

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care to promote self-management of people living with HIV in community
A case study of 2 cases.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

ปัทมภรณ์ ภูมิทอง¹
Patimaporn Phumikong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่มีบริบททางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case Study) ใน 2 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2567 ณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้หญิงอายุ 38 ปี มีปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการใช้ยา drug adherence ต่ำกว่าร้อยละ 50 ปัญหาการตีตราจากชุมชน และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ชายอายุ 55 ปี มีการจัดการตนเองดีกว่า แต่ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทั้งสองรายได้รับการพัฒนาแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลตามปัญหาสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้และทักษะ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างแรงสนับสนุน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา

Abstract

This case study aimed to compare the self-management of HIV-infected people in the community through a case study of two individuals with different social contexts and health behaviors. A case study of two cases was conducted from May to October 2024 at the Primary and Holistic Care Service Unit, Pueainoi Hospital, Khon Kaen Province. Data were collected through medical record review, in-depth interviews, and home visits.

Results Case 1 was a 38-year-old woman with issues of medication discontinuity, drug adherence below 50%, stigma problems from the community, and lack of family support. Case 2 was a 55-year-old man with better self-management but still had health behavior problems including alcohol consumption and inappropriate dietary habits. Both cases received individualized nursing care plans based on key problems including knowledge and skill enhancement, health behavior modification, strengthening support systems, and continuous monitoring and evaluation.

Keywords: Self-management, HIV-infected people, Community nursing, Case study

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก แม้ว่าการพัฒนานโยบายและบริการด้านเอชไอวีของประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันยังคงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 560,000 คนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการเข้าถึง

ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy ART) ได้ขยายอายุขัยของผู้ติดเชื้อให้ยืนยาวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ² ประเทศไทยได้บูรณาการบริการเอชไอวีเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และจัดให้มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตาม ผลกระทบระยะยาวจากการรับยาด้าน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น

ไวรัสต่อเนื้อเยื่อและภาวะการอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases NCDs) โดยเฉพาะกลุ่มอาการเมแทบอลิก (Metabolic Syndrome)^{3,4}

การจัดการตนเอง (Self-management) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอดส์และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ⁵ การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพไม่ได้จำกัดเพียงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (ART Adherence ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95) เพื่อให้ปริมาณไวรัสอยู่ในระดับตรวจไม่พบ (Undetectable) เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหลายมิติ โดยเฉพาะการดูแลแบบองค์รวมที่รวมถึงการติดตาม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางจิตสังคม^{6,7}

งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมกรดูแลตนเอง ปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ^{8,9} การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (PLHIV volunteers) ในการให้คำปรึกษา การติดตามการกินยา การเยี่ยมบ้าน และการช่วยเหลือด้านจิตสังคม มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจเรื่อง U=U (Undetectable = Untransmittable) และลดการตีตรา

จากการดำเนินงานของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในช่วงปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะเมแทบอลิกและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอำเภอเป็ยน้อย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คงดูแลในระบบจำนวน 53 ราย และพบผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยา (Drug Adherence)

น้อยกว่าร้อยละ 50 จำนวน 8, 6 และ 5 รายตามลำดับ การวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัญหาหลักเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งขาดการใช้กระบวนการ Enhanced Adherence Counseling (EAC) อย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาอุปสรรคและสร้างแรงจูงใจในการกินยา¹⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านวิถีชีวิตชุมชนมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคอาหารรสจัดที่มีความหวาน มัน และเค็มสูง รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ประกอบกับการตีตรา (Stigma) ที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการสนับสนุนและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน แม้ว่าจะมีรูปแบบการดูแลแบบยืดหยุ่นรับบริการเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Service Delivery DSD ART) แต่การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการวินิจฉัย การป้องกัน และการดูแล^{10,11,12} งานวิจัยเรื่องความชอบของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการดูแลเอชไอวีในประเทศไทยพบว่า การให้บริการแบบแยกตามความต้องการ (Differentiated Service Delivery) สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการปฏิบัติตามการรักษาและการบรรลุเป้าหมายการกดไวรัส

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case Study) จำนวน 2 ราย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีบริบททางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อมุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงลึกถึงกระบวนการจัดการตนเอง ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค รวมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ เพื่อถอดบทเรียนและพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนเป็ยน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่มาคลินิกยาต้านไวรัส กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น การดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ยินยอมร่วมศึกษา มีความแตกต่างเชิงบริบท และคงอยู่ในระบบรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 2 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตในชุมชน และการจัดทำแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการรับประทานยา ARV อย่างสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันการแพร่เชื้อ และการสร้างกำลังใจและการยอมรับตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาคlinic ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเป็อยน้อย และอาศัยในเขตพื้นที่ตำบลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้หญิงไทย อายุ 38 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส (สามีคนที่ 5) อาชีพว่างงาน รายได้ 5,000 บาท/เดือน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีมา 12 ปี และเคยรักษาวัณโรคปอดมาก่อน ปัจจุบันมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ วัณโรคปอดเก่า โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเลือดจางชนิดทาลัสซีเมีย

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ชายไทย (ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) อายุ 55 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพโสด (มีคู่นอนไม่ประจำ) อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ 10,000 บาท/เดือน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีมา 19 ปี โรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย (ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย)
อายุ	38 ปี	55 ปี
การศึกษา	ประถมศึกษาชั้นที่ 6	ประถมศึกษาชั้นที่ 4
สถานภาพสมรส	คู่ (สามีปัจจุบันเป็นคนที่ 5)	โสด (มีคู่นอนไม่ประจำ)
อาชีพ	ว่างงาน	เกษตรกร
รายได้	5,000 บาท/เดือน	10,000 บาท/เดือน
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	ไม่พอใช้จ่ายในบางเดือน มีการกู้ยืมเงินจากญาติพี่น้อง	มีพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ มีการกู้ยืมหนี้จากธนาคารของรัฐ
สิทธิการรักษา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ	12 ปี (พ.ศ. 2555)	19 ปี (พ.ศ. 2548)
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส	12 ปี (พ.ศ. 2555)	17 ปี (พ.ศ. 2550)
การวินิจฉัยโรค	1. PLHIV (ICD10 B24) 2. Old Pulmonary TB 3. Stroke 4. Thalassemia EA	1. PLHIV (ICD10 B24) 2. Hypertension
การรับประทานยาต้านไวรัส	ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการย้ายที่อยู่บ่อยและเกี่ยวข้องกับสิทธิรักษา	ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีบางครั้งเวลาอาจคลาดเคลื่อนบ้าง แต่ไม่เคยเกิน 30 นาที
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปัจจุบัน	CD4 267 cell/mm ³ Viral load 903 copies/mL Hematocrit 15.3% Hemoglobin 4.0 gm/dl	CD4 507 cell/mm ³ Viral load 0 copies/mL Hematocrit 51.1% Hemoglobin 16.2 gm/dl

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการจัดการสุขภาพ	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง - มีโอกาสต่อยารักษาโรคจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	- มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง - ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
2. โภชนาการและการเผาผลาญ	- มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ - รับประทานอาหารได้น้อย	- รับประทานอาหารได้ปกติ
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ - ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่าย	- ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ - ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นบางครั้ง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- บางวันนอนไม่ค่อยหลับ ต้องได้รับประทานยาจึงจะนอนหลับ	- บางวันนอนไม่เป็นเวลา เนื่องจากมีการดื่มสังสรรค์ หรือไปดูลมอล้ำ
6. สติปัญญาและการรับรู้	- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี - เข้าใจการสื่อสาร	- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี - เข้าใจการสื่อสาร

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้เรื่องโรค มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด - ขอบเขตติดตามการรักษาตามสิทธิ์การรักษา	- รับรู้เรื่องโรคและผลเลือดเอชไอวี - มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	- ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวสามีทำงานต่างจังหวัด แต่มีบ้านญาติอยู่ในบริเวณเดียวกัน สัมพันธภาพคือต่างคนต่างอยู่ จะมีการดูแลกันเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเท่านั้น	- สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสม สถานะโสด	- มีการแสดงออกทางเพศแบบ LGBTQ คือชอบผู้ชาย แต่ยังไม่มีการผ่าตัดแปลงเพศ
10. การเผชิญความเครียด	- วิตกกังวลเรื่องการสิทธิ์การรักษา - วิตกกังวลเรื่องผลเลือดเอชไอวี	- สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
11. คุณค่าและความเชื่อ	- นับถือศาสนาพุทธ	- นับถือศาสนาพุทธ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹³ พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยาและสุขภาพทรุดลงเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	- การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง - CD4 267 cell/mm ³ - Hematocrit 15.3% - กลัวคนถามเมื่อต้องกินยาต่อหน้าผู้อื่น	- การรับประทานยาต้านไวรัสยังคลาดเคลื่อนไม่ตรงเวลา - ชอบอาหารรสจัด นัว - ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทุกวัน - ALT (SGPT) 117 U/L
2. เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่แจ้งคู่นอน	- ไม่ได้ใช้ถุงยาง ไม่ได้แจ้งคู่นอน - รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ - Viral Load 903 copies/mL	- ไม่ได้ใช้ถุงยาง ไม่ได้แจ้งคู่นอน
3. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจากการถูกตีตราและการปกปิดโรค	- ปกปิดไม่บอกคนในครอบครัว - ยอมรับการติดเชื้อแต่บางครั้งรู้สึกหมดหวัง	- คนในครอบครัวให้การยอมรับและสนับสนุน - ยอมรับการติดเชื้อและสามารถอยู่ร่วมกับเชื้อได้
4. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคและการจัดการผลข้างเคียง	- อยากมีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับโรค - วิธีจัดการผลข้างเคียงของยา - การไม่ถูกตีตรา - อยากมียาที่รักษาให้โรคหายขาด	- อยากมีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับโรค - วิธีจัดการผลข้างเคียงของยา - การไม่ถูกตีตรา - อยากมียาที่รักษาให้โรคหายขาด
5. พร่องกิจกรรมทางสังคมจากการตีตราของชุมชน	- ปกปิดตนเอง ไม่อยากให้คนในชุมชนรู้ สถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง กลัวการถูกรังเกียจ	- กลัวผลข้างเคียงของยา

การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยมีเป้าหมายหลักคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ใน 4

ด้านหลัก ได้แก่ การรับประทานยา ARV อย่างสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันการแพร่เชื้อ และการสร้างกำลังใจและการยอมรับตนเอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยาและสุขภาพทรุดลงเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	การส่งเสริมความรู้และทักษะ		
	- ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ	มีความรู้เพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยการตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ	มีความรู้เพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยลดเครื่องปรุงรสลงครึ่งหนึ่ง
	- สอนวิธีจัดการยา (Pill box, ตั้งนาฬิกาปลุก)	ใช้เทคนิคการตั้งเตือนได้สำเร็จ	ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือช่วยเตือนเนื่องจากมีวินัยดีอยู่แล้ว
	การปรับพฤติกรรมสุขภาพ		
	- ให้อาหารที่แนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสม	ปรับการรับประทานอาหารเล็กน้อย แต่ยังมีข้อจำกัดจากภาวะซีด	ลดการบริโภคอาหารรสจัดและแอลกอฮอล์ได้บางส่วน
	- สนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย	ยังไม่สามารถออกกำลังกายได้เป็นประจำเนื่องจากอ่อนเพลีย	ได้ประโยชน์จากการทำงานเกษตรเป็นการออกกำลังกาย
	การติดตามและประเมินผล		
- นัดหมายเพื่อติดตามการรับประทานยา (Adherence)	มีนัดตรวจติดตามค่า CD4, Viral load ช่วงเดือนพฤษภาคม 2568	มีนัดตรวจติดตามภาวะสุขภาพและค่า CD4, Viral load ช่วงเดือนพฤษภาคม 2568	
2. เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและไม่แจ้งคู่นอน	การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก		
	- ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี	มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย
	- อธิบายถึงความเสี่ยงของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยและผลกระทบต่อคู่นอน	ยินดีแจ้งภาวะสุขภาพกับคู่อและมองทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อวิธีอื่น	ยินดีแจ้งภาวะสุขภาพกับคู่อและมองทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อวิธีอื่น
	การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย		
	- สอนวิธีใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง	ได้รับความรู้แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติ	ได้รับความรู้แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติ
	- ให้ความปรึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารกับคู่นอนเพื่อเปิดเผยสถานะ	แสดงความพร้อมที่จะแจ้งคู่อสัมพันธ์	แสดงความพร้อมที่จะแจ้งคู่อสัมพันธ์
3. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า จากการถูกตีตราและการปกปิดโรค	การประเมินสภาพจิตใจ		
	- ซักประวัติและประเมินอาการวิตกกังวล-ซึมเศร้าด้วยเครื่องมือคัดกรอง	หลังเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา มีความวิตกกังวลลดลง	หลังเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา ไม่มีภาวะวิตกกังวล สบายใจ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ
ของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การให้การพยาบาลด้านจิตสังคม		
	- สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ	ลดความรู้สึกแยกตัวจากสังคม เริ่มมีความมั่นใจมากขึ้น	มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม
	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกโดยไม่ตัดสิน	สามารถระบายความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย	สามารถระบายความรู้สึกและรับคำแนะนำได้ดี
	การสนับสนุนทางสังคม		
	- ประสานงานส่งต่อไปยังกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือชมรมในชุมชน	เริ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนมากขึ้น	เป็นแกนนำในกิจกรรมชุมชนและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
4. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคและการจัดการผลข้างเคียงของยา	การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ติดเชื้อ		
	- ประเมินว่าผู้ติดเชื้อมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงแค่ไหน	มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพมากขึ้น	มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ การรักษา และผลข้างเคียงมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการสุขภาพมากขึ้น
	การให้ความรู้ (Health education)		
	- อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและกลไกการเกิดโรคเอชไอวี	เข้าใจกลไกการเกิดโรคและความสำคัญของการป้องกัน	เข้าใจกลไกการเกิดโรคและความสำคัญของการป้องกัน
	- ความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ	เข้าใจและปรับพฤติกรรมรับประทานยาให้ดีขึ้น	มีความรู้ความเข้าใจและรักษาระดับการปฏิบัติที่ดีต่อไป
	- ผลข้างเคียงที่พบบ่อย และวิธีจัดการเบื้องต้น	สามารถจัดการอาการข้างเคียงเบื้องต้นได้	สามารถจัดการอาการข้างเคียงและปรับตัวได้ดี
	การฝึกทักษะการดูแลตนเอง		
	- สอนผู้ป่วยสังเกตสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ทันที	สามารถประเมินอาการและตัดสินใจเรื่องการรักษาได้ถูกต้อง	สามารถประเมินอาการและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
5. พร่องกิจกรรมทางสังคม จากการตีตราของชุมชน	การประเมินสภาพจิตสังคม		
	- ประเมินระดับการแยกตัว ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน	- บางวันนอนไม่ค่อยหลับ ต้องได้รับประทานยาจึงจะนอนหลับ	ผู้ติดเชื้อเป็นกรรมการหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง
	การสนับสนุนทางจิตใจ		
	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างปลอดภัย	เริ่มมีความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	มีบทบาทการเป็นผู้นำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
	- ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น	รู้สึกภาคภูมิใจในการช่วยเหลือชุมชน
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม			
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่ม	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและงานเทศกาลต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น	ดำรงบทบาทผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ ของ Gordon

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เพื่อนช่วยเพื่อน (support group)		

ผลการติดตามและประเมินผล

หลังจากการดำเนินการพยาบาลตามแผนเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบผลการประเมิน ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจโรคและสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น โดยสามารถอธิบายความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัส วิธีการดูแลสุขภาพทั่วไป และการป้องกันการแพร่เชื้อได้ถูกต้อง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) ต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาโดยการตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ มีนัดตรวจติดตามค่า CD4, Viral load ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยลดเครื่องปรุงรสลง 1/2 ส่วนที่เคยใส่

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีทักษะการปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมประจำวันและอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างปกติ กรณีศึกษารายที่ 1 ในชุมชนมีกิจกรรมกลุ่มที่รวมตัวเฉพาะในเทศกาลงานวัด ซึ่งผู้ติดเชื้อได้เข้าร่วมในกิจกรรมตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ติดเชื้อเป็นกรรมการหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง

4. ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ทั้ง 2 ราย มีทัศนคติที่ดีขึ้น ลดการตีตรา และช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) หลังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และสิทธิทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกถูกตีตรา และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเรียนรู้

การใช้กลไกเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความวิตกกังวลลดลง

สรุป

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยเฉพาะบุคคล การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย พบว่าการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมีความซับซ้อนและต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการที่แตกต่างกันในแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของกุลจิรา ยืนยงค์¹⁴ ที่พบว่าการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 2 ราย สามารถพัฒนาการจัดการตนเองได้ดีขึ้น หลังจากได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เฟื่องโพธิ์ทอง¹⁵ ที่พบว่าการโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลด

อัตราการป่วยและการตาย จากการศึกษาพบว่า
พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการ
จัดการตนเองผ่านการให้ความรู้ การสร้างทักษะ และ
การเสริมสร้างแรงบันดาลใจจากครอบครัวและชุมชน

ความแตกต่างระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย
สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบริบททางสังคม
และการสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2
ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน
มากกว่า มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า ได้แก่ ระดับ
CD4 ที่สูงกว่าและ Viral load ที่ตรวจไม่พบ
สอดคล้องกับงานวิจัยของวสันต์ กิตติวิรวงศ์ และ
รัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์¹⁶ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นปัจจัย
สำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การ
สร้างความเข้าใจและการยอมรับในชุมชนช่วยเพิ่ม
การเข้าถึงบริการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติด
เชื้อ จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัว
และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยลดการตี
ตราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ
แผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพ ช่วย
ให้การพยาบาลมีความครอบคลุมและเป็นระบบมาก
ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจมาพร สาทจิน

พงษ์¹⁷ที่เน้นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์
รวมที่คำนึงถึงมิติทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิต
วิญญาณ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านจำนวน
กรณีศึกษาที่น้อย และเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ
จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กับผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีในบริบทอื่นได้โดยตรง อีกทั้งระยะเวลาในการ
ติดตามผลยังไม่ยาวนานพอที่จะประเมินผลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่าง
ที่มากขึ้นและหลากหลายมากขึ้น เพื่อพัฒนาแนว
ทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่
สามารถนำไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่
เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
โดยเฉพาะการบูรณาการกับเครือข่ายชุมชนและ
ระบบสุขภาพท้องถิ่น
3. ควรส่งเสริมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชน
ด้านการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อ
เพิ่มศักยภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี กรมควบคุมโรค; 2567.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2560.
3. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์, นงนุช โอปะ, รัฐภูมิ ขามพูนท, และอัมภรณ์ ภูระยา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์. 2024;36(2)68-81.
4. วสันต์ กิตติวิรวงศ์, และรัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2025;19(1)308-319.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์ เรื่อง การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2567. นนทบุรี กรมควบคุมโรค; 2567.
6. ศศธร ศรีคำ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และทิพย์ฉิมพร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา และระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2024;7(1)33-49.

7. หงษ์ทอง บุตรพรม, นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และอัจฉรา คำมะทิตย์. การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล "มาเบิ่งเด้อ" สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2024;9(1)659-668.
8. ลาเตียน แก้วจินดา, และปาวิน ปาวิน. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารโรคเอดส์. 2025;37(2)68-79.
9. สิริลักษณ์ พรหมโกมุท. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์. 2025;37(1)1-12.
10. ชินดนัย วัฒนะ, อารณีย์ วิวัฒนภรณ์, และนงนัทธ ณรงค์ศักดิ์. การติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารอัล-อิกมะฮฺ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี. 2024;14(27)35-48.
11. วชิรินทร์ วินายกุล, และทมาภรณ์ สุขสวรรค์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2025;18(1)95-109.
12. ดารินดา รอชะ, พัชรภรณ์ ภาภูตานนท์, และ สิริพร มนยฤทธิ. กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในประเทศไทย (Crisis Response System: CRS). วารสารพยาบาลทหารบก. 2024; 25(1)29-35.
13. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis Process and Application. New York McGraw-Hill.
14. กุลจิรา ยืนยงค์. การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2024; 9(3)141-148.
15. ปณมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2025; 7(1)11 - 16.
16. วสันต์ กิตติวีรวงศ์ และรัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2025; 19(1)308-319.
17. ปัญจมาพร สาดจันทพงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วมในระยะรุนแรงต่อเนื้องที่บ้าน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 2022; 12(1)13-26.