



วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๕/๒๕๕๖

สารบัญ

	หน้า
การประเมินวิธี Partec Single-Platform Volumetric CyFlow [®] Counter System ในการตรวจหาค่าร้อยละและจำนวนสัมบูรณ์ของเซลล์ลิมโฟซัยท์ชนิด CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คนไทย สุรพล เกาะเรียนอุดม, ศักดิ์ชัย เตจตรียรัตน์	1
การรับรู้การตีตราและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี จารีป๊ะ ดอยเสาะ, อุษณีย์ เพชรรัตน์ชาติ, กิตติกร นิลมานัต	11
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการจัดงานสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13 จิระวัฒน์ อุปรีรัมย์	23
สายพันธุ์เชื้อเอชไอวีในพื้นที่บริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี วิภาวี แสนวงษา, สิรินันท์ จันทนา	36
การสำรวจความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อในจังหวัดราชบุรี วิไล ชินนาทกิจวานิชย์, กัญญา ขาวพร, ญัตติวรรณ ดีเลิศยืนยง	41
ประสบการณ์ในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานวิจัยทางด้านโรคเอดส์ของไทย ชนินฐา บุสดี, ประพันธ์ ภาณุภาค, ขลิตดากร เรืองประเสริฐกิจ, ทัศพร แก้วอ่อน, กรรณ บัดเดอรั่วรัส, ปราณีดี ปิ่นเกล้า, รัตนา เพ็ญศรี	51

Thai AIDS Journal
Volume 25, Number 1, 2012/2013

	Page
Evaluation of the Partec Single-Platform Volumetric CyFlow® Counter System for Determining Percentage and Absolute Numbers of CD4 T Lymphocytes in HIV/AIDS Thai Patients <i>Surapol Kohreamudom, Sakchai Dettrairat</i>	1
Stigma and Social Support of Muslim Patients with HIV Infection <i>Sareepah Doloh, Usanee Petchruschatachart, Kittikorn Nilmanat</i>	11
Factors Related to Satisfaction with the 13th National AIDS Seminar <i>Jiravat Uparirat</i>	23
HIV Subtype in Service Area of Disease Prevention and Control Region 7th Ubonratchathani <i>Wipawee Saenwongsa, Sirinun Juntana</i>	36
AIDS Knowledge among PLWHAs, Members of Self-Help Groups in Ratchaburi Province <i>Vilai Chinveschakitvanich, Kalaya Zapong, Nattawan Deelearthyuengyong</i>	41
Experience in Setting Up a Thai Coordinating Centre <i>Kanitta Pussadee, Praphan Phanuphak, Chalanda Korn Ruengprasertkit, Peeraporn Kaewon, Oratai Butterworth, Praneet Pinklow, Rebekah Puls</i>	51

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen
Department of Microbiology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
Tel. : 66-2419-7457
FAX : 66-2419-8406,
E-mail : prasert.tho@mahidol.ac.th

การรับรู้การตีตราและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิม ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ซารีปะ คอละ*, อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ**,
กิตติกร นิลมานัต**

Abstract

Stigma and Social Support of Muslim Patients with HIV Infection

Sareepah Doloh*, Usanee Petchruschatachart**,
Kittikorn Nilmanat**

*Yaring Hospital, Pattani.

**Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

This descriptive research aimed to identify the level of stigma and social support in Muslim patients with HIV infection who were attending or not attending the group activity at a counseling clinic. Twenty-eight subjects attending to the group activity and forty subjects not attending to the group activity at a community hospital in a southern border province of Thailand were recruited by purposive sampling. Data collection was conducted using a stigma questionnaire (Rie et al., 2008) and a social support questionnaire (Premreittai, 2536). Cronbach's alpha coefficient was used to test the reliability of stigma and social support questionnaires and yielded alpha coefficients of 0.86 and 0.80 respectively. All descriptive data were analyzed using percentage, mean and standard deviation. The relationships between numbers attending the group activity and stigma/social support were tested using Pearson's correlation product moment coefficient.

The results showed that: 1) stigma in Muslim patients with HIV infection either attending or not attending the group activity were at a medium level, 2) social support of both groups was at a high level, and 3) numbers attending the group activity showed a significant negative correlation with total scores of stigma and subtotal scores on perceived self-stigma ($r = -.25$ & $r = -.32$, $p < .05$, respectively).

The result should be useful for healthcare teams in planning and improving service system of the counseling clinic to be congruent with the Muslim way of life, which can lead to the management of a social support system aimed at reducing stigma, especially on the perception of self-stigma among the population.

Key Words: Stigma, Social Support, AIDS, Muslim
Thai AIDS J 2012/2013; 25 : 11-22

*โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การติตราและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่เข้าและไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่จัดโดยคลินิกให้คำปรึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับบริการ ณ คลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขตชายแดนภาคใต้ของไทย โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม 28 ราย และไม่เข้าร่วม 40 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดการติตราของรีย์และคณะ (2008) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของเปรมฤทัย (2536) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทั้งสองได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การติตราและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับการรับรู้การติตราและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับการรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง 2) ระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง และ 3) จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวมและการรับรู้การติตราต่อตนเอง ($r = -.25$ และ $r = -.32$, $p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่มสุขภาพในการวางแผนและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการในคลินิกให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับบริบทมุสลิม อันนำไปสู่การจัดระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีผลในการลดการรับรู้การติตราทางสังคม โดยเฉพาะในส่วนที่มีผลต่อการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ การติตรา, แรงสนับสนุนทางสังคม, เอดส์, มุสลิม

วารสารโรคเอดส์ 2555/2556; 25 : 11-22

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก โดย UNAIDS/WHO พบว่าในปี 2008 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.7 ล้านคน⁽¹⁾ และในประเทศไทยเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวน 358,967 คน พบมากในกลุ่มวัยทำงาน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดาและการรับเลือด สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ของภาคใต้จัดอยู่ในลำดับที่ 4 ในจังหวัดปัตตานีพบการระบาดเป็นลำดับที่ 7 ของภาคใต้⁽²⁾ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือยาเสพติดชนิดฉีด และติดเชื้อจากมารดา⁽³⁾

ในมุมมองของคนทั่วไป โรคเอดส์เป็นโรคน่ารังเกียจและถูกติตราทางสังคม เพราะผู้ป่วยได้รับเชื้อจากพฤติกรรม ที่สังคมรังเกียจ เช่น ใช้สารเสพติด

ชนิดฉีดเข้าเส้น รกร่วมเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณี เป็นต้น การติตราที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับคือถูกประณามว่าเป็นคนไม่ดี ปฏิเสธการดูแล ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดความรู้สึกผิด เครียด มีภาพลักษณ์ที่ไม่ดี รู้สึกเป็นตราบาป กลัวถูกสังคมรังเกียจ ลินหวงท้อแท้ รู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง ยอมรับภาพลักษณ์ตนเองไม่ได้^(4,5) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า อีกทั้งในบริบทของสังคมมุสลิมผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวมุสลิมมีโอกาสที่จะรับรู้ถึงการติตราทางสังคมสูง เนื่องจากอิสลามห้ามการผิดประเวณีและห้ามเข้าใกล้สิ่งที่จะนำไปสู่การผิดประเวณี เช่น สีสลามก สถานบริการอาบอบนวด สถานเริงรมย์ บาร์ ไนต์คลับ การดื่มสุรา ของมีนเมา และสารเสพติด^(6,7) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ชาวมุสลิมส่วนใหญ่มีภาพของโรคลงโทษผู้กระทำผิดในเรื่องเพศ ดังนั้นผู้ป่วยโรค



เอชไอวี/เอดส์จึงมีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไม่ดี นำ
รังเกียจ ทำผิดหลักศาสนา^(8,9)

ในทฤษฎีของอิสลามการบำบัดรักษาโรค
ต่าง ๆ ถือเป็นหน้าที่ (วาญิบ) ที่ทุกคนต้องทำ⁽⁶⁾ ขณะเดียว
กัน สังคมมุสลิมถือว่าทุกคนเป็นพี่น้องกัน ต้องรักใคร่ ช่วย
เหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่าง
หนึ่งที่ทำให้การติดยาทางสังคมลดลง ดังวจาณะของท่าน
ศาสดามุฮัมมัด (ซล.) ที่กล่าวว่า “โอ้ประชาชาติทั้งหลาย
จงรับรู้เถิดว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกัน” และ”ใครก็ตามที่
ประพฤติดีต่อเพื่อนของเขา จักได้รับความเป็นเพื่อนจาก
พระเจ้า ณ วันแห่งการฟื้นชีพขึ้นมา” นอกจากความเป็น
สังคมมุสลิมแล้ว การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มก็เป็นการสนับสนุน
ทางสังคมอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
มีความรู้ความเข้าใจในโรคเอดส์มากขึ้น มีการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน รู้วิธีการแก้ไข
ปัญหาเฉพาะหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เกิดความ
รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดการติดยาต่อตนเอง มีกำลังใจ
ที่ดีขึ้น มีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ
และสังคม⁽¹⁰⁾ จากการติดตามศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มในคลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชนแห่ง
หนึ่งในจังหวัดปัตตานี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549-เดือน
กันยายน 2550 เป็นเวลา 1 ปี พบว่า ในช่วง 6 เดือน
แรกมีผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มร้อยละ
56.00 แต่ในช่วง 6 เดือนหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
น้อยลง เหลือเพียงร้อยละ 40.00 ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัย
หลายด้าน เช่น การรับรู้การติดยา รายได้ ระยะเวลาที่
รับรู้ถึงการติดเชื้อ จากการทบทวนวรรณคดียังไม่พบการ
ศึกษาการรับรู้การติดยา และการสนับสนุนทางสังคมใน
กลุ่มชาวไทยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งมีศาสนา
และวัฒนธรรมที่เฉพาะ ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่
จะศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผน
ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยมุสลิม
ที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรม

ประเพณีและความเชื่อทางศาสนา อันจะส่งผล
ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการติดยาทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่ม และไม่เข้ากลุ่มในคลินิกให้คำปรึกษา
2. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่ม และไม่เข้ากลุ่มในคลินิกให้คำปรึกษา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับการรับรู้การติดยาทางสังคมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกให้คำปรึกษา

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) ที่กล่าวถึงการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ในฐานะผู้รับและผู้ให้ โดยนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี 5 ด้าน คือ 1) การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน 2) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 3) การได้มีโอกาสสอรรถมเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การรับรู้การติดยาทางสังคม (stigma) ใช้แนวคิดของรียและคณะ (Rie, et al; 2008) ที่กล่าวถึงการรับรู้การติดยาทางสังคมเป็น 2 ด้าน คือ 1) การติดยาของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 2) การติดยาของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การจัดกิจกรรมกลุ่มเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกให้คำปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสมาชิกกลุ่ม มีเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความหวัง ความรัก เข้าใจและเห็นใจตลอดจนระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง ได้รับการยอมรับ เห็นอกเห็นใจ เกิดความผูกพัน และช่วยลดการติตราทางสังคม

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 68 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นอัลฟาที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 (Polit & Hungler, 1999) และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ระดับ .40 จากผลการศึกษาของปริญญา (2546) เรื่อง การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45$) เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 ราย แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 68 ราย โดยแบ่งตามจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจากลักษณะการกระจายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมากกว่า 5 ครั้งจำนวน 28 ราย และไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งเข้าร่วมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง จำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย สาเหตุของการติดเชื้อระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่เริ่มเข้าสู่โครงการจนถึงปัจจุบัน โครงการที่เข้ารับการรักษ การมาตามนัด ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผลชีวิต เมื่อเริ่มรับการรักษาและผลชีวิต 4 ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดการติตราทางสังคม ใช้แบบวัดการติตราทางสังคมของรียและคณะ (Rie et al., 2008) วัดการรับรู้การติตราทางสังคม 2 ด้าน คือ 1) ทศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อ และ 2) ทศนคติของผู้ติดเชื้อต่อตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 4 อันดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire: PRG 85- Part 2) สร้างโดยแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974) แปลเป็นภาษาไทยโดยจิรภา (2532) และนำมาดัดแปลงโดยเปรมฤทัย (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 25 ข้อ วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 3) การมีโอกาสดูแลให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น 4) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 5) ความมีคุณค่าของตนเอง ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 7 อันดับ



ผลการวิจัยและวิจารณ์

ข้อสังเกตทั่วไปของผู้วิจัยที่มีต่อข้อ

ข้อ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เป็นเพศชายในสัดส่วนหญิง (ร้อยละ 53.57 และร้อยละ 46.43) อายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ (ร้อยละ 67.85) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.29) ส่วนการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 35.71) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 65.38) ผู้ที่พบข้อสงสัยอยู่ในปัจจุบัน คือ ผู้สำเร็จ/ ภาระ และบุตร (ร้อยละ 60.71 และ

ร้อยละ 53.57) ส่วนผู้ที่ให้การติและแนะแนะเป็น ผู้สำเร็จ/ภาระ และบิดา/มารดาในสัดส่วน

(ร้อยละ 64.29 และร้อยละ 50.00) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เป็นเพศชายมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 65.00 และร้อยละ 35.00) อายุเฉลี่ย 35 ปี สถานภาพทางวัย และ (ร้อยละ 57.50, ร้อยละ 35.00 และร้อยละ 7.50) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00) การศึกษาสามารถชั้น 4 ปี (ร้อยละ 50.00) เป็นแม่บ้านมากกว่า (ร้อยละ 25.00 และร้อยละ 28.57) อาชีพพบมาก คือ ประมงและรับจ้างรายวันได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,925 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.86) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.46 และ ร้อยละ 73.08) รองลงมาคือเพศหญิง (ร้อยละ 16.54) ผู้ที่พบข้อสงสัยอยู่ในปัจจุบัน/มารดาหรือบุตรในสัดส่วน (ร้อยละ 57.50 และร้อยละ 55.00) ขณะและอุปการ (ร้อยละ 57.50 และร้อยละ 45.00)

ตารางที่ 1. จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลการเปิดเผยผลเฉลยของผู้วิจัยที่มีต่อข้อ

ที่ปรากฏในและในไม่ปรากฏในข้อ (N = 68)

ลักษณะข้อสงสัยทั่วไป	ไม่ปรากฏ (n ₁ = 40)		ปรากฏ (n ₂ = 28)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ

การเปิดเผยผลเฉลย (ราย)	2	7.14	4	10.00
ไม่เปิดเผยผลเฉลย	2	92.86	36	90.00
เปิดเผยผลเฉลย *	17	65.38	14	38.89
เปิดเผยกับบุคคลในครอบครัว	23	88.46	35	97.22
เปิดเผยกับบุคคลนอกครอบครัว	2	7.69	-	-
ไม่เปิดเผยกับบุคคลนอกครอบครัว	2	7.69	-	-
ไม่เปิดเผยกับบุคคลในครอบครัว	19	73.08	18	50.00
เปิดเผยกับบุคคลในครอบครัว	2	7.69	2	5.56
เปิดเผยกับบุคคลนอกครอบครัว	1	3.85	-	-

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่าติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์มากกว่าการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดและจากแม่สู่ลูก (ร้อยละ 53.57, ร้อยละ 39.29 และร้อยละ 7.14) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อ 5 ปี ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉลี่ย 2.4 ปี ตั้งแต่เข้าโครงการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมารับยาและตรวจตามนัดทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการ ATC (Access To Care: ATC) มากกว่าโครงการ CARE (Prevention Mother To Child Transmission : PMTCT/CARE) (ร้อยละ 78.57 และร้อยละ 21.43) การเข้าร่วมกลุ่ม 6-12 ครั้ง/ปี การรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีอาการ

ปกติและอาการเลวลงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 57.14 และร้อยละ 42.86) หลังจากเข้ากลุ่ม รับรู้สุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 82.14) และหลังเข้ารับการรักษาค่าซีดี 4 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาระยะแรก (412.11 เซลล์/ลบ.มม. และ 114.64 เซลล์/ลบ.มม.)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่าติดเชื้อเอชไอวีมาจากเพศสัมพันธ์มากกว่าการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดและจากมารดาสู่ทารก (ร้อยละ 65.00, ร้อยละ 32.50 และร้อยละ 2.50) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อ 3 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี 6 เดือน ตั้งแต่เข้าโครงการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับยาและตรวจตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 85.00) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยโครงการ

ตารางที่ 2. จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มและไม่เข้ากลุ่มในคลินิกให้คำปรึกษา (N = 68)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	เข้ากลุ่ม (n ₁ = 28)		ไม่เข้ากลุ่ม (n ₂ = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุของการติดเชื้อ				
เพศสัมพันธ์	15	53.57	26	65.00
การฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด	11	39.29	13	32.50
จากมารดาสู่ทารก	2	7.14	1	2.50

ตารางที่ 3. ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้การติตราทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มและไม่เข้ากลุ่ม จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N = 68)

การติตราทางสังคม	เข้ากลุ่ม (n ₁ = 28)			ไม่เข้ากลุ่ม (n ₂ = 40)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
- การติตราของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2.15	0.72	ปานกลาง	2.45	0.98	ปานกลาง
- การติตราของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวี	2.57	0.66	ปานกลาง	3.03	0.73	สูง
- โดยรวม	2.35	0.63	ปานกลาง	2.73	0.79	ปานกลาง



ATC มากกว่าโครงการ CARE (ร้อยละ 57.50 และร้อยละ 42.50) การเข้าร่วมกลุ่ม 0-3 ครั้ง/ปี ภาวะสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการรับรู้ว่ามี อาการเลวลงและอาการปกติใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.50 และร้อยละ 47.50) หลังจากเข้ากลุ่มรับรู้ว่ามี สุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 67.50) และหลังเข้ารับการ รักษาค่าซีดี 4 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาระยะแรก (346.18 เซลล์/ลบ.มม. และ 96.25 เซลล์/ลบ.มม.)

การรับรู้การติตราทางสังคมของผู้ป่วย มุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าและไม่เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มมีการรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าการรับรู้การติตราของตนเองต่อการติดเชื้อ เอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ากลุ่มสูงกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่เข้ากลุ่ม (ตาราง 3)

ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ การติตราทางสังคมโดยรวมปานกลาง แสดงให้เห็น ว่า ภาพของโรคเอดส์ในสายตาของมุสลิมถือว่าเป็น โรคที่เกิดจากการลงโทษผู้ประพฤติผิดบัญญัติ ทางศาสนา ตรงกับแนวคิดที่ว่า การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีมลทิน มีรอยบาป (Goffman, 1963) ดังนั้นภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ในแต่ละบุคคลถึงแม้ว่าจะเข้ากลุ่มหรือไม่เข้ากลุ่ม ก็ไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคนี้ได้สอดคล้องกับ ญูซยา (2549)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่าง ครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลเริ่มต่ำลงตั้งแต่รับรู้ว่ามี ตนเอง ติดเชื้อเอชไอวี และเพ็ญศรี (2545)⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อมีความคิดที่เป็นอคติ คิดว่าตนประพฤติ ไม่ดี ผิดศีลธรรม เป็นที่รังเกียจแก่คนรอบข้าง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อมาจากสามี รับรู้ว่า

ตนเองเป็นคนโชคร้าย และประมาทที่ไม่ได้ตรวจ เลือดก่อนแต่งงาน ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษา ด้วยโครงการ CARE เป็นกลุ่มที่รับทราบการติดเชื้อ เอชไอวีขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีสาเหตุการติดเชื้อมาจากการ มีเพศสัมพันธ์ แต่อย่างไรก็ตามจากการที่ทั้งสองกลุ่มมีการเปิดเผยตนเองให้บุคคลในครอบครัว รับทราบ ทำให้เกิดการยอมรับในภาวะการติดเชื้อ เอชไอวีที่เป็นอยู่ สามารถลดการตีตราได้ระดับหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการ รักษาในโครงการ ATC และโครงการ CARE เมื่อเข้ารับการรักษาคือระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ทั้งสองกลุ่มรับรู้ว่ามีสุขภาพดีขึ้น ประกอบกับระยะเวลา ที่ติดเชื้อที่ยาวนาน (ตาราง 4) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับตนเองที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จาก การศึกษาของเซงคุปตาและคณะ (Sengupta et al, 2005)⁽¹²⁾ พบว่าการติตราเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย วัณโรค/เอดส์มีอาการที่บ่งบอกถึงอาการแสดงของ โรคที่เด่นชัด สอดคล้องกับรียและคณะ (Rie et al, 2008)⁽¹³⁾ พบว่า การติตราส่วนหนึ่งเกิดจากชุมชน กลัวต่อการแพร่กระจายเชื้อของโรค ดังนั้นเมื่อ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทำให้ สามารถปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆได้เหมือนปกติ อาจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้การติตราของทั้งสอง กลุ่มโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ความเป็น มุสลิมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การติตราโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อันเนื่องมาจากมุสลิมเชื่อว่าการ ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในบททดสอบความศรัทธา ที่เกิดขึ้นตามกำหนดสภาวะการณ์ที่อัลลอฮ์ (ซ.บ.) ได้ กำหนดไว้ตามความหยั่งรู้ของพระองค์และอัลลอฮ์ (ซ.บ.) เท่านั้นเป็นผู้ให้หายจากอาการเจ็บป่วย ดังนั้นการต่อสู้กับความเจ็บป่วยด้วยอารมณ์อันเยือก เย็น มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสามารถ ดำรงชีวิตด้วยความอดทน อดกลั้น และหมั่นระลึก

ถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ดังอัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้ตรัสความว่า “แท้จริงบรรดาผู้มีความอดทนจะได้รับการตอบแทนจากอัลลอฮ์ โดยไม่มีการคำนวณ” (สุเราะฮ์ฮุ้-ซุมม์: 10) และท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) กล่าวว่า “ความอดทนคือแสงสว่าง” (รายงานโดยมุสลิม) นอกจากนี้ในพระชนม์ของอิสลามหากผู้ใดที่กระทำความผิดแล้วสำนึกผิด และหมั่นทำความดีเพื่อลบล้างบาป จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับอัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้ตรัสความว่า “ดังนั้นแม้ผู้ใดได้เตาบัต ได้ศรัทธา และปฏิบัติความดีงาม (ทดแทนความผิด) ย่อมที่เขาจะเป็นหนึ่งในบรรดาผู้ที่ประสบความสำเร็จ” (ซูเราะฮ์อัลอะกะฮ์: 28:67) และท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) ได้กล่าวว่า “มนุษย์ผู้เป็นลูกหลานอาดัมล้วนมีความผิด และผู้ที่ดีที่สุดในหมู่พวกเขาคือผู้ที่ขอลอภัยโทษเพื่อขำระความผิดของเขา” (รายงานโดยอิบนุมญาญฮ์) ดังนั้นเมื่อทุกคนหลีกเลี่ยงจากการทำบาปไม่พิน จำเป็นที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญกับการลบล้างบาป ด้วยการขอภัยโทษจากอัลลอฮ์และหมั่นทำความดีเพื่อลบล้างบาป นอกจากนี้อิสลามส่งเสริมการรู้จักให้อภัยต่อกัน อัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้ตรัสความว่า “ขออภัยกัน แท้จริงบุคคลที่มีความอดทนและให้อภัย (แก่ผู้อื่น) นั้น แน่หนอนที่สุดสิ่งนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการงานที่มั่นคง (ที่ควรประพฤติอย่างยิ่ง)” (สุเราะฮ์ฮุ้-ซุมม์: 43) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมุสลิมที่มีการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วถือเป็นบททดสอบจากพระเจ้า และหากการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการกระทำที่ผิดบัพัญญติศาสนา เมื่อผู้ป่วยดังกล่าวสำนึกผิดและขอภัยโทษด้วยการเตาบัตและการกระทำความดี ผู้ป่วยดังกล่าวจะประสบความสำเร็จทั้งโลกนี้และโลกหน้า จากดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้การตีตราโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษารายด้านพบว่า การตีตราของตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่ม เนื่องจากการไม่เข้ากลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสพูดคุยกับเพื่อนที่ติดเชื้อด้วยกัน ไม่มีโอกาสระบายความรู้สึกในใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าคนไม่ยอมรับ การเข้ากลุ่มทำให้มีการรู้จักโรคเอดส์มากขึ้น ทำให้ความเครียดลดลง จากการศึกษานี้ของเพ็ญศรี (2545)⁽⁴⁾ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้เอดส์เป็นโรคที่น่ารังเกียจแก่คนรอบข้างเกิดความไม่มั่นใจในการเข้าสังคม พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเข้ากลุ่มทำให้เกิดการเปิดเผยตนเอง ไม่ถูกแบ่งแยกและกดดัน ไม่หวาดระแวง มีผู้ให้กำลังใจและเข้าใจ (แขน, 2546; นิรัชรา, 2551)⁽¹⁴⁶⁾ มีความรู้ เกิดแนวคิดใหม่ มีการยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม ซึ่งจากดังกล่าวส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มมีการตีตราต่อตนเองต่ำกว่ามุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เข้ากลุ่ม ประกอบกับระดับการศึกษาศาสนาของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ากลุ่มมีระดับการศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มที่เข้ากลุ่ม ทำให้ความรู้สึกผิดต่อบาปเพิ่มสูงขึ้น อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ากลุ่มมีการตีตราต่อตนเองสูงกว่าที่เข้ากลุ่ม

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มและไม่เข้ากลุ่มมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม (ตาราง 4)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนโดยรวมและรายด้านในระดับสูงทุกด้าน



ตารางที่ 4. ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิม ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ากลุ่มและไม่เข้ากลุ่ม จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N = 68)

แรงสนับสนุนทางสังคม	เข้ากลุ่ม ($n_1 = 28$)			ไม่เข้ากลุ่ม ($n_2 = 40$)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
- ด้านความรักใคร่ผูกพัน	6.09	0.77	สูง	5.82	0.87	สูง
- ด้านความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง	5.45	0.89	สูง	5.71	1.01	สูง
- ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5.77	1.04	สูง	5.81	0.81	สูง
- ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น	5.98	0.84	สูง	5.84	0.79	สูง
- ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ	6.04	0.66	สูง	6.05	0.88	สูง
โดยรวม	5.87	0.57	สูง	5.84	0.61	สูง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ ซึ่งได้รับแรงสนับสนุนจากสามีภรรยา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสนิทสนมและใกล้ชิดผูกพัน ซึ่งอิสลามได้กล่าวเกี่ยวกับหลักการในการครองคู่ว่า บุคคลในครอบครัวควรมีความรักความสงสาร เห็นอกเห็นใจกัน ใกล้ชิดผูกพันอย่างแนบแน่น มีความอดทนและปรารถนาดีต่อกัน จากการทบทวนวรรณคดีพบว่าสามีภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจและไม่รังเกียจ (วรรณ, 2551)⁽¹⁶⁾ ซึ่งทำให้ทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน และนอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ากลุ่มอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา และที่ไม่เข้ากลุ่มอาศัยอยู่กับบิดามารดา ทำให้ครอบครัวเป็นแหล่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่ม และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้สมาชิกสามารถฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆ ด้วยดี รวมทั้งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลหายป่วยโดยเร็ว สอดคล้องกับที่เรณูการ์ (2541)⁽¹⁶⁾ ศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งที่ทำให้การยอมรับ ผู้ติดเชื้อ ให้ความรัก ความอบอุ่น ไม่ซ้ำเติม ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป นอกจากนี้ปัจจัยด้านการเปิดเผยตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ได้รับความรักใคร่ผูกพันเพิ่มขึ้นจากคนรอบข้าง ได้รับการยอมรับ จากการศึกษา พบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตนเองทำให้คนในชุมชนเกิดความเห็นใจ สงสารในโชคชะตา ได้รับความช่วยเหลือคำจูนที่ดีและเกิดการยอมรับตามมา (สมศรี, 2545; Sengupta, et al., 2005)^(17,12)

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ความเป็นมุสลิมอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เนื่องจากอิสลามได้ส่งเสริมให้มุสลิมมีความรักความเป็นพี่น้องกัน ให้รักผู้อื่นเหมือนรักตัวเอง ไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ไม่ว่าจะเป็นผิวขาว ผิวเหลือง ผิวดำ หรือผิวแดงต่างก็เป็นพี่น้องกัน ดังคำสอนของท่านศาสดามูฮำหมัด (ช.ล.) ได้กล่าวว่า “โอ้ประชาชาติทั้งหลาย จงรับรู้เถิดว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกัน” นอกจากความเป็นพี่น้องมุสลิมแล้ว อิสลามยังเน้นการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยการทำความดี ดังท่านศาสดามูฮำหมัด(ช.ล.) ได้กล่าวว่า “มุอ์มินกับมุอ์มินเปรียบเสมือนอาคารที่ชิดเหนี่ยวซึ่งกันและกัน” จากดังกล่าวอธิบายให้เห็นว่า มุสลิม

ตารางที่ 5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในคลินิกให้คำปรึกษากับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ (N= 68)

ตัวแปร	จำนวนครั้ง ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.10
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	.11
ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.11
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.11
ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น	.20
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ	.07
การรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวม	-.25*
ด้านทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อ	-.16
ด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อต่อตนเอง	-.32**

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < .01$

ไม่ว่าจะติดเชื่อเอชไอวีหรือไม่มีการติดเชื่อก็ตาม ก็ยังคงความเป็นพี่น้องซึ่งกันและกัน ไม่มีการแบ่งแยก หรือแสดงความรังเกียจ และส่งเสริมให้พี่น้องมุสลิมช่วยกันบำบัดความทุกข์ยากของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื่อเอชไอวีที่มีความทุกข์กาย ใจ เช่น เยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วยและแนะนำในสิ่งที่ให้ประโยชน์ จากดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับการรับรู้การติตราและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื่อเอชไอวีในคลินิกให้คำปรึกษา

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การติตราทางสังคมโดยรวมและการรับรู้การติตราต่อตนเองในระดับต่ำ ($r = -.25$ และ $r = -.32$ ตามลำดับ) หมายความว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ที่มากขึ้น มีผลทำให้การรับรู้การติตราโดยรวมลดลง และการรับรู้การติตราของตนเองต่อการติดเชื่อเอชไอวีลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การติตราต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ($r = .37$) หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าสูงจะส่งผลให้เกิดการติตราต่อตนเองเพิ่มสูงตามมา (ตาราง 5)

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การติตราทางสังคมด้านทัศนคติต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำ ($r = -.32$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มยังไม่ได้มีผลทำให้การรับรู้การติตราลดลงหรือการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นได้ดีเท่าที่ควร อาจจากระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่เอื้อและไม่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น ขั้นตอนในการรับบริการที่ซับซ้อน การจัดกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้



นำกลุ่ม บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ การเปลี่ยนแปลงสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ความจำของเนื้อหา เจ้าหน้าที่สุขภาพมีความรู้เรื่องเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสในระดับปานกลาง และเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีการหมุนเวียน ทำให้มาตรฐานการบริการไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเพียงเล็กน้อย และไม่สามารถลดระดับการตีตราได้ แต่อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจได้ระบายนความรู้สึก ยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รู้สึกผูกพันภายในกลุ่ม เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งตรงกับผลการวิจัยที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมที่บ่อยครั้งทำให้เกิดทัศนคติที่ดี ได้รับการยอมรับและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีขึ้น การตีตราต่อตนเองลดลง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้การตีตราทางสังคมของผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ากลุ่มและไม่เข้ากลุ่มมีโดยรวมระดับปานกลาง และศึกษารายด้านพบว่า การตีตราต่อตนเองสูงกว่าชุมชนตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นควรส่งเสริมการทำปฏิสัมพันธ์กัน การทำกิจกรรมกลุ่มให้มีจำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้นและนำหลักการเตาบัต (การสารภาพผิด) มาใช้เพื่อลดการตีตราต่อตนเอง
2. คลินิกให้คำปรึกษาควรมีการปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้สอดคล้องกับบริบทของมุสลิม และควรส่งเสริมความมีคุณค่าของตนเอง

ในผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดการตีตรา

3. การดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีควรดูแลอย่างใกล้ชิด คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของแต่ละคน ระมัดระวังการแสดงท่าทีที่บ่งบอกถึงการตีตราต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ว่าคุณค่าอื่นมีความรู้สึกไม่สบายใจที่อยู่ใกล้คนเป็นเอดส์ ดังนั้นควรให้การพยาบาลโดยใช้ภาษาท่าทางและการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อลดการอคติต่อตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4. การพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรม ควรมีการศึกษาวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมที่หลากหลาย จะทำให้การพยาบาลประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและการตีตราทางสังคมในผู้ป่วยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย, อาจารย์อภิรัตน์ อิมพัฒน์ ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะที่ตีมาตลอด ตลอดจนที่เสียสละเวลาในการสอนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกให้คำปรึกษา ณ โรงพยาบาลยะหริ่ง โรงพยาบาลโคกโพธิ์และโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี, อาจารย์ดร.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ ผู้อำนวยการศูนย์วัดโรคที่ 12 จังหวัดยะลา ที่เอื้อเฟื้อเครื่องมือวิจัยแบบวัดการตีตราทางสังคมตลอดจนพี่น้องมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านที่ให้โอกาสในการให้ข้อมูล อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. *AIDS Epidemic Update December 2009*. Retrieved February 4, 2010, From http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2552 จาก <http://203.157.15.4/index.php?page=bursys&sys=aidsdata>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดปัตตานี ปี 2532-ตุลาคม 2552. ค้นเมื่อ 7 มกราคม 2553 จาก http://www.sasukpattani.com/index.php?option=com_content&task=section&id=11&Itemid=103.
4. เพ็ญศรี วงษ์พูน. トラบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
5. นิรัชรา สาแล๊ะ. ประสบการณ์ของสตรีชาวไทยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการภา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
6. ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
7. เสาวนีย์ จิตต์หมวด. วัฒนธรรมอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ทางนำ; 2535.
8. Ibrahim, K. (2010). *Muslim cultural care for people living with HIV infection in the Bandung community Indonesia*. Doctor of philosophy in nursing (International programme). Prince of Songkla University.
9. อารี จำปากลาย. โรคเอดส์กับชาวไทยมุสลิม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
11. ณัฐชา ช้อนข้า. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
12. Sengupta S, Pungrassami P, Baltip Q, et al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: view from patients, care providers and community [Abstract]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2005; 10 : 1008-12.
13. Rie AV, Sengupta S, Pungrassami P, et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two scales [Abstract]. *Tropical Medicine and International Health*. 2008; 13 : 21-30.
14. แชน อะทะไชย. สภาพและปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์; 2546.
15. วรณา ดันสัน. ประสบการณ์การดูแลสุขภาพหลังแต่งงานครั้งใหม่ของคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
16. เรณูการ์ ทองคำรอด. ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
17. สมศรี ทัยศิริ. การยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.