



การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์: ภาระการรักษาสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

A Concept Analysis: Treatment Burden for Chronic Illness

พิเชษฐ เรืองสุขสุด ปร.ด.* บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ด.**

Piches Ruangsuksud PhD* Bumpenchit Sangchart D.N.S.**

มนธิดา แสงเรืองเอก ส.ด.*** ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์ ปร.ด.****

Monthida Sangruangake Dr.P.H.*** Sarinrut Juntapim PhD****

(วันรับบทความ: 20 ตุลาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 4 ธันวาคม พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 7 ธันวาคม พ.ศ.2564)

(Received Date: October 20, 2021, Revised Date: December 4, 2021, Accepted Date: December 7, 2021)

บทนำ

ภาระการรักษาเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มีความชัดเจนและคลุมเครือโดยเฉพาะในปรากฏการณ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง บทความนี้นำเสนอการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ภาระการรักษา โดยใช้หลักการและขั้นตอนของวอล์คเกอร์และแอแวนท์ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกมโนทัศน์ 2) วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ 3) ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ 4) การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ 5) การระบุกรณีศึกษาที่ครอบคลุมคุณลักษณะของมโนทัศน์ 6) การระบุกรณีศึกษา ได้แก่ กรณีศึกษาที่มีความกำกวม และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม 7) การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 8) การกำหนดสิ่งที่จะวัด ผลการวิเคราะห์ พบว่า ภาระการรักษา หมายถึง ภาระงานในการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคและภาระการรักษาส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และสภาวะของผู้ป่วย โดยมีคุณลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการเกี่ยวกับยา 2) การจัดการและการปฏิบัติการรักษาโดยไม่ใช้ยา 3) เจ็บป่วยและการติดตามผลการรักษา 4) การได้รับการสนับสนุนและจัดระบบการดูแลโดยมีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ และ 5) การเรียนรู้และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำสำคัญ: ภาระการรักษา การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ การเจ็บป่วยเรื้อรัง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: rpiche@kku.ac.th Tel: 088-5732211



โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2016 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง 57 ล้านคน¹ ส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตเหล่านี้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคมะเร็ง (cancers) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (chronic respiratory diseases) และโรคเบาหวาน (diabetes)¹ สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยพบว่าข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน²

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาระการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวตามมา แม้ว่าภาระ (burden) ที่เกี่ยวข้องกับภาระการเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีการให้ความหมายไว้ในเอกสารต่างๆ เป็นอย่างดี แต่ภาระที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง ยังไม่พบการให้คำจำกัดความไว้อย่างชัดเจน พบว่า มีการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ภาระของโรค (disease burden) และภาระของอาการ (symptom burden) ได้ถูกนำมาใช้แทนกัน³ แต่ความหมายของภาระของการรักษา (treatment burden) ยังเป็นคำที่ไม่สามารถแยกออกจากภาระของโรคได้อย่างเด็ดขาด อย่างไรก็ตาม ภาระการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติหรือลักษณะและอาการของพยาธิสภาพของโรคเท่านั้น แต่ภาระการรักษายังขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อที่จะมีแนวทางในการดูแลหรือจัดการตนเอง (self-management)⁴

นอกจากนั้นเครื่องมือวัดความตรงเพื่อประเมินประสิทธิผลของภาระการรักษาของผู้ป่วย⁵⁻⁷ ยังมีจำนวนน้อย โดยพบว่ามนทัศน์ภาระการรักษาดูถูกนำไปเป็นมิติหนึ่งของเครื่องมือการวิจัยที่ประเมินคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ หรือความพึงพอใจในการรักษา^{5-6,8} ที่สะท้อนถึงความหลากหลายของตัวแปรซึ่งอยู่ในรูปแบบของมิติด้านภาระการรักษา Gallacher และคณะ⁹ ให้ความหมายของภาระการรักษาไว้ 4 มิติหลัก ที่เป็นสาเหตุซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาและผลกระทบที่ตามมา การมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่นและการได้รับการสนับสนุน ความร่วมมือต่อการรักษาและการ

เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการติดตามการรักษา⁹⁻¹⁰ แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามนทัศน์ภาระการรักษายังมีความไม่ชัดเจนเมื่อนำไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาระการรักษาได้¹⁰ ดังนั้นการวิเคราะห์มนทัศน์ภาระการรักษา (treatment burden) ตามแนวคิดของวอล์คเกอร์และแอแวนท์ (Walker & Avant)¹¹ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับคำจำกัดความ และเพื่อพัฒนากรอบการทำงานสำหรับการทำความเข้าใจคุณลักษณะ (attributes) การระบุสิ่งที่มาก่อน (antecedents) และผลที่เกิดขึ้น (consequences) ซึ่งจะก่อให้เกิดข้อสรุปที่มีความสอดคล้องกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถนำไปวางแผนการป้องกันและดูแลผู้ที่มีปัญหาภาระการรักษาได้

การวิเคราะห์มนทัศน์ (Concept analysis)

วอล์คเกอร์และแอแวนท์ (Walker & Avant)¹¹ กล่าวว่า การวิเคราะห์มนทัศน์ (concept analysis) คือกระบวนการตรวจสอบองค์ประกอบพื้นฐานของมนทัศน์และการอธิบายมนทัศน์ เพื่อความชัดเจนในการแยกแยะมนทัศน์นั้นออกจากมนทัศน์ที่คล้ายคลึงกันได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวคิดเรื่องภาระการรักษาอย่างครอบคลุม เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระการรักษา อีกทั้ง การวิเคราะห์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสรุปแนวทางในการกำหนดเชิงแนวคิด (conceptualized) และเชิงปฏิบัติการ (operationalized) ของภาระการรักษา ส่งผลให้มีแนวทางในการประเมินและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สอดคล้องและเข้ากับความเป็นจริงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย⁹⁻¹⁰

ขั้นตอนการวิเคราะห์มนทัศน์ภาระการรักษาสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน¹¹ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกมนทัศน์ภาระการรักษา
มนทัศน์ภาระการรักษาจัดได้ว่าเป็นคำศัพท์ที่ไม่ใช่คำศัพท์ดั้งเดิม (primitive terms) และไม่ได้เป็นคำศัพท์ที่มีความหมายกว้าง (umbrella terms) จนเกินไป และที่สำคัญมนทัศน์ภาระการรักษา เป็นหัวข้อที่มีความน่าสนใจและมี

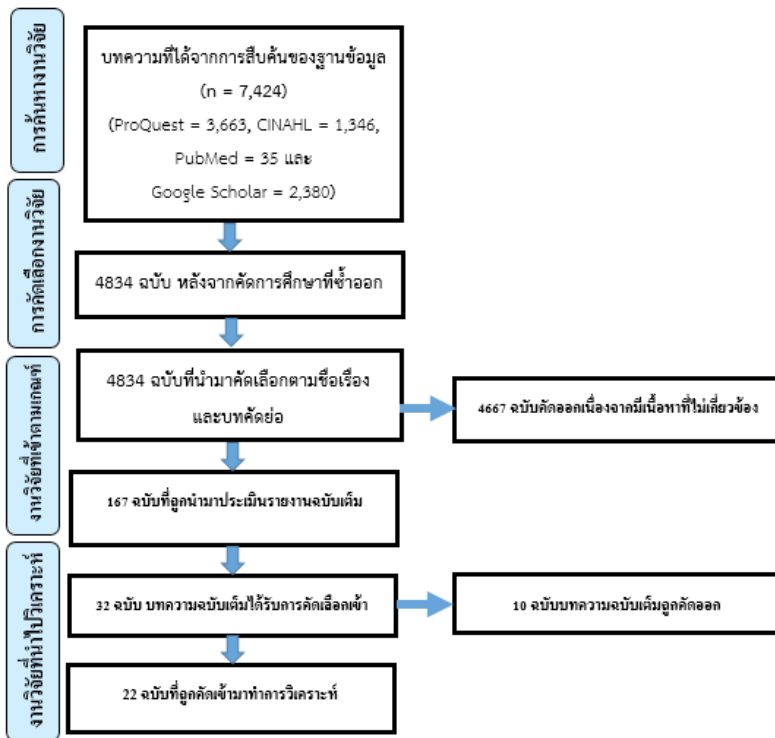


ความสำคัญกับการพยาบาลผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง¹²⁻¹³ ซึ่งบุคลากรด้านการพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมานำมาใช้ในการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เนื่องจากแนวคิดนี้มักจะแยกออกจากภาระโรค (disease burden) ไม่ได้ เนื่องจากภาระการรักษาขึ้นอยู่กับความต้องการในการรักษาโรคเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตหรือแก้ไขผลกระทบ ภาระการรักษาจึงเป็นแนวคิดที่แตกต่างจากภาระโรค ภาระอาการ (symptom burden) และเงื่อนไขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง¹⁰

ขั้นตอนที่ 2 จุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห่มโนทัศน์ เป็นการตรวจสอบและระบุคำจำกัดความมโนทัศน์ของภาระการรักษา ซึ่งปัจจุบันยังขาดความเข้าใจในแนวคิดนี้ จุดประสงค์ของการวิเคราะห์นี้ได้แก่ 1) เพื่อตรวจสอบขอบเขตของภาระการรักษา 2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในความหมายของภาระการรักษา 3) เพื่อการตัดสินใจในการให้คำจำกัดความของมโนทัศน์ภาระการรักษา วิพากษ์คุณลักษณะ และการให้กรณีตัวอย่างของต้นแบบภาระการรักษา กรณีตัวอย่างที่กำกวม และกรณี

ตัวอย่างแบบตรงกันข้าม และ 4) เพื่อการระบุแยกสิ่งที่มา ก่อนและผลที่เกิดขึ้นตามมาในภายหลัง

ขั้นตอนที่ 3 ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ การกำหนดขอบเขตของการสืบค้นได้ดำเนินการในขั้นต้น ตามด้วยการค้นหารรณกรรมเชิงประจักษ์ในฐานข้อมูล ดังนี้ PubMed CINAHL ProQuest และ Scopus ใช้การสืบค้นเอกสารฉบับเต็ม (Full Text) บทความที่เลือกไม่ได้มีการยกเว้นตามกำหนดเวลา (time limit) เพราะจุดมุ่งหมายประการหนึ่งของการวิเคราะห์ห่มโนทัศน์คือการระบุแนวคิดที่ได้ถูกใช้ทั้งหมด คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหารรณกรรม ได้แก่ Treatment, Burden และ “Concept analysis” เกณฑ์คัดเข้า คือ บทความในวารสารวิชาการที่ใช้ภาษาอังกฤษ มีการจำกัดให้แคบลงโดยการคัดกรองคำสำคัญจากชื่อเรื่อง มีการตรวจสอบความเกี่ยวข้องโดยพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ การสืบค้นครั้งแรกได้รวมทั้งสิ้น 7,424 บทความ และขั้นตอนสุดท้าย มีบทความที่เกี่ยวข้องรวมอยู่ในการวิเคราะห์ จำนวน 22^{3,5,7,9-10,14-30} บทความ แผนผัง PRISMA แสดงผลการสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ไตอะแกรมแสดงผลการสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร (Prisma flow diagram)



การสืบค้นในระยะแรกผู้เขียนได้ดำเนินการสืบค้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และหลักการของการวิเคราะห่มโนทัศน์ โดยการสืบค้นคำแปลหรือความหมายจากพจนานุกรมหรือสารานุกรมและพบว่าภาวะการรักษามีความหมายถึง การเสื่อมสภาพ (deterioration) ของสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจจะเป็นสาเหตุจากการได้รับยา การฉายรังสี การผ่าตัดหรือการรักษาอื่นๆ¹² นอกจากนี้ พบการให้ความหมายของภาวะการรักษา ดังนี้

ภาวะการรักษา หมายถึง ภาระหน้าที่ (tasks) สำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยระยะเวลานาน (long-term condition) และต้องมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัว ส่งผลต่อการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีหรือสุขภาวะ (well-being) ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการการเจ็บป่วยของตนเอง ประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา การใช้ยา การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (enacting lifestyle changes) การเน้นการติดตามการรักษา (attending appointments) การได้รับการตรวจร่างกายและการติดตามอาการ ภาวะการรักษาประกอบด้วยภาระที่เกิดขึ้นและมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะการเจ็บป่วย เช่น ภาวะทุพพลภาพ (disabilities) และปัญหาด้านจิตใจ (psychological difficulties)³¹

ภาวะการรักษา หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองและการทำงาน (work) ของผู้ป่วยอันเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมในการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค¹³

การสืบค้นการใช้มโนทัศน์ภาวะการรักษาโดยทบทวนวรรณกรรมในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่างๆ ทั้งในกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (non-health care) และกลุ่มการดูแลสุขภาพ (health care) ผลการสืบค้นพบว่าไม่มีการใช้มโนทัศน์ภาวะการรักษาในกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ แต่พบว่าได้มีการนำมโนทัศน์มาใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

กลุ่มพยาบาลมีการใช้มโนทัศน์ภาวะการรักษา ดังนี้

1) การประเมินความร่วมมือในการรักษา^{3,15-18} ภาวะการรักษาเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญเนื่องจากสามารถนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาที่ลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵

2) การประเมินการรับรู้ (perception) ต่อภาวะการรักษา ความทุกข์ทางด้านจิตใจ (psychological distress) และความเมื่อยล้า¹⁹⁻²⁰ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะรู้สึกเมื่อยล้าถึงภาวะการรักษาของตนเองเนื่องจากผู้ป่วยมักมีความต้องการในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง การประเมินการรับรู้ภาวะการรักษาจึงมีความจำเป็นในทางการพยาบาล²¹

3) การประเมินผลลัพธ์ของการรักษา²² ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค^{5,7,14,24-25}

4) การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อจัดการกับภาวะการรักษา มีแนวทาง ดังนี้⁹ การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาและผลที่จะตามมาต่อตัวของผู้ป่วยเอง ความร่วมมือในการรักษาและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจสอบการรักษา (investigation) และการรู้ว่าจะต้องขอความช่วยเหลือเมื่อใด การมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการสนับสนุน การได้รับคำแนะนำและการยืนยันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การเน้นการติดตามการรักษา การใช้ยา การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การก้าวข้ามอุปสรรค เช่น การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องที่ไม่มีประสิทธิภาพ การผสมผสานการรักษาไปสู่บริบททางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการจัดการด้านเศรษฐกิจ การจัดการเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ได้กระทำอยู่เป็นประจำ และการประเมินการรักษาและคำแนะนำทางการแพทย์

5) การจัดองค์ประกอบเพื่ออธิบายคุณลักษณะ ภาวะการรักษาเป็นมโนทัศน์แบบพลวัตแบบหลายมิติ (dynamic multidimensional concept) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอัตนัยและปรนัย (subjective-objective elements)¹⁰ ดังนี้

5.1 กระบวนการที่เป็นพลวัต และหลากหลายมิติ ภาวะการรักษามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา²² ทั้งนี้เพื่อเป็นการตอบสนองต่อความรุนแรงของโรค⁵ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาระ (burden)⁵ เป็นต้น เป็นมโนทัศน์แบบหลายมิติ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย การเงิน เวลาและความต้องการเวลาด้านจิตสังคม (psychosocial time demands) ผลข้างเคียงของยาทางด้านร่างกาย³² เป็นภาวะการรักษาเกิดขึ้นโดยเฉพาะจากยาหรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างยา



ผลข้างเคียงอาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการรักษา นอกจากนั้น ในด้านการเงิน พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจสูง ซึ่งทำให้เกิดเป็นภาระการรักษา²⁶ ถึงแม้ว่าการรักษา จะได้รับเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายแต่ก็มีการใช้จ่ายค่ารักษาที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นมาอีก²⁷ ความต้องการเวลาในการวางแผน และจัดการการเดินทางเพื่อรับการรักษา³³ การได้รับการรักษา²⁷ การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย⁹ การติดตามการรักษา³³ และจัดการผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา²⁸ มีความสัมพันธ์กับภาระการรักษา สำหรับด้านจิตสังคมนั้น พบว่า ป่วยครั้งที่ผู้ป่วยมีความต้องการการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อจัดการกับการรักษา และผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการจัดการกับความรับผิดชอบที่บ้านอันเป็นผลมาจากการรักษา²⁷ นอกจากนั้น ภาระงานการรักษา (treatment tasks) ที่ขัดขวางวิถีการดำเนินชีวิต³⁴ ยังมีส่วนทำให้เกิดภาระการรักษาเพิ่มขึ้น²⁹

5.2 แนวคิดที่เป็นทั้งภาระด้านอัตนัยและปรนัย (Both subjective and objective burden) องค์ประกอบบางอย่างของภาระการรักษา เช่น จำนวนของยา²⁶ และเวลาในการจัดการหรือตรวจสอบการรักษา⁹ สามารถวัดได้อย่างเป็นปรนัย (objectivity) อย่างไรก็ตาม มุมมองด้านอัตนัย (subjective aspect) ของภาระการรักษานี้มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย โดยมีองค์ประกอบของความเป็นนามธรรม เช่น ความรู้สึกผิด ความสิ้นหวังและความกลัว³⁰ การวัดเชิงปริมาณในเรื่องเหล่านั้นจึงเป็นเรื่องที่ยาก ในมุมมองด้านอัตนัย เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของยาต่อสุขภาพและสภาวะ (well-being) (เช่น เชื่อว่าเป็นอันตรายและเป็นสารเสพติด) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มขึ้นของภาระการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบได้ว่าการนำมโนทัศน์ภาระการรักษามาใช้ในทางการพยาบาลเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสรุปคุณลักษณะสำคัญของมโนทัศน์ภาระการรักษา ดังนี้ การสร้างความรู้สึกที่ดีต่อการเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่การจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กลยุทธ์การบริหารจัดการ และการสะท้อนกลับการบริหารจัดการ³⁵

คำจำกัดความของมโนทัศน์ภาระการรักษา (definition of treatment burden) สรุปได้ ดังนี้

ภาระการรักษา คือ ภาระงาน (workload) ในการดูแลสุขภาพ อันเนื่องมาจากการรักษาโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคและภาระการรักษาส่งผลกระทบต่อ (impact) ต่อการทำหน้าที่และสภาวะ (well-being) ของผู้ป่วย ทั้งนี้ภาระการรักษารวมประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา การใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (enacting lifestyle changes) การเน้นการติดตามการรักษา (attending appointments) การได้รับการตรวจร่างกายและการติดตามอาการ ซึ่งภาระการรักษารวมประกอบด้วยชุดภาระที่แตกต่างกันไปตามความเจ็บป่วย เช่น ภาวะทุพพลภาพ และปัญหาด้านจิตใจ³⁶

ภาระงาน (workload) ประกอบด้วยความต้องการที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในลักษณะของเงื่อนไขด้านการรักษาและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (เช่น การตรวจสอบภาวะสุขภาพ กรอกรอกลังกาย) และ ผลกระทบ (impact) หมายถึง ผลกระทบของการรักษาและการดูแลตนเองโดยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม (behaviour) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) สภาวะร่างกาย (physical) และสภาวะด้านจิตสังคม (psychosocial well-being) ของผู้ป่วย³¹

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์

การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์คือหลักการสำคัญของการวิเคราะห์มโนทัศน์ ทำให้ผู้วิเคราะห์เข้าใจลึกซึ้งซึ่งมโนทัศน์ แสดงให้เห็นถึงสาระสำคัญ ที่ได้จากการวิเคราะห์ การสรุปรวบยอดลักษณะของมโนทัศน์ที่มีการปรากฏขึ้นบ่อยครั้ง¹¹ ซึ่งสามารถนิยามคุณลักษณะมโนทัศน์ภาระการรักษา ดังนี้

1. การจัดการเกี่ยวกับยา (management of medications) เช่น การปฏิบัติตามข้อควรระวังพิเศษก่อนระหว่างหรือหลังรับประทานยา การจัดเก็บยาไว้ที่บ้าน เป็นต้น
2. การจัดการและการปฏิบัติการรักษาโดยไม่ใช้ยา (organizing and performing non-pharmacological treatment) เช่น การเข้าถึง/อุปกรณ์การใช้งาน การวางแผน/การปฏิบัติกายภาพบำบัด การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เป็นต้น



3. เงื่อนไขและการติดตามผลการรักษา (condition and treatment follow-up) เช่น การวางแผนและจัดการการตรวจสอบตัวเอง การวางแผนและจัดการตนเองเพื่อการเข้ารับการรักษาโดยแพทย์ เป็นต้น

4. การได้รับการสนับสนุนและจัดระบบการดูแลโดยมีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (supporting system organize formal caregiver care)

5. การเรียนรู้และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (learning and developing an understanding of the illness and treatment) เช่น เรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการตนเอง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การระบุกรณีศึกษา

การระบุกรณีศึกษา เป็นการแสดงให้เห็นความครอบคลุมของคุณลักษณะที่สำคัญของมโนทัศน์ ทำให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนคุณลักษณะของมโนทัศน์¹¹ โดยนำมาจากปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งผู้เขียนได้ปฏิบัติงานสอนในภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ ดังนี้

“นายดำ อายุ 45 ปี อาชีพรับราชการครู มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมา 10 ปี มาโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยโรคติดเชื้อในระบบสืบสาวและแพทย์ได้ตรวจพบว่ามีโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 2 ร่วมด้วย ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาโรคเบาหวานชนิดรับประทานและยารักษาโรคไตวายเรื้อรัง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ภรรยาและบุตรของผู้ป่วยได้ผลัดกันมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ผู้ป่วยได้ขออนุญาตเจ้าหน้าที่เพื่อนำคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กมาเปิดเพื่อสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และมีการซักถามประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยคาดหวังว่า ถ้าดูแลตนเองได้ดี ไตก็จะไม่เสียหายที่ไปมากกว่านี้ ผู้ป่วยได้เน้นการลดรับประทานอาหารเค็ม และมีการเดินออกกำลังกายรอบๆ หอผู้ป่วยในช่วงเช้าและเย็น เมื่อมีเพื่อนจากที่ทำงานมาเยี่ยม ผู้ป่วยก็จะอธิบายถึงโรคที่เป็นอยู่และแนวทางในการดูแลตนเองให้กับเพื่อนๆ ได้รับฟังและแนะนำให้เพื่อนลดการรับประทานอาหารเค็มเหมือนตนเองร่วมด้วย”

สำหรับกรณีศึกษาตัวอย่างของมโนทัศน์ภาระการรักษานายดำ มีภาระการรักษา ในทุกคุณลักษณะ คือ มีการบริหารจัดการเรื่องการใช้จ่ายโดยการซักถามและค้นคว้าเพิ่มเติม มีการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหาร ติดตามผลการรักษาโดยการซักถามที่มสุขภาพ ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวและพร้อมสำหรับกลับคืนสู่การทำงานในหน้าที่

ขั้นตอนที่ 6 การระบุกรณีตัวอย่างที่กำกวมและกรณีตัวอย่างแบบตรงกันข้าม

กรณีศึกษาที่มีความกำกวม เป็นตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของมโนทัศน์บางส่วน แต่ไม่ใช่สมบูรณ์ทั้งหมด ดังนี้

“นางสาวดาว อายุ 50 ปี อาชีพรับจ้าง โสด มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะออกน้อย แสบขัด มีอาการบวมรอบๆ ดวงตา การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน คือโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีการซักถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลบางครั้ง แต่คำถามมักเป็นคำถามเดิมๆ โดยผู้ป่วยบอกว่าทำอะไรไม่ค่อยดีเหมือนเดิม ผู้ป่วยมีอาการซึม วิตกกังวล ไม่ค่อยพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น กังวลว่าไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไหร่ เพราะเป็นโรคที่ทำงานหนักไม่ได้ ด้านการรับประทาน ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานยาต่อเนื่องแต่ต้องให้หลานสาวเป็นคนจัดยาไว้ให้ ผู้ป่วยมีหลานสาวมาเยี่ยม 2-3 วันต่อการเยี่ยม 1 ครั้ง และจะให้หลานสาวเป็นคนพาเดินออกกำลังกาย ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้แต่ผู้ป่วยบอกว่ารสชาติไม่อร่อยถูกปาก ทำให้รับประทานได้ไม่มาก ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง”

สำหรับกรณีศึกษาของนางสาวดาวมีคุณลักษณะเพียงบางส่วนคือ มีการรับประทานยาตามกำหนดแต่ไม่สามารถจัดยารับประทานเองได้ ด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต มีการพยายามรับประทานอาหารเช้าแต่รับประทานได้ไม่มาก ด้านระบบสนับสนุน มีหลานสาวดูแลแต่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอ ด้านการกลับคืนสู่สังคมพบว่า ผู้ป่วยต้องกลับไปทำงานแต่ไม่สามารถทำงานในรูปแบบเดิมได้ ด้านการเรียนรู้และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความพยายามในการซักถามอาการและการดูแลโรคของตนเองแต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจในคำตอบที่ได้รับเนื่องจากมีการศึกษาน้อยและความจำไม่ค่อยดี

กรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม เป็นตัวอย่างที่แสดงถึงมโนทัศน์ที่ไม่เกี่ยวข้อง หรือไม่มีคุณลักษณะใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ที่กำลังศึกษา (not the concept) ดังนี้

“นางแสง อายุ 60 ปี มีประวัติด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 30 ปี อาชีพรับจ้าง มารับ



การรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการบัสสาวะออกน้อย บวม ทั้งตัว ซึมลง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย และแพทย์ได้พิจารณาให้การรักษาด้วยการ ทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแนะนำให้กลับไป ทำที่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีอายุ 65 ปี และลูก หลานได้แยกกันไปมีครอบครัวอยู่ที่ต่างจังหวัดทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการซึมและไม่ค่อยพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ ตอน กลางคืนพยาบาลสังเกตพบว่าผู้ป่วยนอนร้องไห้ ทั้งนี้สามี ไม่มีเวลามาอยู่เฝ้าที่โรงพยาบาลเนื่องจากต้องออกไป ทำงานรับจ้าง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก เนื่องจาก มีอาการบวมทั้งตัว ต้องให้พยาบาลเข้ามาให้การช่วยเหลือ ในทุกกิจกรรม ผู้ป่วยบอกว่า อายุมากแล้ว ไม่อยากรักษา ไม่อยากเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว คิดว่าการรักษา ด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นภาระ”

สำหรับกรณีศึกษานางแสง เธอรู้สึกว่าเป็นภาระมาก จึงไม่อยากกวนใคร ปฏิเสธการยกภาระนี้ให้คนอื่น ปฏิเสธ การรักษาและไม่มี การดูแลหรือจัดการตนเองในด้านของการ รักษาและไม่มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ของตนเอง จึงจัดได้ว่าเป็นกรณีที่ต้องรันทรมานกับมนต์ศรัทธา การรักษา

ขั้นตอนที่ 7 การระบุสิ่งที่มาก่อน (antecedent) และผลที่เกิดขึ้น (consequences)

1. สิ่งทีมาก่อน (antecedent) ของมนต์ศรัทธาการรักษา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อนเพื่อที่จะมีการเกิดขึ้น ของมนต์ศรัทธา คือ ข้อจำกัดของภาระการรักษา (treatment burden limitations) ดังนี้

- **คุณลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristics)** เพศภาวะ (gender) มีการศึกษาพบว่าภาระของผู้ดูแลเพศหญิงมีมากขึ้นเมื่อมีเด็กป่วยในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากบทบาทของการเป็นแม่บ้านที่มีอยู่เดิม²⁸

- **เงื่อนไขเกี่ยวกับโรค (disease conditions)** โรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม (comorbidity) มีความสัมพันธ์กับ ภาระที่เพิ่มขึ้นการปรากฏขึ้นของลักษณะเฉพาะของโรคที่เป็น การวินิจฉัยร่วม³

- **ลักษณะการรักษา (treatment characteristics)** ลักษณะการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรักษายาที่มี คุณลักษณะพิเศษ⁹ เป็นสิ่งที่มาก่อนที่สำคัญของภาระ ซึ่ง การเข้ายารักษาจำนวนมาก⁹ พบได้มากที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรม

- **การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family support and engagement)** อาจทำให้ภาระการ รักษาลดลง³⁰ ความล้มเหลวของที่มีสุขภาพในการให้ข้อมูลที่ เพียงพอเกี่ยวกับการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการ รักษา¹⁶

2. ผลที่เกิดขึ้น (consequences) ของมนต์ศรัทธา การรักษา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดขึ้นของ มนต์ศรัทธา ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

- **ความไม่ร่วมมือในการรักษา (no adherence)** หนึ่งในผลลัพธ์ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดของภาระการ รักษาคือ ความไม่ร่วมมือในการรักษา^{3,9,16} เกี่ยวข้องกับ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี²⁶ รวมทั้งการกำเริบของโรค²⁹ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

- **การจำกัดทางเลือกในการรักษา (limiting treatment options)** ภาระการรักษามีผลกระทบต่อทาง เลือกของผู้ป่วยในการรักษา ในผู้ป่วยบางรายได้รับการ แนะนำให้ใช้ insulin ในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งทางเลือก ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยที่เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ¹⁶

- **การใช้ทรัพยากร (resource use)** อย่าง สิ้นเปลือง การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาจส่งผลให้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการใช้ ทรัพยากรโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้¹⁷

- **ความทุกข์ของครอบครัวและผู้ดูแล (suffering of family and carers)** ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจาก ภาระการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกับบุคคลอื่นๆ ที่สำคัญ (เช่น ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล) ซึ่งส่งผลต่อภาระและความทุกข์ที่มี เพิ่มขึ้น²⁰

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดสิ่งที่จะวัด

การวัดภาระการรักษามีวัตถุประสงค์ เพื่อ ประเมิน ภาระการรักษาในความแตกต่างกันของเงื่อนไขและบริบท ของการรักษา มีการใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมิน ภาระการ รักษา เช่น แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวนครั้ง การรักษา (number of treatment episodes) และ แบบสอบถามภาระการ รักษา เป็นต้น และมีการใช้วิธีการ ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสังเกต (observation) การ สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม (focus group) เช่น เพื่อเปรียบเทียบโรคกับภาระการรักษาในผู้ป่วยโรค เรื้อรัง และเพื่อสำรวจความเข้าใจและประสบการณ์ของภาระ



การรักษา³⁷ เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์ มโนทัศน์การรักษาในครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือในการประเมินภาวะการรักษาควรต้องมีการพัฒนาให้ครอบคลุมตั้งแต่สถานบริการสุขภาพไปจนถึงการดูแลที่บ้าน (home care) และผู้ดูแลควรได้รับการประเมินภาวะการรักษาด้วย³⁷

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ มโนทัศน์ภาวะการรักษา ทำให้เห็นคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรักษา ได้แก่ การดูแลตนเองด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การติดตามผลการรักษา การมีผู้ดูแลและการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะการรักษามีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา การจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค และภาวะการรักษากลับเป็นแนวคิดหลายมิติที่ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจ และการดูแลของครอบครัว ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพได้ตระหนักว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะการรักษาทั้งต่อตัวของผู้ป่วยและรวมถึงผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น เพื่ออธิบายคำจำกัดความและแยกความแตกต่างอย่างชัดเจน ระหว่างการรับรู้ภาวะการรักษาของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะการรักษาของผู้ดูแล เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำองค์ความรู้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการรักษาได้ครอบคลุม

References

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. Geneva, World Health Organization; 2018.
2. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual Report 2019. Ministry of Public Health, Thailand; 2020.
3. Kim E, Gupta S, Bolge S, Chen CC, Whitehead R, Bates JA. Adherence and outcomes associated with copayment burden in schizophrenia: a cross-sectional survey J Med Econ 2010; 13(2): 185-292.
4. Eton DT, et al. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden. Qual Life Res 2017; 26(2): 489-503.
5. Brod M, Valensi P, Shaban JA, Bushnell DM, Christensen TL. Patient treatment satisfaction after switching to NovoMix(®) 30 (BIAsp 30) in the IMPROVE™ study: an analysis of the influence of prior and current treatment factors. Quality of Life Research 2010; 19(9): 1285-1293.
6. Chen H, Cisternas MG, Katz PP, Omachi TA, Trupin L, Yelin EH, et al. Evaluating quality of life in patients with asthma and rhinitis: English adaptation of the rhinasthma questionnaire. Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology 2011; 106(2): 110-118.
7. Wilcox AR, Dragnev MC, Darcey CJ, Siegel CA. A new tool to measure the burden of Crohn's disease and its treatment: patient and physician perceptions match?. Inflammatory bowel diseases 2010; 16(4): 645-650.
8. Corona J, Matsumoto H, Roye DP, Vitale MG. Measuring quality of life in children with early onset scoliosis: development and initial validation of the early onset scoliosis questionnaire. Journal of pediatric orthopedics 2011; 31(2): 180-185.
9. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. Annals of family medicine 2011; 9(3): 235-243.
10. Sav A, et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. Health Expect 2015; 18(3): 312-324.
11. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 5th ed. Boston, Prentice Hall; 2011.



12. Demain S, Gonçalves A-C, Areia C, Oliveira R, Marcos AJ, Marques A, et al. Living With, Managing and Minimising Treatment Burden in Long Term Conditions: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLOS ONE* 2015; 10(5): 1-18.
13. Coates V. Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nursing Standard* 2017; 31(38): 42-46.
14. Kahn LS, Vest BM, Madurai N, Singh R, York TR, Cipparone CW, et al. Chronic kidney disease (CKD) treatment burden among low-income primary care patients. *Chronic illness* 2015; 11(3): 171-183.
15. Saleh-Langenberg J, Flokstra-de Blok BMJ, Goossens NJ, Kemna JC, Velde JL, Dubois AEJ. The compliance and burden of treatment with the epinephrine auto-injector in food-allergic adolescents. *Pediatric Allergy and Immunology* 2016; 27(1): 28-34.
16. Vijan S, Hayward RA, Ronis DL, Hofer TP. Brief report: the burden of diabetes therapy: implications for the design of effective patient-centered treatment regimens. *J Gen Intern Med* 2005; 20(5): 479-482.
17. Thomas P. The stable patient with schizophrenia — From antipsychotic effectiveness to adherence. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17, Supplement 2:S115-S22.
18. Tran V.-T., et al. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. *BMC Medicine* 2012; 10(1): 68-78.
19. Drabe N, Steinert H, Moergeli H, Weidt S, Strobel K, Jenewein J. Perception of treatment burden, psychological distress, and fatigue in thyroid cancer patients and their partners - effects of gender, role, and time since diagnosis. *Psycho-oncology* 2016; 25(2): 203-209.
20. Martire LM, Schulz R, Reynolds CF, Karp JF, Gildengers AG, Whyte EM. Treatment of Late-Life Depression Alleviates Caregiver Burden. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58(1): 23-9.
21. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *Bmj* 2014; 349: g6680.
22. Eton DT, Elraiyah TA, Yost KJ, Ridgeway JL, Johnson A, Egginton JS, et al. A systematic review of patient-reported measures of burden of treatment in three chronic diseases. *Patient Relat Outcome Meas* 2013; 5(4): 7-20.
23. Haider S, et al. Beyond hemoglobin A1c: a videographic analysis of conversations about quality of life and treatment burden during clinical encounters for diabetes care. *Endocrine* 2021; 73(3): 573-584.
24. Miyazaki C, Ishii Y, Stelmaszuk NM. Disease burden and treatment sequence of polymyositis and dermatomyositis patients in Japan: a real-world evidence study. *Clinical Rheumatology: Journal of the International League of Associations for Rheumatology* 2021; 1: doi:10.1007/s10067-021-05939-6
25. Alsadah A, van Merode T, Alshammari R, Kleijnen J. A systematic literature review looking for the definition of treatment burden. *Heliyon* 2020; 6(4): e03641.
26. Moss L, Crane PB. Exploring polypharmacy in elderly women after myocardial infarction. *Journal of Women & Aging* 2010; 22(1): 22-33.
27. Zucca A, Boyes A, Newling G, Hall A, Girgis A. Travelling all over the countryside: Travel related burden and financial difficulties reported by cancer patients in New South Wales and Victoria. *Australian Journal of Rural Health* 2011; 19(6): 298-305.



28. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2008; 16(7): 791-801.
29. Nicholl D, Akhras KS, Diels J, Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilisation and cost perspective. Current Medical Research and Opinion 2010; 26(4): 943-955.
30. Yu Y, Liu Z.-w, Tang B.-w, Zhao M, Liu X.-g, Xiao S.-y. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. PLOS ONE 2017; 12(6): 1-18.
31. Fortin M, Salisbury C, Mercer S. ABC of Multimorbidity. Chichester, West Sussex: BMJ Books; 2014.
32. World Health Organization. Diagnosis and Management of Adverse Drug Reactions. Geneva, World Alliance for Patient Safety; 2007.
33. Brod M, Cobden D, Lammert M, Bushnell D, Raskin P. Examining correlates of treatment satisfaction for injectable insulin in type 2 diabetes: lessons learned from a clinical trial comparing biphasic and basal analogues. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5(1): 1-10.
34. Olinder AL, Kernell A, Smide B. Missed bolus doses: devastating for metabolic control in CSII-treated adolescents with type 1 diabetes. Pediatric Diabetes 2009; 10(2): 142-148.
35. Gallacher K, Morrison D, Jani B, Macdonald S, May CR, Montori VM, et al. Uncovering treatment burden as a key concept for stroke care: a systematic review of qualitative research. PLoS Med 2013; 10(6): 1-17.
36. Venes DA. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary: F.A., Davis Company; 2017.
37. Sheehan OC, et al. A systematic literature review of the assessment of treatment burden experienced by patients and their caregivers. BMC Geriatrics 2019; 19(1): 1-11.