

การพัฒนาแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model)
เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี
โรงพยาบาลมoyo จังหวัดปัตตานี

Development of an Islamic Integrated Nursing Model (MAYO Care Model) to Enhance
Medication Adherence and Reduce Self-Stigma among People Living with HIV at
Mayo Hospital, Pattani Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

อูสนีย์ แวลี¹

Ausnee Waelee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล และความต้องการการพัฒนา พัฒนาและนำรูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) ไปใช้ ศึกษาผลของรูปแบบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบ โรงพยาบาลมoyo จังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเอชไอวีมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนและรับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ณ คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลมoyo จำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรม MAYO Care Model แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และกลุ่มผู้ป่วย) แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การตีตราตนเองของผู้มีเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.26 อายุส่วนมาก 40–49 ปี ร้อยละ 47.83 (Mean±SD = 46.22±10.23, Min = 13, Max = 62) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.17 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.91 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 65.22 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักศาสนาอิสลาม เพื่อปรับความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา 2) ให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่บัดดี และผู้นำศาสนา ในการให้กำลังใจ และ 4) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในคลินิก รักษาความลับ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ระดับการตีตราตนเองลดลงจากร้อยละ 37.64 เป็นร้อยละ 27.17 ($t = 3.87, p = .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 82.35 เป็น 94.78 ($t = 5.42, p < .001$) และผู้ป่วยที่มี adherence ตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.91 เป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยทุกรายมีระดับ HIV viral load ไม่เกิน 1,000 copies/ml และไม่พบการใช้สุรายาเสพติดในปี 2568–2569

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม, ความร่วมมือในการรับประทานยา, การตีตราตนเอง, ผู้ป่วยเอชไอวี

Abstract

This study employed an action research design combined with a one-group pretest-posttest quasi-experimental design. The objectives were to examine the situation, nursing practice problems, and development needs; to develop and implement an Islamic Integrated Nursing Model (MAYO Care Model);

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมoyo จังหวัดปัตตานี

to evaluate the effects of the model on medication adherence and self-stigma among people living with HIV; and to identify factors contributing to the success of the model at Mayo Hospital, Pattani Province. Data were collected from October 2025 to July 2026, a total of 8 months. The participants were 23 Muslim patients living with HIV who had been registered and receiving antiretroviral therapy for at least two weeks at the antiretroviral clinic of Mayo Hospital, selected by purposive sampling. The research instruments were the MAYO Care Model program; a personal information questionnaire (sex, age, marital status, education, occupation, income, health coverage scheme, and patient group); the medication adherence interview form of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health; the self-stigma interview form for people living with HIV of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health; and a focus group discussion guide. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that most patients were female (78.26%), and most were aged 40–49 years (47.83%) (Mean $\pm$ SD = 46.22 $\pm$ 10.23, Min = 13, Max = 62). Married patients accounted for 52.17%, 73.91% had primary education, and 65.22% were engaged in general labor. The model development comprised four approaches: 1) spiritual assessment and counseling based on Islamic principles to correct misconceptions about the disease and medication use; 2) education and adjustment of medication schedules to align with Islamic practices and daily routines, such as during the fasting period; 3) promotion of family Buddy and religious leader participation in providing encouragement; and 4) creation of a safe space in the clinic, maintenance of confidentiality, and continuous patient follow-up. After implementation, self-stigma decreased from 37.64% to 27.17% ($t = 3.87$, $p = .001$). The mean medication adherence score increased from 82.35 to 94.78 ($t = 5.42$, $p < .001$), and the proportion of patients with adherence of 95% or higher increased from 73.91% to 100%. All patients had HIV viral load levels not exceeding 1,000 copies/ml, and no drug-resistant regimens were used in 2025–2026.

Keywords: Islamic integrated nursing model, medication adherence, self-stigma, people living with HIV

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปี 2025 มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 41.00 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.20 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ 570,000 คน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีร้อยละ 88 ทราบสถานะร้อยละ 78 เข้าถึงการรักษา และร้อยละ 74 กดปริมาณไวรัสได้ ประมาณ 9 ล้านคนยังไม่ได้รับการรักษา และโลกไม่บรรลุเป้าหมายปี 2025 ความก้าวหน้าการเลือกปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงบริการเอชไอวี เป้าหมายปี 2030 จึงกำหนดให้ผู้อยู่ร่วมกับหรือเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีเผชิญการตีตราและการเลือกปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 10¹

ประเทศไทย ปี 2567 มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 565,598 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,124 คน และผู้เสียชีวิต 9,067 คน (เดลินิวส์, 2568) ผู้ติด

เชื้อรายใหม่ตามการคาดประมาณ ปี 2565–2567 เท่ากับ 9,230, 9,083 และ 8,124 คน ผู้ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเข้าสู่อารมณ์รักษา ปี 2566–2568 เท่ากับ 24,886, 24,074 และ 23,478 คน ตามลำดับ (เดลินิวส์, 2569) ช่องว่างสำคัญคือผู้ที่ทราบสถานะแต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อรายใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งร้อยละ 62.43 เคยลิ้มรับประทานยา²

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการรักษามี 3 ประการ ได้แก่ ความร่วมมือในการรับประทานยา การตีตราตนเอง และความเชื่อทางศาสนา ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเป็นตัวกำหนดสำคัญของการกดยาต้านไวรัสและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ³ การรับประทานยาเร็วต่อเนื่อง ตรงเวลา ช่วยกดยาต้านไวรัสจนตรวจไม่พบ ลดการถ่ายทอดเชื้อ และลดการเสียชีวิต⁴ การ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักของความล้มเหลวในการรักษา⁵ แนวคิดการตีตราอธิบายว่าคุณลักษณะที่สังคมมองว่าเสื่อมเสียทำให้ผู้ถูกตีตราจัดการข้อมูลเกี่ยวกับตนเองด้วยการปกปิด⁶ การตีตราประกอบด้วยการตีฉลาก การเหมารวม การแบ่งแยก การสูญเสียสถานะ และการเลือกปฏิบัติภายใต้ความไม่เท่าเทียมของอำนาจ เมื่อผู้ป่วยรับความคิดเชิงลบเข้าสู่ตนเองเกิดการตีตราตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง การใช้บริการสุขภาพที่น้อยลงและความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำลง⁷ การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า 24 จาก 33 การศึกษาแบบตัดขวางรายงานความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการตีตราและการไม่รับประทานยาตามกำหนด³ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระบุว่าพฤติกรรมการรักษาขึ้นกับการรับรู้ความรุนแรงประโยชน์ และอุปสรรค⁸ ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเช่น รักษาแล้วไม่หาย หรือรับประทานยากกลางคืนในช่วงถือศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ลดการรับรู้ประโยชน์และเพิ่มอุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ความสามารถของตนเองกำหนดว่าบุคคลจะเริ่มและคงพฤติกรรมเผชิญปัญหาได้นานเพียงใดเมื่อพบอุปสรรค⁹ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตของตนได้¹⁰ ในภาคใต้ที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ข้อบังคับทางศาสนา ความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาระยะยาว และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพราะไม่เปิดเผยผลเลือด สัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ให้บริการเห็นว่าควรบูรณาการความเชื่ออิสลามในการดูแล เช่น ใช้การละหมาดเป็นสิ่งเตือนการรับประทานยา⁵ หากไม่จัดการปัจจัยเหล่านี้ ผู้ป่วยจะปกปิดสถานะหลักเลี่ยงบริการ ขาดยา ปริมาณไวรัสสูงขึ้น เกิดการรักษาล้มเหลวและเชื้อดื้อยา เพิ่มความเสี่ยงการแพร่เชื้อสู่ผู้สมรสและบุคคลในชุมชน¹¹

จังหวัดปัตตานีมีประชากรนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 88.80¹² เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ติด

เชื้อสะสมที่มีชีวิตอยู่ 23,095 ราย ได้รับยาต้านไวรัส 19,699 ราย (ร้อยละ 85) โดยปัตตานี 1,413 ราย ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2566 ปัตตานีมีผู้ติดเชื้อวินิจฉัยรายใหม่ 55 ราย และเสียชีวิต 48 ราย ปี 2567 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 53 ราย และเสียชีวิต 45 ราย ปี 2568 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 52 ราย และเสียชีวิต 43 ราย ผู้ติดเชื้อสะสมที่มีชีวิตอยู่เพิ่มจาก 1,413 ราย เป็น 1,421 ราย และ 1,430 ราย ตามลำดับ¹¹

โรงพยาบาลมายอดูแลผู้ป่วยมุสลิมในคลินิกยาต้านไวรัส 23 ราย สถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2566-2568 มีผู้ป่วยขาดยา 6, 5 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.09, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ ปี 2566 มีผู้ป่วยใช้สูตรยาดีด้า 3 ราย (ร้อยละ 13.04) ปี 2567 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.35) และปี 2568 ไม่พบรายงานผู้ป่วย¹²

การวิเคราะห์สาเหตุด้วยหลัก 4M พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีการตีตราตนเอง โดยรู้สึกผิดและอับอายเพราะคิดว่าโรคเกิดจากตนเอง และกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ป่วยมีความเชื่อคลาดเคลื่อนเรื่องการรักษาและการรับประทานยช่วงถือศีลอด บุคลากรขาดทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักศาสนา การให้คำปรึกษาเน้นผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวทางอิสลามยังไม่ถูกนำมาใช้ และผู้ป่วยเผชิญความยุ่งยากจากจำนวนเม็ดยา เวลารับประทาน และผลข้างเคียง ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 69.57เปิดเผยผลเลือดเฉพาะคนใกล้ชิดหรือไม่เปิดเผยเลย โดยร้อยละ 8.70 ไม่เปิดเผยกับใคร ขณะที่ผู้ป่วยทุกรายรายงานว่าครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจ ซึ่งชี้ว่าการปกปิดเกิดจากการตีตราที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดการณ์เองมากกว่าการถูกปฏิบัติจริง ปัญหาทางการพยาบาลคือรูปแบบการดูแลเดิมเน้นการให้ความรู้เชิงวิชาการและการรักษาทางการแพทย์ ขาดการบูรณาการมิติจิตวิญญาณและศาสนบัญญัติซึ่งเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การพัฒนาแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลามจึงมีความสำคัญ เพื่อให้พยาบาลแก้ไขความเชื่อคลาดเคลื่อน ลดการตีตราตนเอง และเสริมพลังผู้ป่วยให้รับประทานยาสม่ำเสมอ การทบทวนพบข้อจำกัดของรูปแบบเดิม 2 ประการ ประการแรก เครื่องมือวัดการตีตราตนเองในประเทศไทยพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.80 และอิสลามเพียงร้อยละ 1 โดยมีข้อคำถามอิงความเชื่อเรื่องกรรม⁷ ประการที่สอง การศึกษาปัจจัยการรับประทานยาในไทยเน้นข้อมูลการรักษา อาการข้างเคียง ความเชื่อเรื่องยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประโยชน์จากการทบทวนคือ การลดการตีตราควรดำเนินการหลายระดับทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และเชิงโครงสร้าง³ การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนไทยใช้ลดการตีตราตนเองได้ และหลักอิสลามสนับสนุนการรับประทานยาต่อเนื่องได้ โดยเสริมความรู้ กระตุ้นแรงจูงใจ และฝึกปฏิบัติ¹³

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า โรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักอิสลามที่ประเมินผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองควบคู่กัน ในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปัตตานี การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนา MAYO Care Model จากปัญหาจริงของพื้นที่ที่ผู้ป่วยขาดยาและใช้สูตรยาดื้อยา โดยประยุกต์แนวคิดการตีตรา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อเป็นต้นแบบบริการที่เคารพ อัตลักษณ์ทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล ความต้องการการพัฒนา และแนวทางการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมลายอ จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมลายอ จังหวัดปัตตานี

3. เพื่อประเมินผลการใช้ MAYO Care Model ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมลายอ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart¹⁴ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียว วัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2568) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (ธันวาคม-มกราคม 2569) ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบและประเมินผล (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2569) และระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล (มิถุนายน-กรกฎาคม 2569) โดยประเมินผลก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการสิ้นสุด 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือผู้ป่วยเอชไอวีมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนและรับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลมลายอ จังหวัดปัตตานี จำนวน 23 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเอชไอวี 23 คน ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ขึ้นทะเบียนและรับยา

ด้านไวรัสตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสื่อสารเข้าใจได้ และ 4) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อ และ 3) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมสุขภาพคลินิกยาด้านไวรัส 5 คน ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) 2 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย 5 คน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา และสะท้อนผลรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย คือ โปรแกรม MAYO Care Model ดำเนินการตามวงจร PAOR ประกอบด้วย การคืนข้อมูลสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ การใช้รูปแบบ 4 เดือน และการประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ โดยรูปแบบมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักอิสลาม 2) การให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิต ในช่วงถือศีลอด 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจ และ 4) การสร้างพื้นที่ปลอดภัย การรักษาความลับ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแบบสังเกต (Observation) ประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค การพัฒนารูปแบบ ความคิดเห็น และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มี 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 15 ข้อ ได้แก่ เพศกำเนิด อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา กลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาด้านไวรัส การเปิดเผยผลเลือด การถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ การถูกปฏิเสธการเรียน และการถูกปฏิเสธการทำงาน ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาด้านไวรัสของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การติดตามตนเองของผู้มีเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 ข้อ นอกจากนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ระดับ HIV viral load (เกณฑ์ไม่เกิน 1,000 copies/ml) และสูตรยาที่ใช้ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์นำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรับประทานยา การติดตามตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและการติดตามตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่า p-value น้อยกว่า .05 ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk ก่อนวิเคราะห์ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกตวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ตรวจสอบความถูกต้อง และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.063/69 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม 3 ข้อของ Belmont Report ได้แก่ การเคารพในบุคคล ความเมตตาและไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัย พร้อมพิทักษ์สิทธิเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบบันทึกข้อมูล ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิในการรับบริการ สำหรับผู้เข้าร่วมที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ขอความยินยอมจากผู้ปกครองและความเห็นชอบจากผู้เข้าร่วม (assent) ข้อมูลดิบเป็นความลับ วิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา กิจกรรมจัดในช่วงเวลาที่ไม่ขัดกับเวลาละหมาด เพื่อเคารพวิถีปฏิบัติทางศาสนา

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์ SWOT พบว่า จุดแข็งของพื้นที่ คือ ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัสดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับยามานานและคุ้นเคยกับระบบบริการผู้นำศาสนาให้ความร่วมมือ และผู้ป่วยส่วนมากมีสิทธิการรักษาครอบคลุม จุดอ่อน คือ รูปแบบเดิมเน้นการให้ความรู้เชิงวิชาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังขาดการบูรณาการมิติจิตวิญญาณและศาสนบัญญัติ บุคลากรขาดทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักศาสนา การสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวทางอิสลามยังไม่ถูกนำมาใช้ และผู้ป่วยเผชิญความยุ่งยากจากจำนวนเม็ดยา เวลารับประทาน และผลข้างเคียง โอกาส คือ นโยบายยุติปัญหาเอดส์ปี 2573 ที่กำหนดเป้าหมายลดการตีตราและ

การเลือกปฏิบัติ อุปสรรค คือ การตีตราตนเองที่พบร้อยละ 80 ผู้ป่วยรู้สึกผิดและอับอายเพราะคิดว่าโรคเกิดจากตนเอง กลัวพบคนรู้จักขณะรับยา และมีความเชื่อคลาดเคลื่อน เช่น รักษาแล้วไม่หาย และรับประทานยากลางคืนช่วง ถูศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ข้อมูลผลการดูแลย้อนหลัง พบว่าปี 2566-2568 มีผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 26.09, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ (6, 5 และ 3 คน จาก 23 คน) ปี 2566 มีผู้ป่วยใช้สูตรยาดี้อย่า 3 คน (ร้อยละ 13.04) ปี 2567 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.35) และปี 2568 ไม่พบ

ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 23 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน ร้อยละ 78.26 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 21.74 อายุส่วนมาก 40-49 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 47.83 รองลงมา 50-59 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 21.74 และ 30-39 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 17.39 ตามลำดับ (Mean±SD = 46.22±10.23 ปี, Min = 13 ปี, Max = 62 ปี) สถานภาพส่วนมากคู่ จำนวน 12 คน ร้อยละ 52.17 รองลงมาหย่า/แยก และหม้าย อย่างละ 5 คน ร้อยละ 21.74 ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 73.91 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น และปวส. อย่างละ 2 คน ร้อยละ 8.70 อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 65.22 รองลงมาเกษตรกร จำนวน 4 คน ร้อยละ 17.39 และเจ้าของกิจการ กับลูกจ้างแรงงาน อย่างละ 2 คน ร้อยละ 8.70 รายได้เฉลี่ย 9,173.91 บาทต่อเดือน (S.D.=10,183.11) รายได้ส่วนมากไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 52.17 สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 19 คน ร้อยละ 82.61 รองลงมาสิทธิอสม. จำนวน 3 คน ร้อยละ 13.04 และประกันสังคม จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.35 กลุ่มผู้ป่วยส่วนมากไม่อยู่ในกลุ่มประชากรหลัก จำนวน 20 คน ร้อยละ 86.96 รองลงมาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด จำนวน 2 คน ร้อยละ 8.70 และ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.35

ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเฉลี่ย 13.78 ปี (S.D.=2.66) และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 13.74 ปี (S.D.=2.68) การเปิดเผยผลเลือดส่วนมากเปิดเผยเฉพาะคนรัก สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท จำนวน 14 คน ร้อยละ 60.87 รองลงมาเปิดเผยกับคนทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 7 คน ร้อยละ 30.43 และไม่เปิดเผยกับใครเลย จำนวน 2 คน ร้อยละ 8.70 ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 ไม่เคยถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ และไม่เคยถูกปฏิเสธการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน ร้อยละ 58.33 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 41.67 อายุ Mean±SD = 44.17±8.65 ปี, Min = 29 ปี, Max = 58 ปี ประกอบด้วย ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัส 5 คน ผู้นำศาสนา 2 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย 5 คน

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) โรงพยาบาลมoyo จังหวัดปัตตานี

ขั้นวางแผน (Planning) คำนึงข้อมูลสถานการณ์แก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขร่วมกัน ร่างรูปแบบและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบเป็นเวลา 4 เดือน ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักอิสลาม เพื่อปรับความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา 2) ให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่บัดดี และผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจ และ 4) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในคลินิก รักษาความลับ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมสรุปผล เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง และถอดบทเรียนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบท

3. ผลของการใช้ MAYO Care Model ในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมoyo จังหวัดปัตตานี

3.1) ผลการพัฒนาการตีตราตนเอง ก่อนพัฒนาค่าเฉลี่ยร้อยละ 37.64 (S.D.=14.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกผิดและอับอายต่อตนเอง ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 40.12 รองลงมาด้านความกังวลต่อการถูกรังเกียจ 38.35 และด้านการปกปิดสถานะและกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา 34.45 ตามลำดับ หลังพัฒนาค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.17 (S.D.=12.85) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกผิดและอับอายต่อตนเอง ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 29.06 รองลงมาด้านความกังวลต่อการถูกรังเกียจ 27.83 และด้านการปกปิดสถานะและกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา 24.62 ตามลำดับ

3.2) ผลการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.35 (S.D.=10.36) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาด ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 84.40 รองลงมาด้านการรับประทานยาครบตามจำนวน 82.61 และด้านการรับประทานยาตรงเวลา 80.04 ตามลำดับ หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 94.78 (S.D.=6.08) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาด ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 96.21 รองลงมาด้านการรับประทานยาครบตามจำนวน 94.87 และด้านการรับประทานยาตรงเวลา 93.26 ตามลำดับ

3.3) ผลลัพธ์ทางคลินิก หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยที่มี adherence ตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 17 คน ร้อยละ 73.91 เป็น 23 คน ร้อยละ 100 ผู้ป่วยขาดยาลดลงจาก 3 คน ร้อยละ 13.04 เป็น 0 คน ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 มีระดับ HIV viral load ไม่เกิน 1,000 copies/ml ทั้งก่อนและหลังพัฒนา ไม่พบผู้ป่วยใช้สุทธยาตัวยาล และผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบริการ (Retention) จำนวน 23 คน ร้อยละ 100

3.4) การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบก่อนพัฒนาการตีตราตนเองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ

37.64 (S.D.=14.62) ภายหลังพัฒนาลดลงเป็นร้อยละ 27.17 (S.D.=12.85) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .001, t=3.87) ความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.35 (S.D.=10.36) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.78 (S.D.=6.08) มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.001, t=5.42)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ MAYO Care Model ในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายุ จังหวัดปัตตานี

จากการถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจและเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักศาสนา 2) บุคลากรมีทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักอิสลามอย่างแนบเนียน 3) คลินิกเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับและไม่ตัดสินผู้ป่วย 4) การปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด ส่วนปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายกังวลพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ป่วยบางรายยังไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว และผลข้างเคียงของยาที่กระทบการทำงาน แก้ไขโดยจัดช่วงเวลารับยาที่มีผู้ใช้บริการน้อย จัดห้องให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัว และปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลก่อนชวนครอบครัวเข้าร่วม

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายุ จังหวัดปัตตานี ปัญหาสำคัญของพื้นที่ไม่ใช่การเข้าถึงยา แต่คือความรู้สึกภายในของผู้ป่วยและความเชื่อที่คลาดเคลื่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาครอบคลุมและรับยามานาน แต่ยังคงปิดสถานะและกังวลการพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ถูกตีตราจัดการข้อมูลเกี่ยวกับตนเองด้วยการปกปิด⁶ และการตีตราเกิดจากการตีตรา

การแบ่งแยก และการเลือกปฏิบัติภายใต้ความไม่เท่าเทียมของอำนาจ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ แต่ยังคงปิดผลเลือด สะท้อนว่าการตีตราในพื้นที่เป็นการตีตราที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดการณ์เอง การตีตราตนเองสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง การใช้บริการน้อยลง และความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำลง^{3,7} ผู้ป่วยไทยมุสลิมในภาคใต้รายงานเหตุผลลักษณะเดียวกัน ได้แก่ ข้อบังคับทางศาสนา ความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความเบื่อหน่ายจากการรับยาระยะยาว และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพราะไม่เปิดเผยผลเลือด⁵ ความเชื่อว่ารักษาแล้วไม่หาย และรับประทานยากกลางคืนในช่วงถือศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ลดการรับรู้ประโยชน์และเพิ่มอุปสรรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ด้านระบบบริการ รูปแบบเดิมเน้นความรู้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขาดมิติศาสนา และบุคลากรขาดทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรม ซึ่งต่างจากข้อเสนอให้ปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตร รักษาความลับ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมอภาค และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁵ การลิ้มรับประทานยาพบได้บ่อยแม้ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป¹⁶ จำนวนผู้ขาดยาที่ลดลงตามปีแสดงว่าบริการปกติได้ผลบางส่วน แต่ผู้ป่วยที่ตีตราตนเองยังคงตกค้าง เพราะบริการเดิมไม่ได้แก้สาเหตุด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ ปัญหานี้จึงสำคัญ เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อฉวยโอกาส

17

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) การพัฒนาด้วยวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้รูปแบบเกิดจากปัญหาจริงของพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการใช้การมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพื่อลดการตีตราตนเองในโรงพยาบาลชุมชน¹⁸ ทั้ง 4 องค์ประกอบตอบสนองสาเหตุที่พบตามลำดับ การประเมินและให้คำปรึกษาเชิงจิตวิญญาณช่วยปรับ

ความเชื่อคลาดเคลื่อน สอดคล้องกับการเผชิญปัญหาทางศาสนาที่ช่วยแก้ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และศาสนาของผู้ป่วยมุสลิม¹⁸ การให้ความรู้และปรับตารางรับประทานยาให้เข้ากับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิต ลดอุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคงพฤติกรรมเมื่อพบอุปสรรค⁹ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาสร้างแรงสนับสนุนที่ผู้ป่วยขาดมาก่อน⁵ การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและรักษาความลับลดความกลัวถูกเปิดเผย สอดคล้องกับแนวทางที่ยึดความเสมอภาคและความลับ¹⁵ การเปิดให้ผู้ป่วยมีบทบาทตัดสินใจเรื่องตารางยาเป็นการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งช่วยให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตตนเองได้¹⁰ การพัฒนาทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมของบุคลากรตอบข้อเสนขอของผู้ให้บริการที่ต้องการบูรณาการความเชื่ออิสลามในการดูแล⁵ และสอดคล้องกับข้อเสนอให้ใช้มาตรการหลายระดับรวมถึงมาตรการกลุ่มบุคลากร^{3,20} รูปแบบนี้ใช้แนวทางคล้ายโปรแกรมที่บูรณาการหลักอิสลามซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การกระตุ้นแรงจูงใจ และการฝึกปฏิบัติ¹³ แต่ขยายไปสู่การลดการตีตราตนเองควบคู่กัน และทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลประจำในโรงพยาบาลชุมชน

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลามต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเอง หลังใช้รูปแบบการตีตราตนเองลดลง และความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น เหตุผลคือรูปแบบแก้สาเหตุที่ผู้ป่วยรับรู้จริง ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักศาสนาช่วยลดความรู้สึกลดและอาย เมื่อผู้ป่วยเปิดเผยผลเลือดกับครอบครัวและผู้นำศาสนา แรงสนับสนุนเพิ่มขึ้น จึงลดความจำเป็นต้องปกปิดยา การปรับเวลารับประทานยาให้สอดคล้องกับช่วงถือศีลอดและใช้เวลาละหมาดเป็นสิ่งเตือน ลดปัญหาการลืม⁵ เมื่อการตีตราลด ความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น ตามความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราและการไม่รับประทานยาตามกำหนดที่พบในงานทบทวนอย่างเป็นระบบ³ โปรแกรมลดการตี

ตราตนเองทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนอื่นพบการลดลงเฉพาะบางด้าน เช่น ความท้อแท้และความอาย โดยภาพรวมไม่ต่างจากก่อนเข้าร่วม²¹ ผลของการวิจัยครั้งนี้ชัดเจนกว่า อาจเป็นเพราะรูปแบบสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย มีครอบครัวและผู้นำศาสนาสนับสนุน และมีการติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์ทางคลินิกคงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ผู้ป่วยยังอยู่ในระบบบริการ และไม่พบสูตรยาดี้อย่า ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยา กับภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อฉวยโอกาส¹⁷ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนา ทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมของบุคลากร พื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับ และตารางยาที่เข้ากับศาสนบัญญัติ การวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียวและกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงยังยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้เต็มที่ ควรมีกกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้นำศาสนา โดยมุ่งเน้นเรื่องการตีตราตนเอง ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา ผู้ป่วยที่ขาดยาหรือมีความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา และช่วงถือศีลอดที่กระทบเวลารับประทานยา ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมตามวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล จะช่วยให้ทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาตรงกัน กำหนดบทบาทชัดเจน และปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. การขับเคลื่อนผ่านผู้บริหารโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และผู้นำศาสนา ร่วมกับทีมสุขภาพคลินิกด้านไวรัสและครอบครัวผู้ป่วย โดยกำหนดบทบาทและผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จัดอบรมทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมและการบูรณาการหลักศาสนากับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แก่บุคลากร จัดพื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับ จัดเวลารับยาและให้คำปรึกษาที่ไม่ขัดกับเวลา

ละหมาด รวมทั้งรณรงค์ให้ชุมชนเข้าใจโรคอย่างถูกต้อง เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการรับประทายอย่างต่อเนื่อง

3. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การให้คำปรึกษาทางไกล และระบบแจ้งเตือนการรับประทายยา ร่วมกับ MAYO Care Model และควรส่งเสริมการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพให้บุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว จะช่วยให้ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดโอกาสพบคนรู้จักขณะรับยา ซึ่งเป็นความกังวลสำคัญของผู้ป่วย และลดภาระของครอบครัวลงได้

ขอขอบคุณผู้ป่วยเอชไอวีและครอบครัว ผู้นำศาสนา ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัส และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมายอ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ สาธารณสุขอำเภอมายอ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2026b). Global HIV statistics: Fact sheet 2026.
2. เติลินวิธ. (2569). กรมควบคุมโรคชี้ "เอชไอวี ตรวจเร็ว รู้ทัน ป้องกันได้" ย้ำใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งลดเสี่ยงติดเชื้อ. <https://www.dailynews.co.th/news/5638125/>
3. Katz, Ingrid T., Ryu, Annemarie E., Onuegbu, Afiachukwu G., Psaros, Christina, Weiser, Sheri D., Bangsberg, David R., & Tsai, Alexander C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18640.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. (2566). สคร.12 สงขลา ร่วมรณรงค์ วันเอดส์โลก 1 ธันวาคม 2566 เน้นย้ำ Let Communities Lead: ทุกภาคส่วน ร่วมกัน ยุติเอดส์. กรมควบคุมโรค.
5. Perngmark, Pajongsil, Sahawiriyasin, Oatcharaphon, & Holroyd, Eleanor. (2023). Experiences of Thai-Muslim patients regarding inconsistent antiretroviral therapy adherence: An exploratory descriptive qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, 9(3), 253–261.
6. Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
7. Uthis, Penpaktr, Suktrakul, Sunisa, Wiwatwongwana, Rangsim, Tangmunkongvorakul, Arunrat, Sripan, Patumrat, & Srithanaviboonchai, Kriengkrai. (2023). The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1134648.
8. Rosenstock, Irwin M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
9. Bandura, Albert. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
10. Gibson, Cheryl H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361.
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. (2567). สคร.12 สงขลา ร่วมรณรงค์ตรวจเอชไอวี 1 กรกฎาคม 2567 "เอชไอวี ตรวจฟรีตรวจง่าย ตรวจได้ด้วยตัวเอง". ThaiPR.net. <https://www.ryt9.com/s/prg/3527820>
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2568). ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จังหวัดปัตตานี. <https://ptn.moph.go.th/eoc/wp-content/pdf>

13. Perngmark, Pajongsil, Sahawiriyasin, Oatcharaphon, & Holroyd, Eleanor. (2025). Integrated Islamic doctrine to promote antiretroviral therapy adherence among southern Thai-Muslim patients: Action research study. *Journal of Transcultural Nursing*.
14. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. *The action research planner: Doing critical participatory action research*, 1–31.
15. ฉัตรชัย ไตรยราช. (2567). แนวทางลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คลินิกพิเศษ ARV โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารศิลปศาสตร์ราชมงคลสุวรรณภูมิ*, 6(2), 316–329.
16. กฤษณา หวังขกลาง, วิมลรัตน์ บุญเสถียร และน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารโรคเอดส์*, 36(3), 121–134.
17. พนมสินธุ์ ศรีชาดา และภัทราวดี สุวรรณศรี. (2567). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลพศภูมิพิสัย. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(16), 135–150.
18. จิรัฐติกาล สุตวนิชย์, นีอร อริโยทัย และนาวา ผานะวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการลดการตีตราตนเองในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรคเอดส์*, 35(3), 127–139.
19. Bukhori, Baidi, Hidayanti, Ema, & Situmorang, Dominikus David Biondi. (2022). Religious coping strategies for people with HIV/AIDS (PLWHA) Muslims in Indonesia: A qualitative study with a telling-the-stories. *Heliyon*, 8(12), Article e12208.
20. Dhir, Amit "Mickey", Singh, Amteshwar, Solomon, Sunil, & Farley, Jason E. (2025). Interventions for stigma reduction in HIV treatment and prevention designed to enhance antiretroviral uptake and adherence: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 5(5), Article e0004604.
21. นงนุช มนตรีกุล ณ อยุธยา. (2568). ผลของโปรแกรมลดการตีตราตนเองของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง (ยุวสมาคมแห่งประเทศไทย) อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. *วารสารโรคเอดส์*, 37(1), 36–45.