



Treatment Burden Among Older Adults with Diabetes in Community Settings: Challenges and Primary Care Support Strategies

ภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน: ความท้าทายและกลยุทธ์สนับสนุน
จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Junjira Seesawang* จันทร์จิรา สีสว่าง*
Pulawit Thongtaeng** ปุลวิชช์ ทองแดง**

Abstract

Diabetes is a major health concern among older adults, many of whom face a significant treatment burden-defined as the workload and responsibilities required to manage their condition, such as medication adherence, lifestyle modifications, and coordination with healthcare services. This burden is particularly pronounced among community-dwelling older adults who often experience barriers such as limited healthcare access and low health literacy. These challenges can lead to poor treatment adherence and diminished quality of life.

This academic article is a conceptual synthesis on treatment burden, aiming to present a comprehensive analysis of the context and components of treatment burden among community-dwelling older adults with diabetes. The discussion encompasses five key areas: 1) dimensions of treatment burden, 2) approaches for assessing treatment burden, 3) factors influencing treatment burden, 4) challenges faced by the primary healthcare system in mitigating treatment burden among older adults living with diabetes, and 5) strategies within the primary healthcare system to alleviate treatment burden among older adults.

The primary healthcare system, as a key mechanism for community-based care, should be designed to minimize such burdens. At the same time, it should promote the ability of older adults to maintain a good quality of daily life that genuinely aligns with their individual contexts. Such an approach is essential for achieving long-term, sustainable improvements in quality of life for older adults living with diabetes.

Keywords: Diabetes; Older adults; Primary health care; Treatment burden

* Assistant Professor, Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: pulawit@bcnc.ac.th

Received 23 June 2025; Revised 14 August 2025; Accepted 20 August 2025



บทคัดย่อ

โรคเบาหวานนับเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับ “ภาระจากการรักษา” ซึ่งหมายถึงภาระงานและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยต้องแบกรับในการจัดการตนเองตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและขาดความรู้ด้านสุขภาพ ภาระเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งการไม่ยึดมั่นต่อแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

บทความวิชาการนี้เป็นการสังเคราะห์เชิงแนวคิดเกี่ยวกับภาระจากการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวิเคราะห์อย่างครอบคลุมเกี่ยวกับบริบท และองค์ประกอบของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน ประกอบด้วย 1) มิติของภาระจากการรักษา 2) แนวทางการประเมินภาระจากการรักษา 3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระจากการรักษา 4) ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และ 5) กลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะกลไกหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรออกแบบบริการที่ไม่เพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของตนเองอย่างแท้จริง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภาระการรักษา

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: pulawit@bcnc.ac.th



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรไทยร้อยละ 28 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (National Statistical Office, 2024) ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุไทยและทั่วโลก (Sinclair et al., 2020) ซึ่งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 21.2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, 2022) ซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตเรื้อรัง และมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (Dechakul, 2021) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงมีข้อจำกัดด้านรายได้ การเดินทาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิด้วย (Hanput & Rahothan, 2023; Punklang et al., 2024) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจึงควรให้ความสำคัญทั้งในด้านการรักษาและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Poum, 2020)

การดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตามแผนการรักษาดังกล่าวล้วนเป็นภาระงานที่ต้องอาศัยพลังและความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย จิตใจ หรือบริบททางสังคม ภาระงานเหล่านี้จึงอาจก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ภาระจากการรักษา” (treatment burden หรือ burden of treatment) เมื่อต้องเผชิญกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งภาระจากการรักษาเป็นภาระงานและความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการจัดการกับโรคของตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (Lee et al., 2024) สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยเฉพาะในบริบทชุมชน ภาระจากการรักษาอาจมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ข้อจำกัดทางร่างกายทำให้มีภาวะฟุ้งฟิง และภาวะเจ็บป่วยร่วม (Chakchouy, 2025; lamtrakul et al., 2023; Rasekaba et al., 2022)

ภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะเมื่อแผนการรักษามีความซับซ้อน หรือมีข้อกำหนดที่เคร่งครัดในการปฏิบัติตาม ภาระเหล่านี้จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เผชิญกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ไม่ยึดมั่นในการรักษา (non-adherence) และผู้ดูแลเหนื่อยล้า (Lee et al., 2024) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตในระยะยาว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้มากขึ้น ในบริบทของประเทศไทย ระบบสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากเป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับชุมชน สามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ และลดภาระการรักษาที่ไม่จำเป็น แต่ระบบดังกล่าวยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ทรัพยากรจำกัด และรูปแบบการบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับความหลากหลายและความซับซ้อนของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ เป็นต้น (National Health Systems Research Institute, 2020)



แม้ว่าจะมีข้อมูลและการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระบบสุขภาพ แต่ยังมีคามเข้าใจไม่เพียงพอในมิติของ “ภาระจากการรักษา” โดยเฉพาะในชุมชนไทยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิศาสตร์ ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยที่นำเสนอแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ มิติของภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การประเมินภาระจากการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษา และกลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษา นำไปสู่การดูแลแบบบูรณาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระยะยาว

มิติของภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ภาระจากการรักษา หมายถึง ภาระงานที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดจากการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค หรือการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และผลกระทบของภาระดังกล่าวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งภาระจากการรักษาครอบคลุมถึงการรับประทานยา การบริหารจัดการยา การติดตามอาการของตนเอง การเข้ารับการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการติดต่อประสานงานด้านบริการสุขภาพ ทั้งนี้ภาระจากการรักษาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว (Bitterfeld & Reed, 2024; Gebreyohannes et al., 2023; Lee et al., 2024; Ruangsuksud et al., 2021)

องค์ประกอบของภาระจากการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของภาระจากการรักษาสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้านหลัก (Lee et al., 2024) ได้แก่

1. ภาระงานด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare tasks)

ภาระงานที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ สามารถจำแนกออกเป็น 4 กิจกรรมหลัก (Lee et al., 2024; Ruangsuksud et al., 2021) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (self-care activities) เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องรับประทานยา รวมถึงบางรายต้องฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังด้วยตนเอง และบริหารจัดการยาให้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียง รับประทานหรือพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และติดตามอาการด้วยตนเอง เช่น ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองหรือที่ รพ.สต. และดูแลสุขภาพเท้าโดยการตัดเล็บอย่างถูกต้อง สวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารเท้าเป็นประจำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อควบคุมหรือลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ การจัดการความเครียด และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ (Sinclair et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของชุมชนผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุมีความคุ้นชินในรสชาติของอาหาร บางรายต้องพึ่งพาบุตรหลานในการประกอบอาหาร บางรายรู้สึกลำบากใจที่ต้องปฏิเสธอาหารหรือขนมหวานต่าง ๆ ที่เพื่อนบ้านหรือลูกหลานนำมาให้ หรืออาหารในงานสังคมนาในชุมชนหรืองานบุญที่วัดในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา (Punklang, et al., 2024)



1.2 การแสวงหาความรู้ (acquisition of knowledge) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จึงแสวงหาข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและแนวทางการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การสอบถามจากบุคลากรสุขภาพ การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น หรือการเข้าร่วมอบรมจากหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนการรับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน เช่น Facebook, TikTok, YouTube เป็นต้น อย่างไรก็ตามการแสวงหาความรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลับเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้และความจำที่ถดถอยตามวัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำหรือทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้อย่างครบถ้วน รวมถึงอาจเกิดความสับสนเมื่อต้องเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังต้องแบกรับ “ภาระด้านความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy burden)” ที่ซับซ้อนขึ้น เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการคัดกรอง เลือกรับ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจำนวนมาก โดยเฉพาะจากสื่อออนไลน์ซึ่งมักมีข้อมูลผิดพลาดหรือบิดเบือน เช่น ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับอาหาร การรักษาทางเลือก หรือวิธีดูแลสุขภาพที่ขาดหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ (Chakchouy, 2025) ซึ่งภาระด้านความรู้ทางสุขภาพดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความเข้าใจของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยงของโรคเบาหวาน

1.3 งานเอกสารและการติดต่อประสานงาน (paperwork and coordination) การจัดเก็บสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือการบันทึกข้อมูลสุขภาพในแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือข้อจำกัดในการใช้งาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นชินกับเทคโนโลยีดิจิทัล (Chakchouy, 2025) นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น แผลเบาหวานที่เท้า ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นต้น ยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกเฉพาะทางหรือรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง ทำให้ต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลากหลาย อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกเฉพาะทาง และหน่วยประกันสุขภาพ ทั้งนี้ในการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ในต่างจังหวัดหรือในเขตเมือง ยังก่อให้เกิดภาระในด้านเวลา การเดินทาง และค่าใช้จ่าย โดยผู้สูงอายุบางรายต้องใช้เวลารอคอยเป็นเวลานานจากจำนวนผู้รับบริการที่หนาแน่น หรือจำเป็นต้องเดินทางเป็นระยะทางไกล ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความจำเป็นในการพึ่งพาบุตรหลาน หรือบางรายอาจต้องจ้างบุคคลเพื่อช่วยในการเดินทางหรือเป็นเพื่อนในการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องไปยังสถานพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย (Iamtrakul et al., 2023; Jiang et al., 2025) การดำเนินงานเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า และเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม

1.4 การจัดลำดับความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ongoing prioritization) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องมีการประเมินความสำคัญของภาระงานด้านสุขภาพ โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อจำกัด ความต้องการ หรือภาระงานด้านอื่น ๆ ในชีวิต และผลกระทบ ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเผชิญกับความซับซ้อนในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรในกรณีที่แนวทางการรักษาต่าง ๆ มีความขัดแย้งหรือไม่สามารถดำเนินการร่วมกันได้อย่างเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารหวานในงานชุมชน แม้จะตระหนักถึงผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพในภายหลัง

2. ผลกระทบของภาระจากการรักษา (consequences of treatment burden)

ภาระจากการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังนี้ (Lee et al., 2024; Selvakumar et al., 2023)

2.1 การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (medical non-adherence) ภาระจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นความยุ่งยากในการจัดการยา ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยเฉพาะภาวะน้ำตาล



ในเลือดต่ำ หรือความเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Wungrath et al., 2018) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคและต้องรับประทานยาหลายชนิด (polypharmacy) การต้องจดจำเองหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นยังเพิ่มภาระทางกายและจิตใจมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การหยุดยา หรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2.2 ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (failure to modify health behaviors) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องอาศัยแรงจูงใจ ทักษะ และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือระบบสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อม หรือภาระครอบครัวร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่น วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมักรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกครอบครัวโดยไม่แยกอาหารเฉพาะบุคคล การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกันทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่มีความเหมาะสมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ ซึ่งหากต้องให้สมาชิกในครอบครัวปรับวิธีการปรุงอาหาร ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต มีความยุ่งยาก จึงเกิดความเบื่อหน่าย และเลิกปฏิบัติไปในที่สุด (Wungrath et al., 2018)

2.3 การไม่ยึดมั่นต่อกลยุทธ์ในการจัดการตนเอง (low adherence to self-management strategies) การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานครอบคลุมกิจกรรมหลากหลาย เช่น การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การนับคาร์โบไฮเดรต การปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งภาระที่เกิดจากความไม่เข้าใจ ความยากในการใช้เครื่องมือ หรือการขาดการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถยึดมั่นต่อกลยุทธ์ดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง (Li et al., 2022; Saringkarn et al., 2024) นอกจากนี้ ความเครียด ท้อแท้จากการจัดการกับโรคเบาหวานในระยะยาว ยังมีส่วนบั่นทอนแรงจูงใจและความต่อเนื่องของการดูแลตนเอง

ภาระจากการรักษาเป็นภาระที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษาโรค ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเหนื่อยล้าทางกายและจิตใจจากการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือจากความคาดหวังในการเป็น “ผู้ป่วยที่ดี” ภาระดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง ดังนั้นการประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถเข้าใจข้อจำกัดเชิงบริบทในชีวิตประจำวัน และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ช่วยลดความซับซ้อนของการรักษา และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

การประเมินภาระจากการรักษา

การประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน ควรมีการประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การประเมินเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นสากลและมีมาตรฐาน เช่น

1.1 Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS) เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งฉบับเต็มมีคำถามจำนวน 60 ข้อ และฉบับย่อสำหรับใช้ในบริบทของระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 32 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับมิติหลัก ได้แก่ ความยากลำบากในการจัดการยา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลกระทบต่อความสัมพันธ์และกิจกรรมประจำวัน และความเข้าใจต่อคำแนะนำและระบบสุขภาพ ในการให้คะแนนใช้มาตรวัดเดียวกันตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง ภาระจากการรักษาที่มากกว่า (Eton et al., 2017) แบบวัดนี้ช่วยให้เข้าใจว่าภาระจากการรักษามีผลต่อชีวิตประจำวันและจิตใจของผู้ป่วยอย่างไร และใช้ประเมินผลการออกแบบบริการสุขภาพแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้กับผู้สูงอายุที่มีความสามารถจำกัด และยังไม่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย



1.2 Treatment Burden Questionnaire (TBQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณและชนิดของภาระจากการรักษา ซึ่งฉบับเต็มมีคำถามจำนวน 15 ข้อ และฉบับย่อมีคำถามจำนวน 13 ข้อ ที่ครอบคลุม 3 มิติหลัก คือ ภาระทางกายภาพและเวลา (การไปพบแพทย์ ตรวจติดตามอาการ) ภาระทางจิตใจ (ความวิตกกังวล) และภาระทางการเงิน (ค่าเดินทาง ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล) โดยแต่ละข้อให้ผู้ป่วยประเมินระดับความยากลำบากหรือภาระที่ตนเองรู้สึกจากการรักษา โดยใช้ระดับการให้คะแนนแบบ Likert scale ตั้งแต่ 0 (ไม่เป็นปัญหาเลย) ถึง 10 (เป็นปัญหาอย่างมาก) (Tran et al., 2014) ซึ่งเครื่องมือนี้เหมาะกับการประเมินภาระจากการรักษาเบื้องต้น เนื่องจากมีข้อความที่กระชับ ใช้ระยะเวลาในการตอบสั้น และใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาระจากการรักษาได้เมื่อมีการปรับแผนการดูแล แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL และ Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ใช้ร่วมเพื่อประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการกับภาระจากการรักษา (Bitterfeld & Reed, 2024)

2. การประเมินเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ที่เกิดจากภาระจากการรักษา ได้แก่ ความสับสนกับแผนการรักษา และความเหนื่อยจากการต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต นอกจากนี้ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวด้วยเพื่อศึกษาข้อมูลว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสร้างภาระจากการรักษาอย่างไร (Lin et al., 2024)

จะเห็นได้ว่าการประเมินภาระจากการรักษาควรดำเนินการควบคู่กับการประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงภาระของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงระบบที่สะท้อนความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในระดับชุมชน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม (Chakchouy, 2025; Dechakul, 2021; Kaewmoon et al., 2020; Li et al., 2022; Lin et al., 2024; Phanlek et al., 2022) พบปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยสรุปได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

ผลกระทบต่อภาระจากการรักษา	ปัจจัย
เพิ่มภาระจากการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - ขาดอุปกรณ์และทักษะด้านดิจิทัลในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทันสมัย สะดวก และรวดเร็ว เช่น telemedicine / telenursing / telehealth เป็นต้น ● ความรอบรู้ด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ได้แก่ การได้ยินลดลง หรือการมองเห็นไม่ชัดเจน - ข้อจำกัดด้านภาษา เช่น การสื่อสารไม่เข้าใจเนื่องจากใช้ภาษาถิ่น หรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ เป็นต้น



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เพิ่มและลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน (ต่อ)

ผลกระทบต่อการรักษา	ปัจจัย
	<ul style="list-style-type: none">● โรคร่วม<ul style="list-style-type: none">- โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความซับซ้อนในการวางแผนการดูแล- มีการใช้ยาหลายชนิด เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา และยามีปฏิกิริยากัน (drug interaction)● ข้อจำกัดทางร่างกาย/สติปัญญา<ul style="list-style-type: none">- สายตาไม่ดี ความจำเสื่อม ทำให้มีภาวะพึ่งพา● สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม<ul style="list-style-type: none">- รายได้น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้อหรือปรุงอาหารที่มีพลังงานต่ำ- ไม่มีค่าเดินทาง หรือค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลหรือบริการรถรับส่งเมื่อไปตรวจตามนัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง- อยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล● บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อ<ul style="list-style-type: none">- ความเชื่อในการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การใช้สมุนไพร การนวด ส่งผลต่อภาระด้านการจัดยาและการดูแลตนเอง● ระบบบริการสุขภาพ<ul style="list-style-type: none">- ข้อมูลผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาล ทำให้การรักษาซ้ำซ้อนหรือไม่ต่อเนื่อง
ลดภาระจากการรักษา	<ul style="list-style-type: none">● การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน<ul style="list-style-type: none">- การดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น พาไปพบแพทย์ จัดเตรียมอาหาร เตือนการรับประทานยา- การสนับสนุนจากชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดกลุ่มดูแลผู้สูงอายุในตำบล เป็นต้น● การเพิ่มพลังและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย<ul style="list-style-type: none">- การจัดกลุ่มเรียนรู้ ร่วมวางแผนการดูแล ทำให้มีความรู้และมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง● ระบบบริการสุขภาพ<ul style="list-style-type: none">- การใช้ภาษาท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ เข้าใจพฤติกรรมมารับประทานอาหารของแต่ละวัฒนธรรม เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจบุคลากรสุขภาพ ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา- การให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัย- มี รพ.สต. / หมอประจำตัวใกล้บ้าน การติดตามต่อเนื่อง ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในการจัดการตนเอง- มีทีมสหวิชาชีพ ประสานงานร่วมกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการดูแล



ภาระจากการรักษามือสูงอายุเบาหวานเกิดจากองค์ประกอบหลายมิติทั้งทางสังคม ระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และจิตใจ การลดภาระดังกล่าวควรใช้แนวทางแบบองค์รวม เน้นการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ความต่อเนื่องในการดูแล และการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ควบคู่กับการออกแบบบริการสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การจัดการภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในยุคที่ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ได้จำกัดเฉพาะเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลายของผู้สูงอายุในบริบทจริงของชุมชน ซึ่งความท้าทายในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ดังนี้

1. ข้อจำกัดของบุคลากรในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท มักมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำกัด ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งภาระงานที่มากส่งผลให้การติดตามผลและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัย และการจัดการโรคอย่างทันที่ (Dechakul, 2021; Pinyopornpanich et al., 2022)

2. การขาดแคลนเวชภัณฑ์ วัสดุ และอุปกรณ์ ซึ่ง รพ.สต. และหน่วยบริการในชุมชนหลายแห่งประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์สำคัญ เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการติดตามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็นต้น (Pinyopornpanich et al., 2022) ทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบถ้วน และเพิ่มภาระความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. วัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชุมชนมักมีความเชื่อและแนวปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพรหรือการรักษาแผนโบราณ การรับประทานอาหารท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งบางครั้งขัดแย้งกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ไม่ว่าจะเป็นความต้องการการดูแลที่เป็นมิตรและเข้าใจภาษา หรือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Hanput & Rahothon, 2023) การไม่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและความต้องการเฉพาะเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความไว้วางใจในระบบบริการและลดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสารสนเทศและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับหน่วยบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด เป็นต้น ยังมีข้อจำกัดอย่างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ รพ.สต. บางแห่งขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล) ทำให้ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการติดตามผลการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ นอกจากนี้กระบวนการนัดหมายและส่งต่อที่ซับซ้อนยังเพิ่มภาระทั้งแก่ผู้สูงอายุและบุคลากร (Pinyopornpanich et al., 2022)

5. การประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิพบว่า ยังคงเผชิญความท้าทายหลายประการ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ความไม่สอดคล้องของนโยบายและ



ข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง (Pinyopornpanich et al., 2022) เช่น รพ.สต. ที่ต้องการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยประสานงานร่วมกับ อสม. และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดำเนินโครงการล่าช้า ขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถบูรณาการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสื่อสารที่ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานยังส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองต่อบริบทหรือความต้องการของผู้ป่วยในชุมชนอย่างแท้จริง

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการลดภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นประเด็นที่ต้องอาศัยการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านกำลังคน โครงสร้างบริการ และแนวคิดเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถออกแบบบริการที่ “ไม่เพิ่มภาระ” ให้ผู้ป่วย แต่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของตนเองอย่างแท้จริง

กลยุทธ์สนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิและบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเชิงรุกภายใต้ขอบเขตของบทบาทและหน้าที่ เพื่อบรรเทาภาระจากการรักษาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตามกลยุทธ์สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1. ออกแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ยืดหยุ่นและเน้นบริบท (flexible context-based care) โดยให้ความสำคัญกับมิติที่หลากหลายของชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง และบริบททางสังคม เป็นต้น ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมการยึดมั่นในการดูแลตนเองและลดภาระจากการรักษา นอกจากนี้ การสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อจำกัดในการใช้ชีวิต ซึ่งช่วยให้สามารถออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น ในการคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพ มีการคัดกรองและให้คำปรึกษาในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารหวานลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างน้อย 30 นาที เป็นต้น พร้อมทั้งติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า การติดตามแบบสม่ำเสมอและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจ และความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน

2. การประเมินภาระจากการรักษา (assessment of treatment burden) พยาบาลวิชาชีพควรประเมินภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกราย และประเมินเป็นระยะอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมิน PETS และ TBQ อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือดังกล่าวจำเป็นต้องมีการแปลและทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือสามารถสะท้อนประสบการณ์และบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย และควรส่งเสริมให้นักวิชาการหรือนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษา พัฒนาเครื่องมือประเมินภาระจากการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทย พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออย่างเป็นระบบ เพื่อให้การประเมินมีความถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการปรับแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับข้อจำกัดเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

3. การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล (patient and care giver empowerment) เป็นการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจและการจัดการชีวิตตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอาศัยความรู้ ความมั่นใจ และทรัพยากรที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน



วิเคราะห์ปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมแก่ตนเอง จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการดูแลตนเอง (ownership of self-care process) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีโอกาสสะท้อนปัญหาและกำหนดแนวทางดูแลตนเองด้วยตนเอง มักมีความมุ่งมั่นและปฏิบัติตามแผนได้ดีกว่าการรับคำสั่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น หลังจากการวางแผนร่วมกัน พยาบาลวิชาชีพดำเนินการติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหรือการโทรศัพท์สอบถาม พร้อมทั้งให้คำชมและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ และให้แนวทางกับผู้ดูแลในการกำกับรับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจมากขึ้นในการควบคุมระดับน้ำตาล ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ และยังคงส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะและความพร้อมในการสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family participation) พยาบาลวิชาชีพควรให้ความรู้และส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการสื่อสาร ดูแล และติดตามผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา หรือการสร้างกลุ่มไลน์ผู้ดูแล เพื่อปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการฝึกทักษะการดูแลอย่างเป็นระบบ จะสามารถรับบทบาทผู้สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การฝึกให้บุตรหลานช่วยจดบันทึกระดับน้ำตาลและส่งข้อมูลให้พยาบาลผ่านช่องทางออนไลน์ ช่วยให้สามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและปรับแผนการดูแลได้ทันเวลา นอกจากนี้การเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้ดูแล ยังช่วยสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งนับเป็นปัจจัยเสริมสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการโรคเบาหวานระยะยาว

5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง (multidisciplinary team) การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม (National Health Systems Research Institute, 2020) ซึ่งในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติประจำรพ.สต. จะประสานงานกับทีมดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นักโภชนาการ และ อสม. ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านจะช่วยลดภาระในการเดินทางของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด สามารถประเมินบริบทจริงของผู้ป่วย ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม ส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และช่วยสร้างความไว้วางใจและความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นในชีวิตประจำวัน

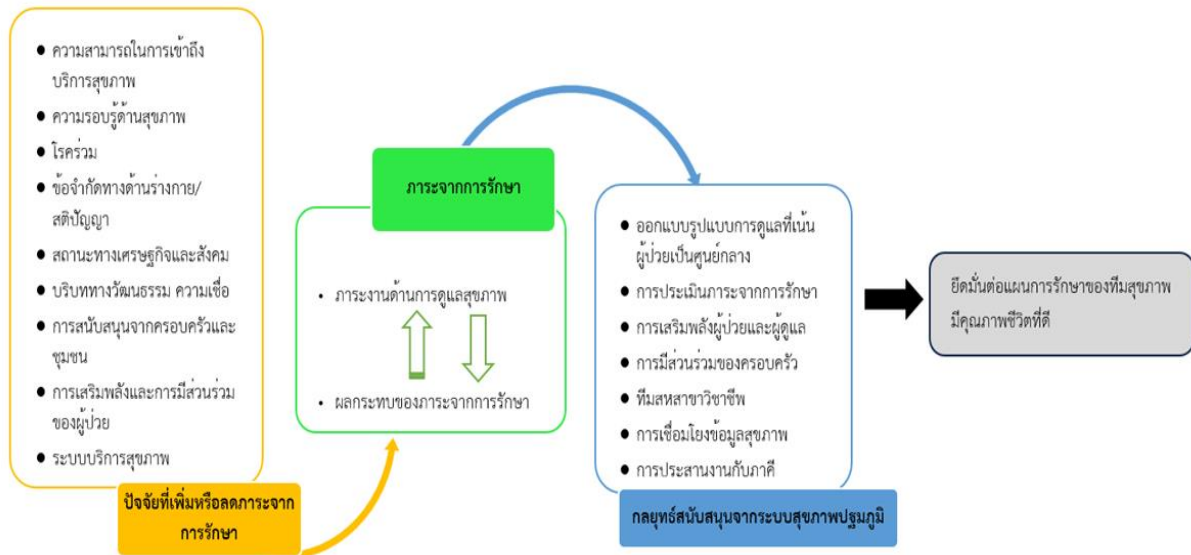
6. การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (data linkage) การบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จะช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก รพ.สต. ไปยังหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการตรวจวินิจฉัย ลดความผิดพลาดในการจ่ายยา และลดเวลาในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางหลายครั้งเพื่อรับบริการเดิมซ้ำ (Pinyopornpanich et al., 2022) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและปรับยาที่ รพ.สต. และข้อมูลถูกบันทึกลงในระบบที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลระดับสูง เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการ แพทย์จะสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาเดิมได้ทันที ทำให้สามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้ ลดความยุ่งยาก และความเครียดของผู้สูงอายุ

7. การประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน (network coordination) การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มจิตอาสา กลุ่มศาสนา และวิสาหกิจชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพประสานความร่วมมือกับเครือข่ายดังกล่าวเพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ทรัพยากรชุมชนได้อย่างคุ้มค่า (Wang et al., 2023) เช่น การจัดรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานในวันที่มีคลินิกหมอครอบครัวโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้วัดเป็นพื้นที่ในการ



จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

ทั้งนี้ในการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงองค์ประกอบของภาระจากการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการยึดมั่นต่อแผนการรักษาของทีมสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการสนับสนุนจากระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อลดภาระจากการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนควรขับเคลื่อนด้วยแนวทางแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยบริบท และทรัพยากรในชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน การออกแบบบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้เครื่องมือประเมินภาระจากการรักษา การประสานทีมดูแลและภาคีเครือข่าย รวมถึงการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว คือหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและมีคุณภาพ

บทสรุป

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนต้องเผชิญกับภาระจากการรักษาในหลายมิติ ทั้งด้านการดูแลตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การประสานงานกับระบบบริการ และการปรับตัวต่อข้อจำกัดทางสังคมและวัฒนธรรม ภาระเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการยึดมั่นต่อแผนการรักษา คุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีบทบาทสำคัญ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคน ทรัพยากร การเชื่อมโยงข้อมูล และการตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้แนวคิดเรื่อง “ภาระจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ” และ “ภาระจากเทคโนโลยี” ซึ่งเป็นประเด็นใหม่ในยุคดิจิทัล ยังไม่ได้รับการศึกษาหรือออกแบบแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ บทความนี้จึงชี้ให้เห็นช่องว่างในการพัฒนาเครื่องมือและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทไทย โดยเน้นการดูแลที่ไม่เพิ่มภาระ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ภายใต้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดหยุ่นตามบริบท (context-based person-centred care) ซึ่งเป็นทิศทางสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อความหลากหลายของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยอย่างแท้จริง



References

- Bitterfeld, L., & Reed, S. M. (2024). Conceptualizing treatment burden among people with type 2 diabetes. *Nursing Forum*, 2024(1), 9974083. <https://doi.org/10.1155/2024/9974083>
- Chakchouy, S. (2025). Health literacy and blood sugar control among elderly people with diabetes, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 3(1), 38-50. (in Thai)
- Dechakul, M. (2021). The role of community nurse practitioner in diabetes elderly Care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 82-94. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *Report on the situation of diabetes and hypertension in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Eton, D. T., Yost, K. J., Lai, J. S., Ridgeway, J. L., Egginton, J. S., Rosedahl, J. K., Linzer, M., Boehm, D. H., Thakur, A., Poplau, S., Odell, L., Montori, V. M., May, C. R., & Anderson, R. T. (2017). Development and validation of the patient experience with treatment and self-management (PETS): A patient-reported measure of treatment burden. *Quality of Life Research*, 26(2), 489–503. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1397-0>
- Gebreyohannes, E. A., Gebresillassie, B. M., Mulugeta, F., Dessu, E., & Abebe, T. B. (2023). Treatment burden and health-related quality of life of patients with multimorbidity: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 32(11), 3269-3277. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03473-3>
- Hanput, D., & Rahothan, N. (2023). Self-care behaviors of type 2 diabetes patients at Danchang Hospital. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*, 2(2), 127-138. (in Thai)
- Iamtrakul, P., Chayphong, S., Haider, M. A., & Crizzle, A. M. (2023). Older adults access to health care services in Ban Phaeo, Thailand: A case study using geospatial analysis. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 22, 100946. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2023.100946>
- Jiang, R., Xin, Y., Peng, S., Zhou, Y., Zhang, X., Shi, Y., Chang, G., Yang, M., Huang, L., Xu, L., Wei, X., & Wang, Y. (2025). Facilitators and barriers to chronic non-communicable disease management under family doctor contracting services in China. *Frontiers in Medicine*, 12, 1506016. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1506016>
- Kaewmoon, P., Nanthamongkolchai, S., Munsawengsub, C., Pitikultang, C., & Yodmai, K. (2020). Health promotion program with family participation among uncontrolled type 2 diabetic elderly. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 119-133. (in Thai)
- Lee, J. E., Lee, J., Shin, R., Oh, O., & Lee, K. S. (2024). Treatment burden in multi-morbidity: An integrative review. *BMC Primary Care*, 25, 352. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02586-z>



- Li, T. J., Zhou, J., Ma, J. J., Luo, H. Y., & Ye, X. M. (2022). What are the self-management experiences of the elderly with diabetes? A systematic review of qualitative research. *World Journal of Clinical Cases, 10*(4), 1226-1241. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i4.1226>
- Lin, K., Yao, M., Andrew, L., Li, R., Chen, Y., Oosthuizen, J., Sim, M., & Chen, Y. (2024). Exploring treatment burden in people with type 2 diabetes mellitus: A thematic analysis in China's primary care settings. *BMC Primary Care, 25*(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02301-y>
- National Health Systems Research Institute. (2020). *Direction for the development of primary care services for older persons in the community*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand: Provincial level*. Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Phanlek, N., Suwankruhasn, N., & Chintanawat, R. (2022). Factors predicting self-management among older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal CMU, 49*(4), 99-113. (in Thai)
- Pinyopornpanich, B., Suchatsoonthorn, C., & Ruanfrattanatrai, W. (2022). The national public health reforms and the challenges of primary care service systems. *Disease Control Journal, 48*(3), 667-679. <https://doi.org/10.14456/dcj.2022.56> (in Thai)
- Poum, A. (2020). Behavior of preventing complications of diabetic mellitus among diabetic mellitus type 2 at Nakhon Sawan Province. *Journal for Community Development and Life Quality, 8*(3), 603-614. (in Thai)
- Punklang, P., Boonrod, C., Pudate, S., & Buangam, N. (2024). Factors predicting sweet, fatty, and salty food consumption behaviors among elderly people in Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. *Thai Journal of Health Education, 47*(2), 181-195. (in Thai)
- Rasekaba, T. M., Pereira, P., Vinaya, R. G., Johnson, R., Mckechnie, R., & Blackberry, I. (2022). Exploring telehealth readiness in a resource limited setting: Digital and health literacy among older people in rural India (DAHLIA). *Geriatrics (Basel), 7*(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7020028>
- Ruangsuksud, P., Sangchart, B., Sangruangake, M., & Juntapim, S. (2021). A concept analysis: Treatment burden for chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care, 39*(4), 6-15. (in Thai)
- Saringkarn, S., Thipsut, T., & Munluan, K. (2024). The control of sugar level among type 2 diabetes patients by an individual and family self-management. *The Public Health Journal of Burapha University, 19*(1), 68-80. (in Thai)
- Selvakumar, D., Sivanandy, P., Ingle, P. V., & Theivasigamani, K. (2023). Relationships between treatment burden, health literacy, and medication adherence in older adults coping with multiple chronic conditions. *Medicina (Kaunas), 59*(8), 1401. <https://doi.org/10.3390/medicina59081401>



Treatment Burden Among Older Adults with Diabetes in Community Settings: Challenges and Primary Care Support Strategies

ภาระการรักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน: ความท้าทายและกลยุทธ์สนับสนุน
จากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

- Sinclair, A., Saeedi, P., Kaundal, A., Karuranga, S., Malanda, B., & Williams, R. (2020). Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas (9th ed.). *Diabetes Research Clinical Practice*, 162, 108078. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108078>
- Tran, V. T., Harrington, M., Montori, V. M., Barnes, C., Wicks, P., & Ravaud, P. (2014). Adaptation and validation of the treatment burden questionnaire (TBQ) in English using an internet platform. *BMC Medicine*, 12, 109. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-109>
- Wang, A., Zhu, B., Huang, J., Wong, M. C. S., & Xue, H. (2023). Quality of primary healthcare in China: Challenges and strategies. *Hong Kong Medical Journal*, 29(5), 372-374. <https://doi.org/10.12809/hkmj235149>
- Wungrath, J., Saengyo, S., & Ummee, K. (2018). Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality*, 6(2), 351-361. (in Thai)