารที่ร่างกายแพ้ และทดแทนด้วยอาหารเสริมประเภทวิตามิน เกลือแร่ และกรดอะมิโนที่จำเป็น ซึ่งส่วนมากก็คือ วิตามิน เอ บีคอมเพล็กซ์ ซี ดี อี และ เค สังกะสี เหล็ก เซเรเนียม ทองแดง และกรดอะมิโน

ประโยชน์ของโภชนาการแนวนี้ คือ การสร้างความแข็งแรงให้กับต่อมไทมัส เพิ่มจำนวน T-cell เร่งการทำงานของแอนติบอดี และทำให้เซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันทางแข็งแรงขึ้น อาหารที่กินตามแนวคิดนี้จะช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันกลับสู่ภาวะปกติ

- การใช้สมุนไพร

มีสมุนไพรมากมายหลายชนิด ที่ถูกใช้โดยผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้วยเหตุผลเพื่อการควบคุมอาการของโรคและการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการจัดการกับไวรัสโดยตรง

ในงานศึกษาของ O'Conner (1995: 125) สมุนไพรที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุดคือ Echinacea หรือ Purple coneflower สมุนไพรดังกล่าวนี้ มีการใช้มาแต่ดั้งเดิมในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง แผลพุพองที่เชื่อว่าเกิดจากเลือดเสีย (Contaminated blood) และกามโรค ในแวดวงของเครือข่ายการรักษาแบบทางเลือกของผู้ติดเชื้อเอดส์ สมุนไพรนี้ได้ชื่อว่าเป็น สมุนไพรที่เหมาะสมที่สุด (The herb of choice) ในการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และได้รับการเชื่อกันว่ามีคุณสมบัติทั้งการต้านเชื้อไวรัสและการสร้างระบบภูมิคุ้มกัน

การใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อ มีทั้งที่เป็นการใช้ประจำและใช้เป็นครั้งคราวเพื่อรักษาตามอาการ เช่น เมื่อมีอาการหวัด และอ่อนเพลีย อย่างไรก็ตาม มีการกล่าวถึงปัญหาที่อาจจะเกิดจากการใช้มากหรือนานเกินไป จนส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันมากเกินไป (hyperstimulation) จนอาจส่งผลถึงปัญหา autoimmune response

นอกจาก Echinacea ที่กล่าวข้างต้น ในงานของ O'Conner ยังกล่าวถึงสมุนไพรอีกหลายชนิดในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะ **Astragalus** ที่ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของเซลล์เม็ดเลือดขาว และ Macrophage function **โสมและเห็ดชินตาเกะ** (Shintake mushrooms) ซึ่งเชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพเช่นเดียวกับ Astragalus

- เทคนิคอื่นๆ

นอกเหนือจากเทคนิคในเรื่องอาหารและสมุนไพรที่กล่าวมา ในรายงานของ O'Conner ยังมีการกล่าวถึงรูปแบบการบำบัดรักษาอื่นๆ อีกหลายแบบ อาทิ โสมิโอพาธี การแพทย์จีน การบำบัดรักษาแบบ New Age เช่นการบำบัดด้วยพลังและการสัมผัส โยคะ เวกิ สมาธิกลุ่ม ชี่กง การบำบัดทางจิต (Psychological and metaphysical Approaches) การใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะยาที่หาซื้อจากตลาดมืดหรือนำเข้าจากต่างประเทศ (เนื่องจากเป็นยาอยู่ในระหว่างการทดลอง หรือยังไม่ผ่านการทดสอบและอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสหรัฐฯ) เป็นต้น

3. ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์ และการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก: สถานการณ์งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในประเทศไทย มีการคลี่คลายมาตลอดนับจากที่มีการรวบรวมไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 จนถึงปัจจุบัน ในช่วงก่อนปี 2540 มีการพบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง เป็นงานวิจัยด้านสังคมวิทยา มานุษยวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ โดยเป็นการศึกษาที่หนักไปทางการทำความเข้าใจความรู้ ทศนคติ และความคิดความเชื่อ ของกลุ่มเสี่ยงประชาชนทั่วไป จนถึงกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เริ่มมีการตีพิมพ์มากขึ้นหลังจากปี 2535 เป็นต้นมา ทั้งนี้อาจด้วยเหตุผลส่วนหนึ่งจาก จำนวนผู้ติดเชื้อและป่วยเริ่มปรากฏชัดเจนและเป็นประเด็นปัญหามากขึ้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ 2541: 81-82; วิพุธ พูลเจริญ 2539; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข 2541) โดยงานส่วนมาก เน้นศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยและกระบวนการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย และพฤติกรรมการรักษาดูแลตนเอง ซึ่งในประการหลังนี้เอง ที่ปรากฏข้อมูลเรื่องการใช้ทางเลือกอื่น (Alternative therapies/ approach) ในการรักษา และดูแลสุขภาพมากขึ้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ 2541: 81-89)

การประมวลองค์ความรู้ในส่วนนี้ ใช้การรวบรวมรายชื่อและเอกสารรายงานการวิจัยที่มีอยู่ในหอสมุดแห่งชาติ หอสมุดกองโรคเอดส์ หอสมุดสำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข หอสมุดของสถาบันการศึกษาต่างๆ คือ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวบรวมงานได้ทั้งสิ้น 61 ชิ้น โดยเป็นงานที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2531 จนถึงปัจจุบัน

3.1 ภาพรวม

จากงานวิจัยที่รวบรวมได้จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2543) พบงานจำนวนประมาณ 61 ชิ้น ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับโดยตรงและอ้อม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยด้วยทางเลือกอื่นๆ มีลักษณะสำคัญดังนี้

- เป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ.2540-2541 มากที่สุด (21 ชิ้น) ส่วนมากเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทและปริญญาเอกของบัณฑิตวิทยาลัยในสถาบันการศึกษาต่างๆ มากกว่างานวิจัยของหน่วยงาน/กลุ่มองค์กรต่างๆ
- ในจำนวนทั้งหมด เป็นงานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเผชิญชีวิต 20 ชิ้น การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ครอบครัว ชุมชน และรูปแบบอื่นๆที่จัดให้โดยสถานบริการ 19 ชิ้น ที่เกี่ยวกับการใช้ทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการมี 19 ชิ้น เกือบทั้งหมดเป็นงานที่ศึกษาหรือตีพิมพ์ในช่วงหลังปี 2540

- สิ่งที่น่าสนใจสำหรับงานที่ศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลสุขภาพ และรักษาอาการ ก็คือ 8 ชิ้น เป็นงานวิทยานิพนธ์ 5 ใน 8 ชิ้นนี้ เป็นงานทางด้านการพยาบาลที่เน้นศึกษาผลของเทคนิคการดูแลรักษาสุขภาพแบบทางเลือกแบบต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การเยียวยาด้วยจิตวิญญาณ และหลักพุทธธรรม และใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง
- สำหรับที่เป็นงานวิจัยโดยหน่วยงานต่างๆ จำนวน 9 เรื่องนั้น 4 เรื่อง ทำโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข (สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 3 เรื่อง กองควบคุมโรคเอดส์ 1 เรื่อง) 3 เรื่องโดยมหาวิทยาลัย (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 และสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย 2 เรื่อง) มองในด้านวิธีการวิจัย 3 เรื่องเป็นการสำรวจเชิงปริมาณ 2 เรื่องเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และ 1 เรื่อง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะที่ในด้านเนื้อหาค่อนข้างกระจุกกระจายทั้งในแง่ประเด็นการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ที่ใช้ศึกษา
- กล่าวในภาพรวมแล้ว งานวิจัยเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ยังมีจำกัดมาก ไม่ว่าจะพิจารณาในด้านปริมาณหรือคุณภาพ เทียบกับข้อมูลในต่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้น ภาพที่เป็นระบบและครอบคลุมในเรื่องความแพร่หลาย (Prevalence) พฤติกรรมและแบบแผนการใช้ ตลอดจนประสิทธิผลของทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพต่างๆ ยังอยู่ในสถานะที่ต้องการการศึกษาวิจัยอีกมาก และโดยเร่งด่วน ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ บทบาทของสถาบันวิจัยจากมหาวิทยาลัยต่อประเด็นนี้ มีจำกัดมากอย่างไม่น่าเชื่อ

3.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

งานวิจัยที่ผ่านมาจำนวนมาก ได้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ ปัญหาที่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวต้องเผชิญ เป็นส่วนมาก ข้อเสนอที่สำคัญจากงานวิจัยเหล่านั้นคือ

- 1) ปัญหาการปรับตัวเมื่อรู้ผลวินิจฉัย เป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องรับรู้ในสิ่งที่ไม่ต้องการรู้ โดยเฉพาะกับผลการติดเชื้อที่น่ากลัว อันตรายซึ่งทั้งตนเองและสังคมยอมรับได้ยาก ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรับรู้การติดเชื้อที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ตกใจ เสียใจ ร้องไห้ ไม่เชื่อ สับสน งุนงง วิดกกังวล ตกตะลึง โกรธ ทำอะไรไม่ถูก นอนไม่หลับ เกลียดตัวเอง รู้สึกโชคร้าย ไม่อยากรับประทานอาหาร รู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต นอกจากนี้ในกลุ่มของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังพบว่ามีความรู้สึกน้อยใจในความไม่ยุติธรรมของชีวิต ซึ่งตนไม่ได้มีความประพฤติสำส่อนทางเพศหรือทำการเสื่อมเสียใดๆ แต่กลับต้องมาติดเชื้อ ต้องรับผลที่

ตนเองไม่ได้ก่อ สภาวะความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มี ภาวะซึมเศร้าและมีความเครียดสูง

2) ปัญหาที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าได้รับเชื้อ ได้แก่

- ความทุกข์ที่เกิดจากความหวาดกลัวต่อโรคและอาการที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลจากการ เรังรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่ใช้สื่อแสดงให้เห็นถึงความน่าเกลียดน่ากลัว ของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นและข้อมูลที่รู้กันโดยทั่วไป คือ เป็นแล้วต้องตาย ไม่มีทาง รักษา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่บั่นทอนความหวังและกำลังใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์
- ความทุกข์ที่เกิดจากความหวาดกลัวต่อการรังเกียจจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไร้ คนสนใจ โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง การถูกกีดกันจากสมาชิกในชุมชน หวาดระแวง กังวลใจ ในสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ เพราะกลัวว่าจะถูกรังเกียจหากคนที่เขาพูดคุยด้วยรู้ว่าตน ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งมีทั้งกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คาดการณ์ไปเองและได้รับ ปฏิบัติการรังเกียจตนจริงๆ
- ความทุกข์ที่เกิดจากความหวาดกลัวว่าจะเป็นพาหะแพร่เชื้อไปยังบุคคลใกล้ชิด ซึ่งมีผล มากกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคไม่มากเท่าที่ควร ทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดระแวงต่อพฤติกรรมของตนเองที่ต้องดำเนินไปใน ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลดีที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระมัดระวังตนไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น แต่หากเกิดขึ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แยกตัวออกจากสังคม ขาด วิธีทางที่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ดำรงชีวิตอยู่ ได้โดยปกติ
- ความทุกข์ที่เกิดจากความรู้สึกขาดความมั่นคงในชีวิต ต้องเผชิญกับอนาคตที่ไม่ แน่นนอน เพราะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ รายได้น้อย และเมื่อติดเชื้อ HIV บางรายถูกให้ออกจากงาน บางรายสภาพร่างกายทรุดโทรมจนไม่ สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้ขาดรายได้ในการดำรงชีวิต และยังคงมีภาระเพิ่มขึ้น ในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ยังเป็นโรคที่อาจถูก รังเกียจจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อย ขาดความ มั่นใจในอนาคตที่จะมีคนดูแล
- ความทุกข์ที่มาจากอาการและพยาธิสภาพของโรคที่ปรากฏ เช่น เป็นไข้ ใเรื้อรัง น้ำหนักลด ร่างกายผ่ายผอมผิดปกติ อูจจระร่วง แผลเรื้อรัง เริมที่ใบหน้าและลำตัว เชื้อราในช่องปากและตามผิวหนัง เป็นต้น โดยผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์มักไปพบ แพทย์เมื่อปรากฏอาการ ซึ่งมักจะสายเกินไป เพราะเชื้อขยายตัวลุกลามมากขึ้น ภาวะ

ความเจ็บป่วยหรือขาดสมดุลทางร่างกาย ล้วนแต่สร้างความทรมานกายและทำลายกำลังใจของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ เพราะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง บางรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งยังรู้สึกหมดหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว

- ปัญหาเกี่ยวกับการขอรับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ การตีตราผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีการที่บุคลากรแสดงต่อผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์แตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ เช่น การแยกห้องผู้ป่วย พุดจากระทบกระเทียบเหยียดหยาม เย้ยหยัน ตอกย้ำภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย แสดงท่าทีรังเกียจ กีดกันการได้รับการรักษาด้วยการประเมินโดยตัวของแพทย์เองว่าคุ้มหรือไม่คุ้มที่จะทำการรักษา ประกอบกับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวนมาก ทำให้แพทย์ไม่สามารถให้เวลาในการรักษา แนะนำ ตอบข้อซักถามหรืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและวิธีการดูแลรักษาตนเองอย่างละเอียดได้ นอกจากนี้ปัญหาที่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากวิธีการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ต้องใช้ยาหลายชนิด ได้รับผลข้างเคียงจากยาสเตรอยด์ ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ใช้ยาไม่ถูกต้อง ทั้งขนาดยา วิธีการใช้ และวัตถุประสงค์ทำให้เกิดการดื้อยารักษาอาการต่างๆ ให้นายได้ยาก ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว
- ปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัว ที่พบจากงานวิจัยส่วนใหญ่คือ การขาดความรู้ความเข้าใจ และการดูแลอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์หรือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น กรณีที่พ่อแม่ตายเพราะโรคเอดส์ แต่เด็กไม่ติดเชื้อต้องประสบกับความท้อแท้ ทุกข์ใจ กังวลต่อความเป็นไปในอนาคต ซึ่งไม่สามารถจะระบายกับใครๆ ได้ ประกอบกับภาวะสุขภาพของตนเองที่ร่างกายเสื่อมโทรมลงตามวัย นอกจากนี้ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ยังต้องต่อสู้กับปัญหาอื่นๆ อีก เช่น เศรษฐกิจของครอบครัว ความห่างไกลสถานบริการทางการแพทย์ เป็นต้น
- ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์แต่เดิมนั้นเป็นผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว เมื่อติดเชื้อเอดส์ ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายต่างๆ จนไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดังเดิมได้ ต้องลาออกจากงาน บางรายแม้ไม่มีอาการ แต่ผู้ร่วมงาน นายจ้าง หรือเจ้าของกิจการรู้ว่าติดเชื้อก็ถูกไล่ออก หรือกดดัน บีบบังคับให้ออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ แต่กลับต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องดูแลรักษาอาการที่ตนเป็นโรคเอดส์ ทำให้ไม่สามารถรักษาอย่างต่อเนื่องได้ แม้ว่าจะมีหลายกลุ่มองค์กรที่พยายามสร้างอาชีพให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอ

วี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มกันผลิตสินค้าจำหน่ายเพื่อเป็นการแก้ปัญหา
ค่าใช้จ่ายในระดับหนึ่ง แต่กลับต้องพบกับปัญหาไม่มีตลาดรองรับ นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อ
HIV และผู้ป่วยเอดส์ยังต้องได้รับการรังเกียจเหยียดจันท์จากคนในสังคม และที่สร้าง
ความเจ็บปวดให้แก่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์อย่างยิ่งคือ การถูกรังเกียจจากคน
ใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องของตนเอง

การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมในสภาพของการเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องเผชิญปัญหา
ต่างๆ มากมายดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีความต้องการด้านต่างๆ เพื่อเป็นแรง
สนับสนุนในการมีชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติ จากรายงานวิจัยที่พบส่วนใหญ่จะปรากฏการศึกษาความ
ต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงญาติผู้ป่วยในด้านของสุขภาพแทบทั้งสิ้น ซึ่งสามารถสรุปเป็น
ประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคม ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการการดูแล
เกี่ยวกับสัมพันธภาพส่วนบุคคล เพราะเมื่อตกอยู่ในสภาพของการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
บุคคลเหล่านี้มักจะติดต่อกับญาติพี่น้องเพื่อนฝูงลดน้อยลง หรือญาติพี่น้องเพื่อนฝูงให้การติดต่อลดลง
ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว ถูกทอดทิ้ง แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการการรักษาตัวที่
บ้าน โดยมีญาติพี่น้องดูแลจึงต้องการให้มีการจัดบริการประสานความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการ
สนับสนุนทางสังคมนี้ สามารถเป็นตัวกระตุ้น/ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้จักคิดแก้ปัญหาและปรับตัว
เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะเกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า และ
นำไปสู่การพยาบาลดูแลรักษาสุขภาพที่ดี

2. ความต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากเป็นผู้ ที่มี
ฐานะค่อนข้างยากจน จึงมักมีความกังวลในเรื่องของค่าใช้จ่าย ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและ
ค่ารักษาพยาบาลร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือทางด้านการ
การเงิน ข้อมูลของแหล่งสนับสนุนทางการเงินหรือหนทางที่จะทำให้ได้มีรายได้ ตลอดจนการสนับสนุน
ด้านอาหารและที่อยู่อาศัย เพราะโดยส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มักต้องออกจากงานที่ทำอยู่
เดิมด้วยสาเหตุต่างๆ

3. ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีในร่างกายทำให้สุขภาพ ของ
บุคคลอ่อนแอลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะเจ็บป่วยได้ง่ายและบ่อยกว่าคนปกติทั่วไป ซึ่งนอกจาก
ความไม่สุขสบายจากโรคฉวยโอกาสต่างๆ แล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังต้องทนกับฤทธิ์ข้างเคียง
ของยาที่ใช้ในการรักษาอีกด้วยอาการเจ็บป่วยไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย
เอดส์มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ต้องการการได้รับการดูแลมากขึ้น ซึ่งนอกจากตัวผู้
ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แล้ว บุคคลที่เป็นญาติพี่น้องที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ก็มีความต้องการในข้อมูล

ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องของอาหารที่ควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานหรืองดรับประทาน และสิ่งของที่สามารถใช้ร่วมหรือห้ามใช้ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมและดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพที่เป็นที่พึงของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ จากรายงานการวิจัยหลายชิ้นนำเสนอคำบอกเล่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้รับการดูแลหรือการบริการทางสุขภาพอย่างดีเท่าที่ควรจะเป็น กุญแจเกี่ยวกัการเข้ารับการรักษาจากผู้ให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงมีความต้องการให้ทางสถานพยาบาลให้การบริการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ และปฏิบัติต่อพวกเขาเช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540; อรทัย โสมนรินทร์และคณะ, 2542: 701; ปัทมา ชาญเขียวและคณะ, 2540: 699; เยวรัตน์ ชาญวงศ์, 2542: 731 และ สุวรรณี นาคะและคณะ, 2542: 613)

นอกจากนี้ จากข้อมูลที่ได้จากการเล่าเรื่องราวต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้มีโอกาสเข้ามาอยู่ในกลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ลงในบันทึกที่ถูกรวบรวมโดย เสรี พงศ์พิศ (2538) ทำให้ทราบถึง ผลกระทบต่อสภาพจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ที่ถูกซ้ำเติมจากการกระทำของกลุ่มคนที่หาประโยชน์จากผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวด้วยการหลอกลวงโดยอาศัยความหวังที่ต้องการหายจากโรคเอดส์เป็นเครื่องมือ

3.3 พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ปัญหาและความต้องการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวข้างต้น มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน การเผชิญต่อปัญหาต่างๆ ที่เข้ามารุมเร้าบุคคลหนึ่งที่เคยดำเนินชีวิตมาได้โดยปกติ แต่วันหนึ่งต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับเชื้อเอดส์ ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนไป ซึ่งการจัดการกับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งครอบครัวและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนั้น แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม แรงสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคม ประสบการณ์การดำเนินชีวิตในอดีต แต่ทั้งนี้จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าโดยภาพรวมแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มีพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือที่เป็นแบบแผนคล้ายคลึงกัน บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2541 : 57-88) สรุปว่าลักษณะการเผชิญปัญหาในระยะต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นับตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี จะมี 4 ระยะสำคัญคือ ภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ภาวะการปรับสภาพจิตอารมณ์ การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง และระยะของการปรับตนเองให้สามารถมีชีวิตอยู่กับโรค

รายงานการวิจัยเรื่อง "การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์" ซึ่ง วาสนา อิมเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ (2542) ที่ศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่และญาติผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต จาก 4 หมู่บ้านในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้มองเห็นพฤติกรรม

การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงครอบครัว และบทบาทของกลุ่ม/ชมรม/องค์กรที่เกี่ยวข้อง ที่ชัดเจนมาก สาระสำคัญจากรายงานฉบับดังกล่าวมีดังนี้คือ

1) การแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

เมื่อผู้ผลตรวจเลือดว่าตนติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มักจะแสวงหาทางรักษาตัว แม้จะไม่ทำให้หายจากโรคเอดส์ แต่อย่างน้อยเพื่อให้ตนสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นโดยไม่ปรากฏอาการ โดยมีการแสวงหาสถานที่ในการรักษาตัวมากกว่าหนึ่งแห่งขึ้นไป ซึ่งการแสวงหาสถานบริการรักษาโรคเอดส์มีตั้งแต่กลุ่มที่กระทำตั้งแต่รู้ผลตรวจเลือดว่าตนติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีอาการแสดงใดๆ ไปจนถึงกลุ่มที่มีอาการแสดงรุนแรงมาและอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งในระยะสุดท้ายมักจะเข้าขอรับการรักษาจากโรงพยาบาล

ผู้ทำวิจัย ได้ให้ข้อสังเกตว่า ตั้งแต่ พ.ศ.2535 ที่เริ่มมีการแนะนำคลินิกนิรนามเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นจุดเริ่มที่มีการรณรงค์เรื่องเอดส์อย่างจริงจัง ผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏอาการในช่วงเวลาดังกล่าว จะไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าที่อื่น แต่ในระยะเวลา 2 – 3 ปีที่ผ่านมา ได้มีการจัดระบบการใช้บัตรสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น (วาสนา อิมเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ 2542 : 48)

การแสวงหาทางเลือกเพื่อการรักษาอาการและดูแลสุขภาพ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตัดสินใจใช้ แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานบริการอื่นๆ นอกเหนือจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน หรือวิธีการต่างๆ ในการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดแก่สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การแสวงหาความช่วยเหลือในด้านปัญหาเศรษฐกิจ

2) การจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ลำดับแรกตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะนำเงินออมของตนเองหรือของครอบครัวมาใช้ในการรักษาพยาบาลโดยได้รับเงินช่วยเหลือจากพ่อ-แม่ ญาติใกล้ชิด เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาที่หน่วยงานของรัฐ และมีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายได้ เช่น มีบัตรสุขภาพ ผู้ป่วยจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากนัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องปรับตัวเพื่อรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เช่น การหารายได้เพิ่มขึ้น หรือการลดค่าใช้จ่ายในการบริโภคสิ่งจำเป็นซึ่งอาจเป็นการกู้ยืมจากเอกชนหรือจากสถาบันการเงิน การขายทรัพย์สิน เช่น เครื่องประดับที่มีค่า จักรยานยนต์ รถยนต์ ที่ดิน เป็นต้น เพื่อนำเงินมาใช้ในการรักษาพยาบาล และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้หญิงบางราย เมื่อสามีเสียชีวิตลง ก็จะแต่งงานใหม่เนื่องจากต้องการที่พึ่งทางเศรษฐกิจ

นอกจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวจะพยายามดิ้นรนแสวงหาแหล่งเงินต่างๆ แล้ว หน่วยงานรัฐ/กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ยังให้ความสำคัญเร่งรัดเรื่องการรักษา โดยเฉพาะการใช้บัตรสุขภาพเพื่อขอรับการรักษาฟรี บัตรสงเคราะห์ บัตรประกันสังคม บัตรทหาร บัตรอาสาสมัครสาธารณสุข

เป็นต้น ซึ่งสิทธิดังกล่าวช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่ฐานะได้มาก และกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเองก็จะมีกำลังสามารถให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อได้ด้วยการซื้อบัตรสุขภาพราคา 500 บาทให้กับผู้ป่วยเอดส์

3.4 การดูแลรักษาตนเอง และการใช้ทางเลือกอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วย

การดูแลรักษาตนเอง เป็นพฤติกรรมที่แยกไม่ออกจากการต้องตกอยู่ในสภาวะของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สาเหตุที่เข้าใจได้ไม่ยากก็คือ เพราะว่า เชซไอวี/เอดส์ เป็นภาวะเรื้อรัง ถูกตีตราทางสังคม และที่สำคัญคือการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่มีคำตอบให้ ยิ่งไปกว่านั้น การดูแลรักษาตนเองยังเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับพฤติกรรมของการใช้ทางเลือกอื่น ในการบำบัดรักษา

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2541: 89) สรุปว่า การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มาจากหลายเหตุผล คือ เพื่อบรรเทาอาการของโรค เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อป้องกันการแพร่ของโรค เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ และเพื่อชะลออาการและยืดความยืนยาวของชีวิต

ข้อมูลจากผลการวิจัยที่ทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเชซไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวมักเกิดขึ้นตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคที่วินิจฉัยอาการผิดปกติ และประเมินความรุนแรงของอาการด้วยตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งความเชื่อที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีต่อการเกิดอาการผิดปกติหรือโรคเอดส์ มีลักษณะสำคัญหลายประการคือ

- เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไสยศาสตร์ แนวคิดทางพุทธศาสนาในเรื่องกฎแห่งกรรม
- เกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ขาดความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย เช่น อากาศใช้หวัด ลมพิษ เป็นต้น
- เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนทำให้ร่างกายทนสภาวะที่เกิดขึ้นไม่ได้ เช่น ปวดท้อง เพราะรับประทานอาหารมากเกินไป ท้องอืดเพราะรับประทานอาหารเร็วเกินไป ปวดเมื่อยตามตัวเพราะเดินผิดท่าหรือทำงานหนัก เป็นต้น
- เกิดจากภาวะน้ำเหลืองเสีย เพราะการติดเชื้อเอดส์ในกระแสเลือด ทำให้เลือดหรือน้ำเหลืองที่ปนเปื้อนเชื้อเอดส์กลายเป็นเลือดเสีย จึงปรากฏอาการต่างๆ เช่น ผดไฟ ภูสวัด ผื่นคันมากกว่าปกติ อาการพุพองเรื้อรัง
- เกิดจากภาวะการติดเชื้อ ซึ่งเป็นความเชื่อตามวิทยาการการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง เช่น อาการเจ็บคอ คออักเสบ ผื่น นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้หญิงหากเกิดอาการติดเชื้อบริเวณอวัยวะเจริญพันธุ์ เช่น ตกขาว เชื้อราใน

ช่องคลอด ก็จะไม่ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเพราะ อาย และเชื่อว่าจะถูกแพทย์รังเกียจหรือ อาจถูกมองว่าเคยเป็นโสเภณี (พรรณี ภาณุวัฒน์สุข,2541; รัตนา สำโรงทอง, 2539)

ความเชื่อที่ว่า โรคเอดส์และอาการเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุต่างๆ ข้างต้น เป็นไปในลักษณะการ ผสมผสานกันของความรู้เชิงระบาดวิทยา ชีวการแพทย์ ร่วมกับความเชื่อในอำนาจที่อยู่เหนือการควบคุม และเมื่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นถูกประเมินระดับความรุนแรงของอาการด้วยตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และ เครือข่ายสังคม ส่งผลให้เกิดแนวคิดในการดูแลสุขภาพทางเลือกอื่นๆ เพื่อรักษาอาการให้ดีขึ้น ซึ่งการ แสวงหาข้อมูลนั้นพบว่า ญาติพี่น้อง พ่อแม่ เครือข่ายทางสังคม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน สื่อมวลชนและสื่อท้องถิ่น จะมีส่วนในการแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการรักษาและวิธีการดูแล สุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากการพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน (รัตนา สำโรงทอง,2539 ; พิกุล นันทชัย พันธุ์,2539 ; กาญจนา ศิริเจริญวงศ์และคณะ,2540 ; พรรณี ภาณุวัฒน์สุข,2541) โดยจะเลือกใช้การ ทางเลือกในการบำบัดรักษาแบบอื่น เมื่อมีการวินิจฉัยว่า มีสาเหตุมาจากความเชื่อต่างๆ ข้างต้น และ ประเมินแล้วว่าอาการไม่รุนแรง จนเมื่ออาการไม่ทุเลาหรือรุนแรงขึ้นจึงไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะ เชื่อว่ารวดเร็วและได้ผลแน่นอน นอกจากนี้ เกี่ยวกับอาการที่เชื่อว่าจะเกิดจากระบบเลือด น้ำเหลืองเสีย ยัง พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะไม่ไปรับการรักษากับการแพทย์แผนปัจจุบัน จะระงับพิษให้เข้าไปใน กระแสเลือด ทำให้อาการที่เป็นอยู่ เช่น แผลพุพองเรื้อรัง ผื่นคัน ภูสวัด เป็นต้น รุนแรงขึ้นและไม่หายขาด (พรรณี ภาณุวัฒน์สุข , 2541)

แต่การดูแลรักษาสุขภาพทางเลือก ใ้ว่าจะเป็นวิถีทางแรกที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นึกถึงและ เลือกใช้ เนื่องจากงานวิจัยหลายชิ้น (อารยะ ภูสหัส 2542; มारยาท วงษานุตร 2539; จริยวัตร คม พยัคฆ์และคณะ 2541; รัตนา สำโรงทอง 2539) พบว่า การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นวิถีทางแรกที่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ในระยะแรกของการรับรู้ติดเชื้อ HIV

3.5 รูปแบบของทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์

ผลงานวิจัย ในส่วนที่กล่าวถึงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ทางเลือกอื่นๆในการดูแลสุขภาพ ที่ ทบทวนในครั้งนี้ กล่าวได้ว่าให้ภาพได้จำกัดมาก ด้วยจำนวนงานที่น้อยชิ้น ทำให้ประเด็นสำคัญในเรื่อง นี้ขาดหายไป เช่น ขนาดและการกระจายตัวของพฤติกรรมการใช้รูปแบบของทางเลือกชนิดต่างๆ เหตุผล และความหมาย ที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ใ้กับการใช้ ยิ่งในส่วนของการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของ ทางเลือกต่างๆในเชิงคลินิก นอกจากจะมีอยู่ไม่กี่โครงการ ครอบคลุมรูปแบบทางเลือกในการบำบัดรักษา เพียงบางด้าน และด้วยออกแบบการวิจัย (Design) ที่ยังต้องการความรัดกุมและความสนับสนุนทาง วิชาการอีกมาก ทำให้ผลการวิจัยส่วนนี้ แทบจะไม่ได้ช่วยให้เรามีความรู้และข้อสรุปอย่างชัดเจน ในบท

ต่อไปนี้จะเป็นการเสนอภาพรวมของรูปแบบทางเลือกในการดูแล รักษาสุขภาพแบบต่างๆ ที่มีการปฏิบัติกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เท่าที่จะมีข้อมูลปรากฏในงานวิจัยที่รวบรวมได้

สำหรับรูปแบบทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ ที่ไม่ใช่เป็นการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่พบในงานวิจัยต่างๆ อาจแยกได้เป็น 8 กลุ่ม คือ การใช้อาหาร การใช้สมุนไพร การใช้พิธีกรรมทางศาสนาและสมาธิ การใช้ยารักษาตนเอง การใช้ Home remedies และการออกกำลังกาย

● โภชนาการ

เช่นเดียวกับที่พบในต่างประเทศ อาหารและโภชนาการถือว่าเป็นมาตรการในการดูแลรักษาสุขภาพแบบทางเลือกที่สำคัญของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ทั้งนี้ด้วยแนวคิดและวิธีการและเหตุผล ที่แตกต่างกันไปคือ

การงดอาหารแสลง (Food Restriction) เป็นพฤติกรรมหนึ่ง ที่มีการพบมาก ในงานวิจัยของรัตนา สำโรงทอง (2539) พบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเอง เพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สำนักงานส่งเสริม จะซึ่งอาหารต้องห้ามได้แก่ เนื้อวัว หน่อไม้ ของหมักดอง บะหมี่สำเร็จรูป (มาม่า) อาหารรสเผ็ด อาหารทะเล เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ พรณี ภาณุวัฒน์สุข (2541) ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลในเรื่องของอาหารแสลงจากสามีซึ่งติดเชื้อเอชไอวีแล้วไปรักษาที่แพทย์สมุนไพรและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารแสลงที่ไม่ควรบริโภค อันได้แก่ อาหารที่มีผลกระตุ้นให้อาการของโรคปรากฏเร็วขึ้น เช่น หน่อไม้ เนื้อวัว เนื้อควาย เนื้อหมูมันๆ ปลาทุบ อาหารทะเลทุกชนิด (ยกเว้น กุ้ง ปู ปลาแดง ปลาจาระเม็ด ปลากระพง ปลาสำลี ปลากระบอก) เหล้าเบียร์ อาหารที่มีผลต่อระบบเลือดและน้ำเหลือง ได้แก่ สาเกเชื่อม อาหารทะเล ไข่แดง นมวัว สับปะรด มะละกอ ชะอม มะรุม และ อาหารที่มีผลให้ท้องเสีย ได้แก่ ของหมักดอง

ในงานวิจัยของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) พบข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแสลงหรือที่ภาษาอีสานเรียกว่า “ชะล่า” ซึ่งเกิดจากความเชื่อสืบต่อกันมาสำหรับผู้ป่วยทั่วไป และห้ามไม่ให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บริโภค เพราะอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น รักษาไม่หายและอาจถึงตายได้ ส่วนใหญ่ที่กล่าวถึงได้แก่ เนื้อวัว/ควาย เป็ด ไก่ ปลาไม่มีเกล็ด หน่อไม้ น้ำเย็น ขณะเดียวกัน การรวมกลุ่มกันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเกิดการถ่ายทอดประสบการณ์และปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่มทำให้มีอาหารต้องห้ามเกิดขึ้นใหม่ เช่น สาเก ปลาชิว ปลาไหล ปลาดุก และหน่อไม้ นอกจากนี้ยังมีอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะบั่นทอนสุขภาพ อาจทำให้เกิดอาการแพ้ ท้องเสีย เช่น อาหารทะเล ของหมักดอง ค้างคาว มีเชื้อราเจือปน ใส่สารกันบูด ผงชูรส และปลาร้า ส่วนรายงานวิจัยของสุวิรัตน์ ตรีมรรคา (2539) ซึ่งทำการศึกษาทางภาคเหนือพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะงดเว้นอาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ อาหารหมักดอง เครื่องดองของเมา ซึ่งในกรณีนี้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อจะเกิดความกดดันจากบุคคลรอบข้างมากจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค

จะเห็นได้ว่าประเภทของอาหารแสดงที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ละเว้น ทั้งที่ได้รับการแนะนำและกระทำด้วยตนเองที่ปรากฏอยู่ในรายงานการวิจัยต่างๆ ส่วนใหญ่จะเหมือนกัน คือ งดอาหารทะเล ของหมักดอง เหล้าเบียร์ เนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อวัว/ควาย หน่อไม้ อาหารที่มีไขมันสูง จะแตกต่างกันในรายละเอียดที่เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์พื้นบ้านและวัฒนธรรมความคิดความเชื่อของชุมชนในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ในส่วนของปลาที่ไม่มีเกล็ดมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวผู้ดูแลบางรายได้รับคำแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า ผิวหนังของปลาที่ไม่มีเกล็ดจะสัมผัสกับเชื้อโรคได้โดยตรงเพราะไม่มีเกล็ดป้องกัน การที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต้องงดอาหารแสดงต่างๆ เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความอดทนมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ เพราะพฤติกรรมการบริโภค เป็นวิถีชีวิตของพวกเขาที่ดำเนินมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในท้องถิ่นที่มีรูปแบบวัฒนธรรมการบริโภคที่โดดเด่น เช่น อาหารที่มีลักษณะสุกๆ ดิบๆ เป็นอาหารยอดนิยมทางภาคเหนือและอีสาน อาหารทางภาคอีสานแทบทุกชนิดมีปลาร้าเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องปรุง อาหารรสจัดเผ็ดร้อนของทางภาคใต้ เป็นต้น อาหารลักษณะดังกล่าวเป็นที่ต้องห้ามของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ถึงแม้ว่าการให้ละเว้นอาหารแสดงต่างๆ ตามคำแนะนำที่ได้รับ โดยเฉพาะที่ได้ข้อมูลจากแพทย์แผนโบราณ/แพทย์พื้นบ้าน จะขัดแย้งกับแพทย์แผนปัจจุบันอยู่บ้าง เพราะแพทย์ปัจจุบันมักจะแนะนำให้กินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงได้ทุกชนิด แต่ก็พบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวแทบทั้งสิ้นให้ความสำคัญกับการงดอาหารแสดงค่อนข้างมาก รวมทั้งการงดสุรา เบียร์ กาแฟ ชาและเครื่องดื่มบำรุงกำลังด้วย

อาหารเพื่อเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว จะจัดหาและเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และบำรุงสุขภาพร่างกาย โดยมุ่งเน้นที่อาหารประเภทที่ให้โปรตีนทั้งจากพืช (ถั่วประเภทต่างๆ) และเนื้อสัตว์ (หมู ไก่ ปลา นม) อาหารที่ให้วิตามิน (ผักและผลไม้) และยังพบการซื้อหาวิตามินและอาหารเสริมต่างๆ ที่เป็นลักษณะสำเร็จรูป เช่น วิตามินซี เป็นต้น มากินเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพิ่มอาหารที่มีกากใย (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540 ; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2541 ; พรธณี ภาณุวัฒน์สุข, 2541 ; กมลวรรณ หวังสุข, 2541)

ในรายงานวิจัยของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ยังปรากฏถึงความเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานประจำ ได้แก่ พืชผักที่มีรสขม เช่น มะระ มะแว้ง ขี้เหล็ก สะเดา บอระเพ็ด ฟ้าทะลายดจ เป็นต้นซึ่งได้รับการบอกเล่าต่อๆ กันมา ส่วนในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี จะอาศัยประโยชน์จากอาหารที่หาได้ในสภาพแวดล้อมใกล้ตัว เช่น ปู ปลา กุ้ง หอย กะปอม (กิ้งก่า) หนูนากบ เขียด บักสีดา (ฝรั่งไทย) บักหัน (พุทราไทย) มะเฟือง มะยม มะกอก กัลฉ่าย และผักที่ปลูกเอง โดยมีหลักในการรับประทานอาหารคือ สะอาด ปรุงสุก สดใหม่ และรับประทานอาหารให้ตรงเวลาทั้ง 3 มื้อ

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤกษ์และคณะ (2534) ได้สรุปรายงานการวิจัย : กรณีศึกษาแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่า การดูแลด้านโภชนาการมีความแตกต่างกันในผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ละระยะ คือ กลุ่มที่ยังไม่ปรากฏอาการจะรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อ ดื่มนม กินผักและผลไม้ให้

มากขึ้น เพื่อให้ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ร่างกายแข็งแรงประสาทและการรับรู้ดีขึ้น ในกลุ่มที่มีอาการแสดงจะกินอาหารอ่อนๆ เพื่อลดอาการเจ็บปวดในช่องปาก ส่วนกลุ่มที่มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นจะกินอาหารอ่อน เผลว ย่อยง่าย เช่น น้ำซุป นม น้ำส้มคั้น เป็นต้น

นอกจากนี้ในรายงานวิจัยของจิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2538) ยังสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดคอกกิ้ง จ. แม่ฮ่องสอน ซึ่งในระยะเวลาที่เข้ารับการฝึกอบรมสมาธิมนุ 7 วัน ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต้องกินอาหารมังสวิริติ แต่หลังจากนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะกลับไปดูแลรักษาตัวต่อที่บ้าน จะกินมังสวิริติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เอง ซึ่งส่วนใหญ่เลือกที่จะกินต่อไปเพราะเห็นว่าดีต่อสุขภาพ

ในงานวิจัยแต่ละเรื่องที่ปรากฏการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องของโภชนาการนั้น อาหารแสดงจะเป็นประเด็นที่ได้รับความใส่ใจจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมากกว่า เพราะกลัวว่ากินแล้วจะทำให้อาการกำเริบและทรุดหนักมากขึ้น

- การใช้สมุนไพร

เป็นทางเลือกที่พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวใช้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นจากขั้นตอนการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนโบราณ หรือการเสาะแสวงหาสมุนไพรรักษาด้วยตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เอง ตลอดจนครอบครัวที่ดูแล รายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกชิ้นจะพบว่า ทางเลือกยอดนิยมทางหนึ่งคือ การใช้สมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำนุบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง โดยมีรูปแบบในการใช้และชื่อที่เรียกต่างๆ กันไป เช่น สมุนไพรเดี่ยวรักษาตามอาการ ยาหม้อ ยาตำรับ ยาผีบอก ยาไทย ยาพื้นบ้าน ยาแผนโบราณ เป็นต้น ลักษณะการใช้โดยมากจะนำส่วนต่างๆ มาบด ต้ม ใช้กิน ทา พอก อาบ อบไอน้ำ ซึ่งสิ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นสมุนไพรมากที่สุดคือ **พืช** กองโรคเอดส์ (ข้อมูลจาก Website ของกองโรคเอดส์) จึงให้ความหมายของสมุนไพรไว้ว่า หมายถึง พืชต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นต้น เถา เหง้า ราก หัว ซึ่งใช้บำบัดรักษาโรคต่างๆ เรียกว่า **พืชเภสัช** แบ่งเป็น พืชจำพวกต้น จำพวกเถา-เครือ จำพวกหัว-เหง้า จำพวกผัก และจำพวกหญ้า แต่จากการศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์เรื้อรัง ของกาญจนา ศิริเจริญวงศ์ และคณะ (2540) พบว่าสมุนไพรที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ใช้นั้น นอกจากที่เป็นพืชแล้ว ยังมีสมุนไพรจากสัตว์และแร่ธาตุอีกด้วย โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะรู้จัก ชนิด และส่วนประกอบของสมุนไพรที่ใช้และสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 301 ราย) เลือกรับประทาน เช่น พริกไทย สับปะรด มะระขี้นก ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด เสดดพังพอน กล้วยน้ำว่า ขิง กระเทียม มีความสามารถสร้างภูมิคุ้มกันและต้านเชื้อเอดส์ในหลอดทดลองได้

การศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ จ. เชียงราย ของ งามนิตย์ ราชกิจและคณะ (2541) จากกลุ่มตัวอย่าง 348

ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยมีเหตุผลเพื่อบำบัดและบรรเทาอาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์ และใช้สมุนไพรแปรรูปร่วมกับยาแผนปัจจุบัน รูปแบบสมุนไพรที่ใช้อยู่ในลักษณะยาเม็ด แคปซูล โดยแหล่งรับยาสมุนไพรคือ โรงพยาบาลชุมชน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรแล้วอาการเจ็บป่วยดีขึ้นปานกลาง มีจำนวนน้อยที่หลังจากใช้สมุนไพรแล้วเกิดอาการใจสั่น เวียนหัว อาการเจ็บป่วยที่พบว่าการเลือกใช้สมุนไพร ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มักใช้สมุนไพรรวม หากมีอาการเบื่ออาหาร จะนิยมใช้มะขาม และอาการไข้/ไข้หวัด จะใช้ฟ้าทะลายโจร

รายงานการวิจัยของพิกุล นันทชัยพันธ์ (อ้างแล้ว) กล่าวถึง การรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพรในฐานะที่เป็นวิธีหนึ่งของการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยมีลักษณะการใช้หลายรูปแบบ เช่นกินสมุนไพรที่มีการสกัด และทำออกมาในรูปของเม็ดยา มักมีสรรพคุณครอบจักรวาล เช่น เจริญอาหาร บำรุงเลือด แก้อาการเจ็บป่วยต่างๆ การนำราก ใบ เปลือก หรือทั้งต้นมาต้มน้ำดื่ม และ/หรือ อบ รวมทั้งการเลือกใช้สมุนไพรบางอย่างรักษาเฉพาะอาการ เช่น ฟ้าทะลายโจรแก้เจ็บคอ เสดดพังพอนรักษาเริม เป็นต้น โดยได้แบ่งลักษณะการใช้สมุนไพรจากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แยกตามอาการเจ็บป่วยได้ดังนี้

ตารางที่ 4 การใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มอาการเจ็บป่วย	ชนิดของสมุนไพร/วิธีใช้	ผลที่ได้รับ
ลิ้นเป็นฝ้าขาว	- กลั้วน้ำว่าดิบ 2-3 ลูก ล้างให้สะอาด หันเป็นขึ้นทั้งเปลือกต้มกับน้ำ 1 ลิตร ใช้อม บ้วนปาก กลั้วคอต้มกิน - น้ำอุ่น 1 แก้ว ผสม เกลือป่นครึ่งช้อนชา ใช้อมหรือบ้วนปาก - ใบและเปลือกต้นฝรั่ง โขลกผสมน้ำเล็กน้อย ใช้อมและบ้วนปาก	- บรรเทาอาการติดเชื้อราในช่องปากได้ดี ฝ้าขาวที่ลิ้นหลุดลอกได้ง่ายปากและลิ้นสะอาด รับรสอาหารได้ดีขึ้น - บรรเทาอาการเจ็บในปากและคอ - ได้ผลดี
ผื่นคันตามผิวหนัง	- ใบขี้เหล็ก ใบเป้ง ใบสะเดา ต้มรวมกัน ใช้อาบน้ำเช้าและเย็น - ใบแพะพันขึ้น ต้มน้ำดื่มและอาบ - ยาสมุนไพรที่มีคนมาขายตามบ้าน ไม่รู้ส่วนประกอบ ใช้ต้ม ดื่มและอาบ	- ได้ผลดี - บรรเทาอาการทางผิวหนังได้ดี - ไม่ปรากฏผลที่ได้รับ
เจ็บ / ฐสวัด	- ใบเสลดพังพอน ตำและทาบริเวณแผลวันละ 3-4 ครั้ง	- บรรเทาอาการแสบคัน แผลแห้งหายเร็วขึ้น
ท้องอืด แน่นเฟ้อ	- ใบและดอกของหญ้าสามวัน ต้มน้ำดื่ม	- ไม่ปรากฏผล
ไอและไข้เรื้อรัง	- ฟ้าทะลายโจร ใบต้มน้ำดื่ม กินชนิดเม็ด บรรจุแคปซูล, อัดลูกกลอน ,ผงผสมน้ำอุ่น - เปลือก/ใบของต้นฝรั่ง ทับทิม โขลกแล้ว ต้ม น้ำที่ได้ออมและจิบแก้ไอ - ยาเม็ดสมุนไพรแก้ไอต่างๆ	- บรรเทาอาการติดเชื้อ ลดไข้ และอาการไอ - ไม่ปรากฏผล - ไม่ปรากฏผล

การศึกษาแนวความคิดการอธิบายโรค การปฏิบัติตน และการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ณ สำนักสงฆ์แห่งหนึ่ง (วัดนา ลำโรงทอง, 2539) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ผ่านวิธีการรักษาด้วยยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ เช่น กินเห็ดฟันปีบำรุงร่างกาย ฟ้าทะลายโจร แก้เจ็บคอ บอระเพ็ดต้มใส่เกลือกินแก้อาการทางผิวหนัง รวมทั้งยาหม้อและสูตรยาต่างๆที่เรียกว่า ยาผีบอก เนื่องจากแบบแผนความเชื่อดั้งเดิม และการรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยยาพื้นบ้านยังคงมีอยู่ในสังคมไทย ประกอบกับการประเมินการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันแล้วรู้สึกไม่ได้ผล ทางเลือกการใช้ยาไทยหรือยาสมุนไพรจึงเกิดขึ้น บางรายเริ่มใช้ตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วยเพื่อให้บำรุงร่างกาย ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หญิงมักใช้ยาสมุนไพร เพื่อถ่ายเทภาวะมลพิษของโรคเอดส์ผ่านทาง

ประจำเดือน ในขณะที่งานวิจัยของพรณี ภาณุวัฒนสุข (2539) ซึ่งศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการดำรงภาวะการตั้งครรภ์ไว้ มีพฤติกรรมในการแสวงหาการใช้สมุนไพรในการรักษาเช่นกัน โดยขอรับบริการจากแพทย์แผนโบราณและแพทย์พื้นบ้าน แต่มักจะได้รับการปฏิเสธที่จะให้การรักษา เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีผลให้เกิดการแท้งได้

อย่างไรก็ดียังคงปรากฏการใช้สมุนไพรในรูปแบบต่างๆ เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เชื่อว่าเกิดจากระบบเลือดและภาวะน้ำเหลืองเสีย นั้น จะปรากฏอาการทางผิวหนัง เช่น ลมพิษ ผื่นคัน งูสวัด เหล่านี้ไม่สามารถรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันได้ เพราะเชื่อว่ายาปัจจุบันจะระงับพิษไว้ในกระแสเลือดทำให้อาการหนักขึ้นและไม่หายขาด เมื่อเกิดอาการต่างๆ ทางผิวหนัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะอาบน้ำที่ผสมด้วยยาเขียวชนิดผง ซึ่งมีสรรพคุณเป็นยาเย็น ดับพิษร้อนจากเลือดและถอนพิษไข้ได้ และรอยตัวด้วยแป้งฝุ่นโยคีเพื่อฆ่าเชื้อและดับพิษบริเวณผิวหนัง ร่วมกับการกินยาสมุนไพรที่เรียกว่า “ยาประดง” เพื่อฟอกเลือด ดับพิษ และกระตุ้นพิษออกมา ส่วนในรายที่มีอาการชืด ไม่แข็งแรงจะกินยาสมุนไพรเพื่อเพิ่มเลือด บำรุงเลือด เช่น ยาสตรีตราพระจันทร์ ยาสตรีนิสิงเห หรือยาต้มสมุนไพรต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า “ยาดอกเหล้า” ที่มีส่วนผสมของสมุนไพรล้างเลือดกับเหล้า 28 ดีกรี (เหล้าขาว/เหล้าโรง) เป็นทางเลือกของกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เชื่อว่าจะลดโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ โดยกินวันละ 1 ถ้วยตะไล (ประมาณ 30 ซีซี)

จากการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของบําเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) พบว่า สมุนไพรเป็นวิธีทางในการบำบัดอาการเจ็บป่วยทางหนึ่ง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว จะได้สมุนไพรด้วยการซื้อเองตามร้านขายยา จากพ่อค้าเร่ จากการรักษาทั้งหมดสมุนไพร โดยปรากฏสมุนไพรที่ใช้ ได้แก่

ตารางที่ 5 สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ดูแลสุขภาพ

ชนิดสมุนไพร

บอระเพ็ด

มะแว้งขม , พ้าทะลายโจร

ใบฝรั่ง , เปลือกต้นแค

ใบพลู

ใบทับทิม

บัวบก

ใบตำลึง

มะระขี้นก , มะระจีน , ผักโขม , ผักไหม , ผักแกงขม , ขี้เหล็ก

ดอกแค

สรรพคุณ

แก้ไข้ ท้องอืด

แก้ไข้ ขับเสมหะ

แก้ปากเปื่อย ฝ้าในปาก

ทาแก้งูสวัด

แก้ท้องเสีย

แก้อ่อนเพลีย

ทาแก้คัน กินบำรุงเลือด

ฟอกเลือด ลดไข้

แก้ไข้หวัด

นอกจากนี้ยังมีสะเดา ขมิ้น มะเขือพวง เสลดพังพอน ตะไคร้ที่ไม่ได้ระบุสรรพคุณไว้ โดยมีการบริโภคสมุนไพรในลักษณะเป็นยาและใช้เป็นส่วนประกอบในอาหาร เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของอารยะ ภูสาล์ (2542) ซึ่งระบุว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการใช้สมุนไพรในการรักษาอาการและเสริมสุขภาพในรูปแบบของยาและอาหาร เช่นที่ปรากฏในงานวิจัยของวาสนา จันทร์ดี (2540) ซึ่งศึกษา กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ที่ใช้อยาสุมไพร พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการแทรกซ้อนจะมีการใช้ อยาสุมไพรเดี่ยวในการรักษา ไม่มีปัญหาหรืออาการแพ้ยาหลังใช้สมุนไพร ซึ่งสมุนไพรที่ใช้จะหาเอาในท้องถิ่นของตนและหมอแผนโบราณ

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องปี 2540 โดยมี วิชา ภาวนาภรณ์และกุลธิดา จันทรเจริญ (2541) ซึ่งทำการศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั่วประเทศทั้งสิ้น 63 แห่ง จำนวน 630 ราย พบเช่นกันว่า สมุนไพรเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ โดยปรากฏการใช้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ระบุรายได้ และผู้ติดเชื้อทางภาคเหนือมากที่สุด

สำนักสงฆ์เป็นที่พึ่งอีกแห่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำนักสงฆ์เขาสนามแจว อ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี เป็นกรณีศึกษาที่พรทิพย์ พันธุ์ขวงษ์ (2537) เลือกที่จะศึกษาถึงแนวคิด ขั้นตอน ตลอดจนวิธีการรักษา ซึ่งพบว่า พระประจวบ ธมฺมชิตโต หัวหน้าสำนักสงฆ์ และผู้ทำการรักษา ใช้สมุนไพรเป็นขั้นตอนหนึ่งในการรักษาอาการทางกาย สมุนไพรที่ใช้รักษาเป็นตำรับยาของท่านเอง โดยท่านจะดำเนินการเองนับแต่ ตรวจรักษาอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เก็บยาสมุนไพรซึ่งตัวหาได้จากบริเวณสำนักสงฆ์ ปรงยาและทำในรูปของแคปซูล และให้ยาผู้ป่วย

การอบไอน้ำด้วยสมุนไพร เป็นรูปแบบการใช้สมุนไพรอีกทางหนึ่งเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ โดยมีการศึกษาถึงผลที่ได้และต้นทุนในการรักษาด้วยวิธีนี้ของวัดแห่งหนึ่งทางภาคใต้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ,มปป.) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีประสิทธิภาพดีกว่า 1 ปี อาการที่พบมากคือ ปวดศีรษะ ซึ่งวิธีการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรที่ปฏิบัติคือ ใช้หม้อต้มสมุนไพรที่มีท่อส่งไอน้ำเข้าไปในห้องอบ โดยมีส่วนผสมของสมุนไพรที่มีลักษณะ คือให้น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นหอม มีกรดอ่อนๆ มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวด ซึ่งสมุนไพรที่เลือกใช้มี 13 ชนิด ได้แก่

- เหง้าขมิ้นชัน ให้น้ำมันหอมระเหยและสารให้สี Curcumin ใช้รักษาโรคผิวหนัง แก้อาการอักเสบ
- บริเวณที่มีแผล
- แก่นจันทร์หอม ให้น้ำมันหอมระเหยที่ประกอบด้วย Santalol Santolin สามารถฆ่าเชื้อโรคผิว
- น้ำมันรักษาอาการแผลติดเชื้อ

- ต้นและรากตะไคร้ ให้น้ำมันหอมระเหยที่ประกอบด้วย Citrol Citronellol ใช้เป็นยาแก้ไข้ ลดความร้อน ขับเหงื่อและปัสสาวะ
- ใบเตยหอม ให้น้ำมันหอมระเหยและ Cardiacglycoside ใช้แต่งกลิ่นบำรุงหัวใจ
- ใบไผ่ ให้สารในกลุ่ม flavonoid แก้ไข้ ขับเหงื่อ ในยาโบราณใช้ไผ่เป็นยาขับพิษโลหิต แก้หนองใน
- เหน้งาไพล ให้น้ำมันหอมระเหย ซึ่งประกอบด้วยอนุพันธ์ของ benzaldehyde และสารสีเหลืองชื่อ Curcumin ซึ่งสารที่ได้มีฤทธิ์ขยายหลอดลม แก้หอบหืดและป้องกันหอบ ลดอาการอักเสบบวมแดง แก้เคล็ดขัดยอกและรักษาโรคผิวหนัง
- ใบมะขาม ให้กรด tatic acid anthraquinone ใช้ชำระล้างผิวหนัง รักษาผิวหนังอันเนื่องมาจากการติดเชื้อ เพิ่มความต้านทานให้ผิวหนัง
- ใบยูคาลิปตัส ให้น้ำมันหอมระเหย Eucalyptol ใช้เป็นยาแก้หวัดคัดจมูก ทำให้จมูกโล่ง
- ใบและต้นระงูแดง ให้ Ricin ซึ่งเป็นโปรตีนที่เป็นพิษแต่มีปริมาณน้อยกว่าในเมล็ด ใช้บำรุงสายตา ประสาท แก้น้ำเหลืองเสีย แก้พิษ ใช้สูดดมแก้หวัด แมลงกัดต่อย
- ต้นและรากหญ้าคา แก้ไข้ขับเหงื่อ ลดความร้อนในร่างกาย แก้หวัด
- ต้นหอมแดง ให้น้ำมันหอมระเหย แก้หวัดคัดจมูก หายใจไม่สะดวก
- ใบหนาด ให้น้ำมันหอมระเหยเมนทอล ช่วยให้หายใจสะดวก แก้หวัด
- ใบเมนทอล ให้ Volatile Oil ที่มีเมนทอล ใช้ขับลมในกระเพาะอาหาร และลำไส้ แก้ปวดท้อง จุกเสียด แน่นเฟ้อ แก้ฟกบวม แก้ปวดเวียน

การอบไอน้ำหรือการอบสมุนไพรแบบอบเปียก (Moistheat) ที่ทางวัดใช้ในการบำบัด มีข้อห้ามคือไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังมีไข้สูงหรือเพิ่งฟื้นไข้ใหม่ๆ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคโรคเป็นโรคลมชัก โรคไต โรคหัวใจ และสตรีขณะที่มีประจำเดือนและเป็นไข้ปวดหัว เข้ารับการอบไอน้ำสมุนไพร

ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและมักจะรับบทบาทผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะพบการใช้สมุนไพรทั้งใช้รักษาอาการและใช้ด้วยความหวังให้ลูกหลานที่ดูแลหายจากโรคเอดส์ พยายามแสวงหายาและหมอที่ได้ข่าวว่ารักษาได้ โดยเฉพาะยาสมุนไพรที่นิยา ได้แก่ ว่าน รากไม้ต่างๆ เห็ดหลินจือ เห็ดกระด้าง และมะระขี้นก (กนกวรรณ เพียงเกต, 2541) แต่ในการศึกษาไม่ได้รายงานถึงผลหรือความพึงพอใจจากการใช้สมุนไพร

ผลของการรักษาและความพึงพอใจจากการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่มีในรายงานการวิจัยต่างๆ มีทั้งกลุ่มที่ใช้สมุนไพรแล้ว สภาพอาการเจ็บป่วยดีขึ้นทำให้การใช้สมุนไพรดำเนินต่อไปและกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในผลของสมุนไพร จึงยุติการใช้ ดังเช่นรายงานการวิจัยของกาญจนา ศิริเจริญวงศ์และคณะ (อ้างแล้ว) ที่ได้แสดงให้เห็นถึงความคิดเห็นของ

ผู้ป่วยเอดส์ต่อการใช้สมุนไพร ที่ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและสนใจที่จะใช้สมุนไพรต่อไป เพราะรู้สึกดีขึ้น กินข้าวได้ แข็งแรงขึ้น ไม่มีผลข้างเคียง แก้อ่อนเพลีย รักษาแผลในปากและผื่นคันตามผิวหนังได้ รวมทั้งทำให้โรคไม่กำเริบและแรงต้านทานโรคดีขึ้น จึงเห็นว่าควรมีการให้บริการสมุนไพรในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของรัฐ เพราะราคาไม่แพง ส่วนที่ไม่ต้องการบริการสมุนไพร มีเพียง 17 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 301 รายนั้น เนื่องมาจากยาสมุนไพรมีรสขม กินยาก สับสนในทางปฏิบัติ ยังไม่มั่นใจในคุณภาพของสมุนไพร เพราะยังไม่มีผลการพิสูจน์ที่ชัดเจน รวมทั้งหลังจากตรวจเลือดหลังการใช้สมุนไพรต่างๆ แล้ว พบว่า เม็ดเลือดขาวลดลง ร่างกายทรุดโทรม ถ่ายอุจจาระมาก ตกเลือด และผื่นขึ้นมากกว่าเดิม เช่นเดียวกับงานวิจัยของรัตนาลำโรงทอง (อ้างแล้ว) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หลายรายยุติการใช้สมุนไพร ยาแผนโบราณหรือยาหม้อต่างๆ เพราะความยุ่งยากในการรักษา ยามีรสขมกินยาก สมุนไพรบางชนิดหายาก ตลอดจนตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เองไม่มีความเชื่อถือในประสิทธิภาพของยาสมุนไพร และรายงานการวิจัยของกองโรคเอดส์ (2539) ที่ทำการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดลำปาง พบว่ามีบางส่วนใช้สมุนไพรในการรักษาในรูปแบบของรากไม้ ใช้ต้มยาลูกกลอน ยาบรรจวบดสำเร็จรูป ซื้อหาได้จากใน จ.ลำปาง ระยอง เชียงใหม่ ลพบุรี อ่างทอง พะเยา แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้แล้ว เพราะยาบางอย่างมีราคาแพง หาซื้อยาก และ อาการทั่วไปไม่ได้ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ งานของกาญจนาได้พบว่า ระยะเวลาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น น้อยกว่า 1 ปี ขณะที่อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลา 1-2 ปี และการดำเนินโรคอยู่ในระยะเอดส์เต็มขั้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์หันมาใช้สมุนไพรเป็นทางเลือกในการรักษาเมื่อรู้ว่าการของโรครุนแรงขึ้น

ในการศึกษาการอบไอน้ำสมุนไพรให้กับผู้ป่วยเอดส์ของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ (อ้างแล้ว) พบผลอันเป็นที่น่าพอใจ เพราะตามประวัติสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมักมีอาการปวดศีรษะ หน้า เหว หลัง หน้าอก รวมถึงทั้งตัว และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อรู้ว่าติดเชื้อ คือ ปล่อยไว้เฉยๆ ให้หายเองไปโรงพยาบาล คลินิกนิรนาม และซื้อยากินเอง หลังจากการทดลองอบไอน้ำสมุนไพรทั้ง 3 ครั้งแล้ว กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในการอบไอน้ำเพราะรู้สึกสบายตัวและความเจ็บปวดต่างๆ ลดลง

- การหลักศาสนา สมาธิ และพิธีกรรมต่างๆ

พิธีกรรมต่างๆ เป็นทางเลือกที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวจำนวนไม่น้อย ใช้ในการดูแลสุขภาพเมื่อติดเชื้อ รายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงพิธีกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวเลือกใช้อย่างชัดเจนมีอยู่ 2 ชิ้น คือ ของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ทำการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ และของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีพิธีกรรมที่คล้ายกันอันได้แก่ การทำบุญสืบชะตา การสะเดาะเคราะห์ การทำบายศรีสู่ขวัญหรือพิธีเรียกขวัญ การเลี้ยงผี การทำพิธีขอขมาผีบรรพบุรุษ เป้าคาถา ผูกข้อมือ รดน้ำมนต์ รำผีฟ้า ลำทรง ตลอดจนเครื่องรางของขลัง ส่วนของ

รัตนา ลำโรงทอง (2539) ที่ทำการศึกษาในสำนักสงฆ์แห่งหนึ่ง จ.ลพบุรี พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมการรักษากับหมอพระ หมอน้ำมนต์ และคนทรงเจ้า ซึ่งการเลือกที่จะใช้พิธีกรรมพื้นบ้านและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวที่ดูแลพาไปทำพิธีหรือจักการทำให้ โดยเกิดจากค่านิยม วิถีชีวิตของแต่ละท้องถิ่น และความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์และไสยศาสตร์

สมาธิ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยใช้เป็นทางเลือกในการจัดหรือลดความทุกข์ความกังวลใจอันเนื่องมาจากการติดเชื้อและป่วย ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งครอบครัวส่วนใหญ่จะเชื่อว่าสมาธิมีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อสุขภาพร่างกายซึ่งก็คือ การดูแลสุขภาพจิตให้ดีขึ้น ให้มีความเข้มแข็งขึ้นนั่นเอง หลักศาสนาที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด คือ พุทธศาสนา อาจเพราะเป็นศาสนาประจำชาติไทย

การศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยบังอร ศิริโรจน์ (2537) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการใช้แนวคิดพุทธศาสนาในการปรับความคิด เช่น กฎแห่งกรรม หลีกเลียงอบายมุข แสวงหาแนวคิดด้านต่างๆ เกี่ยวกับความตาย เป็นต้น ทำให้เกิดแบบแผนพฤติกรรมรักษาสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่อยู่บนฐานของหลักพุทธศาสนา การศึกษาของ รัตนา ลำโรงทอง (2539) พบผู้ป่วยเอดส์หญิงที่บวชชีหลังจากรู้ผลการติดเชื้อ โดยการตัดสินใจมีทั้งที่ได้รับคำแนะนำจากหมอทรงเจ้าเพื่อเป็นการขอขมาและตัดสินใจบวชเองเพื่อต้องการทำจิตใจให้สงบ นอกจากนี้ทางสำนักสงฆ์ยังมีการให้ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติในเรื่องของการทำสมาธิและโยคะ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมปฏิบัติส่วนใหญ่เห็นว่า ทำให้จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน แม้จะไม่ได้ทำเป็นประจำก็ตาม

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) กล่าวถึง การทำใจ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ คือการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยอมปรับสภาวะทางจิต อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดจากการติดเชื้อและวิกฤติปัญหาต่างๆ เป็นลักษณะของการแสวงหาขวัญกำลังใจ หาสิ่งยึดเหนี่ยวที่พึ่ง ปลอบใจ ที่จะนำมาซึ่งความสบายใจและพยายามสร้างความเข้มแข็งให้ตัวเอง ลบหรือขจัดความรู้สึกทางลบออกไป การทำใจอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่สัมพันธ์กับพลังอำนาจ 2 ด้าน คือ พลังอำนาจภายนอกตน และพลังอำนาจภายในตน

การทำใจที่สัมพันธ์กับพลังอำนาจภายในตนจะเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถ ความเข้มแข็ง และพลังใจที่เกิดจากการปรับสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนการทำใจที่พึ่งพิงศาสนา คือการทำใจที่สัมพันธ์กับพลังอำนาจภายนอกตน ซึ่งเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดจนอำนาจเหนือธรรมชาติ แต่ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับหลักคำสอนของพุทธศาสนา เช่น กฎแห่งกรรม การปล่อยวาง ทำให้เกิดพฤติกรรมการปลง การใช้กรรมทั้งชาติก่อน ชาตินี้ กรรมของตนเองและกรรมรับทอด

การศึกษาการเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนาของอัจฉรา ตันศรี รัตนวงศ์ (2541) กล่าวถึงการใช้หลักพุทธศาสนาแก้ปัญหาสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย

ศึกษาสมาชิกในชมรมเพื่อนวันพุธว่า เมื่อผู้ติดเชื้อรู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความกลัวต่างๆ เช่น กลัวตาย กลัวถูกรังเกียจ กลัวความน่าเกลียด จึงใช้กลไกทางจิตใจเผชิญปัญหาโดยวิธีปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานหลักธรรมของพุทธศาสนา คือ ทำพิธีกรรมทางศาสนา ผีการผ่อนคลาย อธิษฐานจิต ทบทวนความหมาย/เป้าหมายของชีวิต แลกเปลี่ยนความรู้สึกกับผู้อื่นให้คำปรึกษา อุดหนุนช่วยเหลือคนอื่น สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระลึกถึงความไม่เที่ยงของชีวิต สร้างความหวังและบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพจิตดีขึ้น

เช่นเดียวกับการวิจัยถึงทดลองของ วัชรรา ทองมอญ (2541) ที่ศึกษาการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการของโรงพยาบาล บำราศนราดรุ โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีฟังคำบรรยายเกี่ยวกับหลักพุทธธรรม ผีกรมวจินไทเก็ก 18 ท่า การจงสมาธิผ่านการฝึก Autogenic Training การเดินจงกรม และรับคำปรึกษาโดยผู้ให้คำปรึกษาจะนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ในการให้คำปรึกษา ซึ่งผลที่ได้ผู้ติดเชื้อกล่าวว่า การเดินจงกรมทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกมีสมาธิขึ้น อาการปวดศีรษะทุเลาลง ผ่อนคลายสงบและการใช้หลักพุทธธรรมในการให้คำปรึกษาสามารถลดความเครียดของผู้ติดเชื้อได้ ผู้ติดเชื้อเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ทำให้ดูแลสุขภาพร่างกายตนเองมากขึ้นและอยู่ร่วมกับสังคมได้

การเลือกเข้ารับบริการจากวัด หรือสำนักสงฆ์เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้ฟังฟังหลักธรรมะในพุทธศาสนา ดังที่ปรากฏในงานวิจัยของมารยาท วงษาบุตร (2539) ซึ่งทำการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการบำบัดที่วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี ซึ่งเป็นสถานบำบัดที่จัดขึ้นในรูปแบบของบ้านพักหลังสุดท้าย (Hospice) พบว่า การบำบัดด้านจิตใจของทางวัดจะให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ใช้หลักพุทธธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งจะให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความหวัง ร่างกายจะกระตุ้นระบบคุ้มกันและต้านทานเชื้อโรคได้ดีขึ้น ทำให้ดำเนินไปสู่ระยะรุนแรงช้าลง และอดทนต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ยังลดความเครียดในจิตใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

ส่วนการศึกษารักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรมะที่วัดดอยเก้ง จ.แม่ฮ่องสอน ของจิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2538) ทำให้ทราบถึง องค์ความรู้ของพระอาจารย์รัตน์ รัตนญาณ ได้แก่อธิบายเหตุการณ์เกิดโรคว่า เกิดจากแสงเฉื่อยที่มีอยู่ในอากาศ ภาวะเจ็บป่วย และการรักษาโรคเอดส์ ซึ่งมีเอกลักษณ์และคำอธิบายเฉพาะที่ไม่อาจตรวจสอบได้ด้วยประสาทสัมผัสปกติหรือเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ เพราะเป็นคนละบริบทและเป็นสิ่งที่เกิดจากญาณทัสสนะ ซึ่งคือการหยั่งรู้ทางจิตวิญญาณ

สมาธิ ยังพบมีการนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการบำบัดรักษาโรคเอดส์ ด้วยมุ่งให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึง “ความหลุดพ้น” ส่วนการรักษาอาการแทรกซ้อนจากเชื้อเอดส์เป็นผลพลอยได้จากคุณประโยชน์ของสมาธิในการขบธรรมารมณ์ อนุสัยกิเลส โรคภัยไข้เจ็บ และสิ่งที่เป็นโทษภัยออกจาก

ร่างกายและจิตใจ วิธีการรักษาคือการให้ฝึกสมาธิหมั่นและการเจริญสติ โดยที่ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ต้อง ฝึกสติและกินมังสวิรัตติดต่อดูระยะเวลา 7 วัน ที่เข้ารับการอบรม วิธีการรักษาเป็นการให้เครื่องมือแก่ผู้ ปฏิบัติ เพื่อนำไปบำบัดอาการเจ็บป่วย และให้ความหวังว่าจะหายจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคเอดส์ในวัน ใดวันหนึ่ง อาศัยหลักการขับสิ่งที่เป็นโทษภัยออกจากร่างกายโดยสมาธิและใช้กลไกบำบัดรักษาและ สร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเองตามธรรมชาติของร่างกายมนุษย์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการอบรมและเข้าถึงสภาวะธรรมความหลุดพ้นได้ จะได้รับผลดี ต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม คืออาการหรือโรคแทรกซ้อนต่างๆ จะหายไป หรือทุเลาลงมากที่สุด ผู้ที่เริ่ม มีอาการร่างกายจะแข็งแรงมากขึ้น ซึ่งได้รับผลมากกว่าผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย สภาพจิตใจจะได้รับ ผลดีขึ้นมากที่สุด ไม่คิดไม่กังวลต่อสิ่งใด เลิกกังวลต่อความหวังที่ต้องการจะหายจากโรคเอดส์ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลรอบข้างดีขึ้น หรือบางรายก็อยู่ลำพังด้วยสภาพจิตใจที่ไม่มี ความเครียด กัดดันหรือหวาดระแวงต่อสิ่งใดๆ

แนวคิดในเรื่องของเวรกรรมที่มี ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวบางส่วนนำมาใช้เป็นแนวคิด ในการอธิบายสาเหตุการติดเชื้อเอดส์ (พรณี ภาณุวัฒน์สุข,2541 ; รัตนา สำโรงทอง,2539 ; เพ็ญ ศรี แสงทอง,2541) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้จึงหวังว่า การทำบุญ สวดมนต์ภาวนา จะทำให้ภาวะการติด เชื้อของตนดีขึ้น บางรายที่กำลังตั้งครมคิดว่า กุศลผลบุญต่างๆ ที่ได้จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อจากตน ไปสู่ลูกได้

- การใช้ยารักษาตนเอง (Self-medication)

การใช้ยารักษาตนเอง เพื่อบรรเทาหรือรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ เป็นวิธีในการดูแลสุขภาพของตนเองที่พบในรายงานการวิจัยหลายชิ้น ซึ่งมีทั้งยาจำพวกสมุนไพร ยาหม้อ ยาแผนโบราณ หรือยาพื้นบ้านต่างๆ และยาแผนปัจจุบัน ที่ผู้ป่วยสามารถซื้อหาได้เองจากร้าน ขายยา (บำเพ็ญจิต แสงชาติ,2540 ; อารยะ ภูสาหัส,2542 ; ดวงกมล วัตราดุลย์,2537 ; เพชรน้อย สิงห์ ช่างชัยและคณะ ,มปป.) การศึกษาของพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2541) พบพฤติกรรม การซื้อยากินเองของผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังตั้งครม ใน 2 รูปแบบคือ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บป่วย จะกินยาป้องกันไว้ก่อนอาการจะเกิด และกินยาเมื่อเกิดอาการ ซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 6 ลักษณะการใช้ยารักษาตนเอง

อาการ	ชนิดยาที่ใช้เองเบื้องต้น	ระยะเวลาดูอาการ	ทุเลา	ไม่ทุเลา
ไข้ ตัวร้อน	ยาลดไข้แก้ปวด เช่น พาราเซตามอล ทัมใจ ยาชมแก้ร้อนใน เป็นต้น	หลังกินยา 4 – 5 ชม.	หยุด	ใช้ยาแรงขึ้น เช่น บวด หาย ทิฟฟี
ไข้หวัด ปวดหัว ไอ จาม เพื่อยึด มีน้ำมูก	ทิฟฟี ดีคอลเจน นูตาโคล	1 วัน	หยุด	ใช้ยาแรงขึ้น เช่น ยาแก้หวัด และยาแก้ไอ (ทิฟฟี + ยา เพนนิซิลลิน)
ปวดศีรษะ	ยาแก้ปวด เช่น พาราเซตา มอล ทัมใจ บวดหาย ไพรานา	1 วัน	หยุด	รับประทานยาเดิมต่อ
ปวดเมื่อยตาม ตัว ล้าตาม กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ	ยาแก้ปวด บวดหาย ยาคลายกล้ามเนื้อ	1 – 2 วัน	หยุด	ปรึกษาเภสัชกร/สามี/ เครือข่าย หรือซื้อยาแก้ปวดเมื่อย คลาย กล้ามเนื้อมาทาน (mydoclam)
ปวดท้อง / ท้องอืด จุก เสียด	ยาระดุน้ำแดง ยาระดุน้ำเขียว	หลังทานยาครึ่งถึง 1 ชั่วโมง	หยุด	รับประทานยาเดิมต่อ
ท้องเสีย	ยาระดุน้ำขาว ยาแก้ท้องเสีย เช่น lomotil / disental / noxy / bactrim / penicillin / heromycin / auromycin	4 – 5 ชม. หลังกินยา	หยุด	ปรึกษาเครือข่ายยา / ร้าย ขาย ยา เพื่อเปลี่ยนยาที่แรง ขึ้น
ผดผื่น ตุ่มน้ำ ใสๆ คัน บริเวณ อับชื้น	ทายาจำพวกครีม betamethasone / calamine lotion / factorocort	จนกว่าจะหาย	หยุด	ปรึกษาสามี / เภสัชกร
ตกขาว เชื้อรา ในช่องคลอด	ยาเหน็บช่องคลอด เช่น ไตรโนโลน	จนกว่าจะหาย	หยุด	ปรึกษาสามี / เภสัชกร
หนองใน	ยาสวนล้างช่องคลอด (ซานาไก้) ยาเหน็บฆ่าเชื้อแกมโรค ยาแก้อักเสบได้แก่ ยาแก้อักเสบทานมัยซิน ยาแก้อักเสบเม็ดดำแดง	จนกว่าจะหาย	หยุด	ปรึกษาสามี / เภสัชกร

	ยาแก้ชักเสปเพนนิลีน			
--	---------------------	--	--	--

จะเห็นได้ว่า การรักษาอาการต่างๆ ด้วยการซื้อยาจากร้านขายยามาใช้และกินเอง เมื่ออาการไม่หายหรือทุเลาจะเปลี่ยนใช้ยาที่แรงขึ้น บางรายใช้ยาบางชนิดจนติดโดยเฉพาะ ยาแก้ปวดอย่างยาต้มใจ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี และคณะ, 2534) การซื้อยาตามร้านขายยาใช้หรือรับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์นั้น เป็นไปบนกฎเกณฑ์ต่างๆ ได้แก่ ยาที่เคยกินเมื่อมีอาการนั้นๆ แล้วไม่มีอาการแพ้ยา ยาที่เคยได้ยีนสรรพคุณจากสื่อต่างๆ บุคคลใกล้ชิดแนะนำหรือเคยใช้ ได้รับการจ่ายให้จากผู้ขายยาที่คุ้นเคย ร้านขายยาใหญ่ที่มีเภสัชกร และยาที่มีลักษณะคล้ายกับยาที่ได้รับจากคลินิกโดยเอาตัวอย่างหรือซองให้คนขายดู โดยเหตุผลในการซื้อยากินเองเพราะประหยัด ไม่ต้องการให้พฤติกรรมเป็นพริตกับคนในชุมชน และคิดว่าการไปหาหมอเสี่ยงต่อความลับที่ตนติดเชื่อจะรั่วไหล นอกจากนี้มีจุดประสงค์เพื่อรักษาอาการต่างๆ แล้ว ยังพบว่ามีการซื้อยาบำรุงร่างกาย วิตามินและอาหารเสริมสุขภาพต่างๆ มารับประทานเองโดยไม่มีการปรึกษาแพทย์ (พรณี ภาณุวัฒน์สุข, อ้างแล้ว)

- การรักษาด้วย Home Remedies

รายงานวิจัยของพรณี ภาณุวัฒน์สุข (อ้างแล้ว) จะเห็นว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากปัจจัยทางกายภาพ เช่น สภาพอากาศหรือปัจจัยทางด้านพฤติกรรม เช่น การทำงานมากเกินไป อาบน้ำเย็น กินน้ำเย็น ตากแดดนาน อดนอน เครียด เป็นต้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็จะหาทางบรรเทาอาการเบื้องต้นก่อนด้วยการปล่อยให้หายเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ดื่มน้ำอุ่น นอนพักผ่อนให้มากขึ้น ไม่อาบน้ำเย็นหรือไม่อาบน้ำตอนกลางคืน ในขณะที่งานวิจัยของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) พบรูปแบบการทดลองรักษาอาการต่างๆ ด้วยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ อาบน้ำร้อน ตอนเช้าและเย็น เพื่อลดอาการทางผิวหนัง หรือบางรายที่มีตุ่มคันขึ้น จะใช้น้ำตาเทียนหยดลงตรงที่เกิดตุ่มคัน หรือเกาให้ถลอกแล้วหยดไฮโดรเจนลงไป หากมีอาการเป็นผ้าที่ปากและลิ้นจะเคี้ยวใบฝรั่งเพื่อกัดผ้าออกจากลิ้น เป็นต้น ซึ่งการคิดทดลองหาวิธีบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเองไม่เป็นที่พบในงานวิจัยมากนัก

- การออกกำลังกาย

ปิยวรรณ บรรจง (2536) ได้ทำการวิจัยทดลองเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ระยะที่ 1 โดยมีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน คือ กลุ่มออกกำลังกายและกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย กลุ่มแรกจะมีโปรแกรมการออกกำลังกาย คือ แอโรบิค เดิน-วิ่ง และขี่จักรยานอยู่กับที่ ใช้ความหนักของการออกกำลังกาย ร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของแต่ละบุคคล ใช้เวลาในการฝึกวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 10 สัปดาห์ เปรียบเทียบผลการทดลองของ 2 กลุ่มด้วยค่าสมรรถภาพจับออกซิเจนสูงสุด และค่าความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ หลังการทดลองพบว่า การออกกำลังกายตามโปรแกรมที่จัดให้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ 1 มีค่าสมรรถภาพจับออกซิเจนและค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ควรปฏิบัติ และก็เป็นสิ่งหนึ่งที่แพทย์หรือบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพได้แนะนำ

จากรายงานการวิจัยต่างๆ การออกกำลังกายเป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้แข็งแรงขึ้น การออกกำลังกายที่พบได้แก่ เดิน-วิ่งตอนเช้าและเย็น โยคะ แอโรบิก และการเล่นกีฬา รวมถึงการทำงานต่างๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมากเกินไป (มารยาท วงษาบุตร, 2539 ; พรรณี ภาณุวัฒน์สุข, 2541 ; วิภา ภาวนาภรณ์และกุลธิดา จันทร์เจริญ, 2541 ; รัตนา สำโรงทอง, 2539 ; อารยะ ภูสาคัส, 2542) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายที่อยู่ในภาวะตั้งครภ์ในการศึกษาของพรรณี ภาณุวัฒน์สุข ซึ่งโดยมากเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำที่ปฏิเสธการออกกำลังกาย เพราะเชื่อว่าผู้ติดเชื้อมีร่างกายที่อ่อนแอกว่าบุคคลทั่วไป การออกกำลังกายจะอันตรายต่อสุขภาพ แต่ในผู้ติดเชื้อที่มีการศึกษาสูงจะมีการออกกำลังกาย

● การใช้พลังจักรวาล

การใช้พลังจักรวาลเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ปรากฏงานวิจัยที่ชัดเจน 1 เรื่องที่ศึกษาถึงผลการฝึกพลังจักรวาลที่มีต่อเชื้อไวรัสและภูมิคุ้มกันต้านทานในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งทำการวิจัยโดย อัมพรศรี ณ ลำเลียงและคณะ (1998) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ทางภาคเหนือของไทยจำนวน 15 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ 1, 2, 3 จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 จำนวน 3 คน อีก 5 คนอยู่ในระยะที่ 4 ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยพลังจักรวาล วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 21 วัน โดยอาจารย์เลื่องหมื่นต่าง เป็นผู้สอนให้ผู้รับการฝึกพลังจักรวาลในระดับที่ 5 รักษาผู้ป่วยโดยวางมือไว้ที่จักระที่ 2, 3, 5 และ 7 จุดละ 5 นาที ส่วนผู้ฝึกพลังจักรวาลระดับที่ 6 รักษาโดยส่งพลังจิตไปจักระที่ 6 ประมาณ 30 วินาที โดยผู้ฝึกเพ่งที่จักระที่ 6 และ 7 ของตนเอง ในระหว่างการรักษามีเพศสัมพันธ์ ดื่มแอลกอฮอล์ กินอาหารตามปกติ นอนวันละ 8 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้ใช้ยาใดๆ เมื่อทดลองครบ 21 วัน ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับการสอนพลังจักรวาลระดับที่ 1 – 3

หลังการรักษาคณะวิจัยทำการนับ CD4 T-CELL และหาปริมาณไวรัสในเลือด พบว่า ในผู้ป่วยระยะที่ 1, 2, 3 CD4 T-CELL เพิ่มขึ้น 1.4-5 เท่า อาการต่างๆ หายไป ส่วนผู้ป่วยเอดส์ 5 คนที่อยู่ในระยะที่ 4 เสียชีวิตภายหลังการรักษา 1 ปี โดยไม่มีอาการปวดและเศร้าโศก การตรวจปริมาณไวรัสในผู้ป่วย 2 ราย ที่อยู่ในระยะที่ 1, 2, 3 พบว่าปริมาณไวรัสลดลงถึง 34.5-38.2% สรุปว่า การรักษาผู้ป่วยด้วยพลังจักรวาลช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพดีขึ้น สามารถมีชีวิตอยู่เช่นคนปกติ ลดอาการแทรกซ้อน เพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทาน ลดปริมาณไวรัส และเข้าสู่ภาวะสุดท้ายโดยไม่กังวล ทุกข์โศก เพื่อรักษาสุขภาพ ต้องทำการฝึกอย่างต่อเนื่องและพักผ่อนเพียงพอ

ตารางที่ 7 งานวิจัยในประเทศไทย

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวน ตัวอย่าง	พื้นที่ ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
1.	2531	สภาวะจิตสังคมของผู้ ติดเชื้อเอดส์	วิทยานิพนธ์ / เชิง คุณภาพ สัมภาษณ์เชิง ลึก	ผู้ติดเชื้อเอดส์เพศชายที่มี ประวัติรักร่วมเพศ 6 ราย	กรุงเทพฯ	พวงทิพย์ ชัยพิ บาลสฤณี / จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2.	2533	กระบวนการตอบสนอง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ติด ยาเสพติดชนิดฉีด	วิทยานิพนธ์ / เชิง คุณภาพ สัมภาษณ์เชิง ลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อ	กรุงเทพฯ	จกมล ทองโหม / ม. มหิดล
3.	2534	กรณีศึกษาแบบแผน จิตสังคมของชาวไทยที่ ติดเชื้อเอดส์	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพสัมภาษณ์เชิง ลึก	ผู้ติดเชื้อ 4 กลุ่ม : ชายรัก ร่วมเพศ ต่างเพศ โสเภณี ผู้ ติดยาเสพติด จำนวน 23 ราย	กรุงเทพฯ	พวงทิพย์ ชัยพิ บาลสฤณีและคณะ / จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
4.	2535	การเผชิญอันตรายของ โรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพสัมภาษณ์เชิง ลึก	ผู้ติดเชื้อเพศชาย 10 ราย ผู้ติดเชื้อเพศหญิง 5 ราย	กรุงเทพฯ	สุธีรา สุนทรกุล / ม. มหิดล
5.	2535	การศึกษาอัตมโนทัศน์ ในบุคคลที่ได้รับเชื้อโรค เอดส์	รายงานวิจัย / เชิง ปริมาณแบบวัดอัตมโน ทัศน์	ผู้ติดเชื้อ 70 ราย ญาติผู้ติดเชื้อ 50 ราย	กรุงเทพฯ	วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
6.	2535	การศึกษาสุขภาพจิต ของผู้ติดยาเสพติดที่ ติดเชื้อโรคเอดส์	วิทยานิพนธ์ / เชิง ปริมาณ	ผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อโรค เอดส์	กรุงเทพฯ	กฤษฎณา ศรีประชุม / ม.นเรศวร
7.	2536	ปัจจัยคัดสรรที่มี ความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการ ดูแลตนเอง	วิทยานิพนธ์ / เชิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อ 203 ราย	กรุงเทพฯ	จิราพร อมราภิบาล / จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
8.	2536	แรงสนับสนุนทาง สังคม ความพร้อมใน การดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้ติด เชื้อเอดส์	วิทยานิพนธ์ / เชิง ปริมาณใช้ แบบสอบถามวัดการ สนับสนุนทางสังคม และความพร้อมในการ ดูแลตนเอง	ผู้ติดเชื้อ 120 ราย	กรุงเทพฯ	เปรมฤทัย น้อยหมื่น ไวย / ม.มหิดล
9.	2536	ชะตาชีวิตผู้ป่วยเอดส์ หญิง-ชาย	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพสัมภาษณ์	ผู้ติดเชื้อกลุ่มชายเที่ยว ,หญิงตั้งครรภ์,หญิงบริการ อาชีพพิเศษ และผู้ใช้ยาเสพติด 65 ราย	จังหวัด ทาง ภาคเหนื อ	ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ / ม.มหิดล

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวน ตัวอย่าง	พื้นที่ ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
10.	2536	ผลของการฝึกตาม โปรแกรมการออกกำลังกาย ที่มีต่อสมรรถภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์*	วิทยานิพนธ์ / วิจัย กึ่งทดลอง	ผู้ติดเชื้อเอดส์ชมรมเพื่อน วันพุธ จำนวน 20 คน	กรุงเทพฯ	ปิยวรรณ บรรจง / จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
11.	2536	ปฏิกิริยาตอบสนองที่ เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ ของผู้ติดเชื้อ	วิทยานิพนธ์ / เจริญ คุณภาพสัมภาษณ์ เชิงลึก	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพศชาย 14 ราย		บงอร ศิริโรจน์ / ม.มหิดล
12.	2537	การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ ติดเชื้อเอดส์	รายงานวิจัย / เจริญ คุณภาพสัมภาษณ์ เชิงลึก ตามเยี่ยม สัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลหลัก	ผู้ติดยาเสพติด,หญิงบริการ ,ชายเที่ยวและหญิงตั้งครรร 54 ราย	จังหวัด ทาง ภาคเหนือ	บงอร ศิริโรจน์ และ คณะ / ม.มหิดล
13.	2537	ความสามารถในการดูแล ตนเองกับคุณภาพ ชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์	รายงานวิจัย / วิจัย เจริญปริมาณด้วย แบบประเมิน คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 80 ราย	แผนก อายุรกร รรม รพ. เชียงราย ประชานุ เคราะห์	มัลลิกา ตั้งเจริญ และ แจ่มจิตต์ เทพ นามวงศ์ /รพ. เชียงรายประชานุ เคราะห์
14.	2537	การสนับสนุนและส่งเสริม ให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มี ส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	วิทยานิพนธ์ / เจริญ ปริมาณแบบวัด คุณภาพชีวิต	ผู้ติดเชื้อทุกระยะ 45 ราย	กรุงเทพฯ	ดวงกมล วัตราดุลย์ / ม.มหิดล
15.	2537	ผลของการให้การพยาบาล แบบประคับประคองโดยใช้ หลักการให้คำปรึกษาต่อ เจตคติและพฤติกรรม เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์	วิทยานิพนธ์ / เจริญ ปริมาณรูปแบบ ของการพยาบาล แบบ ประคับประคอง	หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 20 ราย		จรรยา จันทร์ผ่อง / ม.มหิดล
16.	2537	พระสงฆ์กับการรักษาโรค เอดส์ กรณีสำนักสงฆ์เขา สนามแจ่ง : แสงเทียนวูป สุดท้าย..ปลุกชีวิตอับแสง คนเอดส์แต่เป็นเทียนดวง ใหม่ที่ส่องสว่างให้สังคม*	บทความ / สัมภาษณ์	ผู้ติดเชื้อ 3 ราย และพระที่ ให้การรักษา	จ.ลพบุรี	พรทิพย์ พันธุ์ชะวงษ์ / ม.มหิดล

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิจัย	ลักษณะและ จำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
17.	2537	ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง ความเครียดของผู้ติดเชื้อ HIV ที่มารับคำปรึกษาจาก พยาบาล รพ.นครพิงค์	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	เชียงใหม่	อุมพร รักษาทิพย์ / ม.เชียงใหม่
18.	2538	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อม ในการดูแลตนเองของผู้ติด เชื้อโรคเอดส์	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิง ปริมาณด้วย แบบสอบถามการรับรู้ ภาวะสุขภาพและ ความพร้อมในการดูแล ตนเอง	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 140 ราย	กรุงเทพฯ และ นนทบุรี	ทิตยทยา หอมทรัพย์ / ม.มหิดล
19.	2538	รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวในเขตพื้นที่ ชายทะเลภาคตะวันออก	รายงานวิจัย / เชิง ปริมาณและเชิง คุณภาพ	ผู้ป่วยโรคเอดส์ 45 ราย ครอบครัวผู้ป่วย 28 ราย ผู้นำชุมชน 33 ราย	ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา ฯ	เยาวลักษณ์ บรรจง ปฐ และเรณู พงษ์ เรืองพันธ์/ ม.บูรพา
20.	2538	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของ หญิงอาชีพพิเศษหลังทราบ ผลติดเชื้อเอชไอวี*	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพ สัมภาษณ์เชิง ลึก สังเกตแบบไม่มีส่วน ร่วม	หญิงอาชีพพิเศษที่ ติดเชื้อ 59 ราย	เชียงใหม่	วัฒนา โยธาใหญ่
21.	2538	การรับรู้การมีชีวิตร่วมกับโรค เอดส์ : กรณีศึกษาเชิงชาติ พันธุ์วรรณนา*	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพสัมภาษณ์เชิง ลึก	ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ 30 ราย	ขอนแก่น	บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ / ม. ขอนแก่น
22.	2538	การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วย การปฏิบัติธรรมะ ศึกษา เฉพาะกรณีวัดดอยเกิ้ง อ.แม่ สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน*	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพสัมภาษณ์เชิง ลึกสังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์	แม่ฮ่องสอน	จิราลักษณ์ จงสถิต มัน / ม.เชียงใหม่
23.	2539	ผู้หญิงอีสานกับการเผชิญ ปัญหาเอดส์	รายงานวิจัย / เชิง คุณภาพ สัมภาษณ์เชิง ลึก	หญิงติดเชื้อเอดส์ 7 ราย	ขอนแก่น	บำเพ็ญจิต แสงชาติ / ม.ขอนแก่น
24.	2539	ความสัมพันธ์ระหว่างแรง สนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระ บาทน้ำพุ จ.ลพบุรี*	วิทยานิพนธ์ / เชิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 70 ราย	วัดพระ บาทน้ำพุ จ.ลพบุรี	มารยาท วงษานุตร / ม.เชียงใหม่

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและ จำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
25.	2539	วิธีการปรับแก้และการปรับ ทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี	วิทยานิพนธ์ / เิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 60 ราย	เชียงใหม่	สิริลักษณ์ วรรณะ พงษ์ / ม.เชียงใหม่
26.	2539	อิทธิพลของการสนับสนุนทาง สังคมต่อกระบวนการปรับตัว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มี อาการแสดง : การศึกษา พื้นฐานเพื่อการพัฒนา หลักสูตร	วิทยานิพนธ์ / เิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 32 ราย	กรุงเทพฯ	อดิรัตน์ วัฒนไพลิน / ม.ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
27.	2539	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	วิทยานิพนธ์ / เิง ปริมาณ	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 160 ราย	ชลบุรี	จันทนา พงษ์ สมบูรณ์ / ม.มหิดล
28.	2539	ศึกษาแนวความคิดการอธิบายโรค การปฏิบัติตนและการ แสวงหาการรักษาของผู้ติด เชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ณ สำนักสงฆ์แห่งหนึ่ง*	วิทยานิพนธ์ / เิง คุณภาพ	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 28 ราย	สำนัก สงฆ์แห่ง หนึ่ง จ.ลพบุรี	รัตนา สำโรงทอง / ม. มหิดล
29.	2539	การเผชิญสภาพการติดเชื้อ เอชไอวีของผู้หญิงในจังหวัด เชียงรายและพะเยา : กรณีศึกษาในองค์กรพัฒนา เอกชนที่ทำงานด้านเอดส์*	วิทยานิพนธ์ / เิง คุณภาพ	ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอช ไอวี 5 ราย	เชียงราย พะเยา	สุวิรัตน์ ตริมรรคา / ม.มหิดล
30.	2539	การศึกษาการได้รับบริการ ดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง	รายงานวิจัย / เิง ปริมาณ	ครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ในจ. ลำปางและตัวผู้ติด เชื้อ/ผู้ป่วยจำนวน 83 คน	จ.ลำปาง	กองโรคเอดส์ กรม ควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
31.	2540	ปัจจัยคัดสรรและ ความสามารถในการดูแล ตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์	รายงานวิจัย / เิง ปริมาณแบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการ ดูแลตนเอง	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 100 ราย	จ. ขอนแก่น	สุวรรณา บุญยะลี พรรณและคณะ / ม.ขอนแก่น
32.	2540	การใช้ยาสมุนไพรรักษา อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย เอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตรใหม่ จ.เชียงใหม่*	วิทยานิพนธ์ / เิง ปริมาณ	ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 100 ราย	จ. เชียงใหม่	วาสนา จันทศิริ / ม. เชียงใหม่

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและ จำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
33.	2540	วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย*	วิทยานิพนธ์ / เติง คุณภาพ สัมภาษณ์เชิง ลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้ติดเชื้อและเป็นโรค เอดส์ จำนวน 30 ราย	จ. ขอนแก่น	บำเพ็ญจิต แสงชาติ / ม.มหิดล
34.	2540	ผลของกระบวนการกลุ่มต่อ พฤติกรรมการปรับตัวและ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV	วิทยานิพนธ์ / เติง ปริมาณแบบประเมิน พฤติกรรมการปรับตัว และคุณภาพชีวิต	ผู้ติดเชื้อแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและ ควบคุมกลุ่มละ 18 ราย	จ.ระยอง	นงนุช เขาวนศิลป์ / ม.มหิดล
35.	2540	การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานภาพพยาบาลของรัฐ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนา ระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องปี 2540*	รายงานวิจัย / การ สำรวจเชิงพรรณนา	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 630 คน	โรงพยาบาล าลทั่ว ประเทศที่ เข้าร่วม โครงการ ฯ 63 แห่ง	วิภา ภาวนาภรณ์ และกุลธิดา จันทร เจริญ / กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข
36.	2540	การศึกษาการใช้สมุนไพรของ ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วย โรคมะเร็ง*	รายงานวิจัย / วิจัยเชิง บรรยายลักษณะ Cross Section Study Design	ผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 301 ราย	รพ. บำราศ นราดูล จ.นนทบุรี	กาญจนา ศิริเจริญ วงศ์,เยาวรัตน์ อินทอง และพัชรี เจริญพร / สำนักงาน คณะกรรมการ สนับสนุนการวิจัย
37.	2540	การสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมทางเพศ ความเครียดในผู้ป่วยเอดส์	รายงานวิจัย / เติง บรรยาย	ผู้ป่วยใน ที่เป็นโรค เอดส์ จำนวน 250 คน	รพ. บำราศ นราดูล จ.นนทบุรี	ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ อรทัย โสมนรินทร์ / ม. มหิดล
38.	2540	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวังกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	วิทยานิพนธ์ / เติง ปริมาณแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ แบบสอบถาม ความหวัง	ผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 110 ราย	กรุงเทพฯ	กนกเลขา แก้วสว่าง / ม.มหิดล
39.	2540	พฤติกรรมดูแลตนเองใน ระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด 6 สัปดาห์ของสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี*	รายงานวิจัย / เติง ปริมาณและเชิง คุณภาพ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 31 ราย	จ. ขอนแก่น	สมคิด เสงี่ยมศักดิ์ และคณะ / ศูนย์ ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 (ขอนแก่น)

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
40.	2540	ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อ HIV ในเรือนจำมณฑลทหารราบที่ 11	วิทยานิพนธ์ / วิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่มีอาการทางกาย และจิต จำนวน 30 คน (กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน)	มณฑลทหารราบที่ 11 กรุงเทพฯ	ณัฐนาฏ สระอุบล / ม.มหิดล
41.	2540	ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงบรรยายเชิงปริมาณ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะปรากฏอาการ 140 คน	ผู้ป่วยใน รพ. บำราศนราดรุณ จ. นนทบุรี , รพ. หาดใหญ่และ รพ.สงขลา จ. สงขลา	รจนา วิริยะสมบัติ / ม.มหิดล
42.	2541	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรพ.นครพิงค์	วิทยานิพนธ์ / เชิงปริมาณแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 286 คน	ผู้ป่วยนอก รพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่	สุดารัตน์ วรรณสาร / ม.เชียงใหม่
43.	2541	ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี : การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในจ.เลย	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ	ผู้ติดเชื้อเอดส์ 50 คน สมาชิกครอบครัว 50 คน กรณีศึกษา 3 ครอบครัว	จ.เลย	พเยาว์ ศรีแสงทอง/ บัณฑิตวิทยาลัย สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
44.	2541	ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รพ.พระมงกุฎเกล้า	วิทยานิพนธ์ / วิจัยกึ่งทดลองเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 43 คน	รพ.พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ	กมลวรรณ หวังสุข / ม.มหิดล
45.	2541	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อคงสภาวะการตั้งครรภ์ต่อ*	วิทยานิพนธ์ / เชิงคุณภาพ	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ จำนวน 20 ราย	รพ.นวนคร จ. อโยธยา	พรรณิภา ภาณุวัฒน์สุข / ม.มหิดล
46.	2541	การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ HIV ที่นับถือพุทธศาสนา*	วิทยานิพนธ์ / เชิงปริมาณ	ผู้ติดเชื้อ HIV	ชมรมเพื่อนวันพุธ รพ.จุฬาฯ	อัจฉรา ตันศิริรัตน์วงศ์ / ม.มหิดล

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
47.	2541	การศึกษาการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการของรพ.บำราศนคราบูร*	วิทยานิพนธ์ / วิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ติดเชื้อ HIV ที่สุขภาพแข็งแรง	รพ.บำราศนครา บูร จ.นนทบุรี	วัชร ทงมอญ / ม. มหิดล
48.	2541	AIDS IN NORTHERN THAILAND : EFFECTS ON VIRAL AND IMMUNE RESPONSES*	รายงานวิจัย / วิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 15 คน	ภาคเหนือ	อัมพรศรี ณ ลำเลียง และคณะ
49.	2541	คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงคุณภาพ	มารดาที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 16 ราย	รพ.เชียงราย ประชาชนุเคราะห์	ผ่องสาย จุงใจ ไพศาล / ม.ขอนแก่น
50.	2541	การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว	รายงานวิจัย / วิจัยแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 119 ราย และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อจำนวน 119 ราย	กรุงเทพฯ และ เชียงใหม่	จริยวัตร คมพัยค์ และคณะ/ สำนักงานปลัด ทบวงมหาวิทยาลัย
51.	2541	บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณี อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่*	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปเพื่อดูแลเด็กซึ่งพ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำนวน 20 ราย	อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่	กนกวรรณ เพ็ญเกต / ม.ธรรมศาสตร์
52.	2541	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ จ.เชียงราย*	รายงานวิจัย / วิจัยเชิงปริมาณ	ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 348 ราย	จ.เชียงราย	งามนิธย์ ราชกิจและ คณะ / สำนักงาน สาธารณสุข จ. เชียงราย
53.	2542	สรุปบทเรียนประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย*	รายงานวิจัย / Document Analysis สำรวจเบื้องต้น สัมภาษณ์เชิงลึก Focus Group	ผู้ติดเชื้อ HIV ที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ จำนวน 152 ราย	เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง	อารยะ ภูสาหัส / มูลนิธิฟอร์ด

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวนตัวอย่าง	พื้นที่ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
54.	2542	การอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคเอดส์*	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตแบบมีส่วนร่วม	ผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกในครอบครัว	จ.ขอนแก่น	เกศินี สราญฤทธิ์ชัย / ม.ขอนแก่น
55.	2542	คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในรพ.สันป่าตองและรพ.สันทราย จ.เชียงใหม่	วิทยานิพนธ์ / วิจัยเชิงสำรวจ แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง	ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 120 ราย	รพ.สันป่าตอง รพ.สันทราย จ.เชียงใหม่	ศดานันท์ ปิยกุล / ม.มหิดล
56.	2542	ผลของการให้อาหารเสริมในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	รายงานวิจัย / วิจัยกึ่งทดลองในชุมชน	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 173 ราย (กลุ่มศึกษา 103 ราย และกลุ่มควบคุม 70 ราย)	อ.แม่จัน จ.เชียงราย	ชไมพร ทวีศรี และคณะ / มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , รพ.แม่จัน จ.เชียงราย
57.	2542	การศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวมผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน	รายงานวิจัย / วิจัยเชิงปฏิบัติการ	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 170 ราย (กลุ่มไม่มีอาการ 48 ราย ARC 77 ราย ผู้ป่วยเอดส์ 45 ราย)	รพ.เทิง จ.เชียงราย	มนัชา มรรคอนันต์โชติ / รพ.เทิง จ.เชียงราย
58.	2542	การสำรวจสถานการณ์การดูแลสุขภาพทางเลือกสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542	รายงานวิจัย / วิจัยเชิงสำรวจ	หน่วยงานรัฐ , หน่วยงานเอกชน และหน่วยงานศาสนา จำนวน 105 แห่ง	ทั่วประเทศ	กลุ่มงานวิจัยการให้บริการทาง การแพทย์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
59.	2543	สุขภาพทางเลือก : ต้นทุนและผลการรอบไอน้ำด้วยสมุนไพรต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้*	รายงานวิจัย / วิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 100 ราย	ภาคใต้	เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและคณะ / สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย
60.	2543	ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*	รายงานวิจัย / วิจัยกึ่งทดลอง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 110 ราย (กลุ่มทดลอง 55 คน,กลุ่มควบคุม 55 คน)	รพ.วชิระ กรุงเทพฯ	สมจิต ปทุมานนท์และคณะ/สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย

ลำดับที่	พ.ศ.	ชื่อเรื่อง	รูปแบบ / วิธีวิจัย	ลักษณะและจำนวน ตัวอย่าง	พื้นที่ศึกษา	ผู้วิจัย/หน่วยงาน
61.	2543	กระบวนการรักษาโรค เอดส์ด้วยการแพทย์ พื้นบ้าน : กรณีศึกษา วัดแห่งหนึ่งในภาค กลาง*	วิทยานิพนธ์ / วิจัย เชิงคุณภาพ	ผู้ให้การรักษา เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร ของวัด เจ้าหน้าที่จาก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เจ้าหน้าที่จาก สำนักงานควบคุม โรคติดต่อ เขต 1 ผู้ติด เชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และญาติของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์	วัดแห่งหนึ่งใน ภาคกลาง	นันทนา พวงทอง / ม.มหิดล

4. วิเคราะห์ วิจัย

- ในภาพรวม การการวิจัยครั้งนี้ มองเห็นว่า องค์ความรู้ในเรื่องทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย ยังมีอย่างจำกัดอย่างมากทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ งานวิจัยที่มีอยู่ซึ่งส่วนมากเป็นวิทยานิพนธ์ ยังมีความจำกัดทั้งในด้านจำนวน ความครอบคลุมในประเด็นปัญหาที่สำคัญ พื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และรูปแบบการวิจัย
- องค์ความรู้ที่มีอยู่ในงานวิจัยที่รวบรวมได้ขณะนี้ โดยเฉพาะที่กล่าวถึงพฤติกรรมและการดูแลรักษาตนเองกว้างๆ เป็นสิ่งที่ไม่ช่วยอะไรมากนัก โดยเฉพาะในการพัฒนาระบบการเชิงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาและส่งเสริมบทบาทของการดูแลสุขภาพทางเลือกให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย มีคำถามการวิจัยอีกมากมาย ที่สมควรได้รับคำตอบ เช่น ความชุก (Prevalence) และแบบแผนของเทคนิค วิธีการบำบัด รักษาและดูแลสุขภาพแบบต่างๆ ความหมายและผลที่เกิดขึ้นในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย คำถามที่เกี่ยวกับการพิสูจน์ประสิทธิภาพของเทคนิค วิธีการบำบัดต่างๆ นอกจากมีน้อยชิ้น ยังมีประเด็นในเชิงระเบียบวิธีวิจัย ที่ต้องการพัฒนาอีกมาก
- ข้อค้นพบที่สำคัญมากในการวิจัยครั้งนี้ ก็คือ **หนึ่ง** การบำบัดรักษา และดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่นๆ เป็นปรากฏการณ์ที่ต้องเกิดควบคู่ไปกับพัฒนาการของโรคเอดส์ ธรรมชาติของการเป็นโรคที่ร้ายแรง และถูกตีตราทางสังคม ในขณะที่ไม่มีทางเลือกจากการแพทย์กระแสหลัก คือแรงผลักดันที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องแสวงหาทางเลือก สอง เทคนิคหรือแนวทางในการบำบัด รักษา และดูแลสุขภาพแบบทางเลือก ที่พบมีการใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะที่เป็นบทเรียนจากต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า ประสิทธิภาพหรือการทำให้หายจากโรคภัย (Pharmacological Efficacy) มิใช่เป็นเหตุผลด้านหลัก การใช้ทางเลือกทางสุขภาพอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย แท้ที่จริงแล้วยังมีความหมาย (Meanings) และหน้าที่อื่นๆ อีกหลายประการ เช่น การเป็นมาตรการในการลดผลข้างเคียงของยาสมัยใหม่ การเป็นเครื่องมือในการเผชิญความเครียด และจัดการกับชีวิตตลอดจนเป็นวิถีทางของการเผชิญชีวิต ของคนบางกลุ่มที่ไม่ต้องเผชิญกับแรงกดดันทางจิตใจ และสังคมจากการใช้บริการกระแสหลัก (Pawluch et al 2000) ในกรณีเช่นนี้ เป้าหมายมิใช่ที่การหาย (Get cured) แต่ที่การเยียวยา (Heal) มิใช่จำนวนปีที่จะมีชีวิตรอดเพิ่ม แต่คือคุณภาพของชีวิตที่ยังเหลืออยู่ โดยประการนี้ การวิจัยที่มุ่งเน้นหาคำตอบในเรื่องประสิทธิภาพการหาย เน้นกระบวนการวิจัยทางคลินิกและเชิงทดลอง จึงนอกจากอาจจะไม่ตอบคำถามที่เป็นหัวใจแล้ว ยังอาจหมายถึงการเสียเวลา และสิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างมาก ที่สมควรย่ำก็คือ แม้แต่ในต่างประเทศ ที่มีการวิจัยในเชิงนี้ไว้มาก แต่ข้อสรุปที่ได้ ดูเหมือนจะยังสับสน และไม่ได้ข้อสรุป และ สาม ประสพการณ์ของกลุ่มชุมชนชาวรักร่วมเพศ กับความก้าวหน้าในการเผชิญกับโรคเอดส์ บอกโดยนัยว่า ความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการดูแล รักษาสุขภาพแบบทางเลือกให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ต้องอาศัยกลไกทางสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือกลุ่มผู้ติดเชื้อและพันธมิตร ที่จะเข้ามาเป็นกลไกผลักดัน ประสาน วิจัย และดำเนินการในเรื่องนี้มากขึ้น แทนที่จะให้กลไกราชการและวิชาชีพเป็นฝ่ายริเริ่ม กำหนด หรือเป็นผู้อนุมัติ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกวรรณ เพียงเกตุ.(2541). บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณี อ. สันป่าตอง จ.เชียงใหม่.วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กนกเลขา แก้วสว่าง.(2540).ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล.

กมลวรรณ หวังสุข.(2541).ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มงานวิจัยการให้บริการทางการแพทย์.(2542).การสำรวจสถานการณ์การดูแลสุขภาพทางเลือกลำสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542.เอกสารประกอบการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือกลำสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์.กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ : เจ.เอส.การพิมพ์.

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

กองโรคเอดส์.(2539).การศึกษาการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง.กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา ศิริเจริญวงศ์ , เยาวรัตน์ อินทอง และพัชรี เจริญพร.(2540).การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคมะเร็ง.สำนักงานคณะกรรมการสนับสนุนการวิจัย.

เกสร เหล่าอรรคะ.(2540).ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

งามนิตย์ ราชกิจ และคณะ. (2541).พฤติกรรม การใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ จ.เชียงราย .สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.

จรรยา จันทร์ผ่อง.(2537).ผลของการให้การพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาต่อเจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. (2541).การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว.สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษาสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

จันทนา พงษ์สมบุญ. (2539).ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร อมราภิบาล. (2537).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน. (2538).การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรมะ ศึกษาเฉพาะกรณีวัดดอยเกิ้ง อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน.ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชไมพร ทวีศรี และคณะ. (2542).ผลของการให้อาหารเสริมในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์.หน่วยระบาดวิทยาและสถิติทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย.

ณัฐนาฏ สระอุบล.(2540).ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรือนจำมณฑลทหารราบที่ 11.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงกมล วัตราดุลย์.(2537).การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ. (2536).ชะตาชีวิตผู้ป่วยเอดส์หญิง-ชาย.ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงนุช เชาวศิลป์.(2540).ผลของกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทนา พวงทอง. (2543).กระบวนการรักษาโรคเอดส์ด้วยการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาวัดแห่งหนึ่งในภาคกลาง.วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ.(2538).การรับรู้การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเอดส์ : กรณีศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2539).ผู้หญิงอิสานกับการเผชิญปัญหาเอดส์.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ.(2540).วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2541)."พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์" ใน องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล , เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ).หน้า 76-103.

โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งแสง.

ปิยวรรณ บรรจง. (2536). ผลของการฝึกตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อสมรรถภาพของผู้ติดเชื้อ
เอดส์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต
ของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องสาย จุงใจไพศาล. (2541). คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรทิพย์ พันธุ์วงษ์. (2537). "พระสงฆ์กับการรักษาโรคเอดส์ กรณีสำนักสงฆ์เขาสนามแจง : แสงเทียน
วูปสุดท้าย..ปลุกชีวิตอับแสงคนเอดส์แต่เป็นเทียนดวงใหม่ที่ส่องสว่างให้สังคม" ใน วารสาร
ภาษาและวัฒนธรรม. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มค.-มิย.) สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนา
ชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พรณี ภาณุวัฒน์สุข. (2541). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อคง
สถานะการตั้งครรภ์ต่อ. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดีและคณะ. (2534). สรุปรายงานการวิจัย : กรณีศึกษาแบบแผนจิตสังคมของ
ชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์.

พเยี่ย ศรีแสงทอง. (2541). ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี : การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณี
สมาชิกในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน จ.เลย. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิกุล นันทชัยพันธ์.(2537).การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ : การศึกษาเชิงคุณภาพ.รายงานการศึกษา
ประกอบวิชาการศึกษาด้วยตนเอง.หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิกุล นันทชัยพันธ์.(2539).รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต,สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2543).สุขภาพทางเลือก : ต้นทุนและผลการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรต่อ
การบรรเทาความเจ็บป่วยผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาในวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้.สำนักนโยบาย
และแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคณะ.(2537).การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.ศูนย์ศึกษานโยบาย
สาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนัชยา มรรคอนันตโชติ.(2542).การศึกษากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวมผสมผสานกับการแพทย์
แผนปัจจุบัน.โรงพยาบาลเทิง จ.เชียงราย.

มัลลิกา ตั้งเจริญ และ แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์.(2537).ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้
ติดเชื้อเอดส์.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.

มารยาท วงษาบุตร.(2539).ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมกา
ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี.วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เยาวลักษณ์ บรรจงปรุ และ เรณู พงษ์เรืองพันธ์.(2538).รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในเขตพื้นที่ชายทะเลภาคตะวันออก.คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รจนา วิริยสมบัติ. (2540).ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา สำโรงทอง.(2539).ศึกษาแนวทางการอธิบายโรค การปฏิบัติตนและการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ณ สำนักสงฆ์แห่งหนึ่ง.วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต
(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชร ทงมอญ.(2541).การศึกษาการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลด
ความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการของโรงพยาบาลบำราศนราดूर.วิทยานิพนธ์
อักษรศาสตรมหาบัณฑิต (ศาสนาเปรียบเทียบ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนา โยธาใหญ่.(2539).”พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงอาชีพพิเศษหลังทราบผลการติดเชื้อเอดส์ ใน จ.เชียงใหม่.” ใน วารสารวิชาการสาธารณสุข.ปีที่5 ฉบับที่ 1.มพท.

วาสนา จันทรดี.(2540).การใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่
จ.เชียงใหม่.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

วิภา ภาวนาภรณ์และกุลธิดา จันทรเจริญ.(2540).การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรค
เอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องปี 2540.กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศดานันท์ ปิยกุล.(2542).คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรง
พยาบาลสันทราย จ.เชียงใหม่.วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์
และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์.(2540).การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรม
เผชิญความเครียดในผู้ป่วยเอดส์.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมคิด เสี่ยงศักดิ์และคณะ.(2540).พฤติกรรมดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด 6

สัปดาห์ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี. รายงานผลการวิจัย. สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 (ขอนแก่น). (อัดสำเนา)

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ. (2543). ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา
สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

สมวงศ์ ไสยอดศิลป์. (2534). เมื่อคุณหมอติดเชื้อเอดส์ คู่มือปฏิบัติงานเรื่องเอดส์. ศูนย์สุขภาพจิต
ชั้นนาท กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2539). วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยา
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุดารัตน์ วรรณสาร. (2541). ปัจจัยที่ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรง
พยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรรัตน์ ตริมรรคา. (2539). การเผชิญสภาพการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงในจังหวัดเชียงรายและพะเยา
: กรณีศึกษาในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
(มนุษยวิทยาประยุกต์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณและคณะ. (2540). ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติด
เชื้อเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสรี พงศ์พิศ. (2538). บันทึกเพื่อนชีวิตใหม่. เชียงใหม่ : สันติภาพพรินต์.

อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีที่ไม่มีอาการแสดง : การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิตสาขาการวิจัยและพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.

อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์.(2541).การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพรศรี ณ ลำเลียงและคณะ.(2541).AIDS IN NORTHERN THAILAND : EFFECTS ON VIRAL
AND IMMUNE RESPONSES.

อารยะ ภูสาคัส.(2542).สรุปบทเรียนประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อในภาค
เหนือตอนบนของประเทศไทย.มูลนิธิฟอร์ด.

อุมพร รักษาพิทย์.(2537).ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อ
HIV ที่มารับคำปรึกษาจากพยาบาล รพ.นครพิงค์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(วิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Anderson W., et al.1993

Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV
infection and AIDS.AIDS.Apr;7(4):561-565.

Burnett A , et al.1999.

Caring for people with HIV in Zambia : are traditional healers and formal health
workers willing to work together? AIDS Care.Aug;11(4):481-491.

Brauchli P , et al.1996.

Use of complimentary medicinal therapies in HIV/AIDS in Switzerland.Schweiz Med
Wochenscher.Jul 27;126(30):1297-1305.

Carson VB.1993.

Prayer , meditation , exercise , and special diets : behaviors of the hardy person
with HIV/AIDS.J Assoc Nurses AIDS Care.Jul-Sep;4(3):18-28.

David Wilkinson.2000.

An Evaluation of the MoH/NGO Home care programme for people with HIV/AIDS in Cambodia.International HIV/AIDS Alliance.

Flaskerud JH & Rush CE.1989.

AIDS and traditional health beliefs and practices of black women.Nurs Res , Jul-Aug ,38(4) : 210-215.

Fairfield KM ,et al.1998.

Patterns of use, expenditure, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients.Arch Intern Med.158(9) : 2257-2264.

Guillory JA , et al.1997.

An exploration of the meaning and use of spirituality among women with HIV/AIDS.Altern-Ther-Health-Med,Sep;3(5):55-60.

Greene KB , et al.1999.

Most frequently used alternative and complementary therapies and activities by participants in the AMCOA study.J Assoc Nurses AIDS Care.May-Jun;10(3):60-73.

Hosein S.1999.

Can supplements of niamine/minerals increase survival.British Columbia Person.<http://www.bcpwa.org>.

Jo Erwin , Barry Peters.1999.

Treatment issues for HIV + Africans in London.Social Science & Medicine . Vol.49 : 1519-1528.

Karolynn Siegel & Eileen Gorey.1997.

HIV-infected women : barriers to AZT use.Soc. Sci. Med.;45(1) : 15-22.

Massage Therapy Web Central.1996.

An HIV Study : Massage Doesn't Boost Immune System.<http://www.mtwc.com>

Meredith K , et al.1997.

A survey of women with HIV about their expectations for care.AIDS
Care.Oct;995):513-522.

Martin MA.,et al. 1995.

Health Illness beliefs and practices of Haitians with HIV disease living in Boston.
JANAC. 6(Nov.-Dec.),45-53.

Ostrow MJ , et al.1997.

Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving
antiretroviral or anti-opportunistic agents.J Acquir Immune Defic Syndr Hum
Retroviral.June 1;15(2):115-120.

Smith D , et al.2000.

Capturing the paradigm shift in HIV treatment : changing attitudes in the choice of
combination antiretroviral drugs by high HIV caseload Australian GPs (1996-
1997).AIDS Care.Feb;12(1): 41-47.

Sowell RL.,et al. 1997.

Self-Care activities of women infected with Human Immunodeficiency Virus. Historic
Nursing Practice.11 (Jan.) 18-26.

Wang D. & Koar WH.1993.

Meditation and Hiv infection.[http://www.library.jri.org/library/new/alive/alve 9303
o.html](http://www.library.jri.org/library/new/alive/alve%2033030.html).

Wolffers I & de Moree S.1994.

Use of alternative treatment by HIV-positive and AIDS patients in The
Netherlands.Ned Tijdschr Genesked.Feb.5;138(6):307-310.

