

# ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา

สุชาดา คองแก้ว<sup>1</sup>

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์<sup>2</sup>

พัชรียา ไชยลังกา<sup>3</sup>

Health problems and use of complementary healing methods in HIV/AIDS patients in hospitals in Songkhla province, southern Thailand

Kongkaew S, Thaniwattananon P, Chailungka P.

Khuannieng Hospital, Khuannieng, Songkhla, 90220, Thailand

Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,

Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2007;25(4):283-294

## Abstract:

*This research aimed to examine health problems of HIV/AIDS patients in hospitals in Songkhla province, the complementary methods of healing used in HIV/AIDS patients, and the results of using the complementary methods. A sample of 80 HIV/AIDS patients in this survey was purposively selected from 13 hospitals in Songkhla province. Data were collected from July to October 2004 by employing questionnaires eliciting data on the health problems of the HIV/AIDS patients and any complementary methods used in the treatment of the patients. The instruments were examined for content validity by 5 experts. The reliability of the complementary methods healing questionnaire was assessed by test-retest methods with a resulting correlation coefficient of 0.86. The data were analyzed using percentage and mean.*

<sup>1</sup>พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงพยาบาลควนเนียง อ.ควนเนียง จ.สงขลา 90220

<sup>2</sup>Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>พย.ม. (การพยาบาล) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 12 กรกฎาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2550

The findings were as follows:

The three most common physical health problems were weariness and fatigue (40.0%), which the patients healed by exercising with a good outcome, while those who lost their appetite (40.0%) took dietary supplements as their remedy with either a good outcome or no effect. The three most common psychosocial health problems were feeling stress (21.1%), anxiety (21.1%) and alienation (25.0%), and the three most common spiritual health problems were hopelessness (21.3%), self-worthlessness (22.4%) and aimlessness (20.0%). The patients healed themselves of the psychosocial problems and spiritual problems by practising meditation, with the outcome of purifying the mind.

The research found that, besides the treatment by a medical doctor, the HIV/AIDS patients used complementary methods of treatment. Health care personnel, therefore, have to understand health problems and promote the use of complementary healing methods for effective treatment.

**Key words:** health problems, use of complementary healing methods, HIV/AIDS patients

## บทคัดย่อ:

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา จำนวน 13 โรงพยาบาล และได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2547 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานใช้วิธี test-retest ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงหาความถี่ และค่าร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าใช้มากที่สุดในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 40.0) โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาอ่อนเพลีย และไม่มีแรง ซึ่งผลที่ได้รับ คือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพแข็งแรงและสดชื่นขึ้น และใช้วิธีการรับประทานอาหารเสริมในการจัดการกับปัญหาเบื่ออาหาร (ร้อยละ 40.0) ซึ่งผลที่ได้รับมีทั้งดีขึ้น และเหมือนเดิม

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดในในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ คือ การทำสมาธิ โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม ได้แก่ รู้สึกเครียด (ร้อยละ 21.1) รู้สึกวิตกกังวล (ร้อยละ 21.1) และรู้สึกไม่อยากเข้าสังคม (ร้อยละ 25.0) ในส่วนของการทำสมาธิในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง (ร้อยละ 21.3) รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า (ร้อยละ 22.4) และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย (ร้อยละ 20.0) ตามลำดับ ซึ่งผลที่ได้รับทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่านและจิตใจสงบขึ้น

การศึกษานี้ก็นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

**คำสำคัญ:** ปัญหาสุขภาพ, วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

## บทนำ

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย โดยก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่พึ่งเซลล์โดยเฉพาะที-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes) ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น ปอดอักเสบจาก

เชื้อโปรโตซัว เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา<sup>1</sup> บางรายมีอาการเหนื่อยหอบ เนื่องจากการรุกรานของเชื้อเข้าสู่ระบบหายใจ ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย มีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจนทำให้เสียชีวิตในที่สุด ส่วนปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค<sup>2</sup> ทำให้

เกิดความรู้สึกว่าคุณคุณภาพต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออาจคิดฆ่าตัวตายได้<sup>3</sup> สำหรับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้/หมดหวัง มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ<sup>4</sup> เริ่มหมดความสุข ไม่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายประชดตนเองโดยไม่ละพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้บุคคลอื่น<sup>5</sup>

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของตนเอง ทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ในภาวะที่อาการของโรคเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกกลัววิธีการรักษา การถูกแยกจากครอบครัว การถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนไร้ค่า นำรังเกียจ และต้องทุกข์ทรมานใจกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป<sup>6</sup> แม้ว่าปัจจุบันจะมียาต้านไวรัสเอดส์แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังกลัวต่อการเกิดอาการข้างเคียงของยาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม บางรายมีปัญหารับประทานยาไม่ต่อเนื่องจนทำให้เกิดปัญหาการดื้อยา<sup>7</sup> ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พยายามแสวงหาการรักษาอื่น เช่น การรักษาผ่านร่างทรง การนั่งสมาธิ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง นอกเหนือจากการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน<sup>2</sup> การใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน นับเป็นหนทางหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ในการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในปัจจุบันมีหลากหลายมากกว่า 500 วิธี<sup>8</sup> ซึ่งศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา<sup>9</sup> ได้จัดกลุ่มวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งแนวทางภูมิปัญญาตะวันออกและตะวันตกไว้ 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) ระบบสุขภาพทางเลือก เช่น การฝังเข็ม 2) การให้ความสำคัญกับศักยภาพทางจิตใจที่มีผลต่อร่างกาย เช่น การทำสมาธิ 3) การบำบัดโดยใช้สารชีวภาพธรรมชาติต่างๆ และการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพร 4) การเยียวยาด้วยมือ เช่น การนวด และ 5) พลังบำบัดทั้งพลังที่มาจากภายในร่างกาย และพลังที่มาจากแหล่งอื่นๆ เช่น การรำมวยจีน

ในสถานการณ์ปัจจุบันแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนยังกลัวต่อการรับประทานยาด้านไวรัส ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เลือกที่จะดูแลสุขภาพแบบผสมผสานแทน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้ว่าเมื่อไม่รับประทานยาด้านไวรัสแล้ว ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตามปัญหาสุขภาพอย่างไรบ้าง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อมีปัญหาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการใช้วิธีการ

ดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่หลากหลายตามความเชื่อ การรับรู้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเรื่องดังกล่าวในภาพรวมไม่ได้เจาะจงการจัดการปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีใดบ้างในการจัดการปัญหาสุขภาพในแต่ละปัญหา รวมถึงผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสม และพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ตามปัญหาสุขภาพ และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

#### กรอบแนวคิด

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพจากภาวะปกติ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่อร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลาไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ<sup>10-11</sup> และจากแนวคิดอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>12-13</sup> สามารถสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

1. ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย (physical health problems) ประกอบด้วย 1) อ่อนเพลีย 2) ไม่มีแรง 3) ปวด 4) ไอ 5) หายใจเหนื่อยหอบ 6) คลื่นไส้ 7) อาเจียน 8) ผื่น 9) ตุ่ม 10) แผลพุพอง 11) ฟাঁในปาก 12) ไข้ 13) หนาวสั่น 14) ท้องเสีย 15) เหงื่อออกมาก 16) เบื่ออาหาร 17) รับประทานอาหารไม่ได้ 18) น้ำหนักลด 19) การมองเห็นผิดปกติ 20) นอนไม่หลับ 21) หลงลืม/ความจำเสื่อม และ 22) เหน็บชา
2. ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม (psychosocial health problems) ประกอบด้วย 1) รู้สึกกลัวต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม 2) รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม 3) รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม และ 4) รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม

3. ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual health problems) ประกอบด้วย 1) รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง 2) รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า 3) รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย และ 4) รู้สึกโกรธแค้น

เมื่อมีปัญหาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะมีวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามการรับรู้ ความเชื่อ ซึ่งจัดเป็นการดูแลแบบดั้งเดิม ร่วมกับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา<sup>9</sup> ได้จัดกลุ่มวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแนวทางภูมิปัญญาตะวันออกและตะวันตกได้ 5 กลุ่มดังนี้

1. ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medical systems) ประกอบด้วย การแพทย์แผนจีนที่มีจุดเน้นที่การจัดความสมดุลของหยิน-หยาง ได้แก่ การฝังเข็ม และการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย โดยใช้หลักของความสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับสุขภาพ

2. การให้ความสำคัญกับศักยภาพของจิตใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (mind-body interventions) ได้แก่ การทำสมาธิ ดนตรี/ฟังเพลง การสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ ทำบุญ โยคะ

3. การใช้สารชีวภาพธรรมชาติต่างๆ ในการบำบัดรักษา และส่งเสริมสุขภาพ (biological-based therapies) ได้แก่ สมุนไพร การรับประทานอาหารเสริม

4. การเยียวยาด้วยมือ (manipulative and body-based methods) ได้แก่ การนวด

5. พลังบำบัด (energy therapies) เป็นพลังที่มาจากภายในร่างกาย หรือพลังที่มาจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ การรำมวยจีน

เมื่อบุคคลมีปัญหาหยาบหยาบการบวกรต่าง ๆ ในการแก้ไข ปัญหา โดยการพยายามค้นหาวิธีการต่างๆ ที่เป็นไปได้ในการแก้ไข ปัญหา เป็นการทดลองปฏิบัติวิธีที่ดีที่สุดตามความมุ่งหมายที่ คาดไว้ เมื่อมีการทดลองใช้ไปสักระยะหนึ่ง จะมีการประเมินผลที่ได้รับ หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ก็จะหยุดวิธีการนั้น และหาทางเลือกใหม่ซึ่งกระบวนการแก้ปัญหาเป็นกระบวนการพลวัตตลอดเวลา<sup>14</sup>

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีจำนวน 17 โรงพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2) มีการใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในการดูแลตนเอง

อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 3) มีปัญหาสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา 4) สามารถรับฟังโต้ตอบเป็นภาษาไทยได้ และ 5) อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2547

การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาวิจัยด้วยวิธีการประมาณจากประชากรโดยคิดเทียบร้อยละ 25 ของประชากร<sup>15</sup> โดยจำนวนประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 17 แห่ง ซึ่งมีจำนวน 315 ราย เมื่อดำเนินการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 ราย แต่ผู้วิจัยเลือกเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 80 ราย ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสามารถขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลได้เพียง 13 โรงพยาบาล เนื่องจากใน 4 โรงพยาบาลไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพก่อนติดเชื้อเอชไอวี อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิบัตรในการรักษา ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ บุคคลที่ให้การดูแลทุกครั้ง เมื่อมีปัญหาสุขภาพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นอนรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) และระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากกรทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยใช้แนวคิดอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>12-13</sup>

แบบสอบถามในส่วนนี้แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 30 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย 22 ข้อ ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม 4 ข้อ และปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ โดยสอบถามการรับรู้ปัญหาสุขภาพในด้านนั้นของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่มี ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม<sup>8, 16</sup> ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ฝังเข็ม ออกกำลังกาย สมาธิ

สวดมนต์ ดนตรี/ฟังเพลง สมุนไพร นวด รำมวยจีน อ่านหนังสือ ธรรมะ โยคะ ทำบุญ อาหารเสริม และปล่อยให้หายเอง โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่ใช้มากที่สุดเพียงวิธีเดียวจากวิธีต่างๆ เหล่านี้ ในการดูแลสุขภาพแต่ละปัญหา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นภายหลังจากเก็บข้อมูลส่วนที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดในแต่ละด้าน จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน จำนวน 30 ราย ซึ่งแนวคำถามประกอบด้วย 1) การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพ 2) รายละเอียดของวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแต่ละปัญหา และ 3) ผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหาที่ครอบคลุมแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

#### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา ที่ปรับปรุงแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับที่จะศึกษาจำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อความ จากนั้นนำแบบสอบถามวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี test-retest โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมจำนวน 2 ครั้ง ระยะห่างที่วัดซ้ำไม่เกิน 1 สัปดาห์<sup>17</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีระยะห่างที่วัดซ้ำเฉลี่ย 3 วันต่อราย นำคะแนนที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าความสัมพันธ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ศึกษา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์

ในการทำวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ ในการศึกษาคั้งนี้ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ถูกวิจัย โดยเซ็นชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรจำนวน 25 ราย และยินยอมโดยวาจาจำนวน 55 ราย การเก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในการตอบแบบสอบถามให้ และเขียนในส่วนที่ให้ตอบโดยปราศจากการชี้แนะ แล้วผู้วิจัยบันทึกตามความเป็นจริง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยรออยู่ในบริเวณใกล้เคียงที่ไม่รบกวนการตอบแบบสอบถาม แต่สามารถจะให้คำอธิบายในการตอบแบบสอบถามได้เมื่อกำลังมีข้อสงสัย ซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 80 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ของปัญหาสุขภาพแต่ละด้าน จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกลับไปยังพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ซึ่งสามารถติดต่อกลับได้จำนวน 30 ราย เพื่อเป็นตัวแทนในการตอบคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และผลภายหลังการใช้วิธีการนั้น ๆ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของข้อมูล คำนวณหาค่าร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัญหาสุขภาพในแต่ละด้าน และจำแนกตามวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแต่ละปัญหา และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน รวมถึงผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานนำมาวิเคราะห์ และจัดกลุ่มเพื่ออภิปรายผล

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 80 ราย มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 41.3 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 78.2 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่สุด ร้อยละ 60 อาชีพก่อนติดเชื้อเอชไอวี คืออาชีพรับจ้างพบมากที่สุด ร้อยละ 46.2 และปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างยังคงประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 38.8 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 83.7 สำหรับสิทธิในการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 77.6 มีระยะเวลาที่รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 13-36 เดือน ร้อยละ 39.1 ส่วนบุคคลที่ให้

การดูแลสุขภาพทุกครั้งเมื่อมีปัญหาสุขภาพ คือ พ่อ แม่ ร้อยละ 42.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นอนรักษาในรพ 1 ปีที่ผ่านมา) คือ ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.1 รองลงมานอนรักษาในโรงพยาบาล 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพักห่างกันประมาณ 1-10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 57.41

**2. ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน**

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน พบว่า ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ 1) อ่อนเพลีย พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85 2) ไม่มีแรง พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.8 และ 3) เบื่ออาหารพบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.8 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม คือ 1) ปัญหารู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.3 2) ปัญหารู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.0 และ 3) ปัญหารู้สึกไม่อยากเข้าสังคม พบในผู้ป่วยร้อยละ 76.3 และปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ คือ 1) ปัญหารู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.5 2) ปัญหารู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.8 และ 3) ปัญหารู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย พบในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก (N=80)**

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านร่างกาย</b>		
อ่อนเพลีย	68	85.0
ไม่มีแรง	63	78.8
เบื่ออาหาร	59	73.8
<b>ด้านจิตสังคม</b>		
รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม	69	86.3
รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม	68	85.0
รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม	61	76.3
<b>ด้านจิตวิญญาณ</b>		
รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง	66	82.5
รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า	59	73.8
รู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย	58	72.5

นอกจากนี้ เป็นผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิมจำนวน 30 ราย ในเรื่องสาเหตุของปัญหาสุขภาพ โดยผู้วิจัยนำเสนอสาเหตุของแต่ละปัญหาสุขภาพ ดังนี้

**1. สาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย**

**1.1 สาเหตุของปัญหาอ่อนเพลีย** สาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาอ่อนเพลียในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นจำนวน 15 ราย คือ เกิดจากอาการไข้ โดยมีอาการร้อนๆ หนาวๆ สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย มีสาเหตุจากการไอคือ ไอบ่อยตลอดเวลา ไอเป็นชุดๆ มีเสมหะสีขาวเหนียว ไม่มีเลือดปน

**1.2 สาเหตุของปัญหาไม่มีแรง** มีสาเหตุมาจากปัญหาท้องเสียมากที่สุด โดยพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย ที่มักถ่ายเหลวเรื้อรัง มีลักษณะเป็นน้ำเหลวไม่มีมูกเลือด สาเหตุรองลงมาสาเหตุจากการที่น้ำหนักตัวลดลงมาก ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กอ่อนแรง ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

**1.3 สาเหตุของปัญหาเบื่ออาหาร** กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 10 ราย รับรู้ว่าสาเหตุมาจากการที่มีฝ้าขาวในปาก รองลงมาสาเหตุจากอาการคลื่นไส้ พบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ซึ่งอาการนี้เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้กินอาหารที่จืดหรือรับประทานอาหารที่มีกลิ่นจืด

**2. สาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม**

**2.1 สาเหตุของปัญหารู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม** กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 18 ราย รับรู้ว่าเครียดเรื่องมีฝันขึ้นตามร่างกาย รองลงมาสาเหตุจากความเครียดเรื่องอนาคตที่ไม่แน่นอน จากที่เคยสามารถทำงานได้ปกติก็มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

**2.2 สาเหตุของปัญหารู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม** กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 14 ราย รับรู้ว่าวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ โดยสาเหตุมาจากที่กลุ่มตัวอย่างน้ำหนักตัวลดลงมาก สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย คือ มีความวิตกกังวลเกรงว่าเพื่อนจะทราบว่าเป็นโรคนี

**2.3 สาเหตุของปัญหารู้สึกไม่อยากเข้าสังคม** เป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 12 ราย รับรู้ว่าสาเหตุมาจากการถูกนินทา รองลงมาสาเหตุมาจากการถูกรังเกียจจำนวน 10 ราย

### 3. สาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

3.1 สาเหตุของปัญหาความรู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง สาเหตุแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 ราย ระบุว่าท้อแท้ใจมีสาเหตุจากการไม่มีเพื่อนคู่คิด ระบุว่าโรคนี้นั้นเพียงคนเดียว และ/หรือคู่ชีวิตรับรู้ด้วย เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิตไปก่อน อีกฝ่ายหนึ่งจะรู้สึกท้อแท้ สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย คือระบุว่าหมดหวังในการสร้างครอบครัวที่มีความสุข

3.2 สาเหตุของปัญหาความรู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า สาเหตุแรกที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 14 รายระบุว่าตัวเองด้อยคุณค่า เกิดเนื่องจากตนเองไม่สามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวได้ สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คือต้องขอเงินจากทางบ้านมาใช้จ่าย

3.3 สาเหตุของปัญหาชีวิตไม่มีเป้าหมาย สาเหตุแรกเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 17 ราย ระบุว่าโรคนี้นั้นเป็นแล้วต้องตาย ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ สาเหตุรองลงมาพบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย คือ ระบุว่าชีวิตไม่มีเป้าหมาย

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 40.0) โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาอ่อนเพลีย และไม่มีแรง โดยใช้วิธีการรับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 40.0) ในการจัดการกับปัญหาเบื่ออาหาร ดังแสดงในตารางที่ 2

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดในในการจัดการปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม และด้าน

จิตวิญญาณ คือ การทำสมาธิ โดยใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม ได้แก่ รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม และรู้สึกไม่ยอมเข้าสู่สังคม ตามลำดับ และใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในแต่ละด้าน กลุ่มเดิมจำนวน 30 ราย ถึงวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพ และผลที่ได้รับหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการสัมภาษณ์ ดังนี้

การออกกำลังกาย เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ จำนวน 20 ราย ให้เหตุผลว่าเลือกใช้วิธีการออกกำลังกาย เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย แต่จะปฏิบัติหลังจากที่ปัญหาอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรงทุเลาลงแล้ว รองลงมา คือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ให้เหตุผลว่าเลือกใช้เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างจะออกกำลังกายตามสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การขยับแขน-ขา การวิ่งเหยาะๆ และการทำงานบ้าน ซึ่งผลที่ได้รับภายหลังจากการใช้การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 รายระบุว่าดีขึ้นทำให้สุขภาพแข็งแรง สดชื่นขึ้น รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ให้เหตุผลว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามศักยภาพของตนเอง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก (N=80)

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

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก (N=80)

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

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานตามปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก (N=80)

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

การรับประทานอาหารเสริม เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาเบื่ออาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 17 ราย ให้เหตุผลว่าเลือกใช้ เนื่องจากกินได้ง่าย/ไม่ต้องเคี้ยว รongลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ให้ข้อมูลว่ากินดูเผื่อหาย ซึ่งผลที่ได้รับภายหลังจากการรับประทานอาหารเสริมพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 10 ราย ให้ข้อมูลว่าดีขึ้น รongลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ให้ข้อมูลว่าเหมือนเดิม แต่ก็ยังรับประทานต่อไปเพราะคิดว่าดีกว่าไม่ได้รับประทานอะไรเลย

การทำสมาธิ เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม คือ รู้สึกเครียดต่อเรื่องใด ๆ ก็ตาม รู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใด ๆ ก็ตาม และ



รู้สึกไม่อยากเข้าสังคม และเลือกใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ คือ รู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย โดยการใช้วิธีกำหนดลมหายใจ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 25 ราย ให้เหตุผลว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพมักมีศาสนาเป็นที่พึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ให้เหตุผลว่าการทำสมาธิเป็นวิธีที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งผลที่ได้รับภายหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด คือ 15 ราย รับรู้ว่าดีขึ้นทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่าน รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย รับรู้ว่าดีขึ้นเพราะทำให้จิตใจสงบ สบายใจ

## วิจารณ์

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 53.8 ซึ่งมีลักษณะทางด้านประชากรคล้ายคลึงกับรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง<sup>18</sup> กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุอยู่ระหว่าง 19-49 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อมักจะมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คือ อายุ 20-49 ปี และการที่กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 46.20 สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคโรงพยาบาลสงขลา ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด<sup>19</sup>

นอกจากนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.5 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ทุกครั้งที่ปัญหาสุขภาพจะมีพ่อแม่คอยดูแล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค สามารถดูแลตนเอง กล้ายอมรับความเป็นจริง และกล้าเปิดเผยว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของจามจุรี แซ่หลู่ และคณะ<sup>20</sup> เรื่องการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาพ และการดูแลตนเองในระยะที่ 3 ทางรอดของชีวิต คือ การดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการดูแลตนเองด้วยการมีกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.2 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย มีสิทธิในการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 77.6 จึงทำให้ไม่มีปัญหาในการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.40 เลือกเข้ารับบริการใน

โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีระยะทางระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านพักประมาณ 1-10 กิโลเมตร สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เอื้อประโยชน์ต่อการแสวงหาการรักษาและเข้ารับบริการทางสุขภาพ<sup>2, 21</sup>

### 2. ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาอ่อนเพลีย ร้อยละ 85 รองลงมาคือ ปัญหาไม่มีแรง ร้อยละ 78.8 และปัญหาเบื่ออาหารพบมากเป็นอันดับ 3 ร้อยละ 73.8 (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีความบกพร่องในการทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกัน และการกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกาย เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้น ระดับ CD4 เริ่มลดลงอยู่ระหว่าง 100-500 cell/mm ผู้ป่วยจึงมีปัญหาสุขภาพแบบเรื้อรังเป็นๆ หายๆ<sup>22</sup> โดยจะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะต่างๆ จนทำให้มีสภาพร่างกายที่ทรุดหนักเร็วขึ้น<sup>1</sup> ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพดังกล่าว เป็นผลทำให้ร่างกายเกิดปัญหาอ่อนเพลียขึ้น โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีอาการอ่อนเพลียมากกว่า 1 เดือน<sup>23</sup> โดยปัญหาอ่อนเพลีย และปัญหาไม่มีแรงมักเกิดร่วมกับหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เช่น อากาศชื้น ซึ่งส่งผลกระทบให้ไม่มีแรง จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม หรือความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง<sup>22, 24</sup>

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด (ร้อยละ 40) เมื่อมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ ปัญหาอ่อนเพลีย และรองลงมา ปัญหาไม่มีแรง (ตารางที่ 2) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างเลือกการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ให้เหตุผลว่าการออกกำลังกายเป็นการปฏิบัติที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะๆ หรือทำท่ากายบริหาร เช่น ยกแขน ยกขาสะบัดไปมา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นการออกกำลังกายของตนเองซึ่งสอดคล้องกับความหมายการออกกำลังกายของ Pender<sup>25</sup> ซึ่งกล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน แต่หลักการการออกกำลังกายต้องคำนึงถึงระยะเวลา ความหนัก และความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย<sup>26</sup> โดยผลหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายทำให้รู้สึกกว่าตนเองแข็งแรง สดชื่น

ส่วนปัญหาเบื่ออาหารเป็นปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่พบมากอันดับ 3 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพเบื่ออาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุที่ทำให้เบื่ออาหาร เนื่องมาจากการมีฝ้าขาวในปาก ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้ออิมมูโนโคมบ์ที่เรีย และจากมะเร็งคาโปสิซาร์โคมาบริเวณเยื่อในช่องปาก หลอดอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยเจ็บคอ กลืนลำบาก<sup>23, 27</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเบื่ออาหารเลือกใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยการรับประทานอาหารเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย ให้เหตุผลว่าเลือกใช้เนื่องจากกลืนได้ง่าย/ไม่ต้องเคี้ยว ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.8 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 83.7 จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพ โดยรับประทานอาหารเสริมได้ ถึงแม้จะมีราคาสูงก็ตาม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายที่ให้ข้อมูลว่าดีขึ้น และรองลงมา กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าใช้แล้วได้ผลเหมือนเดิม แต่ยังรับประทานต่อไปเพราะดีกว่าไม่ได้รับประทานอะไรเลย

เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหารู้สึกวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม รู้สึกเครียดต่อเรื่องใดๆ ก็ตาม และรู้สึกไม่อยากเข้าสังคมตามลำดับ (ตารางที่ 1) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี โดยก่อนติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 6.3 และหลังติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13.7 จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเครียดมากขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 18 รายรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดเนื่องจากมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีน้ำหนักลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย จึงเป็นผลทำให้เกิดปัญหาวิตกกังวล เครียด และไม่อยากเข้าสังคมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์<sup>22</sup> เรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ความเจ็บป่วยทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น<sup>28-29</sup>

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ใจ/หมดหวัง รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า และรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้

เมื่อเป็นโรคนี้อาจต้องตายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และจากการที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักรวมทั้งสูญเสียคู่ชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่คิด จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณเหล่านี้

การทำสมาธิเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ โดยจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า เนื่องจากตนเองนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 78.2) ทำให้เมื่อมีปัญหาสุขภาพมักมีศาสนาเป็นที่พึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การทำสมาธิในการจัดการกับปัญหาสุขภาพทั้งด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการทำสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน เพราะปฏิบัติแล้วมีจิตใจสงบ ซึ่งสอดคล้องกับที่รัตน์ รตนญาโณ<sup>30</sup> กล่าวว่า การทำสมาธิเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้จิตใจสงบ ซึ่งสามารถทำได้ทุกสถานที่ ทำได้ตลอดเวลาทั้งวันไม่ว่าจะนั่ง นอน เดิน และผลที่ได้รับหลังจากการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีการทำสมาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลการปฏิบัติตัวดีขึ้น กล่าวคือ ทำให้ไม่คิดฟุ้งซ่าน ใจใจสงบ สบายใจมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบปัญหาสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เลือกใช้ว่ามีวิธีการดูแลสุขภาพ แบบผสมผสานที่หลากหลายรูปแบบ และผลหลังจากใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 80 ราย เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะมีวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่แตกต่างกันมากกว่าหนึ่งวิธีตามการรับรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคลด้วยเหตุผลของความต้องการที่จะสร้างทางเลือกหลายๆ ทางให้ตนเองมีสุขภาพที่ปกติสุข และยืนยาว โดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของตนเอง

### สรุปและขอเสนอแนะ

ในด้านการศึกษาควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายและการทำสมาธิที่มีประสิทธิภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เลือกใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลภายหลังการใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำมาใช้จัดการกับปัญหาสุขภาพในด้านปฏิบัติการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการฝึกสมาธิ หรือ

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อใช้ในการบรรเทาปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากจะช่วยให้มีสภาพจิตใจสงบขึ้น และด้านการบริหารควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรที่มสุขภาพได้มีการอบรมเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องศาสตร์สุขภาพทางเลือก เพื่อให้สามารถให้ความรู้คำแนะนำได้ และจัดกิจกรรม เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

### เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ เอื้อวรากุล. ไวรัสวิทยาของเชื้อเอชไอวี. *Verology of human immunodeficiency viruses*. ใน: จันทพงษ์ วะสี, บรรณาธิการ. การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ด้านชีววิทยาการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2541;9-47.
2. รัชณี ภูริสสัย. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
3. อรพรรณ ทองคำ. ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
4. รัชนีวรรณ ถวายทรัพย์. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
5. เกษตะวัน นากดี. ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
6. รัศมี วิบุรณ์กุล. ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
7. สมนึก สังฆานุภาพ. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว. ใน: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, บรรณาธิการ. คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546;42-6.
8. อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อสุขภาพ: การดูแลแบบผสมผสาน. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องนวัตกรรมเพื่อสุขภาพ วันที่ 19-22 พฤศจิกายน 2544. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
9. NCCAM.nih.gov [homepage on the Internet]. New York: Association of NCCAM Online Resources, Inc.; c2002. [updated 2005 May 16; cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.nccam.nih.gov/health/>.
10. ทศนีย์ ทองประทีป. การส่งเสริมสุขภาพระดับจิตวิญญาณ. *วารสารการพยาบาล* 2545;17:51-62.
11. ประเวศ วะสี. สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *หมอชาวบ้าน* 2540;22:41-6.
12. Holzemer WL, Henry SB, Nokes KM, Corless IB, Brown MA, Powell-Cope GM, et al. Validation of the sign and symptom check-list for persons with HIV disease: SSC-HIV. *J Adv Nurs* 1999;30:1041-9.
13. Ungvarski PJ, Angell J, Lancaster DJ, Manlapaz JP. Adolescents and adults HIV disease care management. In: Ungvarski PJ, Flaskerud JH, editors. *HIV/AIDS: a guide to primary care management*. New York: W.B. Saunders; 1999;131-93.
14. Simon HA. *Decision making and problem solving*. Washington: National Academy Press; 1986.
15. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, อรุณพร อธิรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยทีมอาสาสมัครด้วยวิธีบูรณาการการแพทย์แผนไทย และการดูแลตนเอง แบบแผนปัจจุบันในวัดแห่งหนึ่ง. นนทบุรี: สถาบันแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
16. Kirksey KM, Goodroad BK, Kempainen JK, Holzeme WL, Bunch EH, Corless IB, et al. Complementary therapy use in person with HIV/AIDS. *J Holist Nurs* 2002;20: 265-78.
17. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. แนวคิดในการสร้างเครื่องมือวิจัย. *วารสารวิจัยทางการแพทย์* 2543;5:294-300.

18. กองระบาตวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานทางระบาตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.
19. นพดล เตมียะประดิษฐ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลสงขลา: ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิชาการเขต 12 2540; 8:19-31.
20. จามจุรี แซ่หลู่, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, พัชรียา ไชยลังกา. การรับรู้สุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวีที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วารสารการพยาบาล 2545;17:63-79.
21. พัชรีย์ คมจักรพันธ์. ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
22. พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
23. เกียรติ รัชชัฎธรรม. การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอชไอวี: การวิจัยทางคลินิก. ใน: เกียรติ รัชชัฎธรรม, บรรณาธิการ. การดำเนินโรคโดยธรรมชาติของการติดเชื้อ HIV. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2541;10-21.
24. ปิยสุตา พานิช. การรับรู้ความไม่สุขสบายด้านร่างกายการได้รับความดูแลกับความหวังในผู้ป่วยโรคเอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
25. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1996.
26. สุวิมล สันติเวส. ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
27. สุรีพร ธนศิลป์. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. สงขลา: อัลลายด์ เพรส สงขลา; 2537.
28. Dunchy CA. Mental health needs of clients along the continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. In Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991.
29. Jari K, KatriV-J, Lahdevirta J. Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. J Adv Nurs 2001;33:764-75.
30. รัตน์ รตนญาโณ, พระ. วิธีฝึกสมาธิเพื่อบำบัดโรค. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก วันที่ 21-23 เมษายน 2542. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2537.