



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรม
การรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

**Effect of Behavioral Modification Program Utilizing Islamic Principles on
Adherence to Anti-Retroviral Drug Consumption
among HIV-infected Muslim Clients**

อัจฉราพร สหวิริยะสิน

Oatcharaphon Sahawiriyasin

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรม
การรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

**Effect of Behavioral Modification Program Utilizing Islamic Principles on
Adherence to Anti-Retroviral Drug Consumption
among HIV-infected Muslim Clients**

อัจฉราพร สหวิริยะสิน

Oatcharaphon Sahawiriyasin

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อ
พฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
ไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

ผู้เขียน นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญ โสพรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์) (รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เฟื่องมาก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม
ผู้เขียน	นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ แบบสอบถามข้อมูลการรับประทานยาและสาเหตุของการขาดยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติที่คู่ และสถิติที่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมและคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$, $t = 1.29$ และ $t = -4.47$ ตามลำดับ) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $t = 35.80$ และ $t = 16.19$ ตามลำดับ)

ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ดีขึ้น

Thesis Title	Effect of Behavioral Modification Program Utilizing Islamic Principles on Adherence to Anti-Retroviral Drug Consumption among HIV-infected Muslim Clients
Author	Miss Oatcharaphon Sahawiriyasin
Major Program	Nursing Science (Community Nurse Practitioner)
Academic Year	2017

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of Behavioral Modification Program utilizing Islamic Principles (BMPIP) on adherence to anti-retroviral drug (ARV) consumption among HIV-positive Muslim clients. The study sample comprised 60 HIV-positive Muslim clients, who were purposively selected according to specific inclusion criteria. Subjects were assigned to either experimental or control groups; 30 individuals per group, by matching on sex, age, economic status, and education factors. The experimental group received the BMPIP for 4 weeks, while the control group received usual care. The research instruments included: 1) BMPIP intervention; 2) questionnaires about demographic data, drug consumption and ARV adherence and behavior, including cause of drug deficiency. All instruments were validated for content validity by 3 experts. Its reliability was tested by 20 HIV-positive clients using Cronbach's alpha coefficient, which yielded the value of .84. Data were analyzed using descriptive statistic; dependent paired t-test; as well as independent t-test.

Results revealed that the pre-test of mean scores of drug consumption behaviors and of the ARV adherence between the experimental and control group were not statistically significantly different ($p > 0.05$, $t = 1.29$ & $t = -4.47$). However, the post-test mean scores of drug consumption behaviors and of ARV adherence were higher in the experimental group than in the control group ($p < .001$, $t = 35.80$ & $t = 16.19$).

Findings of this study indicated that the BMPIP could motivate HIV-infected Muslim clients to change their drug consumption behaviors and enhance their ARV adherence.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี จากความอนุเคราะห์ของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เฟิงมาก และรองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ ที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำการทำวิจัยทุกขั้นตอน ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ รวมทั้งคอยเป็นกำลังใจ และให้ความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ กราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ และเสนอแนะแนวทางการ พัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ อาจารย์ นพ.พิสุทธิ์ ศิริไพฑูรย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิ วัฒนานนท์ และนายแพทย์มูฮำหมัด ละไบจิ รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้ ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ขึ้น และขอขอบคุณบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ที่ให้ทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ ของ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลปานาละ และโรงพยาบาลหนองจิก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ประจำ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มารับบริการในคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ใน โรงพยาบาลดังกล่าว รวมถึงทุกกำลังใจที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ที่คอยช่วยสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่คอยให้การสนับสนุนด้านการศึกษา และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา ขอขอบคุณหัวหน้า พี่ๆที่ทำงาน และเพื่อนๆนักศึกษาระดับปริญญา โทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรุ่น 7 ที่คอยให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้วิจัย

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ รวมทั้งผู้มี พระคุณทุก ๆ ท่าน

อัจฉราพร สหวิริยะสิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐาน.....	10
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการศึกษา.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคเอดส์และการรักษา.....	15
ความหมายของโรคเอดส์.....	15
พยาธิสภาพโรคเอดส์.....	15
แนวทางการรักษาโรคเอดส์.....	15
หลักการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	16
เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	17
ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์.....	17
แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย.....	20
สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย.....	20
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	21
มาตรฐานการให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์.....	22
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความหมายของความสม่ำเสมอ/ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เอคส์.....	23
อัตราความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์.....	23
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เอคส์.....	26
โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์...	29
แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์.....	31
ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	31
ระยะพฤติกรรมและการนำระยะพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	31
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม.....	33
หลักศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์..	36
หลักการศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	37
หลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับโรคเอคส์และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม.....	38
แนวทางการประยุกต์ใช้ศาสนาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	39
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรม การรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	40
สรุปผลจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
การดำเนินการวิจัย.....	51
ขั้นเตรียมการ.....	51
ขั้นปฏิบัติการ.....	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	62
ผลการวิจัย.....	62
การอภิปรายผล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	80
เอกสารอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก.....	91
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	92
ข การจัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	93
ค ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....	94
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	96
จ ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา.....	107
ฉ ข้อมูลเครื่องมือช่วยเตือนในการรับประทานยา การทำคู่มือขอพร ความสม่ำเสมอ และระยะเวลาพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ของกลุ่มทดลอง.....	112
ช เครื่องมือที่ใช้ในการทำกิจกรรมในโปรแกรม.....	113
ประวัติผู้เขียน.....	119

สารบัญญัตินำ

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	63
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลการ รับประทานยาและสาเหตุของการขาดยา.....	65
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไปที่ เกี่ยวข้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และพฤติกรรมในการรับประทานยา.....	66
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการ รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ.....	67
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการ รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับ โปรแกรมฯของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่.....	67
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการ รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับ โปรแกรมฯของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่.....	68
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการ รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ.....	69

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติด เชื้อเอชไอวีมีสติม.....	9
2	รูปแบบการวิจัย.....	42
3	ขั้นตอนการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาของสังคมโลกและประเทศไทย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของโครงการโรคเอดส์ แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.9 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา ประมาณ 5 ล้านคน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งสิ้น 2 ล้านคน (โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, 2013) สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2559) พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 427,332 คน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,268 คน

สำหรับการรักษาในปัจจุบันที่สำคัญ คือ การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ทันทีเมื่อตรวจพบการติดเชื้อทุกระดับของภูมิคุ้มกัน (CD_4) เนื่องจากการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) สูง มีโอกาสช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ต่ำ (กรมควบคุมโรค, 2557) ซึ่งเป้าหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด และนานที่สุด ($viral\ load < 50\ copies/mL$) และช่วยเพิ่มจำนวนระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ให้กลับไปสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ (กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนั้น การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ต้องรับประทานตลอดชีวิต อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีความสำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอันมาก เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ อาจส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยา การรักษาล้มเหลว และการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาได้ (กรมควบคุมโรค, 2557) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอมีหลายประการ เช่น การไม่มาตามนัด (ฐาณิชญาณ์, 2553; เสาวคนธ์, 2549) การหยุดรับยาโดยไม่ทราบสาเหตุ (เสาวคนธ์, 2549) การหยุดยาเมื่อมีอาการดีขึ้น (ฐาณิชญาณ์, 2553; เสาวคนธ์,

2549) การดื่มรับประทานยา (ฐาณิชญาณ์, 2553; องค์กร, 2555; Chesney, 2000) ความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา (Chesney, 2000) การประสบกับอาการข้างเคียงของยา (กรมควบคุมโรค, 2560; ฐาณิชญาณ์, 2553; Wantana, Ong-On, & Pichai, 2012) และการติดภาระกิจทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ตรงเวลา (องค์กร, 2555) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เช่น แรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ฐาณิชญาณ์, 2553)

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมในประเทศไนจีเรีย พบว่า สาเหตุหลักของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ คือ เกิดจากอาการข้างเคียงของยา การลืมรับประทานยา การไม่เปิดเผยผลเลือด (Samuel, Olowookere, Akinola, Fatiregun, Joshua, Akinyemi, Afolabi, Bamgboye, Gordon, & Osagbemi, 2008) และจากการศึกษานำร่องของทีม R2R โรงพยาบาลโคกโพธิ์ (คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไประยะหนึ่งมักจะรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้ให้เหตุผลว่า ลืม เบื่อหน่าย และมีภารกิจ ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ยังเป็นปัญหาในระยะยาว เพราะการรับประทานยาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่มีความซับซ้อน (ประณีต, 2554) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์มีความสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้มีความเหมาะสม โดยการนำเอาแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพความสามารถ ความเป็นตัวของตัวเอง และความสามารถในการควบคุมตนเอง (สมโภชน์, 2540) ซึ่งตัวบุคคลมีความสำคัญที่ทำให้การรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอ (ประณีต, 2554) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำหลักแนวคิดของโปรชาสกาและดิลิเมนต์ (Transtheoretical Model or Stages of Change Model: TTM) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีความเชื่อว่า บุคคลอยู่ในระยะที่มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่างกัน ขึ้นกับความตั้งใจและการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการสร้างและการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งแต่ละคนมีสาเหตุและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่างกัน (อุมาพร, 2555) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การใช้แนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (दारาร์ตัน, 2554; นันทิกานต์, 2558) โรคหัวใจ (ดวงตา, 2552) โรคเบาหวาน (ณิชาพัฒน์, ปาหนัน, และสุณีย์, 2556) ไชมันและน้ำตาลในเลือด (พัชราภรณ์, อุมาพร, วิจิตร, และสติต, 2556) เป็นต้น

สำหรับการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence – based) เกี่ยวกับการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในต่างประเทศและในประเทศไทย สามารถสรุปวิธีการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้ 7 วิธี ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมในการรับประทานยา การให้ความรู้เกี่ยวกับการการรับประทานยา ผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การทำงานของภูมิคุ้มกัน (CD₄) และการคิดเชื่อมโยงโอกาส (พนมกร, 2555) รวมถึงการอธิบายอาการข้างเคียงจากยา การมาตรวจตามนัด (ฐาณิชญาณ์, 2553; Ingrid, Annemarie, Afiachukwu, Christina, Sheri, David, Bangsberg, & Alexander, 2013) 2) การให้คำปรึกษา เพื่อทำให้เกิดความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Horvath, Azman, Kennedy, & Rutherford, 2012) 3) การใช้เสียงกระตุ้นเตือน เช่น โทรศัพท (Horvath et al, 2012; Duncan, Robert, & Frederick, 2009; Jane, Wei, & Fuji, 2011; Pranee, Chanawit, Nipatcha, Niramon, Burin, & Nalinee, 2009) และนาฬิกาข้อมือ (Pranee et al., 2009) 4) การได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ เช่น การโทรศัพทเพื่อช่วยเสริมแรง (จุฬา, 2552) 5) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ฐาณิชญาณ์, 2553; ประพนธ์, 2553; พนมกร, 2555; Balthip & Purnell, 2014) และจากแกนนำในการเยี่ยมบ้าน (พนมกร, 2555) 6) การใช้กลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการรับประทานยา (พนมกร, 2555) และ 7) การสาธิตและฝึกทักษะจัดยาเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (พนมกร, 2555) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมยังมีน้อย

อิสลามถือว่าความเจ็บป่วยเป็นความประสงค์ของพระเจ้า การหายจากโรคหรือเสียชีวิต ก็เป็นความประสงค์ของพระเจ้า โดยการเจ็บป่วยถือเป็นการทดสอบจากพระเจ้า ความเจ็บป่วยเป็นบทลงโทษและการได้รับความเมตตาจากพระเจ้า แต่หลักศาสนาไม่ได้สอนให้ผู้ป่วยรอรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยไม่แสวงหาหนทางในการรักษา เพราะอิสลามถือว่าร่างกายเป็นสิ่งที่มีค่าที่พระเจ้าทรงประทานมาให้ ซึ่งต้องดูแล รักษา และห้ามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เพราะถือเป็นบาป ซึ่งจากการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ประสบความสำเร็จในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ปัจจัยสำคัญ คือ การมีความรับผิดชอบในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอยู่บนพื้นฐานของการนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม (ฟาซี, 2560) เช่น การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยถือเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เป็นบทลงโทษ และเป็นการได้รับความเมตตาจากพระเจ้า ดังคำพูดที่ว่า “บั้งคิดว่าเมื่อเราทำผิด จะถูกพระเจ้าลงโทษ ส่งโรครมาให้ แต่ท่านยังมีयरักษาโรครมาให้อีกด้วย เราก็มินหน้าที่จะรักษาตัวเองให้ดีที่สุด” รวมถึงการใช้สิ่งกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ การใช้เสียงอาซาน (ทีม R2R คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์,

2558) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ เช่น การจัดการภาวะซึดในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม (รุ่งนภา, 2555) การจัดทำโปรแกรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นุรีซัน, 2547) และการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (นันทิกานต์, 2558) แต่ยังไม่พบการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ แต่คิดที่จะเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้สม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน โดยใช้หลักศาสนาอิสลาม ร่วมกับการนำวิธีการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องที่ประสบผลสำเร็จ 5 วิธี ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การใช้เสียงกระตุ้นเตือน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิตและฝึกทักษะการจดยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ไม่เลือกการใช้โทรศัพท์ในการเสริมแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมบางรายไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลอื่นยกเว้นทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อทางศาสนาอิสลาม อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง)

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) แตกต่างกันหรือไม่

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) หลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯหรือไม่

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯแตกต่างกันหรือไม่

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับ โปรแกรมฯของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) หรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ผู้วิจัยนำแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มาประยุกต์ใช้

ร่วมกับกรอบแนวคิดของโปรชาสกาและดิก्लीเมนต์ (Prochaska et al., 1994) เพื่อกำหนดกิจกรรมและเนื้อหาในโปรแกรม ดังนี้

1. แนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หรือ ชาวมุสลิมต้องยึดถือหลักศรัทธา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด หลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มีทั้งหมด 6 ประการ คือ ศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้าว่ามีอยู่จริง ศรัทธาในศาสนทูต ศรัทธาในท่านนบีมูฮัมหมัด ศรัทธาในคัมภีร์ของพระผู้เป็นเจ้า ศรัทธาในวันสิ้นโลก และศรัทธาต่อสิ่งที่กำลังจะเกิด มีการเปลี่ยนแปลง หรือ ดับสูญ เนื่องจากเป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า (อิสมาอีลลุดดี, 2556) ผู้วิจัยได้ใช้หลักศรัทธาในบทบัญญัติ เพื่อให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมมีความอดทน ซึ่งเป็นการแสดงถึงความศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้า โดยความเจ็บป่วยในทรรศนคติของอิสลาม คือ บทลงโทษจากพระผู้เป็นเจ้า เพื่อให้สำนึกผิด หรือ สำนึกในการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในช่วงเวลาที่ผ่านมา และเป็นการทดสอบความศรัทธาที่มีต่อพระผู้เป็นเจ้า แต่พระผู้เป็นเจ้ายังมีความเมตตาได้ทรงนำยาเพื่อการรักษาลงมาด้วย ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยผู้ที่เจ็บป่วยมีหน้าที่ต้องรีบบำบัด ห้ามท้อแท้ ส่วนอาการป่วยจะหายหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับตามความประสงค์ของพระเจ้า ขอให้ผู้ที่มีความศรัทธาต่อพระเจ้ามีความอดทนในการต่อสู้กับโรค (ดิรมีชีย์, 2554; ฟาซี, 2560)

2. แนวคิดของโปรชาสกาและดิก्लीเมนต์ (Transtheoretical Model or Stages of Change Model: TTM) เชื่อว่าบุคคลอยู่ในระยะที่มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่างกันขึ้นอยู่กับความตั้งใจ การตัดสินใจของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้แสดงออกพฤติกรรมทั้งหมด 5 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และ ระยะพฤติกรรมคงที่ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 มาเข้าร่วมโปรแกรม เพราะมีความพร้อมสำหรับการรับการแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

โดยแต่ละระยะของพฤติกรรมมีกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้แยกระยะของพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินระยะพฤติกรรม เพื่อให้มีการใช้เทคนิคที่สอดคล้องกับแต่ละระยะพฤติกรรม โปรชาสกาและดิก्लीเมนต์ (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992) ได้เสนอกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ 10 กระบวนการภายใต้กระบวนการการปรับพฤติกรรม 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive process) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ การปลูก

จิตสำนึก การเร้าอารมณ์และความรู้สึก การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และ การทำพันธสัญญาต่อตนเอง และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral processes) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ การลดอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การทดแทนด้วยสิ่งอื่น การประเมินผลของพฤติกรรมเดิม และ การให้แรงเสริม

ผู้วิจัยได้นำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 กระบวนการ 9 เทคนิควิธี มาใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ดังนี้

1. กระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด (cognitive process) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ (1.1) การปลูกจิตสำนึก (1.2) การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (1.3) การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (1.4) การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และ (1.5) การทำพันธสัญญาต่อตนเอง

2. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral processes) ประกอบด้วย 4 เทคนิค คือ (2.1) การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (2.2) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (2.3) การประเมินผลของพฤติกรรมเดิม และ (2.4) การให้แรงเสริม

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ โดยการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ นำเสนอภาพนิ่งเรื่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หลังสิ้นสุดกิจกรรมแจกคู่มือการรับประทานยา และสมุดบันทึกการรับประทานยาในแต่ละมือ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมกลับไปทบทวนที่บ้าน อยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามที่ว่าการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับ ความเมตตาจากพระเจ้า (ตริมีซีย์, 2554; ฟาซี, 2560)

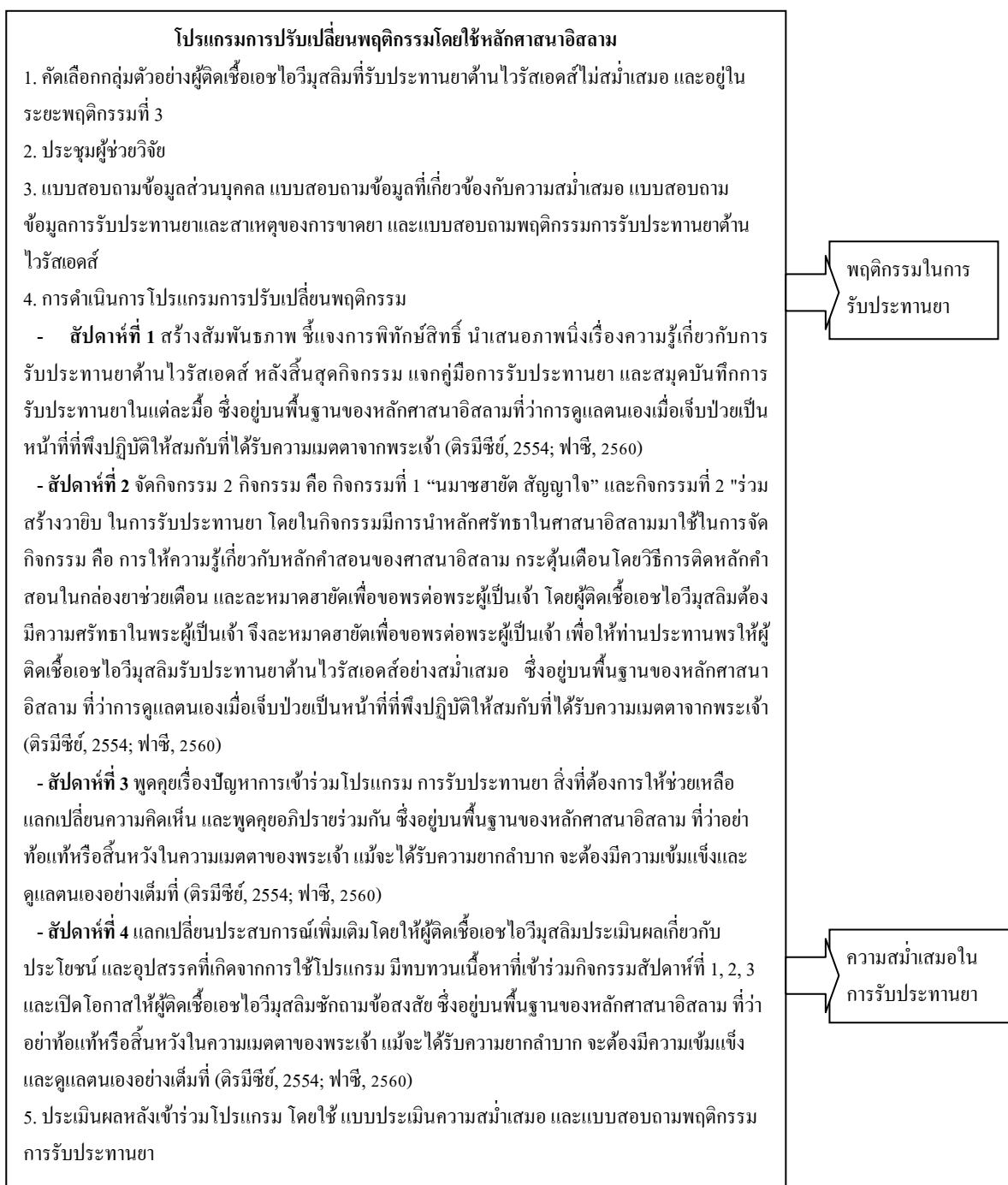
สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนความรู้ที่พบกันในสัปดาห์ที่ 1 และคู่มือบันทึกการรับประทานยาในแต่ละมือของแต่ละคน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยอภิปรายร่วมกัน มีการจัดกิจกรรม 2 กิจกรรม โดยการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม การกระตุ้นเตือนโดยการคิดหลักคำสอนในกล่องยาช่วยเตือน อยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับ ความเมตตาจากพระเจ้า (ตริมีซีย์, 2554; ฟาซี, 2560)

โดยมีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “นมาซฮายัต สัญญาใจ” คือ อ่านเรื่องบุคคลตัวอย่างที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 5 นำเสนอภาพนิ่งเรื่องหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมได้อภิปรายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนาอิสลาม แนะนำการทำอูอาร์ขอพรทุกครั้งที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทำพันธะสัญญาเกี่ยวกับการรับประทานยา และเสี่ยงช่วยเพื่อนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และมีการละหมาดฮายัตเพื่อขอพรจากพระผู้เป็นเจ้าให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมที่ 2 “ร่วมสร้างวายิบ ในการรับประทานยา” คือ มีสอนการจัดทำกล่องยาช่วยเพื่อน และฝึกทักษะจด یاد้านไวรัสเอดส์ โดยมีการทำสัญลักษณ์เวลาเข้าเป็นรูปพระอาทิตย์ และเขียนเป็นรูปพระจันทร์ ติดหลักคำสอนศาสนาอิสลาม และนำไปพันธะสัญญาที่ลงลายมือชื่อชัดเจนติดที่กล่องยาช่วยเพื่อน

สัปดาห์ที่ 3 พุคคุยเรื่องปัญหาการเข้าร่วมโปรแกรม การรับประทานยา และสิ่งที่ต้องการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พุคคุยอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพุดชมเชยและให้กำลังใจ อยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าอย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า แม้จะได้รับความยากลำบาก จะต้องมีความเข้มแข็งและดูแลตนเองอย่างเต็มที่ (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560)

สัปดาห์ที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มเติมและประเมินผลเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดจากการใช้โปรแกรม ทบทวนเนื้อหาที่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 เปิดโอกาสให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมซักถามข้อสงสัย อยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าอย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า แม้จะได้รับความยากลำบาก จะต้องมีความเข้มแข็งและดูแลตนเองอย่างเต็มที่ (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560)

ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) ไม่แตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ดีขึ้น โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโปรชาสกาและดีคลีเมนต์ (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) ใช้ในการคัดเลือกระยะพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และจัดกิจกรรมในโปรแกรมฯ ภายใต้กระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 กระบวนการ (1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive Process) และ (2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral processes) ร่วมกับการใช้แนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม คือ ศรัทธาต่อสิ่งที่กำลังจะเกิด และการเปลี่ยนแปลงหรือดับสูญ เนื่องจากการกำหนดและเป็นความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า นอกจากนี้ต้องศรัทธาในบทบัญญัติต่าง ๆ และวิธีการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ประกอบในการพัฒนาโปรแกรม

2. พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) หมายถึง ค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาไม่เกิน 2 มื้อ ใน 1 เดือน และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาไม่เกิน 4 มื้อ ใน 2 เดือน

4. ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Non Adherence) หมายถึง ค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) น้อยกว่าร้อยละ 95 หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาเกิน 2 มื้อ ใน 1 เดือน และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาเกิน 4 มื้อ ใน 2 เดือน

5. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินระดับความดันโลหิตและชีพจร น้ำหนักตัว ซักประวัติ อาการเปลี่ยนแปลง สอบถามประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ นับเม็ดยา ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ก่อนส่งพบแพทย์ นัดมาตรวจครั้งต่อไป และติดตามการรักษา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอที่มีระยะพฤติกรรมอยู่ในระยะที่ 3 โดยมารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลชุมชนสองแห่งที่มีความคล้ายคลึงกันในภาคใต้ของประเทศไทยระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 - 14 ธันวาคม พ.ศ.2559 จำนวน 60 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนา เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสม โดยสอดคล้องตามหลักศาสนาอิสลามและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเอดส์และการรักษา

- 1.1 ความหมายของโรคเอดส์
- 1.2 พยาธิสภาพของโรคเอดส์
- 1.3 แนวทางการรักษาโรคเอดส์
- 1.4 หลักการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.5 เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.6 ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.7 แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย
- 1.8 สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรก และสูตรทางเลือกในประเทศไทย
- 1.9 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.10 มาตรฐานการให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- 2.1 ความหมายของความสม่ำเสมอ/ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.2 อัตราความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
- 2.4 โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

3. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

- 3.1 ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3.2 การประเมินระยะและกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3.3 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

4. หลักศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

- 4.1 หลักการศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4.2 หลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4.3 แนวทางการประยุกต์ใช้ศาสนาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรม
การรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
มุสลิม

โรคเอดส์และการรักษา

ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (Human Immunodeficiency syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) เชื้อเอชไอวีเป็นรีโทรไวรัส (Retrovirus) อยู่ในวงศ์เลนทิไวรัส (Subfamily lentiviridae) ในวงศ์รีโทรไวรัส (family Retroviridae) ซึ่งเชื้อเอชไอวีจะเข้าไปเจริญอยู่ในเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคมียชื่อ ว่าซีดีโฟร์ (CD₄) และเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดนี้ ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง หรือ ไม่มีเลย (สุรเกียรติ, 2551) จึงทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (ขนิษฐาและหทัยรัตน์, 2559; สุรเกียรติ, 2551)

พยาธิสภาพของโรคเอดส์

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเชื้อเอชไอวีจะจับกับเซลล์ที่มีตัวรับซีดีโฟร์ (CD₄) ซึ่งเป็นทีลิมโฟซัยต์ (T4 lymphocyte) หลังจากนั้นเชื้อเอชไอวีจะเข้าไปในเซลล์ซีดีโฟร์ (CD₄) แล้วใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (revers transcriptase) ของตัวมันเองเปลี่ยนตัวเองจากอาร์เอ็นเอ (RNA) ให้กลายเป็นดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อจะแทรกเข้าไปอยู่ในดีเอ็นเอของทีเซลล์นั้นและถอดรหัสผ่าน โดยขบวนการสังเคราะห์โปรตีนใช้เอนไซม์โปรเตียส (protease) ตัดเส้นโปรตีนดีเอ็นเอออกเป็นเส้นสั้นๆ และพัฒนาโปรตีนให้สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีแพร่กระจายออกนอกเซลล์ ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ปริมาณการทำหน้าที่ทีลิมโฟซัยต์ (T4 lymphocyte) ลดลง (ขนิษฐาและหทัยรัตน์, 2559)

แนวทางการรักษาโรคเอดส์

ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาด ซึ่งการรักษาโรคเอดส์ที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาในประเทศไทย คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2560 (กรมควบคุม, 2560) มีรายละเอียดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนี้

1. การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4 count) ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง ตรวจเพื่อเป็นการพยากรณ์โรคการตัดสินใจในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ และยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ซึ่งภูมิคุ้มกัน (CD_4) มีหน้าที่ควบคุมการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ และเป็นเซลล์เป้าหมายสำคัญของเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีจำนวนภูมิคุ้มกัน (CD_4) ลดลง ดังนั้น การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ควรตรวจตรวจหาจำนวนภูมิคุ้มกัน (CD_4) ทุก ๆ 6-12 เดือน เพื่อติดตามการดูแลและประเมินผลการรักษา

2. การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) เป็นการตรวจหาปริมาณสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA) ของไวรัสในพลาสมาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ตรวจติดตามประเมินผลการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งควรตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) ในเดือนที่ 6 และ 12 เดือน หลังจากเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในปีแรก และตรวจทุก ๆ 12 เดือน ในปีถัดมา

3. การตรวจการดื้อต่อยาต้านไวรัสเอดส์ (Drug resistance testing) จะส่งต่อเมื่อมีผลการตรวจเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) มากกว่า 1,000 copies/mL เป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาต้านไวรัสเอดส์ โดยตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของลำดับเบสในสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการตัดสินใจของแพทย์ในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลว การติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีคือยา การเลือกใช้และปรับเปลี่ยนสูตรยา

4. การเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเริ่มยาได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มีความพร้อมทุกระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความยินยอมในการเริ่มยา

หลักการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

หลักการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องครบถ้วน ตรงตามเวลาทุกวัน มีการติดตามอาการ และผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ประณีต, 2554) และจะต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิด (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกวิธี จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระยะการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์มีผลต่อการช่วยลดจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีให้น้อยลง หรือ สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีให้

อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ (undetectable level) พร้อมทั้งยังช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ให้สูงขึ้น ทำให้โอกาสที่จะติดเชื้อโรคฉวยโอกาสก็จะลดลง และสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ (กรมควบคุม, 2560) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถเข้าไปทำลายเชื้อเอชไอวีได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมไม่ให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีเป้าหมายเพื่อลดเชื้อไวรัสเอดส์ในกระแสเลือด (viral load) ให้น้อยกว่า 50 copies/ml หรือ น้อยที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด (กรมควบคุม, 2557) เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 3 ชนิด (HAART) ซึ่งยาต้านไวรัสเอดส์จะไม่ได้เข้าไปทำลายเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ยาต้านไวรัสเอดส์จะเข้าไปควบคุมเชื้อไวรัสเอชไอวี จากการศึกษาของรูบิโอและคณะ (Rubio, Pedeboscq, Ekouevi, Zalabadi, Chene, & Bonarek, 2005) พบว่า หากรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องใน 24 สัปดาห์แรกของการเริ่มรับประทานยา จะทำให้ระดับของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) จะสูงขึ้นเรื่อยๆ และจะกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับปกติ ชะลอการดำเนินโรคเอดส์ ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรพจน์, 2544; พันธ์, พิระมณ, ธิดาพร, เพยาว์, พรเทพ, และปานิตา, 2549)

ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์

องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (FDA) ได้ให้การรับรองยา 11 ชนิด สำหรับใช้เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ และยาอีก 22 ชนิด ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มยาปฏิชีวนะ, ยาต้านเชื้อรา, ยาเสริมภูมิคุ้มกัน และอื่น ๆ มาใช้ร่วมกันในการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ก่อนปี 1997 และจากการประชุมเอดส์โลก (World AIDS conference) ครั้งที่ 12 ที่เมืองเจนวาเมื่อ 1998 ได้ให้การรับรองยาต้านไวรัสเอดส์ใหม่ในกลุ่มนอโนนิวคลีโอไซด์ อนุพันธ์ออร์เทอโรไวรัส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) คือ เอฟาเวเรนซ์ (Efavirenz) (พรพงศ์, 2553)

การรักษาในปัจจุบันนิยมใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิด (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ซึ่งยาแต่ละชนิดจะออกฤทธิ์ด้วยกระบวนการที่ต่างกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดจำนวนเชื้อเอชไอวีที่จะเกิดขึ้นใหม่ เพราะเชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวและเปลี่ยนแปลงตัวเองอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเชื้อเอชไอวีจะมีการผ่าเหล่า (mutation) ดังนั้น ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนเดียวกันจะมีเชื้อเอชไอวีที่มีโครงสร้างแตกต่างกัน นอกจากนี้ การเลือกชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมกันยังต้องคำนึงถึงอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะยาต้านไวรัสเอชไอวียังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ใช้ได้เฉพาะในกรณีที่เชื้อเอชไอวียังอยู่ภายในเซลล์คือไม่สามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ และข้อจำกัดที่ต่อเนื่องกัน คือ อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวี (side effects) เมื่อยาต้านไวรัสเอชไอวีออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่ติดเชื้อแล้วก็ยังมีผลไปถึงเซลล์อื่น ๆ ของร่างกายด้วย เช่น เซลล์ไขกระดูก หรือ เซลล์ประสาท เป็นต้น ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวี (side effects) จะเกิดผลต่อเซลล์ชนิดไหน หรือ รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับยาต้านไวรัสเอชไอวีแต่ละชนิดที่แตกต่างกันไป ดังนั้น การคัดเลือกยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้ง 3 ชนิด (HAART) มาใช้ร่วมกันนั้น ต้องหลีกเลี่ยงไม่นำยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียง (side effects) เหมือนกันมาใช้ร่วมกัน (พรพงศ์, 2553)

ในปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้กันนั้น มีกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม โดยแบ่งตามการออกฤทธิ์ของยา มีรายละเอียดดังนี้ (สัจชัย, ชีวันนท์, และพรทิพย์, 2547; พรพงศ์, 2553)

1. ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase Inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 นิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวิร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NRTI) ยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่มนี้ได้แก่ ซิโดวูดีน (Zidovudine), สตาวูดีน (Stavudine), ไดดาโนซีน (Didanosine), ซัลคิตาบิน (Zalcitabine), ลามิวูดีน (Lamivudine) และอะแบคาเวีย (Abacavir) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนเบสของนิวคลีโอติกแอซิดเป็นค่าง หรือ เบส (base) ของนิวคลีโอติกแอซิด (Nucleic acid) เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่มแรกที่ได้มีการพัฒนาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยาจะไปยับยั้งเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญที่ใช้ในวงจรชีวิตของไวรัสเอชไอวี (วรพจน์, 2544)

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่มนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวิร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NRTI) ไม่ค่อยพบบ่อยแต่มีอันตรายสูง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการจะมาด้วย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่ออก มีค่าไฮโดรเจนคาร์บอเนต (HCO_3^-) ในเลือดต่ำ ตรวจเลือดจะมีค่าแลคเตท (lactate) เอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (CKP, SGOT) สูงขึ้น ส่วนภาวะกรดสะสมในร่างกาย (lactic

acidosis) ตับโตจากภาวะไขมันเข้าไปอยู่ในตับมากเกินไป (steatosis) จะเกิดโดยเฉพาะ สตาวูดีน (Stavudine) และ ไดดาโนซีน (Didanosine) ส่วน ซิดอวูดีน (Zidovudine) จะพบน้อยมาก (กรมควบคุมโรค, 2557) และอาการเหล่านี้จะเป็นปกติหลังจากหยุดยา

1.2 นอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่มนี้ ได้แก่ เอฟาวิเรนซ์ (Efavirenz), เนวีราปีน (Nevirapine) และ ดีลาเวียร์ดีน (Delavirdine) เป็นกลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือนเบสของนิวคลีโอติกแอซิดกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase) แบบแย่งจับถาวร (Irreversible non-competitive inhibitor) และคนละตำแหน่งกับที่เอนไซม์จับกับนิวคลีโอติกแอซิดเบส (nucleic acid base) ทำให้มีฤทธิ์รุนแรงกว่ากลุ่มแรกมาก (สุรเกียรติ, 2551)

อาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ยาด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงได้หลายอย่าง โดยเฉพาะ เนวีราปีน (nevirapine) อาจทำให้เกิดตับอักเสบ พิษต่อตับ (hepatotoxicity) นอกจากนี้ อาจพบผื่นผิวหนัง (rash) พบได้ตั้งแต่อาการผื่นแดงนูนและมีอาการคันเล็กน้อยจนถึงผื่นรุนแรงแบบสตีเวน จอห์นสัน ซินโดรม (Steven Johnson Syndrome) หรือ ทัอกซิก อีพิดอร์มอล เนโครไลซิส (Toxic Epidermal Necrolysis; TEN)

2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์โปรตีเอส (Protease inhibitor; PI) ยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่มนี้ ได้แก่ อินดีนาเวียร์ (Indinavir), ริโทนาเวียร์ (Ritonavir), เนลฟินาเวียร์ (Nelfinavir), โลพินาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir/ritonavir), ซาคิวินาเวียร์ (Saquinavir soft gel capsule) และอะทาซานาเวียร์ (Atazanavir) เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก จะทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถประกอบส่วนต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ทำให้เชื้อเอชไอวีไม่สามารถก่อโรคได้ ดังนั้น จึงเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวี (สมนึก, 2551)

อาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์โปรตีเอส (Protease inhibitor; PI) คือ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะคีโตนคลั่งในกระแสเลือด (diabetic ketoacidosis) มีการเปลี่ยนแปลงหรือการกระจายของไขมัน (fat redistribution) ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และมีภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น (Increase bleeding)

การรักษาด้วยการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ร่วมกันอย่างน้อย 3 ชนิด (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) จะให้ผลดีกว่าการใช้สูตรยา 1 - 2 ชนิด (ศุภชัย, 2546) เนื่องจากการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มากกว่า 2 ชนิด จะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้มากกว่า แต่ถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการดีเอชไอวีและไม่สามารถหายาด้านไวรัส

เอดส์ให้ครบ 3 ชนิด ควรใช้อย่างน้อยสองชนิด และติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด (กรมควบคุมโรค, 2557)

แนวทางในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

ปัจจุบันมีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการกำหนดให้เริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ทุกระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) อยู่ระหว่าง 350 - 500 cells/mm³ กับกลุ่มที่ยังไม่ได้ยาต้านไวรัสเอดส์จนกว่าระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) น้อยกว่า 350 cells/mm³ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับการรักษา โดยเริ่มยาทันทีซึ่งมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) อยู่ระหว่าง 350 - 500 cells/mm³ มีอัตราการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยกว่ากลุ่มที่ยังไม่ได้ยาต้านไวรัสเอดส์จนกว่าระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) น้อยกว่า 350 cells/mm³ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) มากกว่า 500 cells/mm³ จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปยังคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ จากข้อมูลดังกล่าวแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของประเทศไทยในปี 2557 นี้ จึงแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) น้อยกว่า 500 cells/mm³ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ได้ก็ต่อเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความยินยอม และมีความพร้อมในการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์เท่านั้น (กรมควบคุมโรค, 2557)

สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย

ยาต้านไวรัสเอดส์ที่แนะนำให้ใช้ในประเทศไทย และสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ทางเลือกในประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2557)

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NRTI) ร่วมกับอนอนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ได้แก่ ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir) ร่วมกับลามิวูดีน (Lamivudine) หรือ ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir) ร่วมกับเอฟาเวียร์ (Efavirenz) เนื่องจากเป็นยาต้านไวรัสเอดส์สูตรที่ได้ผลในการควบคุมเชื้อเอชไอวีได้ดีมีผลข้างเคียงน้อยและใช้วันละครั้ง
2. ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิ

เตอร์ (nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NRTI) จะพิจารณาใช้ในกรณีมีข้อห้าม หรือ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดทีโนโฟเวีย (Tenofovir) ไม่ได้ คือ อะแบคคาเวีย (Abacavir) ร่วมกับลามิวูดีน (Lamivudine) หรือ ซิโดวูดีน (Zidovudine) ร่วมกับลามิวูดีน (Lamivudine) แทน โดยสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีอะแบคคาเวีย (Abacavir) ดังนั้น ควรพิจารณาให้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีระดับเชื้อไวรัสเอดส์ในกระแสเลือด (viralload) < 100,000 copies/mL

3. ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ได้แก่ เนวีราพีน (Nevirapine) และดีลาเวียดีน (Delavirdine) เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ที่เป็นทางเลือกถ้าหากมีปัญหาแพ้ ยาต้านไวรัสเอดส์ หรือ อาการข้างเคียงจากยาทางระบบประสาท เช่น เอฟาเวเรนซ์ (Efavirenz)

4. ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์โปรตีเอส (Protease inhibitor; PI) ได้แก่ โลพินาเวีย และริโทนาเวีย (Lopinavir/ritonavir) หรือ อะทาซานาเวีย (Atazanavir) ให้พิจารณาใช้ แทนกรณีไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก รีเวอร์ส ทรานคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nonnucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ได้

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ เพราะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมออาจส่งผลให้เกิดการดื้อต่อยา การรักษาล้มเหลว และการแพร่ระบาดของเชื้อคือยาได้ (กรมควบคุมโรค, 2557) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังเป็นปัญหาในระยะยาว เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอโดยทั่วไป พบว่า มีปัจจัยมาจากตัวบุคคลเป็นสำคัญ (ประณีต, 2554) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ 1) ไม่มาตามนัด (ฐาณิชญาณ์, 2553; เสาวคนธ์, 2549) 2) หยุดรับยาโดยไม่ทราบสาเหตุ (เสาวคนธ์, 2549) 3) รับประทานยาไปสักระยะหนึ่งเมื่ออาการดีขึ้นมักหยุดรับยา (ฐาณิชญาณ์, 2553; เสาวคนธ์, 2549) 4) ลืมรับประทานยา (ฐาณิชญาณ์, 2553; องค์กร, 2555; Chesney, 2000) 5) เบื่อหน่ายในการใช้ยา (Chesney, 2000) 6) อาการข้างเคียงของยา (กรมควบคุมโรค, 2560; ฐาณิชญาณ์, 2553; Wantana, Ong-On, & Pichai, 2012) 7) ต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน (องค์กร, 2555) 8) ไม่สะดวกจะรับประทานยาตามเงื่อนไข (องค์กร, 2555) นอกจากนี้ ปัจจัยที่ทำให้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมออื่น ๆ คือ แรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ฐานิชญาณ์, 2553) สำหรับกลุ่มมุสลิมในประเทศไนจีเรีย พบว่า สาเหตุหลักของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ คือ เกิดจากอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ การลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ การไม่เปิดเผยผลเลือด (Samuel et al., 2008) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ

มาตรฐานการให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์

คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์บริการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งจะพิจารณาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามสูตรยาที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ ปัจจุบันมีการกำหนดให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ทุกระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความสนใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) ที่ดีมาก คือ กินยาอย่างถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) ทุกครั้งเมื่อมารับยาต้านไวรัสเอดส์ โดยพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากนี้ ยังมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ในกรณีผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) ≥ 350 cells/mm³ ทุก ๆ 12 เดือน และผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) < 350 cells/mm³ ทุก ๆ 6 เดือน ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) จะเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 60 - 100 cells/mm³ และตรวจหาเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ทุก ๆ 12 เดือน ซึ่งหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอจะมีค่าเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) < 50 copies/mL (กรมควบคุมโรค, 2560)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของความสม่ำเสมอ/ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง พฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ และเต็มใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) มากกว่า หรือ เท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นหัวใจหลักสำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส เอดส์ (เสาวคนธ์, 2549)

ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (nonadherence) หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) น้อยกว่าร้อยละ 95 (ประณีต, 2554) ความไม่ สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอดส์ล้มเหลว เพราะจะทำให้ระดับยาต้านไวรัสเอดส์ในกระแสเลือดต่ำกว่าที่จะสามารถลดเชื้อเอช ไอวีให้ต่ำอย่างมีประสิทธิภาพได้ส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย (จาฤติ, 2554)

อัตราความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จะค่อยๆ ลดลงเมื่อผู้ติด เชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์นานขึ้น (สมนึก, 2551; ศุภรินทร์, 2548) และจากการ ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการ ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า มีหลายวิธี ได้แก่ การประเมิน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (adherence) (กรมควบคุมโรค, 2557; Paterson, Potoski, & Capitano, 2002) การนับเม็ดยาจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหลือจากเดือนที่แล้ว (ประณีต, 2554) การตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ในกระแสเลือด (วันทนา, 2547; ชีวนันท์, 2557) การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อหน้าพยาบาลที่อยู่ประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ (กนิษฐา, 2549) การตรวจวัดระดับยาในเลือด (วันทนา, 2547) การวัดค่าเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาบางตัว (Paterson et al., 2002) และการใช้อุปกรณ์วัดเตือนความจำ (MEMS) (กนิษฐา, 2549) ซึ่งแต่ละวิธี มีข้อดี ข้อเสีย ที่แตกต่างกัน ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมตามสภาพและบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย

ลาปริและคณะ (Llabre, Weaver, Duran, Antoni, Mc-Pherrson-Baker, & Schneiderman, 2006) เสนอว่าควรเลือกวิธีวัดอย่างน้อย 2 วิธีร่วมกัน เพื่อช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและยืนยันผลที่ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 2 วิธี คือ การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และนับเม็ดยาจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหลือจากเดือนที่แล้วมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (adherence) วิธีนี้สามารถประเมินได้จากความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนเวลาหรือเกินเวลา 30 นาที (กรมควบคุม, 2557) โดยทางคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคลจากพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ แต่อย่างไรก็ตาม ควรจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอร่วมกับการนับเม็ดยาจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหลือจากเดือนที่แล้วร่วมด้วย (Paterson et al., 2002)

2. นับเม็ดยาจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหลือจากเดือนที่แล้ว (pill counts) เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับยาต้านไวรัสเอดส์ พยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำยาที่เหลือติดตัวมาด้วยทุกครั้ง โดยพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์เป็นผู้นับเม็ดยาที่เหลือ (ประณีต, 2554) จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและญาติที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ดูความสม่ำเสมอการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการนับเม็ดยาที่เหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแอบเอายาไปทิ้ง จึงทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้น พยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ได้จ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิน 2 มื้อ เพื่อยืนยันว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องจริง และไม่แอบทิ้งยา (ทีม CQI คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโลกโพธิ์, 2557)

อย่างไรก็ตาม มีวิธีการการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อีก 5 วิธีที่เหลือ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ (DOT) วิธีนี้เหมาะกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 1 มื้อต่อวัน และจะต้องรับประทานยาช่วงเช้าขณะที่พยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ปฏิบัติงานอยู่ แต่ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์จะรับประทานมากกว่า 1 มื้อต่อวัน (กนิษฐา, 2549) คือ จะต้องรับประทานห่างกัน 12 ชั่วโมง ได้แก่ มื้อเช้าและมื้อมีกลางคืน ในส่วนของมื้อมีกลางคืน และนอกเวลาราชการ พยาบาลที่อยู่คลินิกยาต้าน

ไวรัสเอดส์ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ประจำคลินิก อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สะดวกในการเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าพยาบาลที่คลินิกทางด้านไวรัสเอดส์

2. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (therapeutic drug monitoring) วิธีนี้ไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้สม่ำเสมอและถูกต้องตรงเวลา อีกทั้งการตรวจวัดระดับยาในเลือดจะมีค่าใช้จ่ายสูง (วันทนา, 2547) และไม่มีเงินสนับสนุนในการตรวจวัดระดับยาในเลือด หากต้องการตรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องจ่ายค่าตรวจเอง

3. การวัดค่าเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาบางตัว ไม่นิยมใช้ เพราะอาจเจอในผู้ป่วยที่เป็นโรคอื่น ๆ นอกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วย (Paterson et al., 2002)

4. การใช้อุปกรณ์วัดเดือนความจำ (MEMS) วิธีนี้มีข้อจำกัด เพราะราคาแพงมาก และไม่เหมาะกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 เดือน เพราะไม่สามารถบรรจุลงในขวดได้หมด (กนิษฐา, 2549) ซึ่งปกติพยาบาลคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์จะจ่ายยาด้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1-2 เดือน (ทีม CQI คลินิกทางด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาล โศกโพธิ์, 2557) และข้อมูลที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ วันละ 2 ครั้ง เนื่องจากการใช้อุปกรณ์วัดเดือนความจำให้เกิดประสิทธิภาพและมีความแม่นยำ ควรรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์วันละ 1 ครั้ง

5. ตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (viral load) หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ตรงเวลา ระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (viral load) จะน้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หรือ ไม่เจอเลย (วันทนา, 2547) แต่เนื่องจากการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดมีราคาสูง และมีงบประมาณสนับสนุนสามารถตรวจได้ปีละ 1 ครั้ง หากตรวจมากกว่า 1 ครั้ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องจ่ายค่าตรวจเอง

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือจากเดือนที่แล้ว และการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากทัศนาศา (2547) มีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) จำนวน 1 ครั้ง ของการขาดยาในรอบ 1 เดือน หรือ 2 เดือน 2) จำนวนครั้งของการรับประทานยาผิดเวลาเกิน 1 ชั่วโมง ในรอบ 1 เดือน หรือ 2 เดือน 3) เหตุผลของการขาดยา หรือ การรับประทานยาไม่ตรงเวลา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และด้านครอบครัว/สังคม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ อายุ เพศ และระดับการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างชัดเจน คือ

ปัจจัยรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ประณีต, 2554) หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้มาใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาต้านไวรัสเอดส์ อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ลดลงด้วย จากการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยทางด้านบุคคลที่ศึกษาแล้ว พบว่า ยังสรุปไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่ อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ดังรายละเอียด

อายุ จากการศึกษาของดูรานและคณะ (Duran, Spire, Raffi, Walter, Bouhour, & Journot, 2001) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

เพศ ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคม หรือ วัฒนธรรมให้แสดงบทบาทหญิง หรือ บทบาทชายที่แตกต่างกัน (ประณีต, 2554) จากการศึกษาของพาเทอตันและคณะ (Paterson, et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า เพศชายจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง แต่จากผลการศึกษาของแมคโดนัลด์ โฮลสแตด เพซ ดี และอูรา (McDonnell, Holstad, Pace, De, & Ura, 2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของตุลาทอง (Tulalong, 2004) เกี่ยวกับปัจจัย ความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ แต่จากการศึกษาของสุภริ นทร์ (2548) เกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2. ปัจจัยด้านการรับประทานยา ได้แก่ จำนวนเม็ดยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ติดเชื้อเอช ไอวีรับประทาน ความถี่ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เอดส์บางชนิด ซึ่งจากการศึกษารายงานการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทุกปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทุกปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

2.1 จำนวนเม็ดยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทาน จากรายงานการวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของสุรเดช (2548) พบว่า จำนวนเม็ดยาต้าน ไวรัสเอดส์ที่มากเกินไป ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สะดวกในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จึง ทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอะเบล และเพนต์เตอร์ (Abel & Painter, 2003) เกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ควรจะลดความซับซ้อนและความยุ่งยากในการรับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์ โดยการรวมยาต้านไวรัสเอดส์ไว้ในเม็ดเดียวกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

2.2 ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จากการศึกษาของเอลเดรด วู เชียสสัน และมัวร์ (Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1998) เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีจำนวนครั้งของการรับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก็น้อยลงตามไปด้วย

2.3 อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์บางชนิด เช่น อาการมีเมมา คลื่นไส้ เห็นภาพหลอน (กรมควบคุมโรค, 2557) ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์มักทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีหยุดยา (ศักดิ์ชัยและคณะ, 2546) และจากการศึกษาของวรวงคณา, เพชร, และนที (2546) เกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์สูตรผสม พบว่า อาการข้างเคียงจากยา ต้านไวรัสเอดส์เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องหยุดยา และเบี่ยงเบนในการใช้ยาต้านไวรัส เอดส์ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การเตรียมพร้อมในการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้าน ไวรัสเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้จักวิธีการลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

3. ปัจจัยในด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม พยาบาลที่อยู่ประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม (Social support) จากการศึกษาของกอร์ดิลโล เดลามโ ซอร์เรียโน และกอนซาเล่กลาโฮ (Gordillo, Delamo, Soriano, & Gonzalex-Lahoz, 1999) และยาฮาการ์ มั่นนี่แฮม ทาวาโคลิ ฟิลิป และเมอดจ (Vyaharkar, Moneyham, Tavakoli, Phillips, & Murdaugh, 2006) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาด้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นจากญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือ เพื่อนบ้าน จะได้รับกำลังใจ และการช่วยเหลือเวลาเมื่อถึงเวลารับประทานยาจากบุคคลเหล่านี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

3.2 การตีตราของสังคม (stigma) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความกลัวต่อการถูกรังเกียจและตีตราของสังคม ไม่กล้าที่จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (ประณีต, 2554) สอดคล้องกับจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาด้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เปิดเผยสถานะ คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้จะกลัวผู้อื่นรู้จึงต้องรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างหลบๆ ซ่อนๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ (ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

3.3 ปัจจัยด้านพยาบาลที่อยู่ประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยหลายท่าน พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับพยาบาลที่อยู่ประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์มีผลต่อการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น (Bakken, Holzemer, & Brown, 2000; Demmer, 2003) และจากการศึกษานำร่อง พบว่า พยาบาลคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในด้านของการให้คำปรึกษา มีการคอยเน้นย้ำถึงความต่อเนื่องในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ การส่งยาด้านไวรัสเอดส์ทางไปรษณีย์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปต่างจังหวัดไม่สามารถมารับยาด้านไวรัสเอดส์ได้ และญาติไม่สะดวกมารับยาด้านไวรัสเอดส์แทน (ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม พบว่า ชาวมุสลิมมีการตีตราและไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม เนื่องจากยังมีค่านิยมและความเชื่อดั้งเดิมต่อโรคเอดส์ว่า

เป็นโรคที่เกิดจากการสำส่อนทางเพศ เปลี่ยนคู่นอนบ่อย และเป็นโรคที่พระเจ้าลงโทษถือเป็นการกระทำซينا (ผิดประเวณี) จึงสมควรแล้วที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมจะโดนรังเกียจและไม่ได้รับการต้อนรับเข้ากลุ่มในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งจากครอบครัวและชุมชน แม้กระทั่งเด็กและเยาวชนที่คิดเชื่อเอชไอวีมาจากบิดามารดาก็ยังโดนรังเกียจอีกด้วย และไม่ยอมให้อยู่อาศัยร่วมในหมู่บ้าน จึงทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมต้องปิดบังข้อมูลดังกล่าว (อัลญาน์และซไมพร, 2558) ส่งผลให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเจมส์และคณะ (James et al.,2009) พบว่า การตีตราเกี่ยวกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อที่ว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีเป็นผู้ที่ได้รับบทลงโทษจากพระเจ้า อย่างไรก็ตาม หลักศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า มุสลิมทั้งหมดเปรียบเสมือนพี่น้องกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยต้องช่วยกันดูแล และคอยให้กำลังใจ (ดิรมิซีย์, 2554)

ดังนั้น จะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ หากพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์มีความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ก็จะสามารส่งเสริมให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี (พ.ศ.2550–2560 และ ค.ศ.2007-2017) วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Cochrane ได้มีการศึกษานำโปรแกรมต่าง ๆ มาใช้ เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่แตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ดังนี้
 - 1.1 ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในช่วงไม่ต่ำกว่า 1 เดือน (ฐาณิชญาน์, 2553) ระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่เกิน 6 เดือน (นภภรณ์, 2558) และระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือน (จาดุติ, 2554)
 - 1.2 ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยการกำหนดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ น้อยกว่าร้อยละ 95 (ฐาณิชญาน์, 2553; พนมกร, 2555)

1.3 คะแนนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 75 ซึ่งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็น 1 ใน 4 ด้าน ของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (จุฬา, 2552)

1.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยร่วมเข้ากลุ่ม เพราะเป็นผู้ที่ไม่ได้ผ่านขั้นตอนกระบวนการปรับตัว (จุฬา, 2552)

2. การออกแบบวิจัยแตกต่างกัน ดังนี้

2.1 รูปแบบการวิจัยประกอบด้วยวิจัยแบบกึ่งทดลอง (ฐาณิชญาณ์, 2553; จุฬา, 2552; ชนกวร, 2551; ประพนธ์, 2553) แบบทดลอง (Jane et al., 2011; Ingrid et al., 2013; Horvath et al., 2012)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ ถึง 18 สัปดาห์ (ฐาณิชญาณ์, 2553; จุฬา, 2552; ชนกวร, 2551; Jane et al., 2011; Ingrid et al., 2013)

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทุก 2 สัปดาห์ (จุฬา, 2552; ฐาณิชญาณ์, 2553)

3. โปรแกรมการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วย

3.1 การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายกลุ่ม (ชนกวร, 2551; ฐาณิชญาณ์, 2553; นภภรณ์, 2558)

3.2 การให้ความรู้ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้กำลังใจจากเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม (ชนกวร, 2551)

3.3 การให้ความรู้ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีแกนนำออกเยี่ยมบ้านเป็นรายกลุ่ม โดยให้พยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (ประพนธ์, 2553)

3.4 การให้ความรู้จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่อยู่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับใช้กลองยา และติดตั้งเสียงเตือน (Jane et al., 2011)

3.6 การให้ความรู้ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดการตีตรา (Ingrid et al., 2013)

3.7 การส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตรงเวลา (Horvath et al., 2012)

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมต่าง ๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมามีหลากหลาย และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโปรแกรม

มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอไปในทางที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย (ประณีต, 2554) และยังเป็นปัญหาสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้คิดค้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการสร้างและการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางด้านความคิด ความเชื่อ เจตคติต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ความหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติ หรือ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือ งดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองในรูปของความรู้ ความรู้สึกรู้สึก และในรูปของการกระทำ หรือ การปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการประยุกต์หลักแห่งพฤติกรรมมาใช้มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงบุคคลอย่างเป็นระบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อผู้ถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความประสงค์ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อุมาพร , 2555)

ระยะพฤติกรรมและการนำระยะพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยใช้แบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและดิลีเมนต์ (Transtheoretical Model or Stages of Change Model: TTM) (Prochaska et al., 1994) เพราะเป็นแบบจำลองหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงเป็นหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลต่างอยู่ในระยะที่มีความพร้อมที่ต่างกัน โดยจุดเน้นอยู่ที่ความตั้งใจ และการตัดสินใจของบุคคลในการสร้างและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process) ที่แบ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคลออกเป็น 5 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนการตัดสินใจ บุคคลจะไม่ยอมรับว่าตนเองสร้างพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นระยะที่ยังไม่มีความตระหนัก และไม่คิดที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะอันใกล้ หรือ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า ในระยะนี้จะไม่พบในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ได้นั้น ต้องมีความพร้อมที่จะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ และมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (กรมควบคุมโรค, 2557)

2. ระยะเริ่มคิดตัดสินใจ เป็นระยะที่เริ่มแสวงหาความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัญหา และวิธีสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะอันใกล้ หรือ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า โดยผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจะเปิดตัวเองเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลย้อนกลับของปัญหา และวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มเห็นถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลข้อเสียและความยุ่งยากจากสาเหตุการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอและจากการเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ระยะการเตรียมตัว เป็นการเตรียมพร้อมก่อนริเริ่มสร้างพฤติกรรมใหม่ ในระยะ นี้บุคคลประเมินตนเองพัฒนาสัญญาณและกำหนดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ ผู้ติดเชื้อเอช ไอวีมีการสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส เอดส์ รวมทั้งพร้อมรับการแนะนำจากพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความ พร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำหนดวันที่เริ่มเปลี่ยน พฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

4. ระยะการสร้างพฤติกรรมใหม่ ในระยะนี้บุคคลจะลงมือปฏิบัติเพื่อการสร้าง พฤติกรรมใหม่ เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน ยาต้านไวรัสในช่วง 6 เดือน คือ เริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง สม่ำเสมอ

5. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ ในระยะนี้โอกาสบุคคลจะพัฒนาพฤติกรรมใหม่ เป็นนิสัย จะเท่ากับโอกาสที่จะกลับสู่พฤติกรรมเดิมเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับเปลี่ยน พฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมออยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 5 ปี ในระยะนี้ ตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมรับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์จนกลายเป็นนิสัยใหม่ คือ มีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว สิ่ง สำคัญระยะนี้ คือ ต้องพยายามหลีกเลี่ยงการกลับไปมีพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ สม่ำเสมอแบบเก่า เพราะโอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพัฒนาพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส เอดส์ใหม่จนกลายเป็นนิสัย จะเท่ากับโอกาสที่จะกลับสู่สภาวะเดิม

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์รวมไปถึงการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมนั้น จะต้องมีการกระทำเป็นกระบวนการและมีขั้นตอน เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเลือกที่จะทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ระยะที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยหลายท่าน พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไปสักระยะหนึ่งมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (เสาวคนธ์, 2549; สมนึก, 2551) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้มีความต้องการในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Consciousness or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล (behavioral process) (Prochaska et al., 1994) โดยผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ดังนี้

1. กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive or experiential process) ประกอบด้วย 5 กระบวนการ คือ การปลูกจิตสำนึก การเร้าอารมณ์และความรู้สึก การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และการทำพันธะสัญญาต่อตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การปลูกจิตสำนึก (consciousness or experiential process) เป็นการเพิ่มการรับรู้ของปัญหา โดยการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และให้เห็นความสำคัญของปัญหาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่สม่ำเสมอ คือ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ต่ำ อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและเกิดการดื้อยา

1.2 การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (catharsis/dramatic relief) ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของอารมณ์ ความรู้สึก ของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาเดิมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ได้แก่ การนำเสนอภาพเคลื่อนไหว การให้ความรู้

เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ยา ข้อดีของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ชนิด อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ ข้อเสียของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ และการใช้เสียงกระตุ้นเตือน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเกิดความตระหนักในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น (สุภารัตน์, 2552; Conn et al., 2009; Hacıhasanoglu & Gozum, 2011)

1.3 การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (self-reevaluation) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมประเมินความรู้และความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกคนอื่น ๆ โดยการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยอภิปรายร่วมกัน

1.4 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (social liberation) เป็นการประเมินสิ่งแวดล้อมที่มาเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ดวงตา, 2552) ที่มีความสอดคล้องตามแบบแผนความเชื่อและวัฒนธรรม ซึ่งเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้อจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ เช่น กลุ่มอาสาช่วยเตือน โดยคิดหลักคำสอนศาสนาอิสลาม เพื่อช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1.5 การทำพันธะสัญญาต่อตนเอง (self - liberation) เป็นการกำหนดแนวทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง วางเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา และมีสัญญาว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการกำหนดเป้าหมายในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และพยาบาลคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากนี้ มีการร่วมกันละหมาดฮายัต เพื่อเป็นการขอพรจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกันของรุ่งนภา (2555) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจาง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาเพิ่มเติมของทัศนีย์ (2555) พบว่า ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ได้ใช้กระบวนการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้กระบวนการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญามาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process) ประกอบด้วย 5 กระบวนการ คือ การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การทดแทนด้วยสิ่งอื่น การประเมินผลของพฤติกรรมเดิม การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ และการให้แรงเสริม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) เป็นวิธีการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมให้ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมใหม่ เช่น กิจกรรมร่วมสร้างวายิบ ในการใช้ชีวิตประจำวัน และการอภิปรายกลุ่มร่วมกันกับพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามบทบัญญัติศาสนาอิสลาม โดยให้พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามมาให้ความรู้เกี่ยวกับบทบัญญัติ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของมุสลิม ที่มีผลต่อความเชื่อและการนับถือของศาสนาอิสลาม ซึ่งจากการศึกษาของกอร์ดิลโล เดลาโม โซเรียโน และกอร์นชาเล็กซ์-ลาโฮ (Gordillo et al., 1999) รายงานว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายได้ว่าหากไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของยาฮาการ์ มัสนีแสม ทาวาโกลี ฟิลลิป เมอดอก และคณะ (Vyaharkar et al., 2006) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากตามหลักศาสนาจะให้การนับถือญาติพี่น้องจึงใช้การสนับสนุนจากพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ส่วนในเรื่องการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และใช้แรงสนับสนุนจากแกนนำในการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ เพราะจากการศึกษานำร่อง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมไม่เปิดเผยผลเลือด คิดเป็นร้อยละ 40 (ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

2.2 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter conditioning) ผู้วิจัยไม่ได้ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทดแทนด้วยสิ่งอื่นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

2.3 การประเมินผลของพฤติกรรมเดิม ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลอื่น (environmental reevaluation) เป็นการประเมินความรู้และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ต่อผลของพฤติกรรมตนเองและสิ่งแวดล้อม หรือ บุคคลรอบข้าง เช่น ถ้าตนเองไม่ปรับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้สม่ำเสมอ จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) ต่ำ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนและเกิดการติดเชื้อได้ อีกทั้งเมื่อเกิดโรคควยโอกาสจากภูมิคุ้มกันที่ต่ำลงทำให้คนในครอบครัวต้องคอยมาดูแล และสิ่งสำคัญคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมไม่สามารถที่จะปฏิบัติศาสนกิจหลัก เพื่อปฏิบัติตามแนวทางของพระเจ้าได้ (ดิรมิซีย์, 2554)

2.4 การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) ได้แก่ การปฏิรูปสถานการณ์แวดล้อมและสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี muslim เกิดพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ เช่น มีคู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี muslim สมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และการใช้เสียงอาซาน ที่เป็นเวลาในการละหมาดมาใช้ในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา เนื่องจาก muslim จะต้องปฏิบัติศาสนกิจ โดยการละหมาดครบ 5 เวลา ตามหลักปฏิบัติซึ่งการละหมาดแต่ละเวลาจะมีเสียงการกระตุ้นเตือนเฉพาะ เพื่อเชิญชวนให้มีการละหมาดตามเวลา เรียกว่า อาซาน (อัคคูละและสมเจตน์, 2551) แต่เสียงอาซานมีข้อจำกัดเนื่องจากเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี muslim มีความแตกต่างกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี muslim จึงจำเป็นต้องมีเสียงช่วยเตือน เพื่อให้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอที่แตกต่างกันไปตามเวลาการรับประทานยาของแต่ละบุคคล เช่น เสียงจากโทรศัพท์มือถือ เสียงอาซาน เสียงจากโทรทัศน์ เป็นต้น

2.5 การให้แรงเสริม (reinforcement management) ทำให้ทั้งการเสริมแรงทางบวก และการเสริมแรงทางลบ จากการศึกษาของฮอร์วาร์ทและคณะ (Horvath et al., 2012) พบว่า การให้แรงเสริมเป็นวิธีการที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับที่สุดในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเสริมแรงบวกเป็นวิธีที่ยอมรับที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เช่น การให้คำชมเชย การให้กำลังใจ ซึ่งการให้คำชมเชย การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (Svarstad et al., 2009) ผู้วิจัยจึงได้ใช้การเสริมแรงการเสริมทางบวก เช่น ให้กำลังใจ การให้คำชมเชย เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี muslim มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (Horvath et al., 2012)

หลักศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หรือ ชาว muslim นับถือพระอัลเลาะห์เป็นพระเจ้า มีคัมภีร์สูงสุดคือคัมภีร์อัลกุรอาน มีพิธีกรรม เช่น การละหมาด การถือศีลอด การบำเพ็ญฮัจญ์ มีศาสนสถาน เช่น มัสยิด และต้องยึดถือหลักศรัทธาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มีทั้งหมด 6 ประการ คือ ศรัทธาต่อพระเจ้าว่ามีอยู่จริง ศรัทธาในศาสนทูต ศรัทธาในท่านนบีมุฮัมมัด ศรัทธาในคัมภีร์ของพระเจ้า ศรัทธาในวันสิ้นโลก และศรัทธาต่อสิ่งที่กำลังจะเกิด มีการเปลี่ยนแปลง หรือ ดับสูญ เนื่องจากเป็นความประสงค์ของพระเจ้า (อิสมาอีลุดดี, 2556) ซึ่ง muslim

มีความเชื่อว่า การติดเชื้อเอชไอวี คือ ความประสงค์ของพระเจ้า พระเจ้าให้โรคมาร่วมเพื่อเป็นบททดสอบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมต้องมีความอดทน ซึ่งเป็นการแสดงถึงความศรัทธาต่อพระเจ้า และมีหน้าที่ดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อให้สามารถผ่านจากบททดสอบได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ เช่น การจัดการภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม (รุ่งนภา, 2555) การจัดทำโปรแกรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นุริซัน, 2547) และการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (นันทิกานต์, 2558) ผู้วิจัยจึงได้ใช้หลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

หลักศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาว เพื่อไม่ให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาด้วยยา เพราะพฤติกรรมมีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล (ประณีต, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของโปรชาสกาและดิกลิเมนต์ (Transtheoretical Model or Stages of Change Model: TTM) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลอยู่ในระยะที่มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่างกัน อยู่ที่ความตั้งใจและตัดสินใจของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska et al., 1994) นำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมให้สอดคล้องกับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามใช้หลักศรัทธาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด หลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม มีทั้งหมด 6 ประการ คือ ศรัทธาต่อพระเจ้าว่ามีอยู่จริง ศรัทธาในศาสนทูต ศรัทธาในท่านนบีมูฮัมหมัด ศรัทธาในคัมภีร์ของพระเจ้า ศรัทธาในวันสิ้นโลก และศรัทธาต่อสิ่งที่กำลังจะเกิด มีการเปลี่ยนแปลง หรือ ดับสูญ เนื่องจากเป็นความประสงค์ของพระเจ้า (อิสมาอีลลูตี, 2556) ซึ่งความเจ็บป่วยในทรรศนคติของอิสลาม คือ บทลงโทษจากพระเจ้า เพื่อให้สำนึกผิด หรือ สำนึกในการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในช่วงเวลาที่ผ่านมา และเป็นการทดสอบความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า แต่พระเจ้ายังมีความเมตตาได้ทรงนำยาเพื่อการรักษาลงมาด้วย ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยผู้ที่เจ็บป่วยมีหน้าที่ต้องรีบบำบัด ห้ามท้อแท้ ส่วนอาการป่วยจะหายหรือไม่นั้นก็ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของพระเจ้า ขอให้ผู้ที่มีความศรัทธาต่อพระเจ้ามีความอดทนในการต่อสู้กับโรค

(ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) ดังนั้น การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย ซึ่งวิธีการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักการศาสนา เช่น การตั้งภาคี การใช้สุรา หรือ ยาต้องเหี้ยม มุสลิมจะต้องศรัทธาต่อพระเจ้า ต้องมีความอดทน มีความเชื่อมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวัง ในความเมตตาของพระเจ้า เพราะทุกโรคภัยมียารักษา (ดิรมิซีย์, 2554) โดยการนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม และกระตุ้นเตือนโดยวิธีการติดหลักคำสอนในกล่องยาช่วยเตือน

หลักศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การรับรู้ที่ว่าโรคเอดส์เกิดจากพฤติกรรมผิดทางเพศ รักร่วมเพศ และพฤติกรรมทางด้านยาเสพติด ดังนั้น การสมสู่ทางเพศเป็นการติดต่อ หรือ เป็นทางเข้าภายในร่างกายของเชื้อไวรัสเอชไอวี (ผิประเวณีหรือซันา) การสมสู่ทางเพศระหว่างชายกับชาย (ลิวาฏ) หรือการใช้เข็มฉีดยาเสพติดเข้าไปในเส้นเลือดนั้นเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน (มัสลัน, 2552) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมถูกตีตราว่าเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายทางสังคมและศาสนา (นิฮาฟีซาและศราวูดี, 2554) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวผิดบทบัญญัติของพระเจ้า (ซบ.) ในหนึ่งบทสะดิกความว่า “จะไม่เกิดซันาในชนชาติใดอย่างเปิดเผยเลย เมื่อมีการซันาเกิดขึ้นแล้ว ก็จะเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา” (ซารีปะ, 2553) ศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติที่เคร่งครัดที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี (มัสลัน, 2552; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน/นอกสมรสหรือการผิประเวณี (อัช-ซันา) บทบัญญัติทางอิสลามถือเป็นบาปใหญ่ที่ต้องรับโทษรุนแรง (ซูเราะห์อันนุร 24:2) ความว่า “หญิงมีชู้และชายมีชู้ พวกเขาจึงโบยแต่ละคนในสองคนนั้นคนละหนึ่งร้อยที” ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีที่มาจากพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

2. ห้ามการรักร่วมเพศ/ลิวาฏ (homosexual) และสื่อที่จะทำให้เกิดการรักร่วมเพศ ดังอัลกุรอานซูเราะห์อัชชุอะรอ (26:165-166) ความว่า “พวกท่านเข้าหาผู้ชายในหมู่คนทั้งหลาย กระนั้นหรือ (ร่วมสังวาสกับบรรดาผู้ชายทางทวารหนัก) และพวกท่านปล่อยทิ้งสิ่งที่พระเจ้าของพวกท่านทรงบังเกิดมาสำหรับพวกท่าน คือ ภรรยาของพวกท่าน (ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่อนุมัติ คือการหาความสุขกับบรรดาภรรยาของพวกท่าน) แน่นอนพวกท่านเป็นหมู่ชนผู้ฝ่าฝืน” ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ผิดหลักศาสนาอิสลามจึงเป็นที่ต้องห้ามเป็นอย่างยิ่ง

3. การนินทาเสียดแทงเข้าเส้นเลือด จากบทบัญญัติของอิสลามการนินทาเสียดแทงถือเป็นบาปใหญ่ ดังท่านศาสดามูฮัมหมัด (ซล.) ได้กล่าวว่า “ทุกสิ่งที่มีนเมา คือ คีอัมร และคีอัมรทุกอย่างนั้นหะรอม” (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

อย่างไรก็ตาม แม้การคิดเชื่อเอชไอวีจะถูกรับรู้ว่าเป็นเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ดี แต่ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพ โดยถือว่าเป็นความโปรดปรานอันสูงสุดของพระเจ้า ซึ่งศาสนาอิสลามถือว่าการดูแลสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่จะต้องมีความสำนึกในคุณค่า และต้องแสดงถึงความกตัญญูต่อพระเจ้า ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้ อย่างที่สุุด การเจ็บป่วยในทรรศนคติของอิสลาม คือ ความเมตตาและบททดสอบของพระเจ้า เมื่อเจ็บป่วยรวมถึงการเจ็บป่วยที่เกิดจากการคิดเชื่อเอชไอวีแล้วต้องรีบบำบัด ห้ามท้อแท้เมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งมุสลิมทั้งหมดเปรียบเสมือนเป็นพี่น้องกัน เมื่อมีคนเจ็บป่วยต้องคอยให้กำลังใจ และช่วยกันดูแล (ดิรมิซีย์, 2554; อิสมาอีลลูตี, 2556) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม โดยให้เหมาะสมกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ระยะพฤติกรรมที่ 3 คือ การให้ความรู้ในด้านศาสนากับการดูแลสุขภาพและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม การคูอาร์ซอพรและละหมาดฮายัตเพื่อเป็นการขอพรจากพระเจ้าเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการประยุกต์ใช้ศาสนาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ศาสนาอิสลามมีพระอัลเลาะห์เป็นพระเจ้า พระเจ้าโปรดปรานให้มนุษย์ทุกคนมีสุขภาพที่ดี มนุษย์จึงมีหน้าที่ที่จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและต้องแสดงถึงความกตัญญู ต่อพระเจ้า ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างที่สุด โดยการดูแลให้สุขภาพดี (อิสมาอีลลูตี, 2556) ซึ่งผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้เกิดจากความเมตตาและบททดสอบของพระเจ้า เมื่อมีความเจ็บป่วยแล้วจะต้องดูแลรักษาโดยไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม เพราะเป็นหน้าที่ และห้ามท้อแท้ เพื่อที่จะให้ผ่านบททดสอบจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; อิสมาอีลลูตี, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ เช่น การจัดการภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม (รุ่งนภา, 2555) การจัดทำโปรแกรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นุรีซัน, 2547) และการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาและระดับความ

ค้นโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (นันทิกานต์, 2558) แต่ยังไม่พบการนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อทางศาสนาอิสลาม อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามมีการจัดทำโปรแกรมเป็นระยะเวลา กลุ่มละ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ใช้หลักศรัทธาจากบทบัญญัติคัมภีร์ต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม ซึ่งการเจ็บป่วยในทรรศนคติของอิสลาม คือ ความเมตตาและบททดสอบของพระเจ้า เมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องรีบบำบัด ห้ามท้อแท้ (ดิรมิซีย์, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ เช่น การจัดการภาวะซิดในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม (รุ่งนภา, 2555) การจัดทำโปรแกรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นุริซัน, 2547) และการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (นันทิกานต์, 2558) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของโปรชาสกาและดิลลิเมนต์ (Prochaska et al., 1994) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม เพื่อประเมินระยะพฤติกรรม โดยคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งใจจะเริ่มคิดที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องภายใน 1 เดือนนี้ (ระยะพฤติกรรมที่ 3) และกำหนดกิจกรรมและเนื้อหาในโปรแกรม เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้เกิดความยั่งยืน ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (Consciousness or experiential process) และกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 ประการ มาใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศรัทธาของศาสนาอิสลามร่วมด้วยในขั้นตอนเหล่านี้ คือ (1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive Process) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ (1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive Process) ประกอบด้วย 5 เทคนิค คือ (1.1) การปลูกจิตสำนึก (1.2) การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (1.3) การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (1.4) การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และ (1.5) การ

ทำพันธสัญญาต่อตนเอง และ (2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral processes) ประกอบด้วย 4 เทคนิค คือ (2.1) การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (2.2) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (2.3) การประเมินผลของพฤติกรรมเดิม และ (2.4) การให้แรงเสริม ส่วนเทคนิคการทดแทนด้วยสิ่งอื่นผู้วิจัยไม่ได้ใช้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้แนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (คาราร์ตัน, 2554) โรคหัวใจ (ดวงตา, 2552) โรคเบาหวาน (ฉิชาพัฒน์, ปาหนัน, และสุณีย์, 2556) ไขมันและน้ำตาลในเลือด (พัชราภรณ์, อุมภาพร, วิจิตร, และสถิต, 2556) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม โดยการนำหลักศรัทธาในหลักศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของโปรชาสกาและดิกลิเมนต์ (Prochaska et al., 1994) เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามหลักศาสนาอิสลาม

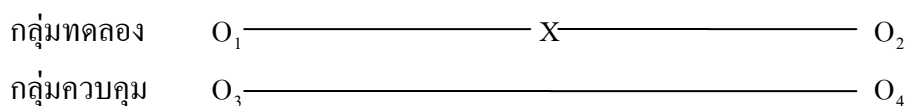
สรุปผลจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้มีการทบทวนเนื้อหาโรคเอดส์และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลักศรัทธาของศาสนาอิสลามกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ตลอดจนแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งทำให้มีการศึกษาถึงวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มีวัฒนธรรมและแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีบทบาทวิถีชีวิตที่เคร่งครัด มีความเชื่อในหลักศรัทธาตามแนวทางของพระผู้เป็นเจ้า โดยสามารถที่จะนำเอาความเชื่อหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและดิกลิเมนต์มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่จะพบในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย

X หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

O₁ หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

O₂ หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

O₃ หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป แต่ยังไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จำนวน 60 ราย ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 30 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลองและเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาต่างโรงพยาบาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ยังไม่มีอาการของโรค
3. รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
4. มีค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (adherence) น้อยกว่า 95 ซึ่งค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ได้จากการประเมินจากค่าเฉลี่ยของค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทุกครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมารับยาต้านไวรัสเอดส์เป็นระยะเวลา 1 ปี ประเมินโดยวิธีการซักถามและนับเม็ดยา
5. มีระยะพฤติกรรมอยู่ในระยะที่ 3 คือ มีความพร้อมสำหรับการรับการแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ โดยประเมินระยะพฤติกรรมจากแบบสอบถามระยะพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมแต่ละราย (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1)
6. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของพรทิพย์และคณะ (2547) เกี่ยวกับผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างตามบุญใจ, 2547) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .74 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน และป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกระหว่างการศึกษาร้อยละ 30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมเป็น 60 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 30 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศาสนาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และอายุ ที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาต่างโรงพยาบาลกัน โดยทั้ง 2 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่มีพื้นที่อยู่ติดกัน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์อัตราส่วน ไทยพุทธ:มุสลิม เท่ากับ 1:2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 72 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (ตามลำดับ) และระดับภูมิคุ้มกัน (CD_4) เฉลี่ยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 278 และ 284 $cells/mm^3$ (ตามลำดับ) (ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558; ทีมคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลหนองจิก, 2558) ซึ่งระบบการให้การพยาบาลของทั้ง 2 โรงพยาบาล มีความคล้ายคลึงกัน โดยดำเนินการตามหลักการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก่อนให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ทั้ง 2 โรงพยาบาล ได้คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) น้อยกว่า 95 และนำมาประเมินระยะพฤติกรรมด้วย

แบบสอบถามประเมินระยะพฤติกรรม (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 มาทำกิจกรรม จำนวนสัปดาห์ละ 10 ราย ทั้งหมด 3 สัปดาห์ รวมเป็นจำนวนโรงพยาบาลละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกาและดัดลีเมน (Transtheoretical Model or Stages of Change Model: TTM) ร่วมกับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม เพื่อมาปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมการรับประทานยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยมีการจัดกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 นมาซฮายัต สัญญาใจ

พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามอ่านเรื่องเล่าบุคคลตัวอย่างที่อยู่ในระยะที่ 5 ที่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พร้อมทั้งอภิปรายและสะท้อนคิดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม เรื่องหลักคำสอนศาสนาอิสลาม และมีการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมกับพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งก่อนการนำเสนอภาพนิ่งพยาบาลซักถาม เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักคำสอนศาสนาอิสลามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และกล่าวสรุปความสำคัญของหลักศาสนาในการดูแลสุขภาพ โดยในการให้ความรู้ในการจัดกิจกรรมมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คือ บททดสอบจากพระเจ้า แต่พระองค์ทรงนำยาเพื่อรักษาลงมาด้วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ การคูอาร์ซอพร และเน้นเสียงช่วยเหลือ โดยให้เหมาะสมกับระยะเวลาที่รับประทานยา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทำพันธะสัญญา และลงชื่อทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและเสียงช่วยเหลือ หลังจากนั้นร่วมกันละหมาดฮายัตเพื่อขอพรต่อพระเจ้า ให้พระองค์โปรดบันดาลให้ได้รับผลสำเร็จสมดังจุดมุ่งหมาย

กิจกรรมที่ 2 ร่วมสร้างวาทศิลป์ ในการรับประทานยา

พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามสอนผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมจัดทำกล่องยาช่วยเตือน และสอนผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมฝึกทักษะการจัดยาเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยติดหลักคำสอนศาสนาอิสลามที่กล่องยาช่วยเตือน เพื่อกระตุ้นเตือนผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ศรัทธาต่อพระผู้เป็นเจ้ารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ “จงรักษาเถิด พระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงนำยาเพื่อการรักษาลงมาด้วย” เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและติดสัญลักษณ์เวลาเข้าเป็นรูปพระอาทิตย์ เวลากลางวันเป็นรูปพระจันทร์ ทั้งนี้เพราะจากงานวิจัยของบวรรัตน์และสงวน (2557) พบว่า การทำฉลากภาพมีประโยชน์ช่วยเตือนความจำ ทำให้ผู้ป่วยระลึกได้เมื่อเห็นภาพ

1.2 คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราต่าง ๆ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การออกฤทธิ์ของยา ข้อดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ข้อเสียของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ชนิดและอาการข้างเคียงของยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ผลจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/หยุดยาเอง/ขาดยา และวิธีใช้เสียงกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

1.3 สมุดบันทึกการรับประทานยา เป็นสมุดที่ใช้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมือของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ถ้าหากรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาให้เขียนถึงสาเหตุ และวิธีปฏิบัติเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลา

1.4 สื่อการสอน (power point) เกี่ยวกับความรู้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัย และตำราต่าง ๆ นำมาใช้ในการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา

1.5 กล่องยาช่วยเตือน โดยติดหลักคำสอนศาสนาอิสลาม เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินระยะพฤติกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอและพฤติกรรม แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับประทานยาและสาเหตุของการขาดยา แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และพฤติกรรม มีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านมารับยาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต่อครั้ง ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเปิดเผยสภาพการติดเชื้อจากใคร การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว อาศัยอยู่ร่วมกับใครในครอบครัว ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ใครดูแลเมื่อเจ็บป่วย คนมารับยาแทน ใครมารับยาแทน โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับประทานยา และสาเหตุของการขาดยา มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ สูตรยาที่รับประทาน ระยะเวลาของการรับประทานยา เคยมีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่ อาการข้างเคียงของยา การดูแลเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา สาเหตุของการขาดยา โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.4 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากทัศนาศนะและคณะ (2547) มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการขาดยา จำนวนครั้งของการรับประทานยาไม่ตรงเวลา และสาเหตุของการรับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือ ขาดยา ซึ่งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ คำนวณร้อยละจากสูตรการคำนวณของทัศนาศนะและคณะ (2547)

การคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใน 1 เดือน

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาสม่ำเสมอใน 1 เดือน} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมต้องรับประทานยาในระยะเวลา 1 เดือน}}$$

ตัวอย่าง ใน 1 เดือน (4 สัปดาห์) ที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเวลา 40 นาที จำนวน 1 ครั้ง, จำนวน 2 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง และขาดยา จำนวน 2 ครั้ง โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ วันละ 2 มื้อ

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาสม่ำเสมอใน 1 เดือน} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมต้องรับประทานยาในระยะเวลา 1 เดือน}}$$

$$= \frac{52 \times 100}{56}$$

$$= 92.86$$

การแปลผล ผู้วิจัยใช้วิธีการนับเม็ดยาร่วมกับการคำนวณความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยนับเม็ดยาที่เหลือจากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตอบ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ (ฐาณิชญาณ์, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดการแปลผลจากค่าเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยนำมาแบ่งระดับตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 (กรมควบคุมโรค, 2557) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- ≥ 95.00 คะแนน หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดี
- < 95.00 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

เนื่องจากข้อมูลจริงที่ได้จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง มีค่าน้อยกว่า 95 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 จึงได้แบ่งระดับตามการกระจายของข้อมูลจริงจากฮิสโตแกรม (Histogram) ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มออกเป็น 4 ระดับ คือ

- ≥ 95.00 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี
- < 95.00 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีรายละเอียดการแบ่งระดับ ดังนี้

- 85.00-94.99 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุงปานกลาง
- 65.01-84.99 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุงมาก
- ≤ 65 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุงมากที่สุด

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ (กรมควบคุมโรค, 2560; จาฤดี, 2554; ฐาณิชญาณ์, 2553; ประณีต, 2554; เสาวคนธ์, 2549; องค์กร, 2555; Chesney, 2000; Wantana, Ong-On & Pichai, 2012) มีข้อคำถาม 3 ข้อใหญ่ แบ่งเป็น 5 ข้อย่อย เป็นคำถามปลายปิด มีการให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้มากที่สุด
 คะแนน 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้มาก
 คะแนน 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ปานกลาง
 คะแนน 2 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้น้อย
 คะแนน 1 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมไม่ได้เลย

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตามนัดพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามโดยรวม มีกำหนดอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย ซึ่งคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดแล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน (ชูศรี, 2546) สามารถแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ การใช้ยาอยู่ในระดับดี การใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ และการใช้ยาอยู่ในระดับควรปรับปรุง มีรายละเอียดดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\frac{25 - 5}{3} = 6.67$$

โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าคะแนนของพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตามนัดโดยรวม ดังนี้

5.00 – 11.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุง
 11.68 – 18.35 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้
 18.36 – 25.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ส่วนการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) และการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (viral load) ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) และการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (viral load) มีราคาสูง และมีข้อจำกัดในการตรวจ คือ การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) แบ่งเป็น 2 กรณี คือ (1) กรณีผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกัน

(CD₄) \geq 350 cells/mm³ ทุก ๆ 12 เดือน และ (2) กรณีผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) $<$ 350 cells/mm³ ทุก ๆ 6 เดือน และตรวจหาเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ทุก ๆ 12 เดือน (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งหากตรวจเกินกว่ากำหนดผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องจ่ายค่าตรวจเอง รวมทั้งระยะเวลาของการตรวจผลเลือดดังกล่าวไม่ตรงกับช่วงเวลาการเก็บข้อมูลวิจัย จึงไม่มีผลระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) หรือเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) ในการวิจัยนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา และผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน 2) พยาบาล/อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเอดส์จำนวน 1 ท่าน และ 3) ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับหลักศาสนาอิสลาม 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยหรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบของโปรแกรม เนื้อหา วัตถุประสงค์ กิจกรรม และภาษา จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) มีค่าเท่ากับ .89 และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) คำนวณหาค่าความเที่ยง มีค่าเท่ากับ .84

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงการวิจัย เพื่อผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา
2. เสนอโครงการวิจัย เพื่อผ่านการเห็นชอบจากกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์
3. เสนอโครงการวิจัย เพื่อผ่านการเห็นชอบจากกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
5. ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำวิจัย
6. ประชุมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ช่วยวิจัยร่วมกับนักวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 3 คน คือ ผู้วิจัย 1 คน พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเฮดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และโรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลละ 1 คน และพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามอีก 1 คน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ แผนการจัดกิจกรรมในการทำวิจัย และมอบหมายหน้าที่ที่แต่ละคนต้องทำ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - 6.1 ก่อนให้โปรแกรมฯ พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเฮดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์ (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลหนองจิก (กลุ่มควบคุม) รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาด้านไวรัสเฮดส์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเฮดส์ (Adherence) น้อยกว่า 95 และประเมินระยะพฤติกรรมเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 จากแบบประเมินระยะพฤติกรรม (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1) จำนวนสัปดาห์ละ 10 ราย รวมเป็น 30 ราย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทั้ง 2 กลุ่ม มีการเข้าร่วมโปรแกรมฯพร้อมกัน กลุ่มละ 30 ราย
 - 6.2 ณะให้โปรแกรมฯแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้
 - 6.2.1 กลุ่มควบคุม (โรงพยาบาลหนองจิก)

สัปดาห์ที่ 1 และ 4 พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งแจกแบบประเมิน หลังจากนั้นพยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์และพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามร่วมกันเก็บแบบประเมิน

6.2.2 กลุ่มทดลอง (โรงพยาบาลโคกโพธิ์)

สัปดาห์ที่ 1 พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมทั้งแจกแบบประเมิน หลังจากนั้นพยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์และพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามร่วมกันเก็บแบบประเมิน ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พร้อมทั้งแจกคู่มือการรับประทานยา สมุดบันทึกการรับประทานยา และนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 ประเมินสมุดบันทึกการรับประทานยา พร้อมทั้งเสริมแรงบวก โดยการพูดคุยชมเชย พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามจัดกิจกรรม “นมาซฮายัด สัญญาใจ” และกิจกรรม “ร่วมสร้างวาฮิบ ในการรับประทานยา” หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ พร้อมทั้งนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ 2 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมและผู้วิจัย มีการประเมินสมุดบันทึกการรับประทานยา พร้อมทั้งเสริมแรงบวก โดยการพูดคุยชมเชยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาความไม่สม่ำเสมอ พร้อมทั้งนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เป็นผู้นำในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนเนื้อหาของ การเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมซักถามข้อสงสัย แจกแบบประเมิน พร้อมทั้งบอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการ และพยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์และพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามร่วมกันเก็บแบบประเมิน

ขั้นปฏิบัติการ

การทดลองครั้งนี้มีการดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มไปพร้อมๆกัน ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง และปฐมนิเทศ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินกลุ่มดังกล่าว ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตามปกติ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ชักประวัติ และคำนวณค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ (adherence)

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยที่ผู้วิจัยพูดคุยซักถามอาการทั่วไปอุปสรรคในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมจะได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์และการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และผู้วิจัยนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมอีกครั้ง หลังจากพบกันครั้งแรกนับไปอีก 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4

1. พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตามปกติ

2. ผู้วิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตอบแบบสอบถามระยะพฤติกรรม แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และผู้วิจัยบอกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทราบถึงการสิ้นสุดโครงการ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมโดยการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามที่ว่า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับความสะดวกจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตามปกติ

2. ผู้วิจัยมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมโดยการทักทายแบบมุสลิม กล่าวอัสลามออลัยกุมพร้อมกับจับมือสลาม และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทั้งหมดได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน โดยการจับมือสลามต่อกัน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป อุปสรรคของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมจะได้รับ

2.2 ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ผู้วิจัยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิ และปฐมนิเทศผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาโดยใช้หลักศาสนาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.3 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสและการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

2.4 เป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกรักนึกคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม เพื่อเพิ่มการรับรู้ของปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ โดยบอกวัตถุประสงค์ในการพบกันครั้งที่ 1 คือ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ข้อดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงของยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ผลจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/หยุดยาเอง/ขาดยา และวิธีใช้เสียงกระดุนเตือน เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเอดส์ และนำเสนอภาพนิ่งเรื่องดังกล่าว (การปลูกจิตสำนึก และการเร้าอารมณ์และความรู้สึก) (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1)

หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม พร้อมทั้งแจกคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมกลับไปทบทวน และบันทึกเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่บ้าน ผู้วิจัยนัดหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 พร้อมทั้งให้นำคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือมาในครั้งต่อไปด้วย

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมโดยการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับความสะดวกจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยเรื่องทั่วไป การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือ และบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มุสลิมนำหลักศาสนา และนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทบทวนความรู้ที่พบกันในสัปดาห์ที่ 1 และประเมินสมมุติฐานที่การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมแต่ละคน โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยอภิปรายร่วมกัน พูดชมเชย และให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเพื่อเป็นการเสริมแรงบวก (การประเมินพฤติกรรมเดิมและการให้เสริมแรง)

2. พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามจัดกิจกรรมดังนี้

2.1 จัดกิจกรรม “นมาซฮายัต สัญญาใจ”

2.1.1 อ่านเรื่องเล่าบุคคลตัวอย่างที่อยู่ในระยะที่ 5 ที่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างสม่ำเสมอ และพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

2.1.2 นำเสนอภาพหนึ่งเรื่องหลักศาสนาอิสลาม และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ร่วมอภิปรายกับพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยในการให้ความรู้ในการจัดกิจกรรมมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คือ บททดสอบของพระเจ้าเป็นเจ้าและพระองค์จะนำยาเพื่อการบำบัดรักษาลงมาด้วย เน้นการดูแลตนเอง โดยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ การดูอาร์ขอพรในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และเสี่ยงช่วยเตือนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้เหมาะสมกับเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม แต่ละคน ซึ่งก่อนการนำเสนอภาพหนึ่งพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามจะซักถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ดังนี้

2.1.2.1 ท่านดูแลสุขภาพอย่างไร

2.1.2.2 ท่านได้นำหลักศาสนามาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างไร

2.1.2.3 ปัจจุบันท่านได้ดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวีตามหลักศาสนาอย่างไรบ้าง ถ้าไม่ดูแลท่านคิดว่าจะทำอย่างไรเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวีตามหลักศาสนาอิสลาม

2.1.3 กล่าวสรุปความสำคัญของหลักศาสนาในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเห็นถึงความสำคัญของหลักศาสนาในการดูแลสุขภาพ โดยนำหลักศาสนามาบูรณาการกับหลักทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทำพันธะสัญญา ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และทำพันธะสัญญาเรื่องเสี่ยง (การทำพันธะสัญญาต่อตนเอง) โดยแนะนำให้มีเสี่ยงช่วยเตือนที่เหมาะสมตามเวลาการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมแต่ละคน เช่น เสี่ยง

โทรศัพท์ เสียง โทรทัศน์ เสียงอาชาน เป็นต้น และให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเลือกเสียงช่วยเตือนของตนเอง (การลดอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่)

2.1.4 คู่มือให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีการทำพันธะสัญญาร่วมกัน 2 หัวข้อ และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนี้ คือ

2.1.4.1 ฉันเชื่อว่าการเจ็บป่วยของฉัน เป็นบททดสอบของพระเจ้าเป็นเจ้าและฉันเชื่อว่าพระองค์จะนำยาเพื่อการบำบัดรักษาลงมาด้วย

2.1.4.2 ฉันได้ทำพันธะสัญญากับเจ้าหน้าที่พยาบาลว่า “ฉันจะดูแลตนเองโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และใช้เสียง (โทรทัศน์, โทรศัพท์, อาชาน) ในการช่วยเตือนการรับประทานยาของฉัน

2.1.5 ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมลงชื่อ เพื่อทำพันธะสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร และร่วมกันละหมาดฮายัดเพื่อขอพรต่อพระเจ้า ให้พระองค์โปรดบันดาลให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอประสบผลสำเร็จสมดังจุดมุ่งหมาย

2.1.6 ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมนำไปพันธะสัญญาที่ลงลายมือชื่อชัดเจนติดที่กล่องยาช่วยเตือน

2.2 จัดกิจกรรม "ร่วมสร้างวายิบ ในการรับประทานยา" โดยพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามสอนการจัดกล่องยาช่วยเตือน และฝึกทักษะการจัดยาให้แก่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม เพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทำสัญลักษณ์เวลาเข้าเป็นรูปพระอาทิตย์ และกลางคืนเป็นรูปพระจันทร์ และติดหลักคำสอนศาสนาอิสลาม “จงรักษาเถิดพระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงนำยาเพื่อการรักษาลงมาด้วย” เพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และนำไปพันธะสัญญาที่ลงลายมือชื่อชัดเจนติดที่กล่องยาช่วยเตือน (การลดอุปสรรค และเพิ่มปัจจัยสนับสนุน)

หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมและมีการนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 พร้อมทั้งให้นำคู่มือการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และสมุดบันทึกการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือมาในครั้งต่อไปด้วย

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมโดยการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าอย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า แม้จะได้รับความยากลำบาก จะต้องมีความเข้มแข็งและดูแลตนเองอย่างเต็มที่ (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยเรื่องทั่วไป การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สิ่งที่คุณคิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือ บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 เพื่อให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2. ให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมประเมินสมมุติบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือของตนเอง โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมให้กำลังซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความมั่นใจและเป็นการเสริมแรงบวกให้แก่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไปในทางที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอ (การประเมินพฤติกรรมเดิม และการให้เสริมแรง)

3. ให้คำแนะนำผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมเพิ่มเติม และช่วยหาแนวทางแก้ไข ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม (คงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และช่วยลดอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม และมีการนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 พร้อมทั้งให้นำคู่มือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิม และสมมุติบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือมาในครั้งต่อไปด้วย

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมโดยการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ที่ว่าอย่าท้อแท้หรือสิ้นหวังในความเมตตาของพระเจ้า แม้จะได้รับความยากลำบาก จะต้องมีความเข้มแข็งและดูแลตนเองอย่างเต็มที่ (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ให้การพยาบาลผู้คิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมตามปกติ

2. ผู้วิจัยมีการทำกิจกรรม ดังนี้

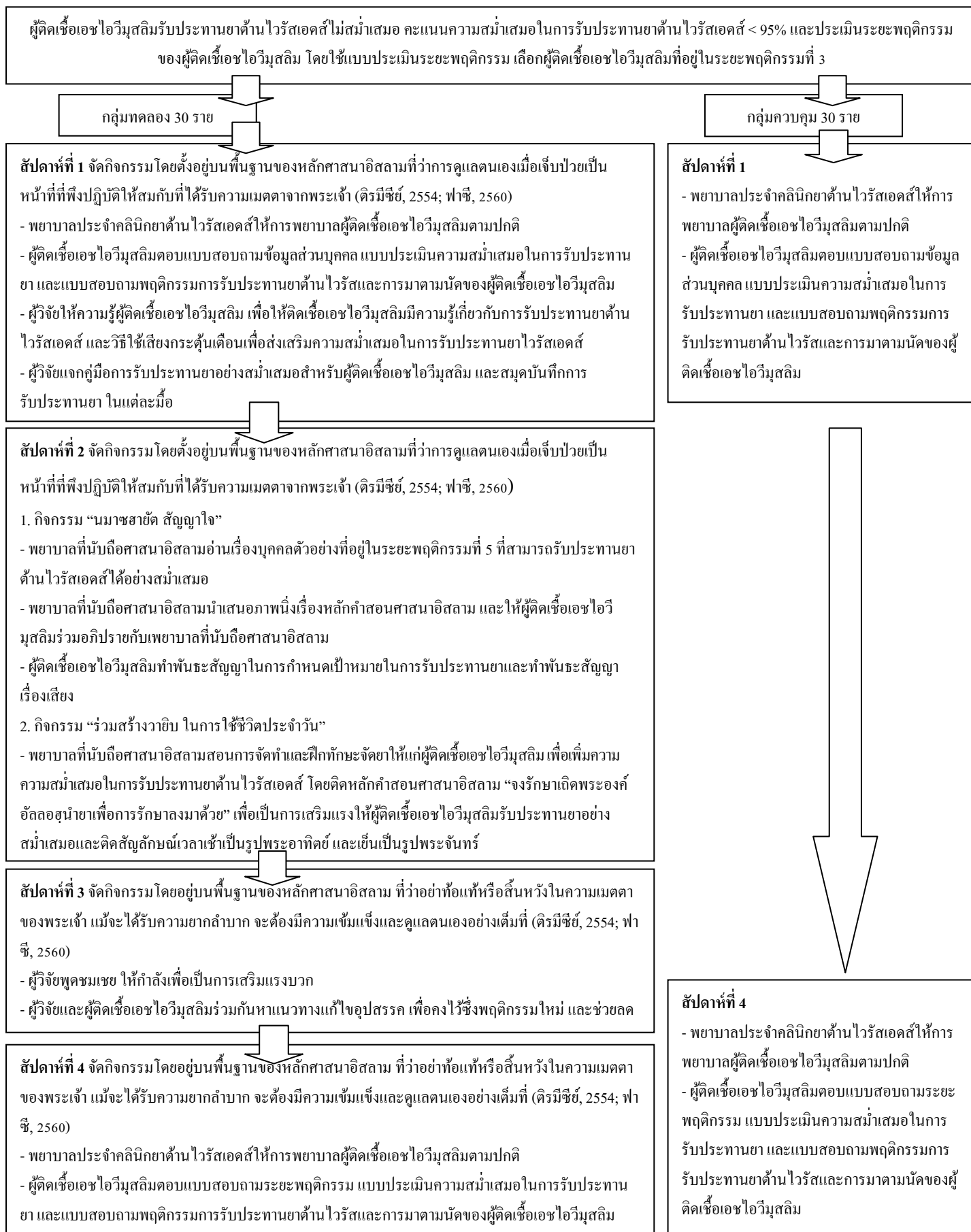
2.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยเรื่องทั่วไป การรับประทานยา อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และสิ่งที่คุณคิดเชื่อเอชไอวีมุสลิมต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือ และบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทบทวนเนื้อหาที่เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 ประเมินผลเกี่ยวกับประโยชน์ และอุปสรรคที่เกิดจากการใช้โปรแกรม

2.2 เป็นผู้นำในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเพิ่มเติม และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมประเมินผลเกี่ยวกับประโยชน์ และอุปสรรคที่เกิดจากการใช้โปรแกรมร่วมกับประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละมือของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมแต่ละคน และผู้วิจัยคอยพูดคุยชมเชย พูดให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น พร้อมทั้งค้นหาอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมร่วมแก้ปัญหากับผู้วิจัยเป็นรายบุคคล (การเสริมแรง)

2.3 ทบทวนเนื้อหาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมซักถามข้อสงสัย และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตอบแบบสอบถามระยะพฤติกรรม แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม และบอกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทราบถึงการสิ้นสุดโครงการ พร้อมทั้งผู้วิจัยและทีมวิจัยกล่าวขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ที่ ศข 0521.1.05/2758 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2559) และผ่านการประเมินคุณภาพมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง ผู้วิจัยได้สำนึก ให้ความรู้เสริมแรง และให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมตลอดกระบวนการวิจัย อาจจะเป็นการรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลอง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือของการทำวิจัยได้ และบอกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม สำหรับการนำข้อมูลไปอภิปราย หรือ พิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้และนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมข้อมูลทั่วไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และข้อมูลการรับประทานยาและสาเหตุของการขาดยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ไคสแควร์ (Chi-square) และฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher's Exact Test)

2. ทดสอบการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติของข้อมูล (test of normality) ประกอบด้วย การพิจารณาค่าปกติของ Kolmogorov-Smirnov $> .05$, skewness coefficient = 0 และ kurtosis coefficient มีค่าอยู่ระหว่าง ± 3 ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผลการทดสอบ พบว่า ข้อมูลมีการกระจายที่เป็นโค้งปกติ และทดสอบความแปรปรวนของประชากรในแต่ละกลุ่ม (homogeneity of variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา และค่าปกติของความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติเลวี (Levene's test) คือ P-Value $> .05$ พบว่า ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

3. การทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษางานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมในครั้งนี้ เป็นการศึกษางานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการรักษาต่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลทั้ง 2 โรงพยาบาล มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 - 14 ธันวาคม พ.ศ.2559 และผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ก่อนการทดลองได้มีการตรวจสอบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่เข้าโครงการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน

ผลการทดสอบคุณลักษณะในเรื่องเพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนก่อนทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทิอิสระ (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n1 = 30, n2 = 30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistics Value	p-value
	(n1= 30)	(n2 = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.00 ^a	1.00 ^{ns}
หญิง	15 (50.00)	15 (50.00)		
ชาย	15 (50.00)	15 (50.00)		
อายุ (กลุ่ม)			1.36 ^a	.30 ^{ns}
≤ 40	13 (43.33)	18 (60.00)		
> 40	17 (56.67)	12 (40.00)		
สถานภาพสมรส			4.18 ^a	.58 ^{ns}
โสด/หม้าย	10 (33.33)	7 (23.33)		
คู่	20 (66.67)	23 (76.67)		

a = Chi-square; b = Independent t-test; ns = not significant, $p > 0.05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistics Value	p-value
	(n1 = 30)	(n2 = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา			.089 ^a	1.000 ^{ns}
ประถมศึกษา	22 (73.33)	23 (76.67)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (26.67)	7 (23.33)		
รายได้ต่อเดือน (บาท) รายได้ต่ำสุด- สูงสุด, ค่าเฉลี่ย, ค่ากึ่งกลาง (SD)	5000-10000, 7200, 7000 (1494.82)	3000-10000, 6833.33, 6000 (1391.69)	.99 ^b	.33 ^{ns}
รายได้(กลุ่ม)			.64 ^a	.60 ^{ns}
≤ 7000 บาท	17 (56.67)	20 (66.67)		
> 7000 บาท	13 (43.33)	10 (33.33)		

a = Chi-square; b = Independent t-test; ns = not significant, $p > 0.05$

สำหรับข้อมูลด้านอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในด้านอายุ ให้อยู่ในกลุ่มอายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุ 33 - 51 ปี, Mean = 42.47, Median = 42.50, SD = 5.21 และกลุ่มควบคุมมีอายุ 34 - 46 ปี, Mean = 39.63, Median = 39.50, SD = 3.32

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ก่อนการทดลองได้มีการตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าโครงการ

ผลการทดสอบข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และสาเหตุการขาดยา ก่อนทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทีอิสระ (Independent t-test) และฟิชเชอร์ เอ็กแซค (Fisher's Exact Test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (n1 = 30, n2 = 30)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistics Value	p-value
	(n1 = 30) จำนวน (ร้อยละ)	(n2 = 30) จำนวน (ร้อยละ)		
จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน			.23 ^a	.99 ^{ns}
1 เม็ด	17 (56.67)	17 (56.67)		
2 เม็ด	6 (20.00)	5 (16.67)		
> 2เม็ด	7 (23.33)	8 (26.67)		
การเคยมีอาการข้างเคียงของยา			1.67 ^a	.20 ^{ns}
เคย	18 (60)	13 (43.33)		
ไม่เคย	12 (40)	17 (56.67)		
การดูแลเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา			1.67 ^c	.43 ^{ns}
ขอคำปรึกษา	14 (77.78)	10 (76.92)		
หยุดยาเอง	4 (22.22)	3 (23.08)		

a = Chi-square; b = Independent t-test; c = Fisher's Exact Test; ns = not significant, $p > .05$

3. ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก

ก่อนทดลองได้มีการตรวจสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก ได้แก่ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัว คนดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย คนมารับยาแทนเมื่อไม่สามารถมารับยาได้

ผลการทดสอบข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอและพฤติกรรม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทีอิสระ (Independent t-test) และฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher's Exact Test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า เมื่อได้ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งทั้งหมดแล้วไม่พบความแตกต่าง จึงทำให้การวิเคราะห์ผลต่อไปเป็นที่น่าเชื่อถือได้ ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก ($n1 = 30, n2 = 30$)

ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของ ครอบครัว/สังคม และพยาบาล ประจำคลินิก	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistics Value	p-value
	($n1 = 30$)	($n2 = 30$)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อ			.13 ^c	.72 ^{ns}
เปิดเผย	25 (83.33)	26 (86.67)		
ไม่เปิดเผย	5 (16.67)	4 (13.33)		
การอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว			.11 ^a	.74 ^{ns}
มี	24 (80.00)	25 (63.33)		
ไม่มี	6 (20.00)	5 (16.67)		
คนดูแลเมื่อเจ็บป่วย			.13 ^c	.72 ^{ns}
มี	25 (83.33)	26 (86.67)		
ไม่มี	5 (16.67)	4 (13.33)		
คนมารับยาแทน			.13 ^c	.72 ^{ns}
มี	25 (83.33)	26 (86.67)		
ไม่มี	5 (16.67)	4 (13.33)		

a = Chi-square; b = Independent t-test; c = Fisher's Exact Test; ns = not significant, $p > 0.05$

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.29, p > .05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 4.47, p > .05$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ก่อนได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ ($n1 = 30, n2 = 30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		d	t	p-value
	(n1 = 30)		(n2 = 30)				
	M	SD	M	SD			
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม	14.37	1.97	13.80	1.37	.57	1.29	.20 ^{ns}
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ	73.06	4.99	75.06	5.54	2.01	-4.47	.15 ^{ns}

ns = not significant, $p > .05$

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -26.75, p < .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -29.61, p < .001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ ($n1 = 30, n2 = 30$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		d	t	p-value
	(n1 = 30)		(n2 = 30)				
	M	SD	M	SD			
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม	14.37	1.97	24.17	.99	9.80	-26.75	.00 ^{***}
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ	73.06	4.99	100.00	.00	26.95	-29.61	.00 ^{***}

*** = significant, $p < .001$

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .44, p > .05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .19, p > .05$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ ($n1 = 30, n2 = 30$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		d	t	p-value
	(n1 = 30)		(n2 = 30)				
	M	SD	M	SD			
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม	13.80	1.37	13.67	1.27	.13	.44	.66 ^{ns}
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ	75.06	5.54	74.76	8.54	.30	.19	.85 ^{ns}

ns = not significant, $p > 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 35.80, p < .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.19, p < .001$) ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ ($n_1 = 30, n_2 = 30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$)		d	t	p-value
	M	SD	M	SD			
	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม	24.17	.99	13.67			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ	100.00	.00	74.76	8.54	25.24	16.19	.00***

*** =significant, $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม โดยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน และเลือกให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และอายุ ที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมารับบริการต่างโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และโรงพยาบาลหนองจิก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่มีระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีคล้ายคลึงกันตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งจะมีการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 3 หัวข้อหลัก ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และอายุ ที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศหญิงและเพศชายในอัตราส่วนเท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่ม มีอายุอยู่ระหว่าง 21-60 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 42 ปี และ 40 ปีตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักกระบวนวิทยา (2559) ที่พบว่า ความชุกของโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 76.67 ตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับมัธยมตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 23.33 ตามลำดับ สำหรับอาชีพ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 56.67 ตามลำดับ รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 26.67 ตามลำดับ และค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 7,200 บาท/เดือน และ 6,833 บาท/เดือน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ของรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน (กรมพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย, 2560)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

1.2.1 จำนวนเม็ดยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสติมรับประทาน ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาที่มีจำนวนเม็ดยาที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนเม็ดยาที่รับประทานส่วนใหญ่ครั้งละ 1 เม็ด ทั้งนี้เพราะจำนวนเม็ดยาที่รับประทานจะมีผลต่อความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่รวมยา 3 ชนิด ไว้ในเม็ดเดียวกันจะช่วยลดความยุ่งยาก (สุรเดช, 2548) และเพิ่มความสะดวกในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Abel & Painter, 2003)

1.2.2 ความถี่ในการรับประทานยา จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีจำนวนครั้งของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น จะส่งผลให้ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก็น้อยลงตามไปด้วย (Eldred, Wu, Chaisson, & Moore, 1998)

1.2.3 อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยมีอาการข้างเคียงจากยา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 43.33 ตามลำดับ ซึ่งอาการข้างเคียงส่วนใหญ่ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และผื่นแพ้ยา โดยอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องหยุดยา และเบี่ยงเบนในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (วารางคณา, เพชร, และนที, 2546; ศักดิ์ชัยและคณะ, 2546)

1.3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก

1.3.1 การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 86.67 ตามลำดับ สังเกตได้ว่ายังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงชีวิต และยังเป็นตราประทับทางสังคม (Balthip, Wilfred, & Nilmanat, 2017)

1.3.2 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีการอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80 และ 63.33 ตามลำดับ มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 86.67 ตามลำดับ และเมื่อไม่สะดวกมารับยาต้านไวรัสเอดส์มีคนมารับแทน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 86.67 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ที่เปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีแก่สมาชิกในครอบครัวจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Gordillo, Delamo, Soriano, & Gonzalez-Lahoz, 1999; Vyaharkar, Moneyham, Tavakoli, Phillips, & Murdaugh, 2006) และสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เช่น การได้รับการดูแลจากญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน จะได้รับกำลังใจ และช่วยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (ทีม R2R คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

1.3.3 พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษา ซึ่งคอยเน้นย้ำถึงความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ มีผลต่อการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น (Bakken, Holzemer, Brown, 2000; Balthip & Purnell, 2014; Demmer, 2003) และจากการศึกษานำ

ร่องงานวิจัยเชิง พบว่า พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสเอดส์มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งนี้เพราะได้ให้คำปรึกษา คอยเน้นย้ำถึงความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งยาต้านไวรัสเอดส์ทางไปรษณีย์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือญาติไม่สามารถมารับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ (ทีม R2R คลินิกทางด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2558)

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ก่อนได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระมีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนการได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.29, p >.05$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 14.37 (SD = 1.97) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 13.80 (SD = 1.37) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนการได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -4.47, p >.05$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 73.06 (SD = 4.99) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 75.06 (SD = 5.54)

2.2 ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -26.75, p < .001$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 14.37 (SD = 1.97) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 24.17 (SD = .99) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -29.61, p < 0.01$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 73.06 (SD = 4.99) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 100 (SD = .00)

2.3 ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .441, p > .05$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 13.80 (SD = 1.37) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 13.67 (SD = 1.27) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .19, p > 0.05$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 75.06 (SD = 5.54) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 74.76 (SD = 8.54)

2.4 ทดสอบสมมติฐาน ข้อ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระมีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 35.802, p < .001$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 24.17 (SD = .99) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 13.67 (SD = 1.27) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.19, p < .001$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 100 (SD = .00) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 74.76 (SD = 8.54)

จากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่าผลที่เกิดขึ้นไม่ได้ถูกรบกวนจากข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และข้อมูลด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว/สังคม และพยาบาลประจำคลินิก แต่เป็นผลจากการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้โปรแกรมหลักศาสนาต่อพฤติกรรมรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลดังกล่าวได้ตามประเด็น ดังนี้

1. การให้ความรู้ด้วยการเสนอภาพเคลื่อนไหว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ข้อดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาการข้างเคียงของยา วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงของยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ผลจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/หยุดยาเอง/ขาดยา และวิธีใช้เสียงกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งเป็นการเร้าอารมณ์และความรู้สึก (catharsis/dramatic relief) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามที่ว่า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับ ความเมตตาจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) และสอดคล้องกับที่ผ่านมา พบว่า การส่งเสริมการรักษา โรคเรื้อรังและยาต้านไวรัสเอดส์ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการใช้ยาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น (สุภารัตน์, 2552; Conn et al., 2009; Hacıhasanoglu & Gozum, 2011)

2. การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พุคคุยอภิปรายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (self-reevaluation) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมสามารถเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามที่ว่า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับ ความเมตตาจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา (2552) ที่พบว่า การทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เพิ่มเติม ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3. การใช้เสียงกระตุ้นเตือน ด้วยเสียงอาซาน ซึ่งสอดคล้องตามกิจวัตรประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่ได้ยึดถือปฏิบัติเป็นประจำและกระทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการใช้เสียงกระตุ้นเตือนเป็นเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) และลดอุปสรรคของความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ดวงตา, 2552; Horvath et al., 2012; Duncan et al., 2009; Jane et al., 2011)

4. การทำพันธะสัญญา และลงชื่อทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อการรับประกันยาต้านไวรัสเอดส์สม่ำเสมอ และการละหมาดฮายัดเพื่อขอพรต่อพระเจ้า ให้พระองค์โปรดบันดาลให้ได้รับผลสำเร็จสมดังจุดมุ่งหมาย ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามที่ว่า การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับความเมตตาจากพระเจ้า (ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) วิธีการดังกล่าวช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น (กาญจน์สุนักัส, อุษณีย์, ศิริวรรณ, นฤมล, และปราณี, 2559; ทศนีย์, 2555; ธนิตา, 2558; พัทธริกา, 2552; รุ่งนภา, 2555)

5. การจัดคั่งยาช่วยเตือน ด้วยหลักศาสนาอิสลามการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติให้สมกับที่ได้รับความเมตตาจากพระเจ้า ดิรมิซีย์, 2554; ฟาซี, 2560) และฝึกทักษะการจดจำให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม เป็นการส่งเสริมการรับรู้ถึงแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (social liberation) ซึ่งจะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น(นันทิกานต์, 2558)

6. การเชิญพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามมาร่วมดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากตามหลักศาสนาอิสลามถือว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามทั้งหมดเป็นญาติพี่น้องกัน (ดิรมิซีย์, 2554) ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามบทบัญญัติศาสนาอิสลาม การให้ความรู้เกี่ยวกับบทบัญญัติ และความสำคัญในการดูแลสุขภาพของมุสลิมที่มีผลต่อความเชื่อและการนับถือของศาสนาอิสลาม และพยาบาลที่รับฟังผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยความเอาใจใส่ มีความเข้าใจ และไม่ตีตรา (Balhith & Purnell, 2014) ซึ่งเป็นกลวิธีการหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) และสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Vyaharkar et al., 2006)

7. การใช้เรื่องเล่าของบุคคลที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 5 ซึ่งสามารถรับประกันยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมาเป็นต้นแบบ ซึ่งเป็นกลวิธีการประเมินผลของพฤติกรรมเดิม ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลอื่น (environmental reevaluation) ที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลจากสถานการณ์จริง มีแนวทางในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Balhith, Mcsherry, & Nilmanat, 2017) และมีสมรรถนะในการดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น (อารีรัตน์, 2557)

8. การใช้สมุดคู่มือและสมุดบันทึกการรับประทานยา เพื่อเป็นการกำกับพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (มุสตอฟา, 2560) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมจดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ

หากรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลาให้เขียนสาเหตุของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงเวลา ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มปัจจัยสนับสนุนและลดอุปสรรคในการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control)

9. การเสริมแรงทางบวก การเสริมแรงบวกเป็นวิธีที่นิยมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้คำชมเชย เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสติมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการให้เสริมเป็นวิธีการที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับที่สุดในการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (กองดุขศึกษาศรมสนับสนุนบริการสุภาพ กระจทรงสาธาณศุข, 2556; Horvath et al., 2012)

จากผลการทดสอบสมมติฐานและการอภิปรายผลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสติ ที่ได้ดัดแปลงชุดกิจกรรมมาจากทฤษฎีแนวความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ โปรชาศกาและคณะ (1997) บูรณาการร่วมกับหลักการดูแลสุภาพตามวิถีอิสลามให้เหมาะสมกับระยะพฤติกรรมที่ 3 นั้น มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสติไปในทางที่ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสติมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีประโยชน์ในการนำมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมและระบบการให้บริการในโรงพยาบาลคล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยได้ศึกษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป แต่ยังไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ มารับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จำนวน 60 ราย ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 30 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาต่างโรงพยาบาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ เป็นผู้มีระยะพฤติกรรมอยู่ในระยะที่ 3 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศาสนาต่อพฤติกรรมมารับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมดกลุ่มละ 4 สัปดาห์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา คู่มือ สมุดบันทึกการรับประทานยา สื่อนำเสนอด้วยภาพนิ่ง ใบพับระสำคัญ ก่อร่างช่วยเตือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา แบบประเมินระยะพฤติกรรม และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20

ราย เพื่อนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) คำนวณหาค่าความเที่ยง มีการกำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ พยาบาลประจำคลินิกทั้ง 2 โรงพยาบาลได้คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) น้อยกว่า 95 และนำมาประเมินระยะพฤติกรรมด้วยแบบสอบถามประเมินระยะพฤติกรรม (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1) การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนา ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ในการเข้าร่วมโปรแกรม ทีมวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสองกลุ่มในระยะเวลาใกล้เคียงกันเริ่มแรกให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ไม่ยินยอมการเข้าร่วมโครงการจำนวน 3 คน โดยจำนวน 2 คน ไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ และอีก 1 คน ไม่อยากเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีให้บุคคลอื่นทราบ การเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา และในสัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลแบบประเมินระยะพฤติกรรม แบบประเมินความสม่ำเสมอ แบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา หลังจากนั้นนำผลวิจัยมาวิเคราะห์และอภิปรายผลในการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีการมาเข้าร่วมช้ากว่าเวลานัด

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.29, p > .05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับ โปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -4.47, p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -26.75, p < .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -29.60, p < .01$)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .44, p > .05$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = .19, p > .05$)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 35.80, p < .01$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.19, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาไปใช้ สามารถใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ที่มีสิ่งแวดล้อมและระบบการให้บริการในโรงพยาบาลคล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา

2. ผู้ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาต้องมีการอบรมและศึกษาโปรแกรมฯ ให้ละเอียดก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง และควรมีพยาบาลมุสลิมในการจัดกิจกรรมตามหลักศาสนาอิสลามในโปรแกรมฯ ในกรณีไม่มีพยาบาลมุสลิมควรจัดให้มีการอบรมพยาบาลเกี่ยวกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจจนสามารถปฏิบัติการทดแทนพยาบาลมุสลิมได้

3. การศึกษางานวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมที่อยู่ในระยะพฤติกรรมที่ 3 กิจกรรมที่อยู่ในโปรแกรมฯ จึงเหมาะกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ แต่ตั้งใจที่จะเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายใน 1 เดือนนี้ และโปรแกรมฯ ใช้

ระยะเวลาในการศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ จึงไม่สามารถประเมินระยะพฤติกรรมตามหลักทฤษฎีแนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาศกษและคณะ (1997) ได้ต่อเนื่องไปถึงระยะพฤติกรรมที่ 5

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่อยู่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ควรรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยนำหลักศษาศนนำไปใช้ในการพยาบาล เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มความสม่าเสมอในการรับประษทนยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม
2. การจัดทำกล่องยาค่อยเตือน สามารถดัดแปลงโดยใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ได้ ในส่วนของซองยาคอวรีใช้ซองยาศีษเพื่อป้องกันแสงในยาด้านไวรัสเอดส์บางชนิด

ด้านบริหาร

ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศษยวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำโปรแกรมไปใช้เป็นแผนงานประจำ โดยเฉพาะเรื่องเครื่องมือช่วยเตือน เพื่อเพิ่มประสิทธิภพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม อีกทั้งยังช่วยเพิ่มผลงานตามตัวชี้วัด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม และให้มีประสิทธิผลมากที่สุด
2. ควรรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศษาศน มาใช้ศษยวิจัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุสลิม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และโรคอื่นๆ เช่น วัณโรค

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). *ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรติกัล*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, ศิริวรรณ พิริยคุณธร, นฤมล ตีระพัฒน์, และปราณี เลี่ยมพุทททอง. (2559). *การพัฒนา รูปแบบการใช้แนวคิดเป้าหมายในชีวิตและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของวัยรุ่นไทย*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 111-130.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร.
- กรมควบคุม. (2560). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค. (2557). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค. (2560). *โรคเอดส์*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2561, จาก https://voicetv.co.th/read/HJ_Af90IG
- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). *สถานการณ์เอชไอวีและเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2559*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2561, จาก <http://203.157.15.110/boe/getFile.php?id=NjEy&lbt=c2l0&rid=ZmlsZXNfdXBsb2FkL3N1cnZlaWxsYW5jZQ==>
- กรมพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย. (2560). *รายงานคุณภาพชีวิตคนไทย 2560*. วันที่ค้นข้อมูล 26 กรกฎาคม 2561, จาก <http://rdic.cdd.go.th/bmn-service>
- อนามัยโลก. (2552). *โรคเอดส์*. วันที่ค้นข้อมูล 28 สิงหาคม 2560, จาก <https://sites.google.com/site/payhasingwaedlxmff2001/home/rokh-xeds>
- กนิษฐา นาคะ, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2559). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา. บริษัท นีโอพ้อยท์.
- โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ. (2013). *สถานการณ์ปัญหาเอดส์ระดับโลก 2015*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2561, จาก www.boe.moph.go.th/files/report/20151130_35157006.pdf

- จาฤดี กองพล. (2554). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬา ช่วยเมือง. (2552). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, 21(2), 100-117.
- ชนกพร ศรีประสาน. (2551). *ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขณะได้รับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สัญชัย ชาสมบัติ, และพีระมน นิงสานนท์. (บรรณาธิการ). (2547). *โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. นกาสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.
- ซารีป๊ะ ดอเลาะ. (2553). *การรับรู้การตีตราและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- ซุฟอัม อุษมาน. (2550). *การขอคู่ออหรือการขอพรต่ออัลลอฮ์*. วันที่ค้นข้อมูล 16 มีนาคม 2559, จาก islamhouse.com/th/articles/57576/.
- ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์. (2553). *ผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดาร์รัตน์ บุญไชยสุริยา. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมตามแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.

- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่ม
ระดับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.*
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริมิษฐ์ อิบนามายะฮ์. (2554). *หลักการดูแลสุขภาพของศาสนาอิสลาม.* วันที่ค้นข้อมูล.
3 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.pharmyaring.com/.../islamic_health%20care.ppt
- ทัศนีย์ หลิวเสรี. (2547). *คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่.* เชียงใหม่: ชัยพระ
เกียรติการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ชันทอง. (2555). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการ
ตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน.* วิทยานิพนธ์
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทีม CQI คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์. (2557). *การส่งเสริมความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาด้านไวรัส.* งานคุณภาพ โรงพยาบาลโคกโพธิ์.
- ทีม R2R คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลโคกโพธิ์. (2558). *การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
มุสลิมต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในมุมมองด้านตนเอง พยาบาล และครอบครัว.*
งานคุณภาพ โรงพยาบาลโคกโพธิ์.
- ธนิดา โอพาริชาติ. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม
สุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง.*
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นภาพรณ บัวพันธ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร
และระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง.*
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (บรรณาธิการ). (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.*
(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดียร์ จำกัด.
- บวรรัตน์ อังศุวัฒนากุล, และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2557). *การพัฒนาจลาภาพสำหรับผู้ป่วยที่
ไม่รู้หนังสือ ตอนที่ 1: วิธีการรับประทานยาเม็ด. วารสารเภสัชกรรมไทย, 6(1), 41-60*

- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). *การพยาบาลขั้นสูงสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในยุคยาต้านไวรัสเอดส์*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- ประพนธ์ บุญชัย. (2553). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์* โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี . วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พัชราภรณ์ อารีย์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และสถิต วงศ์สุระประกิต. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. *พยาบาลสาร*, 40, 14-22
- พัชรี จันพิงษ์, พีระมน นิงสานนท์, ธิดาพร จิรวัฒนะไพศาล, เพียว กิจสนาโยธิน, พรเทพ สวนดอก, และปานิตา ปทีปวนิช. (2549). *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พัทธริกา ศรีบุญมาก. (2551). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลาปางจังหวัดลาปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, ประณีต ส่งวัฒนา, และลดาวลัย ประทีปชัยกุล. (2547). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 19(2), 1-13.
- พรพงศ์ กิ่งวัฒนกุล. (2553). *ยาต้านไวรัส HIV*. วันที่ค้นข้อมูล 4 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=149>.
- ฟาซี บาห์ลิ่ง. (2560). *การพัฒนาคู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของมุสลิมที่เป็นเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- มัสลัน มาหามะ. (2552). *อิสลาม วิถีแห่งชีวิต*. วันที่ค้นข้อมูล 25 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://islamhouse.com/th/books/222847/>.

- มุตตอพา ซิ. (2560). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมและ
ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดและ
ระดับคอเลสเตอรอลรวมของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.
สงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่งนภา ลีมีลิขิต. (2555). ผลของ โปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแล
สุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
สงขลา.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์: สรุปรบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, กอบเกียรติ ดอนสกุล, เพ็ญศรี มโนวิชิตสรณ์, ยุทธศักดิ์ โสสถธนากร,
สมบุญรณ์ ต้นศุภสวัสดิ์กุล, และสมศักดิ์ ราบรื่น. (2546). การประเมินผล
โครงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิด
พร้อมกันในเขต 9. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 12(1), 138-143.
- ศุภชัย ฤกษ์งาม. (2546). ผลของการใช้ยา ARV ต่องานระบาดวิทยาโรคเอดส์สำนักโรคเอดส์
วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
รายงานประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงบริการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เล่ม 1 การทบทวนเอกสาร.
นนทบุรี.
- ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส
และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาบัณฑิตสาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพมหานคร.

- สัญญาชัย ชาสมบัตติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, พรทิพย์ ยุกตานันท์. (บรรณาธิการ). (2547).
แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย
 ไทย ปี พ.ศ. 2547. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
 สำนักงานวัฒนธรรม (2556). *ชาวไทยมุสลิม*. วันที่ค้นข้อมูล 31 สิงหาคม 2558,
 จาก <http://www.m-culture.go.th/phichit/index.php>
- สำนักกระบวนวิชา. (2559). *สถานการณ์เอชไอวีและเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2559*.
 วันที่ค้นข้อมูล 24 เมษายน 2561, จาก <http://203.157.15.110/boe/getFile.php?id=NzI1&lbt=c210&rid=ZmlsZXNfdXBsb2FkL3N1cnZlaWxsYW5jZQ>
- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา*
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
 ขอนแก่น.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). *ตำราการรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและ*
การป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- สุรเดช มงคลปทุมรัตน์. (2548). *ผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้าน*
ไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการเขต,*
12, 83-84.
- สมนึก สังฆานุภาพ. (2551). *การเคี่ยวต้มน้ำเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก*.
 กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน*
ไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารโรคเอดส์*, *19* (1), 48-62.
- อับดุลเลาะ การีนา, และสมเจดต์ นาคเสวี. (2551). *การยึดมั่นในหลักศาสนาของชาวไทยมุสลิม*.
 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อัญญาณ์ สมุห์เสณีโต, และชไมพร อ่อนเกตุพล. (2558). *ชีวิตทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ*
ผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชนมุสลิมจังหวัดยะลา. วันที่ค้นข้อมูล 2 มกราคม 2559, จาก
http://www.thaipopulation.org/Stable/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=287&Itemid=81.

- อารีรัตน์ คมสวน. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2555). แนวคิดระยะการเปลี่ยนแปลง. ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อารี จำปากลาง. (2540). *โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อิสมาอีลลุดดี จะปะเกีย. (2556). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารทหารบก*, 65(2), 95-102
- Able, E., & Painter, L. (2003). Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*, 14, 61-69.
- Bakken, S., Holzemer, W. L., & Brown, M. A. (2000). Relationships between perception of engagement with healthcare provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care STDs*, 14, 189-197.
- Balthip, Q., Marguerite, J., & Purnell, M.J. (2014). Pursuing Meaning and Purpose in Life Among Thai Adolescents Living With HIV: A Grounded Theory Study. *JANEC*, 1-12.
- Balthip, K., Mcsherry, W., & Nimanat, K. (2017). Spirituality & Dignity of Thai Adolescents Living with HIV. *Religions*, 8, 257-274.
- Chesney, M.A. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral, *Clinical Infectious Diseases*, 30(2), 171-176.

- Conn, V.S., Hafdahl, R.A., Cooper, S. P., Ruppar, M. T., Mehr, R. D., & Russell, L. C. (2009). Intervention to improve medication adherence among older adult: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trial. *The Gerontologist, 49*(4), 447-462.
- Duncan Smith-RohrbergMaru, Robert Douglas Bruce and Frederick Altice. (2009). *Persistence of Virological Benefits Following Directly Administered Antiretroviral Therapy Among Drug Users: Results From a Randomized Controlled Trial*. Retrieved June 30, 2013, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670996/>.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., & Journot, V. (2001). The APROCO Study Group: Self-reported symptom after initiation of a proteas inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinicals, 2*, 38-45.
- Eldred, L. J., Wu, A. W., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 117-125*.
- Gordillo, V., Delamo, J., Soriano, V., & Gonzalex-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS, 13*, 1763-1769.
- Hacihasanoglu, R., Gozum, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and B MIina primary health care setting. *Journal of ClinicalNursing, 20*, 692-705.
- Horvath T, Azman H, Kennedy GE, & Rutherford GW. (2012). *Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection (Review)*. Retrieved June 25, 2013, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419345>.
- Ingrid T Katz, Annemarie E Ryu, Afiachukwu G Onuegbu, Christina Psaros, Sheri D Weiser, David R , Bangsberg, & Alexander C Tsai. (2013). *Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis*. Retrieved June 10, 2013, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.7448/IAS.16.3.18640>.

- Jane M. Simoni, Wei-Ti Chen, & Fujie Zhang. (2011). *A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Nurse-Delivered Medication Adherence Intervention Among HIV-Positive Outpatients Initiating Antiretroviral Therapy in Beijing, China*. Retrieved June 2, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20957423>.
- Llabre, M. M., Weaver, K. E., Duran, R. E., Antoni, M. H., McPherrson-Baker, S., & Schneiderman, N. (2006). A measurement model of medication adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and its relation to viral load in HIV-positive adults. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(10), 701-711.
- McDonnell Holstad, M. K., Pace, J. C., De, A. K., & Ura, D. R. (2006). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2, 4-15.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergisi, E., & Squieri, C. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 4, 21-30.
- Paterson, D. L., Potoski, B., & Capitano, B. (2002). Measurement of adherence to antiretroviral medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 31, S103-S106.
- Pranee, L., Chanawit, C., Nipatcha, R., Niramom, K., Burin, R., & Nalinee, P. (2009). Medication Adherence among HIV-infected Patients, *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 4(2), 202-207.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing For Good: A Revolutionary Six-state Program For Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books.
- Rubio, M., Pedeboscq, S., Ekouevi, D., Zalabadi, K., Chene, G., & Bonarek, M. (2005). The adherence to antiretroviral treatment evaluation from a hospital pharmacy: Importance of the protease pharmacological class. *International Journal of STDs & AIDS*, 16(5), 379-382.
- Samuel, A., Olowookere, Akinola, A., Fatiregun, Joshua, O., Akinyemi, Afolabi, E., Bamgboye, Gordon, K., & Osagbemi. (2008). Prevalence and determinants of Nonadherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Ibadan, Nigeria, *J Infect Developing Countries*, 2(5), 369-372.

- Tulatong, S. (2004). *Affective factors to medication adherence among patients receiving highly Active Antiretroviral therapy (HAART)*. Unpublished Mater thesis of nursing science (community health nursing) Mahidol University, Bangkok.
- Vyaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Phillips, K. D., Murdaugh, C., & Jackson, K. (2006). Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the Southeastern United State. *AIDS Patient Care & STDs*, 21, 667-680.
- Wantana, M., Ong-On, P., & Pichai, S. (2012). Effects of Motivational Interviewing or an Educational Video on Knowledge about HIV/AIDS, Health Beliefs and Antiretroviral Medication Adherence among Adult Thais with HIV/AIDS, *Pacific Rim International Journal of Nursing Reserch*, 16(2), 124-137.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของกลาส (Glass, 1976 อ้างตาม บุญใจ, 2547)

$$d = \frac{\overline{XE} - \overline{XC}}{SDc}$$

d	คือ	ขนาดอิทธิพล
\overline{XE}	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\overline{XC}	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SDc	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของพรทิพย์ (2546) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

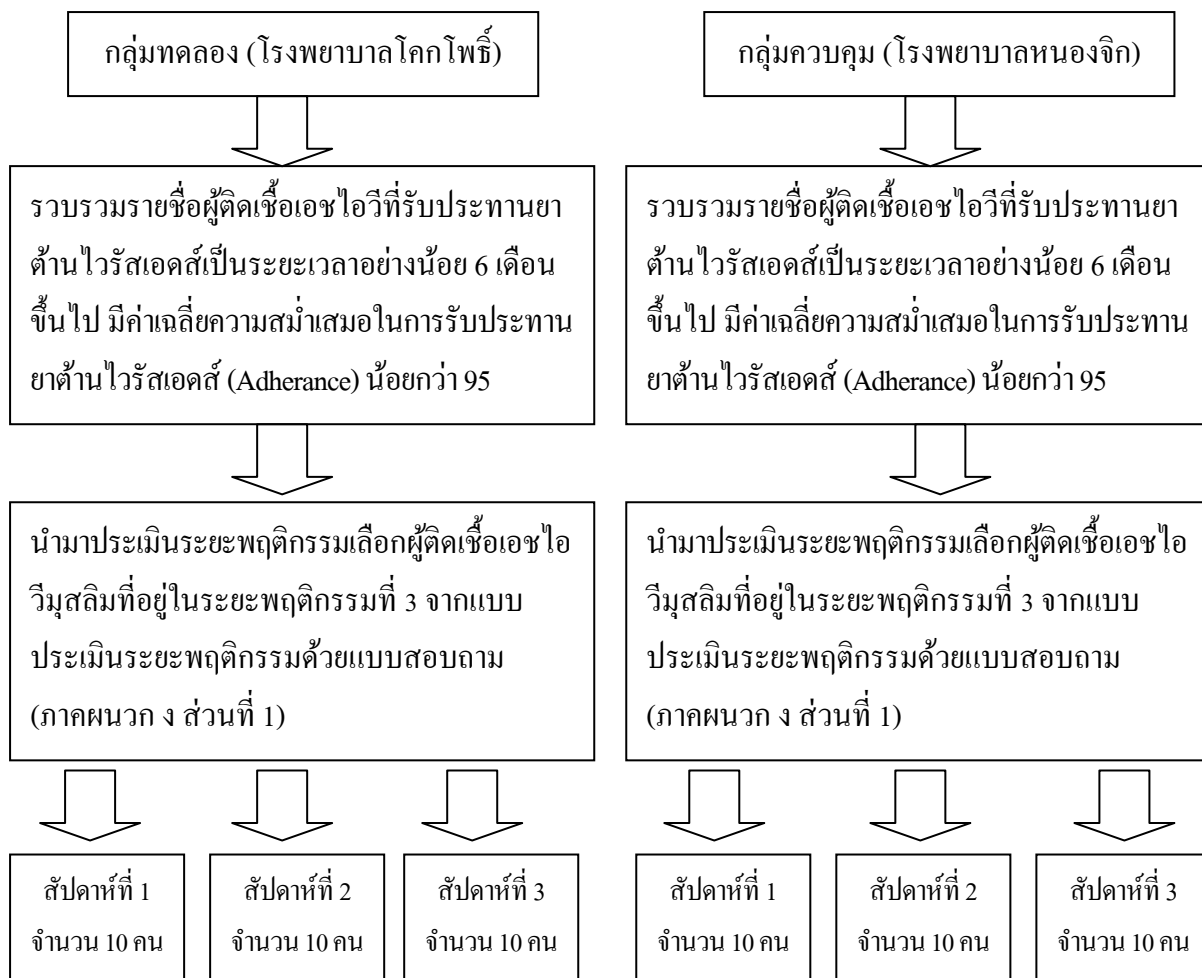
$$\overline{XE} = 25.20 \quad \overline{XC} = 23.36 \quad SDc = 2.46$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad d &= \frac{25.20 - 23.36}{2.46} \\ &= 0.74 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27.48 ป้อนกลุ่มตัวอย่างอาจออกระหว่างการศึกษา ร้อยละ 30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมดจำนวน 60 ราย โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาคนละโรงพยาบาลกัน

ภาคผนวก ข

การจัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาคผนวก ก
ใบพิกษัณฐิทธิของลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบฟอร์มพิกษัณฐิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (ลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และท่านจะได้รับการพยาบาลจากคลินิกติดตามการรักษาของท่านตามปกติ ดังนั้น การตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นสิทธิของท่านและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะมีการนัดพบกับท่านจำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 (วันแรก) และสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม และจะสามารถบอกเลิกการเป็นลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน)

ผู้วิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และท่านจะได้ความรู้และมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ท่านกำลังอยู่ระยะเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีการพูดคุยกับผู้วิจัยเป็นรายบุคคล อาจมีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของท่าน ผู้วิจัยจะมีการประสานงานกับพยาบาลที่ห้องให้คำปรึกษาให้กับท่าน โดยเฉพาะถ้าพิจารณาแล้วว่าเกินความสามารถที่รับผิดชอบ จะมีการส่งต่อไปให้แพทย์เป็นผู้ดูแลรักษาต่อไป ดังนั้น การตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิของท่าน และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ จะมีการนัดพบกับท่านจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม และจะสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวอัจฉราพร สหวิริยะสิน)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง : เรื่องผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการ
รับประทานยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

วันที่...../...../2559

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระยะพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้
ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระยะ TTM (สำหรับถามในวันแรก)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ด้านหน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

1. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอหรือไม่

- ใช่ ฉันได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างจริงจังและทำมานานมากกว่า 6 เดือน
- ใช่ ฉันรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ แล้ว แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน
- ไม่ใช่ (ถ้าตอบว่าใช่ ให้ไปทำข้อ 2 ต่อ)

2. คุณคิดว่า คุณจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างไร

- ฉันตั้งใจจะเริ่มคิดที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องภายใน 1 เดือนนี้
- ฉันยังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และคิดว่าจะเริ่มรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องภายใน 6 เดือนข้างหน้า
- ฉันยังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และคิดว่ายาไม่มีความสำคัญมากในการรักษาของฉัน

หมายเหตุ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาทุกวัน ตรงเวลา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำชี้แจง กรุณาเติมค่าลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย √ ลงใน และเติมค่าลงในช่องว่าง

ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ชื่อ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

2. เพศ หญิง ชาย

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพสมรส

โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพในปัจจุบัน

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

พ่อบ้าน/แม่บ้าน เกษตรกรรม/ประมง รับจ้าง

อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. รายได้ต่อเดือนของครอบครัวของท่าน.....บาท/เดือน

8. ระยะทางจากบ้านมารับยาที่โรงพยาบาล.....กิโลเมตร

9. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่อครั้ง.....บาท

10. ท่านรู้สึกสะดวกในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลหรือไม่

สะดวก ไม่สะดวก

11. การใช้สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของท่าน

จ่ายเอง เบิกได้

บัตรทอง (30 บาทรักษาทุกโรค) ประกันสังคม

12. เมื่อท่านเจ็บป่วยใครเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ไม่มี
- มีคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร
- พี่น้อง ญาติ เพื่อน อื่น ๆ ระบุ.....
13. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
14. ท่านเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของท่านกับคนใกล้ชิดและไว้วางใจได้
- เปิดเผย คือ..... ไม่เปิดเผย
15. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- อยู่คนเดียว บิดา มารดา สามี ภรรยา
- บุตร พี่น้อง ญาติ เพื่อน อื่น ๆ ระบุ.....
16. เมื่อท่านไม่สามารถมารับยาที่โรงพยาบาลได้ มีคนมารับยาแทนท่านหรือไม่
- มี คือ..... ไม่มี
17. ที่บ้านท่านมีโทรทัศน์หรือไม่
- มี . ไม่มี
- 17.1 (จากข้อ 17 หากตอบว่ามี) ท่านเคยใช้เสียงจากโทรทัศน์ช่วยเตือนการกินยาบ้างหรือไม่
- เคย . ไม่เคย
18. ท่านมีโทรศัพท์มือถือใช้หรือไม่
- มี . ไม่มี
- 18.1 (จากข้อ 18 หากตอบว่ามี) ท่านเคยใช้เสียงจากโทรศัพท์ช่วยเตือนการกินยาบ้างหรือไม่
- เคย . ไม่เคย
19. ท่านได้ยินเสียงอาซานทุกครั้งหรือไม่
- ใช่ . ไม่ใช่
- 19.1 (จากข้อ 19 หากตอบว่ามี) ท่านเคยใช้เสียงอาซานช่วยเตือนการกินยาบ้างหรือไม่
- เคย . ไม่เคย

20. ท่านมีการละหมาดฟัรฎู(การละหมาด 5 เวลา) บ้างหรือไม่

มี ไม่มี

20.1 (จากข้อ 20 หากตอบว่ามี) ท่านละหมาดบ่อยแค่ไหน

.....ทุกวัน

.....แล้วแต่ความรู้สึก ที่อยากจะละหมาด

.....อื่นๆ (ระบุ).....

21. มีความเชื่อว่า “การศุอ์รอพรจากพระเจ้าทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น”

ใช่ ไม่ใช่

22. เคยทำศุอ์รอพรบ้างไหม

เคยทำ ไม่เคยทำ

22.1 (จากข้อ 22 หากตอบว่าเคยทำ) ส่วนใหญ่จะศุอ์รอพรเรื่องอะไร

.....

22. 2 (จากข้อ 22 หากตอบว่าเคยทำ) เคยทำศุอ์รอพรเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา

ต่อเนื่อง ตรงเวลา ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนบ้างไหม

เคยทำ ไม่เคยทำ

22.2.1 (จากข้อ 22.2 หากตอบว่าเคยทำ) ทำศุอ์รอพรเกี่ยวกับเรื่องการ

รับประทานยาบ่อยแค่ไหน

ทำทุกครั้งที่ยินยา

ทำทุกวัน

ทำเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

อื่นๆ.....

23. ท่านติดเชื่อเอชไอวีมานานเท่าไร.....(เดือน/ปี)

วัน/เดือน/ปี ที่รู้ผลการติดเชื่อเอชไอวี.....

24. ท่านติดเชื่อเอชไอวีจากใคร

จากแม่

จากคู่สมรส

จากคู่นอนชั่วคราว

จากเพื่อน เนื่องมาจากใช้เข็มร่วมกัน

อื่นๆ โปรดระบุ.....

25. ท่านติดเชื้อเอชไอวีทางใด

- จากการถ่ายเลือด
- จากการใช้เข็มร่วมกัน
- จากเพศสัมพันธ์
- จากแม่สู่ลูก
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
มุสลิม

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม ตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง เกิดขึ้นจริง เพื่อผลของการรักษาที่ดีและถูกต้อง
ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง

1. สูตรยาที่ท่านรับประทานคือ.....
2. จำนวนครั้งที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์.....ครั้ง/วัน
เวลารับประทานยาคือ.....น. และ.....น.
3. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านขาดยาไป.....ครั้ง
ถ้าหากท่านขาดยา สาเหตุของการขาดยาคือ.....
4. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาเกิน 30 นาทีขึ้นไป.....ครั้ง
ถ้าหากท่านกินยาเลยเวลา สาเหตุของการกินยาเลยเวลาคือ.....

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาสม่ำเสมอใน 1 เดือน} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน}}$$

= _____ =

5. ท่านเคยหยุดการรับประทานยาเองหรือไม่

- เคย.....เดือน ไม่เคย

5.1 (จากข้อ 5 ถ้าหากท่านเคยหยุดยา) โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

- ท่านหยุดยาหลังจากท่านเริ่มรับประทานยาได้ไม่ถึง 6 เดือน
- ท่านหยุดยาหลังจากท่านเริ่มรับประทานยาได้มากกว่า 6 เดือน หรือ 6 เดือนพอดี

5.2 (จากข้อ 5 ถ้าหากท่านเคยหยุดยา) สาเหตุของการหยุดยา คือ

- ยุ่งไม่มีเวลา
- ติดภาระกิจที่ต่างจังหวัด
- เมื่อกินยาไปสักกระยะหนึ่งเมื่ออาการดีขึ้นแล้ว คิดว่าโรคหายแล้วจึงหยุดกินยา
- ลืมรับประทานยา
- เบื่อหน่ายในการกินยา
- เกิดจากอาการข้างเคียงของยา
- ไม่เปิดเผยผลเลือด ต้องหลบๆซ่อนๆในการกินยา
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

- กังวล
- เฉย ๆ
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. ท่านเคยมีอาการแพ้ยา หรือ ไม่

- เคย
- ไม่เคย

7.1 (จากข้อ 7 หากตอบว่าเคยแพ้ยา) อาการแพ้ยาของท่านคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ผื่นขึ้น
- อาเจียน
- เหนื่อยง่าย
- ปวดท้อง
- เพ้อ
- หายใจไม่ออก
- คลื่นไส้
- ผื่นร้ายหรือเห็นภาพหลอน

7.2 (จากข้อ 7 หากตอบว่าเคยแพ้ยา) ท่านทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการแพ้ยา

- ขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่
- หยุดยาเอง
- อื่น ๆ ระบุ.....

8. ท่านเคยได้รับความรู้การดูแลตัวเองเมื่อแพ้ยาหรือไม่

- เคย
- ไม่เคย

8.1 (จากข้อ 8 หากตอบว่าเคยได้รับความรู้) ท่านเคยได้รับความรู้จากใคร
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- แพทย์
- เกษีษกร
- พยาบาล
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติคนของท่าน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ให้ตรงกับข้อมูลของท่านเพียงคำตอบเดียว

ประจำทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นนานๆครั้ง
ปฏิบัติไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ท่านมีวิธีปฏิบัติในการใช้ยาอย่างไร	การปฏิบัติใน 6 เดือนที่ผ่านมา				
	ประจำ ทุกครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. การรับประทานยาด้านไวรัสได้ถูกต้อง					
1.1. ท่านรับประทานยาด้านไวรัสเอ็ดส์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามชนิด และขนาดของตัวยาทุกมื้อ					
1.2. ท่านรับประทานยาด้านไวรัสเอ็ดส์ได้ตรงเวลาทุกวัน					
1.2.1 ท่านได้ใช้เครื่องมือหรือเสียงช่วยเตือนเวลา เพื่อให้รับประทานยาได้ตรงเวลา					
1.2.2 หากท่านต้องปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยา ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อปรับยาให้ท่านทุกครั้ง					
2. การรับประทานยาด้านไวรัสเอ็ดส์ได้อย่างสม่ำเสมอ ครบทุกมื้อ					
2.1. ในกรณีที่ท่าน ไม่ได้อยู่บ้าน หรือต้องเดินทางไกล ท่านได้ตรวจสอบ และจัดเตรียมให้มียาด้านไวรัสเอ็ดส์กิน ครบทุกมื้อ					
2.2. หากไม่ได้อยู่บ้าน หรือต้องเดินทางไกล และไปจน เลยกำหนดการมารับยาท่าน โทรแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อรับยา ก่อนกำหนด หรือโทรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ส่งยาไปให้					

ท่านมีวิธีปฏิบัติในการใช้ยาอย่างไร	การปฏิบัติ				
	ประจำ ทุกครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
3. การปรึกษาเจ้าหน้าที่ หรือพยาบาลประจำคลินิก 3.1 กรณีที่ท่านได้รับผลข้างเคียงจากยาระยะยาว (ไขมัน ย้ายที่ นอนไม่หลับ/ฝันร้าย/มีนสิริระะ) 3.2 เกิดอาการแพ้ยา (ผื่นขึ้นหลังรับประทานยา) 3.3 กรณีอื่น ๆ ถ้ามี โปรดระบุ.....					

ภาคผนวก จ

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ($n1 = 30, n2 = 30$)

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	($n1 = 30$)	($n2 = 30$)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะทางการมารับยา (กิโลเมตร)		
ระยะทางต่ำสุด-สูงสุด, ค่าเฉลี่ย, ค่ากึ่งกลาง (SD)	2-38, 8.50, 4.50 (9.89)	3-23, 7.40, 5 (5.23)
ระยะทาง (กลุ่ม)		
0.00-7.99 กิโลเมตร	19 (63.33)	19 (63.33)
8.00-15.99 กิโลเมตร	7 (23.33)	9 (30.00)
16.00-23.99 กิโลเมตร	1 (3.33)	2 (6.67)
≥ 24 กิโลเมตร	3 (10.00)	0 (0.00)
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)		
ค่าใช้จ่ายต่ำสุด-สูงสุด, ค่าเฉลี่ย, ค่ากึ่งกลาง (SD)	10-100, 35.67, 25 (22.54)	20-100, 47.33, 45 (23.33)
ค่าใช้จ่าย(กลุ่ม)		
≤ 20.00 บาท	1 (3.33)	0 (0.00)
21.00-40.00 บาท	22 (73.33)	15 (50.00)
41.00-60.00บาท	5 (16.67)	10 (33.33)
61.00-80.00 บาท	0 (0.00)	4 (13.33)
> 80.00 บาท	2 (6.67)	1 (3.33)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n1 = 30)	(n2 = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ (ปี)ระยะเวลาติดเชื้อ ต่ำสุด-สูงสุด, ค่าเฉลี่ย, ค่ากึ่งกลาง (SD)	3-14, 7.37, 7 (2.77)	4-12, 7.33, 6.5 (2.58)
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ(กลุ่ม)		
≤ 5.00 ปี	7 (23.33)	8 (16.67)
5.01-10.00 ปี	19 (63.33)	17 (36.67)
10.01-15.00 ปี	4 (13.33)	5 (23.33)
สาเหตุของการติดเชื้อ		
ทางเพศสัมพันธ์/ไม่ใช่ถุงยาง	19 (63.33)	20 (66.67)
จากการใช้เข็มร่วมกัน	11 (36.67)	10 (33.33)
การเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อ		
เปิดเผย	25 (83.33)	26 (86.67)
ไม่เปิดเผย	5 (16.67)	4 (13.33)
เปิดเผยการติดเชื้อกับใคร		
สามี/ภรรยา	20 (80.00)	23 (88.46)
พี่น้อง	4 (16.00)	6 (23.08)
บิดา/มารดา	3 (12.00)	2 (7.69)
บุตร	1 (4.00)	3 (11.54)
การอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว		
มี	24 (80.00)	25 (63.33)
ไม่มี	6 (20.00)	5 (16.67)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n1 = 30)	(n2 = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อาศัยอยู่ร่วมกับใครในครอบครัว		
สามี/ภรรยา	20 (83.33)	23 (92.00)
บุตร	16 (66.67)	23 (92.00)
บิดา/มารดา	5 (20.83)	8 (32.00)
พี่น้อง	3 (12.50)	3 (12.00)
คนดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
มี	25 (83.33)	26 (86.67)
ไม่มี	5 (16.67)	4 (13.33)
ใครดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
สามี/ภรรยา	20 (80.00)	23 (88.46)
บุตร	13 (52.00)	23 (88.46)
บิดา/มารดา	5 (20.00)	8 (30.77)
พี่น้อง	5 (20.00)	5 (20.00)
คนมารับยาแทน		
มี	25 (83.33)	26 (86.67)
ไม่มี	5 (16.67)	4 (13.33)
ใครมารับยาแทน		
สามี/ภรรยา	20 (80.00)	22 (84.62)
พี่น้อง	4 (16.00)	6 (23.08)
บิดา/มารดา	2 (8.00)	1 (3.85)
เพื่อน	0 (0.00)	1 (3.85)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n1 = 30)	(n2 = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูตรยาที่ท่านรับประทาน		
GPO Z 250	11 (36.67)	11 (36.67)
GPO VIR S 30	6 (20.00)	6 (20.00)
EFV,LTV	6 (20.00)	5 (16.67)
EFV,3TC,AZT	4 (13.33)	4 (13.33)
LPV/r,TDF,3TC	3 (5.00)	4 (13.33)
จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน		
1 เม็ด	17 (56.67)	17 (56.67)
2 เม็ด	6 (20.00)	5 (16.67)
> 2เม็ด	7 (23.33)	8 (26.67)
ระยะเวลาของการรับประทานยา		
(ปี) ระยะเวลาของกรรับประทานยาค่ำสุด- สูงสุด, ค่าเฉลี่ย,ค่ากึ่งกลาง (SD)	3-14, 7.23, 7 (2.53)	4-12, 7.33, 6.5 (2.58)
ระยะเวลาของการรับประทานยา		
(กลุ่ม)		
≤5.00 ปี	7 (23.33)	8 (26.67)
5.01-10.00 ปี	20 (66.67)	17 (56.67)
10.01-15.00 ปี	3 (10.00)	5 (16.67)
เคยมีอาการข้างเคียงของยา		
เคย	18 (60)	13 (43.33)
ไม่เคย	12 (40)	17 (56.67)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n1 = 30)	(n2 = 30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
หากเคยมีอาการข้างเคียงของยามี		
อาการยังง		
เพื่อย	7 (23.33)	6 (20.00)
ผื่นร้ายหรือเห็นภาพหลอน	7 (23.33)	6 (20.00)
ผื่นขึ้น	5 (16.67)	1 (3.33)
คลื่นไส้	2 (6.67)	1 (3.33)
การดูแลเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา		
ขอคำปรึกษา	14 (77.78)	10 (76.92)
หยุดยาเอง	4 (22.22)	3 (23.08)
สาเหตุของการขาดยา		
ลืมรับประทานยา	28 (93.33)	29 (96.67)
ยุ่งไม่มีเวลา	10 (33.33)	13 (43.33)
เบื่อหน่ายในการกินยา	8 (26.67)	9 (30.00)
คิดว่าหายแล้วจึงหยุดกินยา	8 (26.67)	7 (23.33)
ติดภารกิจที่ต่างจังหวัด	6 (20.00)	5 (16.67)
เกิดจากอาการข้างเคียงของยา	5 (16.67)	3 (10.00)
ไม่เปิดเผยผลเลือด	5 (16.67)	2 (6.67)

ภาคผนวก ฉ

ข้อมูลเครื่องมือช่วยเตือนในการรับประทานยา การทำคู่มือขอพร ความสม่ำเสมอและระยะ
พฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ของกลุ่มทดลอง

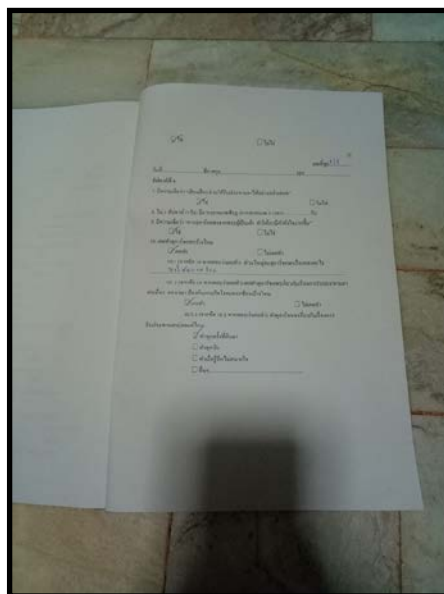
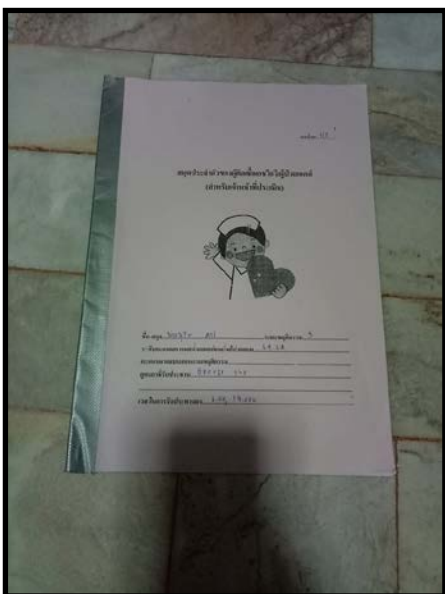
ตาราง 9

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครื่องมือช่วยในการรับประทานยา การทำ
คู่มือขอพร ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระยะพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ($n1 = 30$)

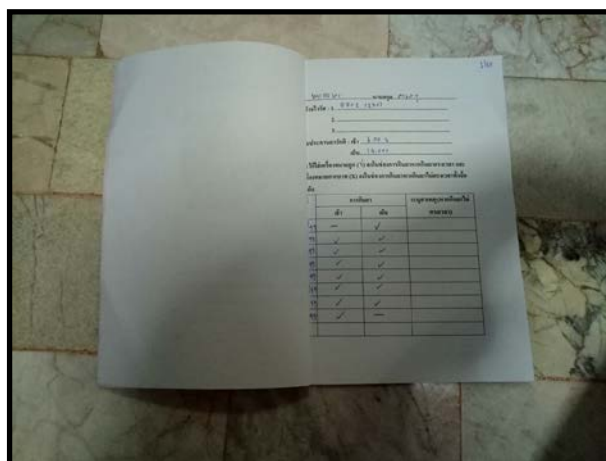
เรื่อง	ก่อนทดลอง	ระหว่างการทดลอง		หลังทดลอง
	($n1 = 30$)	(n1 = 30)		($n1 = 30$)
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
เครื่องมือช่วยเตือน				
ใช้	7 (23.33)	30 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)
ไม่ใช้	23 (76.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
เครื่องมือช่วยเตือน				
โทรศัพท์	2 (6.67)	6 (20.00)	6 (20.00)	6 (20.00)
โทรศัพท์	4 (13.33)	15 (50.00)	14 (46.67)	14 (46.67)
เสียงอาชาน	1 (3.33)	9 (30.00)	10 (33.33)	10 (33.33)
การทำคู่มือขอพรเรื่องรับประทานยา				
ทำทุกครั้งที่ยินยา	1 (3.33)	30 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)
ทำทุกวัน	4 (13.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ไม่เคยทำ	25 (83.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอ	64-82, 72.34,	100-100, 100,	100-100, 100,	100-100, 100,
ต่ำสุด-สูงสุด, ค่ากึ่งกลาง, ค่าเฉลี่ย (SD)	73.06 (4.99)	100 (0.00)	100 (0.00)	100 (0.00)
ระยะพฤติกรรม				
ระยะ 3	30 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระยะ 4	0 (0.00)	30 (100.00)	30 (100.00)	30 (100.00)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทำกิจกรรมในโปรแกรม

ข.1 คู่มือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

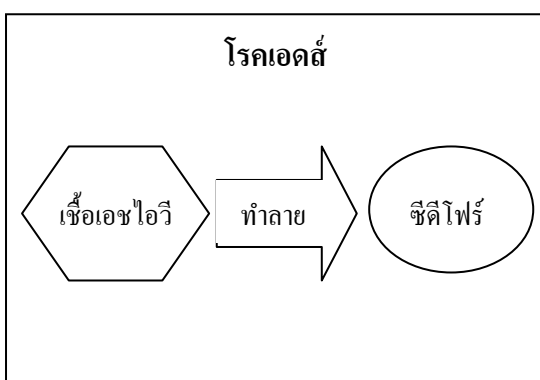
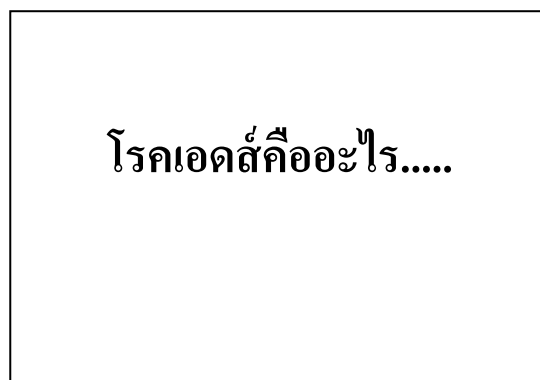


ข.2 สมุดบันทึกการรับประทานยา



ช.3 สื่อการสอน (power point)

ช. 3.1 การนำเสนอภาพนิ่งเพื่อให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
มีการนำเสนอภาพนิ่งเรื่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกรู้สึก โดยมียาละเอียดดังนี้



เทคนิคช่วยจำไม่ให้ลืมเวลาในการรับประทานยา

-ใช้เสียงช่วยเตือน เพื่อเตือนเวลาในการรับประทานยาตามความเหมาะสมของเวลารับประทานยาของแต่ละคน โดยใช้สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เราช่วยเตือน เช่น

1. เสียงรายการต่างๆจากโทรทัศน์
2. เสียงชาชาน
3. เสียงปลุกจากโทรศัพท์

คุณจะเลือกวิธีใด ???



ช.3.2 หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

หลักคำสอนศาสนาอิสลาม



ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

มีการบัญญัติ/กล่าวไว้
ในดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง...

ศาสนาอิสลามกับการดูแลสุขภาพ

“ผู้ใดตื่นเช้าขึ้นมามีความสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจที่สงบร่มเย็น ไม่มีความวิตกกังวล ทุกข์ร้อน มีอาหารสำหรับบริโภคนั้นวันนั้น ก็ประหนึ่งว่าเขาผู้นั้นได้ครอบครองโลกไว้ทั้งโลก” วอนะของท่านศาสดาย่อมสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อเรื่องสุขภาพะ โดยถือว่านั้นคือความโปรดปรานอันสูงสุดที่มนุษย์พึงได้รับจากพระองค์อัลลอฮ์

การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเจ็บป่วยแล้วควรบำบัดรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า... “จงรักษาเถิด แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำยามา เพื่อการบำบัดลงมด้วย ยกเว้นโรคเดียวที่ไม่มียารักษาโรค คือ โรคชรา”

(บันทึกโดย อัลบุคอรี และมุสลิม)

เมื่อป่วยด้วยโรคเอดส์....

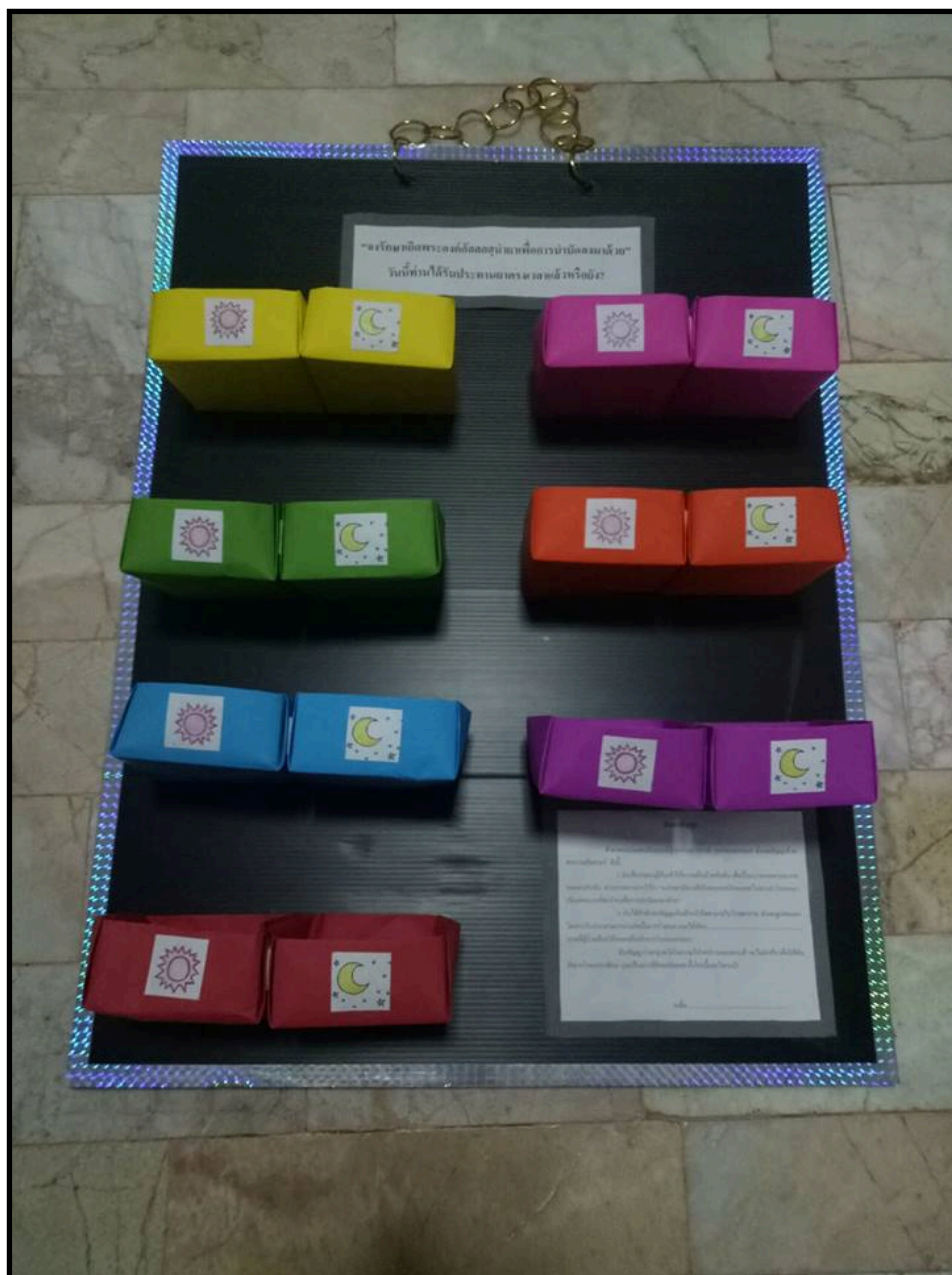
การเจ็บป่วยในครั้งนี้เกิดจากความเมตตาและบททดสอบของพระเจ้าผู้เป็นเจ้า เมื่อมีความเจ็บป่วยแล้วจะต้องดูแลรักษา เพราะเป็นหน้าที่ และห้ามท้อแท้ เพื่อที่จะให้ผ่านบททดสอบจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้า (ศรีมีซีย์, 2554: อิสมาอีลสุคฟี, 2556)

ดังนั้นเมื่อติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ ต้องมีการบำบัดรักษา โดยไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม



ขอบคุณค่ะ

ช.4 กล่องยาช่วยเตือน



ช.5 บุคคลตัวอย่างที่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

เรื่องของบังหมาน

บังหมานเป็นผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ บังได้นำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาใช้ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้สม่ำเสมอ ดังคำพูดที่ว่า "บังคิดว่าเมื่อเราทำผิด จะถูกพระเจ้าลงโทษส่งโรคมารให้ แต่ท่านยังมียารักษาโรคมารให้อีกด้วย เราก็มีหน้าที่รักษาดูแลตัวเองให้ดีที่สุด คือ แรก ๆ บังไปทำงานเป็นเซลล์ขายชิงเกอร์บังไปเที่ยวผู้หญิงเลย คิดโรคนี้น่า ตอนแรกพอรู้ว่าคิดโรคเอดส์บังก็รู้สึกท้อ ไม่ยอมกินยา กินบ้างหยุดบ้าง ทำให้บังต้องป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ไม่มีรายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่ตอนหลังก็คิดถึงหลักศาสนาที่ว่าให้รักษาดูแลตัวเอง บังเลยคิดที่จะดูแลรักษาตัวเองตามความประสงค์ของพระเจ้า ศาสนาช่วยให้บังคิดที่จะมีแรงสู้กับโรคที่เป็น" มีรายละเอียดดังบทสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ลงไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

N: บังป่วยขออนุญาตสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาของบังหน่อยนะคะ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ พัฒนางาน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมุสลิมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเหมือนบัง

P: ได้ ยินดีมาก เราต้องช่วยกัน เพราะมุสลิมทั้งหมดเป็นพี่น้องกัน

N: บังคิดว่าตนเองได้นำหลักศาสนาอิสลามเข้ามามีส่วนช่วยทำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้อย่างไรบ้าง

P: บังขอเล่านะ เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้ได้ละเอียด การกินยาให้ตรงเวลานะสิ่งแรกเลย คือ อยู่ที่เรา เราต้องรักตัวเราเอง อีกอย่างบังนับถือศาสนาอิสลาม บังคิดว่าเมื่อเราทำผิด จะถูกพระเจ้าลงโทษส่งโรคมารให้ แต่ท่านยังมียารักษาโรคมารให้อีกด้วย เราก็มีหน้าที่รักษาดูแลตัวเองให้ดีที่สุด คือ แรก ๆ บังไปทำงานเป็นเซลล์ขายชิงเกอร์ บังไปเที่ยวผู้หญิงเลยคิดโรคนี้น่า ตอนแรกพอรู้ว่าคิดโรคเอดส์บังก็รู้สึกท้อ ไม่ยอมกินยา กินบ้างหยุดบ้าง ทำให้บังต้องป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลให้ไม่มีรายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่ตอนหลังก็คิดถึงหลักศาสนาที่ว่าให้รักษาดูแลตัวเอง บังเลยคิดที่จะดูแลรักษาตัวเองตามความประสงค์ของพระเจ้า ศาสนาช่วยให้บังคิดที่จะมีแรงสู้กับโรคที่เป็น

N: ในการที่บังกินยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ บังมีสิ่งช่วยเหลืออะไรบ้างไหม

P: บังเลือกเวลากินยาหลังละหมาด เพราะจะมีเสียงอาซานให้ตื่นละหมาดทุกเช้าอยู่แล้ว พอละหมาดเสร็จบังก็กินยา บังจึงกินยาตรงเวลาและกินสม่ำเสมอ บังว่าสิ่งช่วยเตือนสำคัญนะ เหมือนบังนึกถ้าไม่มีเสียงอาซานเตือนบังคงแยแน่ และก็คิดว่าคงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพราะบังตื่นมาชอบทำโน้นทำนี่ไปเรื่อย อีกทั้งยังเป็นคนขี้ลืม พอได้เสียงอาซานมาช่วยเตือนทำให้บังกินยาตรงเวลา

N: ในบ้านมีใครรู้บ้างว่าบังเป็นโรคนี

P: บังก็ไม่ได้บอกใครนอกจากกะ บังกลัวลูกๆเสียใจ ลูกที่อยู่ตัดผ้าที่บ้านกับกะแกก็ถามนะว่าปะมีะกินยาอะไร ทำไมต้องกินทุกเช้า บังบอกว่ายาบำรุง เพราะปะแก่แล้วเลยต้องกินยาบำรุงเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

N: บังคิดว่ากะมีส่วนช่วยทำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้อย่างไรบ้าง

P: ก็ให้กำลังใจกัน เมื่อถึงเวลากินยาก็ช่วยกันเตือนอีกแรง

N: นอกจากนี้บังอยากเล่าอะไรให้ปุ๋ยฟังอีกไหม

P: มีบังอยากจะบอกว่า การกินยาให้ตรงเวลาสิ่งที่สำคัญที่สุดคือตัวเรา คนที่มีศาสนาจะต้องดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด ถึงแม้ว่าครั้งหนึ่งเราเคยทำผิดและได้รับบทลงโทษจากพระเจ้า แต่ท่านก็ให้ยามากินทำให้เราสุขภาพดีแข็งแรงทำงานได้เหมือนเดิม ที่สำคัญต้องคูอาร์ขอพรจากพระเจ้าเพื่อสร้างกำลังใจให้ตนเองให้เหมือนคนปกติ เพราะเรารู้ว่าโรคนีรักษาไม่หาย นอกจากนี้ มุสลิมทุกคนเป็นเหมือนพี่น้องกัน ถ้าจะมาสอบถามข้อมูลอะไรจากบังเพิ่มเติมเพื่อนำไปช่วยพี่น้องเราก็กถามได้นะบัง ยินดี

