

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงรูปแบบ ค่าใช้จ่าย และการยอมรับประสิทธิภาพของการรักษาแบบทางเลือกของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเขตพื้นที่อำเภอแม่วางทั้งหมดและบางพื้นที่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) รูปแบบในการรักษา
- 2) การยอมรับประสิทธิภาพของการรักษา (perceived efficacy)
- 3) ค่าใช้จ่าย (out-of-pocket expenditure) ที่เกิดจากการรักษา
- 4) ปัจจัยที่สนับสนุนหรือผลักดันให้เกิดการรักษาแสวงหารูปแบบทางเลือก ในการรักษา
- 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบในการรักษา

การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีในปัจจุบันมีดังนี้

1. การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ยิ่งพัฒนาด้านทัศนคติของบุคลากรและคุณภาพในการดูแลมากเท่าใด จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการรักษาจะเพิ่มขึ้น จำนวนครั้งของการใช้บริการและโอกาสในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาวขึ้น ภาวะการณนี้เรียกว่า paradoxical phenomenon

1.1 การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

โรคเอดส์ เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มีการค้นคว้าวิจัยกันอย่างเร่งรีบและกว้างขวาง หลังจากมีรายงานผู้ป่วย ครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ด้วยระยะเพียง 2 ปี นักวิทยาศาสตร์ก็สามารถค้นพบไวรัสที่เป็นสาเหตุและพัฒนาวิธีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อได้ ยาต้านไวรัสเอดส์ตัวแรกคือ zidovudine (AZT) ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้รักษาผู้ป่วยได้ใน พ.ศ. 2530 ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงานอาหารและยาสหรัฐฯ แล้วเป็น

จำนวนมาก ยาต้านไวรัสมีบทบาทสำคัญในการช่วยยืดอายุผู้ป่วยเอ็ดส์ให้ยาวนานขึ้น และได้ผลชัดเจนในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในครรภ์ ยาที่ใช้ในปัจจุบันนอกจาก AZT แล้วมี DDI (didanosine), ZTC (lamivudine), d4T (stavudine), IDV (indinavir), SQV (saquinavir) และสูตรยาที่ใช้มีหลายสูตรมีราคาตั้งแต่ ประมาณ 9,000 บาทจนถึง 24,000 บาท ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส คือ

AZT กดไขกระดูก เลือดจาง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ
ddi ตับอ่อนอักเสบ คลื่นไส้ ปวดประสาทอักเสบ ท้องเสีย
D4T ปวดประสาทอักเสบ
SQV คลื่นไส้ ปวดศีรษะ
IDV คลื่นไส้

1.2 ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

เมื่อผู้ติดเชื้อเอ็ดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำลง จะเกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ หลายโรคที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อไทย คือวัณโรค มีเชื้อราตามผิวหนัง ทางเดินอาหาร ทางสมองและระบบประสาท ปอดอักเสบจากพยาธิ *pneumocystis carinii* ฯลฯ ยารักษาหรือป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้มีหลายชนิดมีราคาแพง ผลข้างเคียงสูง ต้องใช้ยาเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2542 หน้า 14-15)

การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งที่คนไข้เป็น เช่น การให้ high dose cotrimoxazole ในคนที่เป็น *pneumocystis pneumonia* หรือการให้ antifungal drugs ในคนที่ติดเชื้อราเป็นต้น Kaposi's sarcoma รักษาได้ค่อนข้างยาก อาจใช้การผ่าตัดถ้าเป็น localized lesion หรืออาจใช้รังสีบำบัด systemic หรือ local chemotherapy หรือ interferon คนไข้มักจะเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้ หรือรักษาไม่ทันหรือเสียชีวิตจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปมาก ในปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อระดับภูมิคุ้มกันต่ำลงถึงระดับหนึ่ง หรือป้องกันไม่ให้โรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นเป็นซ้ำอีก (ฤทัย สกุลแรมรุ่ง, 2539 หน้า 339)

1.3 การให้ยาเสริมภูมิคุ้มกัน

เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำลงของผู้ติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์ลดต่ำลงจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการต่าง ๆ ของโรคเอ็ดส์ โดยมีผู้พยายามทดลองใช้ยาต่าง ๆ เพื่อเพิ่มหรือเสริมภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ และมียาหลายชนิดที่ทำให้ภาวะภูมิคุ้มกันของคนไข้ดีขึ้น ยืดระยะ

เวลาของการเกิดอาการเอดส์เต็มขั้น ออกไปจึงเป็นที่หวังได้ว่า การรักษาการติดเชื้อเอดส์ในอนาคตคงเป็นการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมไปกับยาเสริมภูมิคุ้มกันเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่สูงที่สุด

1.4 HIV Vaccines

ในอดีตการพัฒนาวัคซีนเอดส์ประสบกับปัญหาหลายอย่าง เช่น ไวรัสเอดส์มี rate of mutation สูง ส่วนประกอบของเชื้อเอดส์ที่มีประโยชน์ในการกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันที่สามารถป้องกันโรคได้ก็ยังไม่ทราบชัด, humoral หรือ cell - mediated Immune responses ชนิดใดจะสัมพันธ์โดยตรงกับการป้องกันโรคได้ก็ยังไม่ทราบชัด รวมทั้งการที่ไม่มีรูปแบบในสัตว์ทดลองที่เหมาะสมที่จะทดสอบประสิทธิภาพของวัคซีน จึงทำให้การพัฒนาวัคซีนเอดส์เป็นไปอย่างช้าๆ ในระยะแรก แต่ตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา มีการค้นพบใหม่ ๆ ที่ทำให้เกิดความหวังได้ว่าวัคซีนเอดส์จะใกล้ความจริงเข้ามาแล้วคือ สามารถ identify ส่วนของ Variable region ส่วนที่ 3 (V 3 region) ของ gp120 ของไวรัสเอดส์ได้ Monoclonal antibody ต่อ V3 สามารถป้องกันการติดเชื้อของลิงชิมแปนซีได้ อีกทั้งมีการพัฒนาวิธีการผลิตวัคซีนด้วยเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่นการสังเคราะห์ด้วยวิธี multiple antigenic peptide (MAP) ทำให้ได้ branched polypeptides ซึ่ง immunogenicity สูงขึ้นเพราะโมเลกุลใหญ่ หรือการพัฒนา adjuvants ใหม่ ๆ ที่มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพดีขึ้น เป็นต้น

ในปัจจุบันมีวัคซีนเอดส์กว่า 12 ชนิด กำลังทดสอบอยู่ในหลายประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่จะใช้ส่วนประกอบของ gp120 หรือ gp160 เป็นแอนติเจนหรือวัคซีนส่วนน้อยอาจใช้ recombinant p24, p55 ซึ่งเป็น precursor ของ core protein p24 หรือ whole inactivated virus โดยอาจเป็น recombinant virus โดยใช้ vaccinia virus, adenovirus, poliovirus, BCG ฯลฯ เป็น carrier หรือ vector นอกจากนี้อาจเป็น recombinant particles เช่นใส่ใน HBc Ag particle หรือเป็น syntheique มีการทดสอบทั้งในคนปกติ เรียก preventive vaccine และคนที่ติดเชื้อแล้ว เรียก therapeutic vaccine พบว่าวัคซีนทุกอย่างปลอดภัยและมี immunogenicity ในการกระตุ้นให้เกิด neutralizing antibody ได้ แต่ระดับแอนติบอดีมักไม่สูง และลดระดับลงเร็ว ในปัจจุบันจึงเป็นการหาแอนติเจน และวิธีการฉีดที่จะทำให้ได้แอนติบอดีระดับสูงๆ ไปนานๆ นอกจากนี้แอนติบอดีส่วนใหญ่จะจำกัดอยู่เฉพาะกับสายพันธุ์ของ HIV ที่เอามาทำเป็นวัคซีน จึงมีความพยายามที่จะเอาแอนติเจนของหลายๆ สายพันธุ์มาผสมกันทำเป็นวัคซีน การตอบสนองทาง cell - mediated immunity ก็เกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีน แต่การตรวจสอบ specific cytotoxic T lymphocyte (CTL) response ยังติดขัดปัญหาทางด้านเทคนิค และยังไม่สามารถถูกตรวจพบได้ในทุกคนที่ได้รับวัคซีน ส่วนในคนที่ติดเชื้อแล้ว จะมีระดับ neutralizing antibody สูงขึ้นภายหลังได้รับวัคซีน และสามารถรักษาระดับ CD4 cells ให้คงอยู่ในสภาพดีไปได้ยาวนานอย่างน้อย

2-3 ปี ส่วนจะได้ประโยชน์ในการทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยลง หรือมีอายุยืนขึ้นหรือไม่ กำลังติดตามกันอยู่

ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยวัคซีนในอนาคตก็คือการหาชนิดของวัคซีนที่มี immunogenicity สูงราคาถูก และหา laboratory correlates ของ protective immunity ที่จะใช้ติดตามผลของวัคซีนและการทดสอบประสิทธิภาพของวัคซีน efficacy หรือ phase III trial ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ คำถามก็มีว่าใครคือกลุ่มเสี่ยง และจะผิดจริยธรรมหรือไม่ การป้องกันที่ได้เป็นการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค แต่อาจติดเชื้อได้ และสามารถป้องกันการติดต่อทางเลือด, ทางเพศสัมพันธ์และจากแม่ไปสู่ลูกได้หรือไม่ วิธีการให้วัคซีนต่างกันหรือไม่

2. การแพทย์ทางเลือก

วิธีการระบบการแพทย์ทางเลือกที่ปฏิบัติมาโดยการใช้ต่อๆ (alternative system of medical practice) ซึ่งได้แก่การดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้าน ทั้งถิ่น จนถึงดูแลสุขภาพที่เป็นระบบแผนเดิมตามจารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของประเทศ ภูมิภาค ขนบธรรมเนียม ได้แก่ การแพทย์แผนตะวันออก เช่น การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การกดจุด ชีกง การนวดแผนไทย การตรวจวินิจฉัย หมอพระ การใช้ยาแผนโบราณ ระบบการเยียวยาจากอินเดียที่ใช้อาหาร การออกกำลังกายและการปฏิบัติสมาธิแบบอายุรเวท ธรรมชาติบำบัด เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม การบำบัดชุมชน ของชนพื้นเมืองเผ่าต่างๆ ของอเมริกัน นอกจากนี้ยังมีการทรงเจ้า การระลึกชาติ เป็นต้น (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและสมพร เตรียมชัยศรี, 2542)

2.1 การแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบพอสมควร เริ่มจากการก่อตั้งมูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยเดิม โดยนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ในปี พ.ศ. 2523 ต่อมาได้จัดตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ) เมื่อ พ.ศ.2525 เพื่อผลิตแพทย์อายุรเวท รับผู้จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และมีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ตามหลักสูตรที่กำหนดระยะเวลาศึกษา 3 ปี วุฒิการศึกษาคือ อายุรเวท (เทียบเท่าระดับอนุปริญญา) และต่อมากกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขรับบุคคลประเภทลูกจ้างประจำในสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขระยะการศึกษา 2 ปี แล้วบรรจุเป็นพนักงานสาธารณสุขชุมชน (แพทย์แผนไทยโบราณประยุกต์) โดยสรุปการแพทย์แผนไทยปัจจุบันแบ่งการศึกษาเป็น 4 ด้านดังนี้

- เวชกรรม คือการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาด้วยสมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ
- หัตถเวชกรรมคือการตรวจรักษาด้วยหัตถบำบัด (การนวดไทยแบบราชสำนัก)

- เกษัชกรรม คือ การผลิตและปรุ้งยาสมุนไพรตามใบสั่งแพทย์
- ธรรมานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพ การอบและประคบสมุนไพร การบริหารกาย และจิต แนวคิดในการเกิดโรคของการแพทย์แผนไทย คือ การแปรปรวนของธาตุทั้งสี่อันได้แก่ ดิน (ปถวีธาตุ) น้ำ (อาโปธาตุ) ลม (วาโยธาตุ) ไฟ (เตโชธาตุ) ซึ่งประกอบเป็นร่างกายส่วนใจ ประกอบด้วยจิตและวิญญาณมีความสำคัญเทียบเท่ากับส่วนร่างกาย ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย

กล่าวถึง สาเหตุการเกิดโรคการบำบัดจะต้องแก้ที่สาเหตุซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ประการคือ

- 1) ธาตุสมุฏฐาน โรคเกิดจากการแปรปรวนของธาตุทั้งสี่
- 2) ฤดูสมุฏฐาน โรคเกิดจากอิทธิพลของฤดูกาลต่างๆ ของปี
- 3) กาลสมุฏฐาน โรคเกิดจากอิทธิพลของกาลเวลาต่างๆ ของวัน
- 4) อายุสมุฏฐาน โรคเกิดเนื่องจากอายุตามวัย เด็ก กลางคนและชรา

การพิจารณาความผิดปกติที่เกิดขึ้นให้พิจารณาที่ตัวธาตุ ระบบควบคุมธาตุ (พิกัดสมุฏฐาน) สิ่งแวดล้อม (ที่อยู่อาศัย, เครื่องนุ่งห่ม, อาหาร, อากาศ, บุคคลรอบข้าง, วัฒนธรรม ฯลฯ) อายุของสังขาร (วัยเด็ก, วัยหนุ่มสาว, วัยชรา) และธาตุเจ้าเรือน (จักราศีสมุฏฐาน) เมื่อวินิจฉัยโรคแล้วการรักษาให้แก้ที่กาลสมุฏฐานก่อนแล้วตามด้วยสมุฏฐานอื่นๆ แต่ต้องระวังไม่ให้เสียพิกัดสมุฏฐาน

การแพทย์แผนไทย เป็นการรวบรวมจากการสังเกต ทดลองและวิเคราะห์ข้อมูล ที่แม้จะไม่ใช่เป็นขั้นตอนและมีการพิสูจน์แบบวิทยาศาสตร์ แต่หลักการและผลที่ได้มีความใกล้เคียงกันมาก เช่น พิจารณาคนในลักษณะองค์รวม (กายและใจ) วิเคราะห์สาเหตุของโรคโดยดูความสัมพันธ์ของคนเข้ากับพฤติกรรม ฤดูกาล (ฤดูสมุฏฐาน) ใกล้เคียงกับ bioperiodic และ diurnal variation อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพและการเกิดโรค การวินิจฉัยโรคอย่างเป็นขั้นตอน (ประวัติ, อาการแจ้ง, อาการแสดง) อธิบายการเกิดโรคคล้ายกับหลักการทางสรีรวิทยา และพยาธิวิทยา (ธาตุกำเนิด, ธาตุวิปลาส) บำบัดโรคด้วยหลักการทางเภสัชวิทยา (เภสัชวัตถุ, สรรพคุณเภสัช, คณะเภสัชหรือพิกัดยา, เกษัชกรรม) นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงสุขภาพกับหลักการทางศาสนาและวัฒนธรรม (ศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ ภาคเหนือตอนบน, 2541)

2.2 การรักษาโดยใช้สมุนไพร

- 1) สมุนไพร หมายถึง ผลผลิตธรรมชาติ จากพืชสัตว์และแร่ธาตุ ที่ใช้เป็นยา หรือผสมกับสารอื่นตามตำรายา เพื่อบำบัดโรค บำรุงร่างกาย
- 2) การใช้สมุนไพร เป็นสิ่งที่ควบคู่กับสาธารณสุขของไทยมาแต่สมัยโบราณ และในปี พ.ศ. 2522 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำรวจพบว่าคนไทยร้อยละ 72 เมื่อเวลาเจ็บป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณในการรักษาโรค นอกจากนี้จะนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาโรคแล้ว ยังมีการนำสมุนไพรมาใช้ในรูปแบบอื่นอีกมาก เช่น รูปแบบที่มีการนำเอาสมุนไพรหลายๆ ชนิดมาผสมกันเป็นยาไทย หรือยาแผนโบราณสำเร็จรูป หรือยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ซึ่งจะต้องมีการจดทะเบียน ดำรับยาตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ยาแผนโบราณที่ได้จดทะเบียนแล้วจึงมีจำนวนมากกว่า 3,443 ตำรับ ซึ่งจะมีรูปแบบต่างๆ เช่น ยาเม็ด ยาผง ยาน้ำ ยาขงและยาลูกกลอน (ระพีพรรณฉลองสุขและคณะ, 2533)

3) ยาสมุนไพรเป็นส่วนประกอบที่ได้มาจากพืช ด้วยาที่มีอยู่ในพืชสมุนไพรจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างแต่ที่สำคัญคือ ช่วงเวลาที่เก็บยาสมุนไพรได้ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาว่าส่วนไหนของพืชที่นำมาใช้เป็นยาสมุนไพรได้ เช่น ใบ ดอกเปลือกหรือผล เป็นต้น การเลือกเก็บส่วนที่ใช้เป็นยาอย่างถูกวิธีนั้นจะมีผลอย่างมากต่อคุณภาพของยาสมุนไพร หลักทั่วไปในการเก็บส่วนที่ใช้เป็นยาสมุนไพร มีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538 หน้า 6-12)

ประเภทรากหรือหัว ให้เก็บในช่วงที่พืชหยุดเจริญเติบโตใบและดอกร่วงหมด หรือในช่วงต้นฤดูหนาวถึงปลายฤดูร้อน เพราะในช่วงนี้ที่รากหรือหัวมีการสะสมปริมาณด้วยาไว้ค่อนข้างสูง วิธีการเก็บให้ขุดอย่างระมัดระวัง เช่น กระจาย กระทือ ข่า เป็นต้น

ประเภทใบหรือเก็บทั้งต้น ควรเก็บในช่วงที่พืชเจริญเติบโตมากที่สุดหรือในช่วงที่ดอกตูมเริ่มบานหรือ ในช่วงที่ดอกบานแต่ผลยังไม่สุกก็ได้ วิธีการเก็บคือใช้วิธีเด็ด เช่นกระเพรา ขลุ่ฝรั่ง พ้าทะเลลายโจร เป็นต้น

ประเภทเปลือกต้นหรือเปลือกกราก เปลือกต้นโดยมากเก็บระหว่างช่วงฤดูร้อนต่อกับฤดูฝนซึ่งปริมาณยาในพืชจะสูงและลอกออกง่าย การลอกเปลือกต้นนั้นควรลอกจากส่วนกิ่งหรือแขนงย่อยไม่ควรลอกออกจากลำต้นใหญ่ของต้นไม้เพราะจะกระทบกระเทือนต่อการส่งลำเลียงอาหารของพืช อาจทำให้ต้นไม้ตายได้ ส่วนเปลือกกรากควรเก็บในช่วงฤดูฝน

ประเภทดอก ควรเก็บในช่วงดอกเริ่มบาน แต่ยาสมุนไพรบางชนิดเก็บในช่วงดอกตูม เช่น กานพลู เป็นต้น

ประเภทผลและเมล็ด มักเก็บขณะที่ผลแก่เต็มที่แล้ว เช่น มะแว้งต้น มะแว้งเครือ ดีปลี เมล็ดผักทอง เมล็ดชุมเห็ดไทย เมล็ดสะแก เป็นต้น แต่บางชนิดอาจเก็บผลอ่อนเช่น ฝรั่ง ใช้เก็บผลอ่อนแก่ท้องร่วง (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538 หน้า 14-18)

4) ยาสมุนไพรใช้บำบัดรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ (โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิสุขภาพไทย, 2539)

ในผู้ป่วยเอดส์ได้มีการแนะนำให้ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการแทรกซ้อนของโรคในกรณีที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งสามารถใช้บรรเทาอาการได้ และประหยัดค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเอดส์จะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จึงอ่อนแอกว่าคนทั่วไป ดังนั้นถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรได้รับการดูแลจากแพทย์แผนปัจจุบัน ในส่วนของสมุนไพรที่ใช้รักษาอาการแทรกซ้อนของโรคนั้นแบ่งตามกลุ่มอาการดังนี้คือ

สมุนไพรแก้ไข้ ได้แก่ หน้าดอกขาว, ลูกใต้ใบ, หน้าแห้วหมูเล็ก

สมุนไพรแก้ท้องเสีย ท้องร่วง ได้แก่ ชา , ฝรั่ง, กล้วยและมังคุด

สมุนไพรแก้ไข้หวัด ได้แก่ ตรีเควร์

สมุนไพรแก้อาการผื่นแพ้ ตุ่มคันตามผิวหนัง ได้แก่ พลู, ตำลึง, ว่านหางข่าง, กะเม็งตัวเมียท้อ

สมุนไพรรักษาแผลในปาก ได้แก่ หว่า

สมุนไพรแก้เจ็บคอ ต่อมทอนซิลอักเสบ ได้แก่ กระเทียม, บัวบก , ส้มกบ

สมุนไพรรักษาเชื้อราในปาก ได้แก่ ชา, ชุมเห็ดเทศ

สมุนไพรแก้คลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ ยอ, กะเพรา

สมุนไพรแก้เบื่ออาหาร ได้แก่ ขี้เหล็ก

สมุนไพรแก้ไอ ขับเสมหะ ได้แก่ มะแว้งเครือ , มะขามป้อม , เสนียด , ส้มกบ

สมุนไพรรักษาแผลเปื่อย แผลพุพอง แผลเรื้อรัง และฝี ตามผิวหนัง ได้แก่ เหมือกปลาหมอ, ผักบั้ง, สีเสียดเหนือ

สมุนไพรรักษาแผลบนหนังศีรษะ ชันระดู ได้แก่ มะกูด , ส้มป่อย

ยาสมุนไพรที่รักษาได้หลายอาการ ซึ่งขนาดการรับประทานหรือวิธีการนำยาสมุนไพรมาใช้มีความแตกต่างกันคือ บอระเพ็ด

2.3 การรักษากับหมอพื้นบ้าน

การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์การรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรค หรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆ มาโดยเฉพาะ หมอพื้นบ้านเหล่านี้มักมิได้ศึกษาทฤษฎีการแพทย์ใดๆ อย่างเป็นระบบ แต่อาศัยการสังเกตและจดจำจากการบอกกล่าว ชีตความสามารถของหมอเหล่านี้จึงค่อนข้างจำกัดอยู่ในขอบเขตที่ตนรู้โดยสามารถพลิกแพลงหรือปรับใช้ได้อย่างจำกัด

หมอพื้นบ้านเหล่านี้ มักได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือไปขอศึกษาจาก หมอที่มีความสามารถและสะสมประสบการณ์เพิ่มเติมขึ้นเรื่อย ๆ ตัวอย่างของหมอพื้นบ้านในกลุ่มนี้คือ

- 1) หมอยาต้ม – ยาฝน ใช้สมุนไพรในการรักษา
- 2) หมอกระดูก รักษากระดูกและข้อเลื่อน โดยการใส่ฝือกชะโลมน้ำมัน หรืออาจใช้ เวทมนต์ประกอบ
- 3) หมอตำแย ทำคลอดแก้หญิงมีครรภ์
- 4) หมอนวด รักษาอาการปวดเมื่อย
- 5) หมอที่รักษาโรคเฉพาะอื่นๆ เช่น หมอรักษาโรคสีดวงทวาร หมอรักษาขูด หมอรักษาโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

หมอเหล่านี้มักมีความชำนาญเฉพาะโรคที่ตนศึกษามา และรูปแบบวิธีการรักษามีทั้งที่ คล้ายคลึงกัน และที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์เฉพาะตัว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535 หน้า 7)

การรักษาของหมอพื้นบ้าน อาศัยการเรียนรู้ระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ ได้รับการยอมรับเชื่อถือจากชุมชนให้เป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพ โดยใช้รูปแบบการรักษาหลายๆ วิธี เช่น การใช้สมุนไพร คาถา น้ำมัน การรักษาประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ กับ องค์ประกอบทางจิตใจ อันได้แก่ ขวัญวิญญาณ ความเป็นมนุษย์ ที่ประกอบด้วยกายและจิตใจ

ความเชื่อที่ทำให้มนุษย์เจ็บป่วยได้แก่

- เชื้อโรคและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ เป็นพลังที่เกิดจากธรรมชาติ โรคที่มีสาเหตุเช่นนี้ ชาวบ้านเรียกว่าโรคทางกาย
- คาถาอาคม อันเนื่องมาจากถูกกระทำด้วยคุณไสย ที่เรียกว่า ไสยดำ เช่น การปลุกเสกหนังเข้าร่างกาย หรือใช้คาถาบังคับผีร้ายให้มากระทำ
- กรรมเก่าของมนุษย์ที่เคยกระทำไว้ หรือสร้างรวมมาแค่นั้น กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- วิญญาณศักดิ์สิทธิ์หรือผีร้าย กระทำให้เจ็บป่วย อาจเป็นการกระทำโดยการเข้าสิงร่างมนุษย์ หรือกระทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย หรือผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง
- ตำแหน่งและวิถีโคจรของดวงดาว ที่มีอิทธิพลต่อวิถีของมนุษย์ อาจทำให้เกิดการเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุได้
- การละเมิดฮีดลอลง หรือผิดประเพณี วัฒนธรรม (สถานภาพและทิศทางการวิจัย การแพทย์ไทย, 2539 หน้า 10-11)

2.4 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์ที่ได้จากการรวบรวมการศึกษาวิจัยและการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งนับวันจะลงลึกมีรายละเอียดมากและมีการศึกษาข้ามสาขาวิทยาศาสตร์ไปเป็นแบบสหวิทยาการ การแพทย์แผนปัจจุบันจึงต้องแบ่งเป็นหลายสาขามีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจึงเป็นความยากลำบากที่แพทย์หรือผู้ดูแลสุขภาพคนใดคนหนึ่งจะมีความรอบรู้หรือสามารถดูแลผู้ป่วยได้รอบด้าน มิติของการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจึงมีแนวโน้มให้การดูแลผู้ป่วยแยกส่วน คือแยกสุขภาพกายออกจากสุขภาพใจ ขาดการดูแลด้านศรัทธาและวิญญาณ (spirit) ทำให้หลักการพื้นฐาน “จงรักษาคน อย่ารักษาโรค” ถูกละเอียด

“โรคเอดส์” เป็นโรคใหม่ที่อ่วงการแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อให้เกิดผลกระทบทุกด้านคือสุขภาพกาย สุขภาพใจ จิตวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม การรังเกียจและการถูกทอดทิ้ง และแง่มุมทางกฎหมายทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ได้นำไปสู่การทบทวนและปรับตัวครั้งใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขปรัชญาของการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และการดูแลที่ต่อเนื่อง (continuum of care) เริ่มได้รับการยอมรับ (ความจริงเป็นการรื้อฟื้นหลักการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลดั้งเดิม) มีการปรับปรุงและจัดระบบการดูแลให้ครอบคลุมหลักการดังกล่าวไม่ใช่แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เท่านั้น แต่ยังขยายรวมถึงผู้ป่วยโรคอื่นๆ อีกมาก โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ

มิติขององค์รวม

คำว่า “องค์รวม” มีหลายมิติ ในแง่ของสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีมิติที่สำคัญคือ

1) มิติในตัวผู้ป่วย ได้แก่ องค์ประกอบในตัวบุคคล มีความหมายถึง กาย จิตใจ และวิญญาณ

2) มิติการดำรงชีวิต (สิ่งแวดล้อม) ได้แก่ องค์ประกอบรอบตัวบุคคลมีความหมายถึง สุขภาพ (กาย ใจ วิญญาณ) วัฒนธรรม เศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม

3) มิติของพฤติกรรม ได้แก่ อาหาร อากาศ การออกกำลังกายและอารมณ์

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพของคนขึ้นกับ กรรมพันธุ์ (ตัวบุคคล) ตัวเชื้อโรค (ถ้ามี) พฤติกรรม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การดูแลจึงต้องครอบคลุมองค์ประกอบเหล่านี้ทั้งหมด ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปรึกษาหารือเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพราะแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบันได้ยอมรับแล้วว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคและการดูแลสุขภาพอยู่ที่พฤติกรรมของตัวบุคคล (ผู้ป่วย) โดยภาพรวมของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงหมายถึง

การดูแลสุขภาพในลักษณะผสมผสานการรักษาให้กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของคนในสังคม โดยดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ

การยอมรับประสิทธิภาพการรักษา

เป็นความพึงพอใจในผลการรักษาที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับ จากการไปรับการรักษา ไม่ว่าจะผลจะเป็นผลมาจากทางด้านจิตใจหรือร่างกายที่แสดงถึงผลการรักษาที่ได้ เป็นการหายหรือดีขึ้น จากทฤษฎีของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อันได้แก่ อาหาร, ที่อยู่อาศัย, เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นภาวะธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ ทุกยุคทุกสมัย ต้องประสบเหมือนกัน แต่เพราะสภาพธรรมชาติอันที่เป็นทุกข์และไม่พึงปรารถนา มนุษย์เราจึงได้พยายามคิดค้นวิธีการและเครื่องมือที่จะรักษาหรือป้องกันความพยายามดังกล่าวมีมาแล้วตั้งแต่โบราณกาลและจนกระทั่งปัจจุบันก็ยังไม่มีความก้าวหน้าสักเท่าไหร่สักเท่าไหร่กับอีกประการหนึ่งเป็นเพราะมีโรคภัยไข้เจ็บชนิดใหม่ขึ้นอยู่เสมอ ยิ่งในปัจจุบันนี้โรคเอดส์เป็นโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ไปแสวงหาการรักษาในรูปแบบต่างๆ เมื่อเกิดอาการขึ้น ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษานั้นอยู่แล้วยิ่งทำให้ผลการรักษาที่ออกมาส่งผลในทางที่ดี การยอมรับประสิทธิภาพการรักษาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จะพึงพอใจสูงสุดเมื่อไปรับการรักษาแล้วอาการที่เป็นนั้นหายไป

ค่าใช้จ่ายในการรักษา

การประเมินต้นทุน ประเมินได้ดังนี้

- ต้นทุนในทัศนะของโรงพยาบาล คือ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น โดยจะไม่เท่ากับค่าบริการ (charge) ที่คิดกับผู้ป่วย
- ต้นทุนในทัศนะของผู้ป่วย คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยครั้งนั้น เช่น การขาดงาน เป็นต้น
- ต้นทุนในทัศนะสังคม จะเป็นผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคมนั้นเช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือสังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ในที่นี้คิดเฉพาะ ต้นทุนในทัศนะของผู้ป่วย คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่ผู้ป่วยต้องจ่าย ในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยครั้งนั้น เช่น การขาดงาน แต่ต้นทุนในการรักษาคิดได้ดังนี้ คือ

1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดขึ้นจากการให้หรือรับบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งอาจแบ่งย่อย ออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

- ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (direct medical cost) ซึ่งเป็นทุนที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการรักษาผู้ป่วย หรือต้นทุนที่ผู้ป่วยจ่ายให้กับโรงพยาบาลโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นๆ

- ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ (direct non-medical cost) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาผู้ป่วยโดยตรง หรือผู้ป่วยไม่ได้จ่ายให้กับสถานบริการโดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ต้องเดินทางมาตรวจที่สถานบริการหรือสถานที่ให้การรักษาดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภทนี้ มักเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการเดินทาง ค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติ พี่ น้อง ที่มาพร้อมผู้ป่วย ค่าเลี้ยงดูลูกที่พ่อแม่ต้องมารักษา เป็นต้น

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากการให้หรือรับบริการโดยตรง แต่เป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

- ความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน เสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือผลจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความพิการ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

3. ต้นทุนไม่มีตัวตน (intangibile cost) ความเจ็บป่วยและความตาย อาจก่อให้เกิดความทรมาน ความเศร้าโศกเสียใจ ความกลัว ความว่าเหว ฯลฯ ซึ่งผลดังกล่าวยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นตัวเงินได้

ปัจจัยที่สนับสนุนหรือผลักดันให้เกิดการแสวงหาการรักษา

หมายถึงปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีทางเลือกในการแสวงหารูปแบบในการรักษาพยาบาล

1. ปัจจัยทางด้านสังคม การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ของสมาชิกในครอบครัว และสนับสนุนจากสังคม ตลอดจนความเชื่อทางด้านการรักษา
2. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ในครอบครัว ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล
3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่ เช่น อยู่ร่วมกับบิดามารดาหรืออยู่คนเดียว การได้รับข่าวสาร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบการรักษาแบบทางเลือกของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ศึกษาไว้ในต่างประเทศ ได้ผลแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมทางสังคมและการยอมรับ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น การศึกษารูปแบบทางเลือกในประเทศไทยมีผู้ศึกษาน้อย ส่วนการศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาไว้

การศึกษาของ Barbara E.et.al. (1998) ที่ได้ศึกษาการรักษาแบบทางเลือกในการรักษาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในเขตเมือง ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อในเขตเมือง นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา จำนวน 212 คน โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 57 เป็นชาวลาติน ร้อยละ 34 เป็นชาวแอฟริกาอเมริกัน และเป็นหญิง ร้อยละ 60 เคยใช้สมุนไพร ร้อยละ 80 การรักษาแบบทางเลือกอื่นที่พบได้แก่ การนวด, การสัมผัส, การทำโยคะ ร้อยละ 68 ใช้การรักษาโดยอาหารเสริมสุขภาพที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนใช้ ร้อยละ 44 ใช้กระเทียมและว่านหางจระเข้ ร้อยละ 42 ใช้สมุนไพร จากที่ได้จากสัตว์ และร้อยละ 9 เคยใช้วิธีบอกต่อกันมา การรักษาแบบทางเลือก ไม่มีความแตกต่างของวิธีการรักษาแบบทางเลือกเมื่อเปรียบเทียบระหว่างชาติพันธุ์และเพศ การรักษาแบบทางเลือกไม่มีความสัมพันธ์ชาติพันธุ์และเพศ

การศึกษาของ Anderson W.et.al. (1993) ได้ศึกษาการรักษาที่ไม่เป็นรูปแบบและทางเลือกในการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ 184 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ร้อยละ 40 เคยใช้การรักษาแบบทางเลือกหรือรักษาหลายรูปแบบ ร้อยละ 42 สนใจที่จะลองรักษาแบบทางเลือกตามขั้นตอน

และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ การตัดสินใจใช้ทางเลือกในการรักษากับอายุ, เชื้อชาติ, ระดับการศึกษา และความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีการใช้ทางเลือกในการรักษา พบว่า ที่รักษาแบบไม่ตรงรูปแบบ ผลการรักษาหาย ร้อยละ 20 อาการดีขึ้น ร้อยละ 36

การศึกษาของ Danvogl M. et.al. (1998) ศึกษาการใช้และค่ารักษาแบบทางเลือกของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในเมือง นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด 992 คน ตามถึงการดูแลสุขภาพ การป้องกันความเสี่ยง คุณภาพชีวิต และการเลือกใช้ทางเลือกในการรักษาโดยใช้สมุนไพร และการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เคยใช้ทางเลือกในการรักษาโดยใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาอย่างอื่นจำนวน 289 คน หรือ ร้อยละ 30 ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ในการรักษาแบบทางเลือก ผู้ป่วยไม่ใช้เงิน ร้อยละ 31 ใช้เงินน้อยกว่า 100 ดอลลาร์ ระยะเวลาในการรักษา 3 เดือน ร้อยละ 45 และใช้เงินระหว่าง 101 -300 ดอลลาร์ ร้อยละ 5 ใช้เงินมากกว่า 300 ดอลลาร์ ร้อยละ 19 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกใช้ทางเลือกนั้น ขึ้นกับระดับการศึกษาและเชื้อชาติ เช่น ชาวลาติน หรือชาวผิวขาว จะใช้ทางเลือกน้อยกว่า และผู้มีประวัติเคยใช้โคเคนจะเลือกใช้ทางเลือกรวมทั้งผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี

การศึกษาของ Maria CA. (1997) ได้ศึกษาบทบาทของการใช้สมุนไพรเสริมในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในเมืองนิวยอร์ก ศึกษา กลุ่มละ 50 คน ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 70 มีการเปลี่ยนแปลง T-Cell ในทางที่ดีขึ้น และร้อยละ 30 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องคุณภาพชีวิต ร้อยละ 80 คุณภาพชีวิตดีขึ้นและ ร้อยละ 20 ไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลง T-Cell ในทางที่ดีขึ้น และ ร้อยละ 40 ไม่เปลี่ยนแปลง เรื่องคุณภาพชีวิต ร้อยละ 90 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 10 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ความชอบในการใช้สมุนไพรเสริมการรักษาประจำร้อยละ 90 ชอบใช้ ร้อยละ 10 ไม่ชอบ

Calabrese C. et.al. (1998) สสำรวจความเห็นของแพทย์ ผู้ให้การรักษาในวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนมาก มีประสบการณ์ในการรักษา เฉลี่ย 6.5 ปี และรักษาผู้ป่วย 105 คน ต่อแพทย์ 1 คน ร้อยละ 80 ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันไม่บังคับ ตัวชีวิต ประสิทธิภาพของการรักษา คือ การจัดการเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 96 คุณภาพชีวิต ร้อยละ 98 ความสามารถปรับให้ CD₄⁺ ดีขึ้น และการลดความรุนแรงของอาการเอดส์ได้และยืดเวลาของผู้ป่วยให้นานขึ้นได้ แต่ขึ้นกับวิธีการรักษา

การศึกษาของ กฤษฎา บุญชัย (2539) ได้ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านกับการรักษาโรคเอดส์ กรณีศึกษาหลวงพ่อโพนแห่งวัดเชิงหวาย หลวงพ่อโพนหรือพระครูจันทโพธิคุณ ปัจจุบันเป็นเจ้าของวัดเชิงหวาย จังหวัดอ่างทอง ได้ทำการรักษาชาวบ้าน ด้วยความรู้และประสบการณ์

ในการรักษาโรคกามโรค โรคหิด โรคผิวหนัง เบาทหวาน หรือแม้กระทั่งโรคมะเร็ง ทั้งนี้โดยใช้สมุนไพรและคาถาอาคมประกอบการรักษา และในช่วงเดือนมิถุนายน 2536 ได้มีคนไข้ที่เป็นโรคเอดส์ 2 รายมาหาจึงได้ลองรักษา ปรากฏว่าในระยะเวลาเพียง 2 เดือน คนไข้ที่มีอาการปางตายเริ่มดีขึ้น โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเชื้อราเริ่มหายไป กำลังวังชาเริ่มมีมากขึ้น กินข้าวได้มาก น้ำหนักเพิ่ม จนสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติได้ ทำให้หลวงพ่อมั่นใจมากขึ้น จึงเริ่มรักษาคนไข้โรคเอดส์อย่างจริงจัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองได้เข้าไปประเมินตรวจสอบการรักษาโรคเอดส์ของหลวงพ่อทอน โดยการใช้สมุนไพรต่างๆ 17 ชนิด นอกจากนั้น ผลการรักษา ยังเกี่ยวข้องกับพลังจิต ที่เป็นลักษณะพิเศษเฉพาะบุคคล

การศึกษาของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ (2538) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ในชุมชน โดยการนำฤๅษีดัดตนมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมออกกำลังกาย เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของพืชสมุนไพรในการบริโภค และนำทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์เป็นคัมภีร์ธรรมะสู้ภัยเอดส์ สำหรับพระภิกษุสงฆ์ในการให้ความรู้แก่ประชาชน

การศึกษาของ ไมตรี สุทรจิตต์ (2539) ได้ศึกษาอาหารสำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยมีแนวโน้มว่าปัจจัยสำคัญมากที่สามารถยับยั้งโรคเอดส์ได้ คือ โภชนาการและอาหารซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเอดส์มาก เช่น อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับอาหารบางอย่าง จะมีอาการแสดงและเป็นพิษ ทำให้ความต้านทานต่อโรคลดลง อาการป่วยโรคเอดส์จะยิ่งรุนแรงมากขึ้น แต่หากผู้ป่วยได้รับอาหารธรรมชาติที่ดีและเหมาะสม สภาพป่วยจะบรรเทาและหายไป ดังนั้น การดูแลด้านโภชนาการในโรคเอดส์จึงมีความสำคัญมาก

การศึกษาของ Wolffers L.& de Moree S. (1994) ศึกษาการใช้ทางเลือกในการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเนเธอร์แลนด์ โดยส่งแบบสอบถามให้ตอบผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ร้อยละ 30.6 ใช้ทางเลือกในการรักษา ในจำนวนนี้ ร้อยละ 24 ใช้การรักษาก่อนที่จะทราบผลการวินิจฉัยโรค อีกร้อยละ 27 ใช้ทางเลือกในการรักษาหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรค และ ร้อยละ 13 เริ่มใช้เมื่อผล CD₄⁺, T-Cell เริ่มต่ำลง และครึ่งหนึ่งของผู้ใช้ทางเลือกได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ใช้ทางเลือกในการรักษา ร้อยละ 37 รู้สึกพอใจในผลการรักษา และ ร้อยละ 34 พอใจมากเพราะระดับความดันเลือดอยู่ในระดับดีขึ้น

การศึกษาของ Crock RD. et.al. (1999) ศึกษาช่องว่างของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาแบบมาตรฐานเดิมและการรักษาแบบทางเลือกในโรงพยาบาลเมืองแคนดอน สหรัฐอเมริกา โดยการสอบถามแพทย์ พบว่า แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยใช้ทางเลือก

ในการรักษาเพียง ร้อยละ 28 ส่วนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้จะทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยว่ามีการใช้ทางเลือกในการรักษามากขึ้น

การศึกษาของ Toh P. et.al. (1998) ศึกษาการใช้สมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวมในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกพบว่าการรักษาด้วยสมุนไพรได้ผลดีในประเทศไทย สิงคโปร์ ใต้หวัน และฮ่องกง การทำสมาธิได้ผลดีในกรณีของวัดคอยเก็ง จังหวัดแม่ฮ่องสอน และการออกกำลังกาย จีงงและการใช้สมุนไพรได้ผลดีในสิงคโปร์ โดยสรุปว่าการใช้สมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวมกำลังจะมีบทบาทเป็นการรักษาหลักของผู้ติดเชื้อในอนาคต สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในยุคที่เอเชียกำลังประสบปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ

การศึกษาของ พระอลงกฎ ทิขชะปัญญา และคณะ (2541) ได้ศึกษาเชิงทดลองการใช้สมุนไพรไทย-จีน ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแผนปัจจุบันเสียชีวิตทั้งหมดใน 3 เดือนแรก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับสมุนไพรเสียชีวิตเพียงร้อยละ 10 ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีอาการทั่วไปดีขึ้น ทั้งน้ำหนักตัวและจำนวนเม็ดเลือดขาว

การศึกษาของ Chowka PB. (1998) สรุปรายงานการประชุมสัมมนาการแพทย์แผนไทย ในหนังสือบางกอกโพสต์ประจำวันที 7 มิถุนายน 2541 ว่าผู้อำนวยการแพทย์แผนไทยให้ความเห็นว่าสมุนไพรไทยที่มีอยู่ นอกจากจะมีราคาไม่แพง เหมือนการรักษาด้วยยา AZT แล้ว ยังมีประสิทธิภาพในการรักษาด้วย นอกจากนั้นยังแนะนำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาแบบองค์รวม ซึ่งรวมทั้งการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ส่วนพระอลงกฎ ทิขชะปัญญา ได้สรุปการรักษาแบบสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีเชื้อราในปากด้วยชา ว่าได้ผลดี นอกจากนั้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รายหนึ่ง ยังได้เล่าประสบการณ์ส่วนตัวว่า สามารถรักษาร่างกายให้มีสุขภาพดีอยู่ได้ด้วยการทำสมาธิและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์