



บทความวิชาการ

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทาย และการจัดการดูแล

ศกุนตลา อนุเรือง*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11 พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนทั้งด้านอาการ ความไม่สุขสบาย วิถีชีวิตเกี่ยวกับโรค ตลอดจนแนวทางการรักษา ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุในความสูญเสียทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์ ทั้งในระดับตัวบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง คือ ระดับเศรษฐกิจของชาติได้อีกด้วย ในปัจจุบัน ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุจึงเป็นภาวะที่น่าสนใจและมีประเด็นความท้าทายทั้งในเชิงคลินิก และเชิงวิชาการ การเรียนรู้สถานการณ์ปัจจุบัน ประเด็นท้าทาย และแนวทางการจัดการดูแลภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งหากมีความเข้าใจในความหมาย สถานการณ์ และประเด็นท้าทายต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการคิดต่อยอดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพร่วมกับทีมผู้ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดความสูญเสียต่างๆ เช่น การสูญเสียสุขภาพ และการสูญเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ตลอดจนการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค นอกจากนี้ ยังสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความยุ่งยาก เหนื่อยล้าจากการดูแล อีกทั้งยังสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อีกด้วย นอกจากนี้ ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายของชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคนี้ลงได้อีกด้วย

คำสำคัญ: การจัดการดูแล/ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค/ ผู้สูงอายุ



Multimorbidity in Older Persons: Situation, Challenge Issues, and Care Management

Sakuntala Anuruang*

Abstract

Multimorbidity is recognized as a common condition in older persons. Patient with multimorbidity has complexities of symptoms, discomfort, daily life related to diseases, as well as treatment guidelines. Multimorbidity has become a major cause of physical, mental, emotional, and economic loss for patient, care-giver, and family. This condition also has the impact on the national economy. In this decade, multimorbidity in older persons is an interesting issue and has clinical and academic challenges. Therefore, its meaning, current situation, challenge issues, and care management are an essential understanding and must be recognized by health care professionals at all levels. Registered nurse (RN) is one of health care professionals who are mostly close to the patients and care-givers. If RNs can understand the meaning of multimorbidity, its current situation and challenge issues, they will be able to use this basic thought to improve the quality of care by coordinating with multidisciplinary team. This leads to loss reduction, such as loss of the Disability-Adjusted Life Years, loss of life in the older persons, as well as to maintain their quality of life. Additionally, this can improve the quality of care for care-givers who are important in providing effectively care for older persons with multimorbidity. This will result in reducing the difficulty and burden, as well as promoting their physical and mental health, and quality of life. Besides, this can reduce the national cost of care of older person with multimorbidity.

Keywords: Care management/ Multimorbidity/ Older persons



บทนำ

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค(Multimorbidity) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางหรือหง่อม (Frailty) (Marengoni et al., 2011) โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year : DALY) การลดลงของคุณภาพชีวิต (Quality of life) และการสูญเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Bundhamcharoen, Odtun, Phulkerd, & Tangcharoensathien, 2011; Nunes, Flores, Mielke, Thumé, & Facchini, 2016; St John, Tyas, Menec, & Tate, 2014) เนื่องจากภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เป็นความทุกข์ทรมานของบุคคลที่มีโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งมีความคาบเกี่ยวกันในพยาธิสภาพของโรค อาการ แผนการรักษา การใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวในผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มความซับซ้อนในการจัดการดูแล มีการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และต้องการการดูแลจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในหลายแขนงวิชาชีพมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Sambamoorthi, Tan, & Deb, 2015)

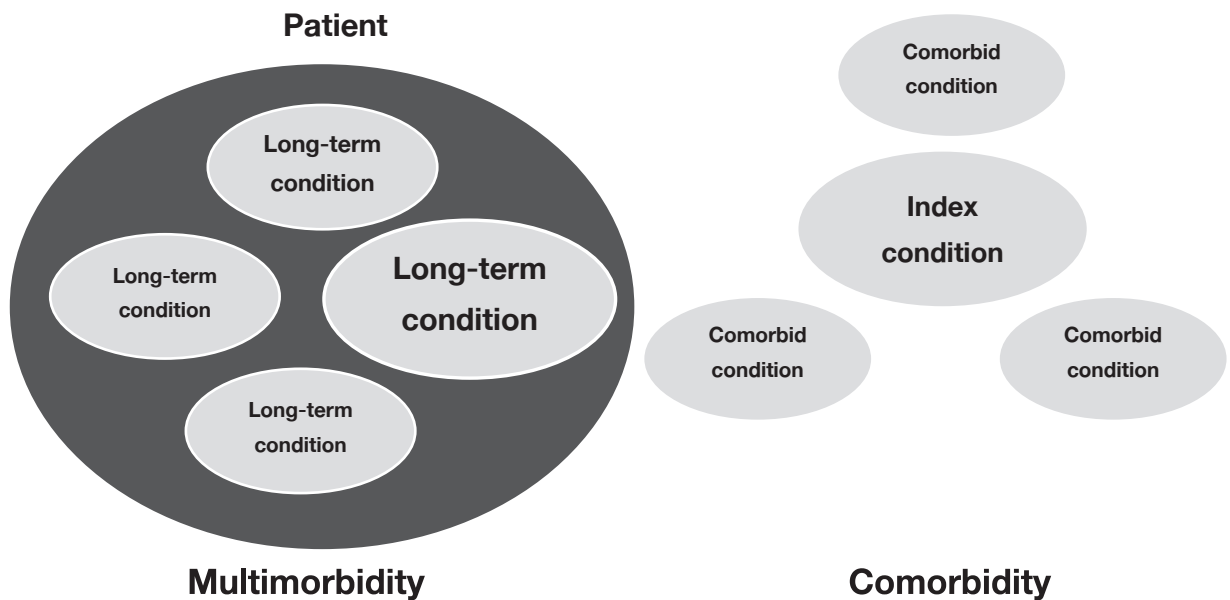
ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (ปี ค.ศ.2006-2016) บุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ระบบบริการ และค่าใช้จ่ายที่รัฐใช้เพิ่มมากยิ่งขึ้นในการดูแล บทความวิชาการนี้ จึงมีความมุ่งหวังเพื่อสร้างความตระหนักและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค อีกทั้งเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในความหมาย สถานการณ์ ประเด็นท้าทาย และการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เพื่อชะลอความทุพพลภาพ คงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ลดการสูญเสียปีสุขภาวะ และมีความคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

แนวคิดของโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity)

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ในภาษาไทย มีการแปลมาจากคำศัพท์ในภาษาอังกฤษที่หลากหลาย

เช่น Multiple chronic diseases, Multiple chronic conditions, Multiple chronic health conditions, Multiple conditions, Comorbidity, Polypathology, และ Multimorbidity ซึ่ง Feinstein (1967) เป็นคนรุ่นแรกๆ ที่มีการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวกับการมีภาวะโรคเรื้อรังหลายโรค ได้ศึกษาและรวบรวมเป็นคำนิยามของ Comorbidity ว่าเป็นการเกิดขึ้นของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาเพิ่มเติมจากโรคยืนพื้นเดิมที่มีอยู่ (An index disease) จากนั้น Van den Akker, Buntinx, และ Knottnerus (1996) ได้มีการรวบรวมความหมายของ Comorbidity จากการศึกษาต่างๆ และได้ให้ความหมายเชิงสนับสนุนเพิ่มเติมความหมายของ Comorbidity ดังนี้ “The occurrence of medical conditions additional to an index disease” หรือโรคที่เกิดขึ้นมาเพิ่มเติมโรคเดิมที่มีอยู่ (Van den Akker et al., 1996) พร้อมอธิบายตัวอย่างเพื่อความกระจ่างมากยิ่งขึ้น เช่น ในกรณีบุคคลหนึ่งมีโรคเบาหวานเป็นโรคยืนพื้นเดิม แล้วต่อมาพบว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้นตามมา ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีความสัมพันธ์กันหรือเป็นผลพวงมาจากโรคเบาหวานที่มีอยู่เดิม จึงเรียกโรคหลอดเลือดหัวใจว่า Comorbidity จะเห็นได้ว่าความหมายของ Comorbidity มีการให้ความสำคัญกับโรคและการเรียงลำดับการเกิดของโรคเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยแตกต่างจากแนวคิดใหม่ที่ใช้คำว่า Multimorbidity ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้นมาจากความหมายเดิม แต่เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการมุ่งเน้นการจัดการที่โรคในแบบการให้ความสนใจในภาวะความทุกข์ทรมานของบุคคลหนึ่งที่มีโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรคในเวลาเดียวกัน

ในปัจจุบันมีการใช้คำว่า Multimorbidity แพร่หลายมากกว่าคำว่า Comorbidity และมักหมายถึงความซับซ้อนในการมีโรคเรื้อรังสองโรคขึ้นไปที่เกิดขึ้นร่วมกันในตัวบุคคลหนึ่ง รวมทั้งการให้ความสำคัญรวมถึงความผิดปกติต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย (Mercer, Smith, Wyke, O'Dowd, & Watt, 2009) ดังแสดงในภาพ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดในการให้ความหมายในลักษณะนี้จากภาพแสดงเชิงเปรียบเทียบความหมายของ Smith (2014) ดังนี้



ภาพ แสดงเชิงเปรียบเทียบความหมายระหว่าง Multimorbidity และ Comorbidity (Smith, 2014)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องจำนวน 163 เรื่อง (Willadsen et al., 2016) ได้ระบุว่า การที่จะเรียกว่ามี ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคหรือ Multimorbidity ได้ นั้น จำต้องมีโรคเรื้อรังร่วมกันอย่างน้อยสองโรคขึ้นไป ในตัวบุคคลนั้น ซึ่งในบางครั้งมีการรวมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เข้าไปในความหมายด้วย แต่อาจไม่ครอบคลุมถึงอาการ และความรุนแรง และอาจกล่าวได้ว่า Comorbidity เป็นแนวคิดต้นกำเนิดของ Multimorbidity ที่ใช้อยู่ ในปัจจุบัน (Salive, 2013) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มี การสรุปเป็นคำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) แต่อาจสรุปความเบื้องต้นได้ว่า ภาวะโรค เรื้อรังร่วมหลายโรค หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีโรค เรื้อรังเกิดขึ้นร่วมกัน ณ เวลาใดเวลาหนึ่งมากกว่าหรือ เท่ากับสองโรค โดยไม่มีการจัดเรียงตามลำดับการเกิด ของโรค หรือมีการระบุโรคต้นกำเนิดหรือโรคดั้งเดิม ซึ่งภาวะนี้ทำให้เกิดความซับซ้อนขึ้นทั้งอาการ ความไม่ สุขสบาย อารมณ์ สังคม จิตใจ การใช้ยา การจัดการ ดูแล และการรักษา

สถานการณ์ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคใน ผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในวัยสูงอายุ ส่งผล ให้ระบบต่างๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงทั้งด้านกายภาพและด้านความรู้คิด (The physical and cognitive decline) เกิดการเจ็บป่วยเฉพาะ ลักษณะของผู้สูงอายุ หรือเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่ง ของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคตามมาได้ สถานการณ์ของภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูง อายุมีความชุก (Prevalence) สูงในหลายประเทศทั้ง ในประเทศในภูมิภาคยุโรปและอเมริกา ในช่วงทศวรรษ ที่ผ่านมา หลายประเทศให้ความสำคัญกับการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมากยิ่งขึ้น ความชุกของภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคของ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสำรวจในปี 2012 โดย The National Health Interview Survey (NHIS) พบว่า ครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกัน (ร้อยละ 49.8) ที่เป็นผู้ใหญ่ มีภาวะโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค และหนึ่งในสี่ของ



คนจำนวนนี้ (ร้อยละ 25.5) มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค หรือมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมกันมากกว่าสองโรคขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคจะมีจำนวนร้อยละเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (Ward, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Salive (2013) ที่พบว่า ร้อยละ 67 ของชาวอเมริกันที่ใช้ระบบประกันสุขภาพ Medicare มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค และจำนวนของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

สำหรับสถานการณ์ในภาคพื้นยุโรป Barnett et al. (2012) ได้สำรวจกลุ่มประชากร จำนวน 1.7 ล้านคนที่อาศัยอยู่ในประเทศสกอตแลนด์และประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 65–84 ปี มีความชุกของโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ร้อยละ 64.9 และพบมากกว่าร้อยละ 80 ในผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith (2014) ประเทศไอร์แลนด์ ที่พบว่า มีความชุกในผู้สูงอายุร้อยละ 66 และการศึกษาของ Marengoni, Winblad, Karp, and Fratiglioni (2008) ประเทศสวีเดน พบว่า มีความชุกร้อยละ 55

ในส่วนของประเทศในภูมิภาคเอเชีย และกลุ่มประเทศและหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก (Asia and Oceania) มีการศึกษาในประเทศบังคลาเทศของ Khanam et al. (2011) พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hussain, Huxley, and Al Mamun (2015) กลุ่มประชากรอินโดนีเซียที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค การศึกษาของ Islam et al. (2014) ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย จำนวน 4,574 ราย พบว่า ร้อยละ 52 ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค

สำหรับประเทศไทย แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลสถิติแห่งชาติในการสำรวจสถานการณ์ของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรายงานโรคเรื้อรังต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นลักษณะการรายงานแบบแยกเป็นแต่ละโรค (Comorbidity) มากกว่าการสำรวจการเกิดภาวะ

โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) อย่างไรก็ดีตาม มีการศึกษาที่รายงานการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในประเทศไทยในผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ. 2553 มีร้อยละ 11.5 และปี พ.ศ. 2557 มีร้อยละ 25.3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ทำการการศึกษา (Haseen, Adhikari, & Soonthornthada, 2010; Sihapark, Kuhirunyaratn, & Chen, 2014) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสถิติภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคของผู้สูงอายุไทยกับนานาชาติ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความชุกของภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคต่ำมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษาริวิจัยสถานการณ์การเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคยังไม่แพร่หลายมากนักในประเทศไทย

จากแนวโน้มของสถานการณ์ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุจากประเทศต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้น เพื่อให้ความสำคัญกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำรงกับสถานการณ์ ผลกระทบ และความสูญเสียต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นักวิชาการและนักวิจัยทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการสำรวจภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานแห่งชาติ ที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลจากประเทศอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุไทยต่อไป

ประเด็นท้าทายของการมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ อาจแบ่งประเด็นท้าทายได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล 2) ระดับผู้ดูแล/ครอบครัว และ 3) ระดับระบบบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นเหตุให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



เพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการเกิด ความซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีอัตราการ สูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Arokiasamy et al., 2015; France et al., 2012; Nóbrega, Jaluul, Machado, Paschoal, & Jacob Filho, 2009) จากสาเหตุดังต่อไปนี้

1.1 การไม่สุขสบายจากการมีอาการหลาย อาการ (Multiple symptoms burden) เนื่องด้วย ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นกลุ่มภาวะที่เกี่ยวข้อง กับหลายปัจจัยร่วมกัน ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่ระบุถึงสาเหตุที่แน่ชัดของภาวะโรคเรื้อรัง ร่วมหลายโรค แต่มีรายงานพบว่า กรรมพันธุ์ และ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อ ต่อการเกิดภาวะนี้ (Salive, 2013) นอกจากนี้ ความ เสื่อมจากการสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในกลไกการ ทำงานของร่างกายในหลายระดับ ได้แก่ ระดับโมเลกุล (Molecular level) ระดับเซลล์ (Cellular level) ระดับ ระบบของร่างกาย (Systemic level) และระบบเชิง สรีรวิทยา (organismal level) จนทำให้เกิดการอักเสบ เรื้อรังเกิดขึ้นในร่างกาย (Franceschi et al., 2007) อาจมีผลด้วยเช่นกัน (Fabbri et al., 2015) ส่งผลให้ เกิดภาวะเปราะบางหรือห่อมนในผู้สูงอายุ (Frailty) ได้ ซึ่งบ่อยครั้งที่อาการของภาวะเปราะบางหรือห่อมนในผู้ สูงอายุและอาการจากภาวะโรคเรื้อรังแต่ละโรคเกิดขึ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน และบ่อยครั้งที่โรคแต่ละโรคส่ง ผลต่อกัน (Disease-disease interactions) ยาส่งผล ต่อโรค (Drug-disease interactions) หรือยาแต่ละ ชนิดส่งผลต่อกันเอง (Drug-drug interactions) ซึ่ง จากสาเหตุต่างๆ ดังที่กล่าวมาล้วนทำให้เกิดอาการที่ หลากหลาย และบางครั้งไม่สามารถจำแนกออกจาก กันอย่างชัดเจนได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุอาจมีการวินิจฉัย อาการของตนเองและมีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการ ได้ยากขึ้น การศึกษาความสุขสบายของผู้สูงอายุที่มี ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค รายงานว่า ผู้สูงอายุหนึ่ง คนมีความไม่สุขสบายโดยเฉลี่ยถึง 9 อาการ อาการที่ พบได้บ่อย มีความรุนแรง รวมถึงส่งผลต่อความไม่สุข

สบายมากที่สุด ได้แก่ อาการปวด (Pain) และครึ่งหนึ่ง ของจำนวนที่ทำการศึกษารายงานว่า มีอาการหมดแรง (Lack of energy) และอาการปากแห้ง (Dry mouth) ร่วมด้วย ในส่วนความไม่สุขสบายที่พบแต่อาจไม่สัมพันธ์ กับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เช่น ปัญหาการมองเห็น (Poor vision) ความซึมเศร้า (Depression) และ โรคที่เกิดจากระบบการย่อยอาหาร (Disease of the digestive system) (Eckerblad et al., 2015) ก็ล้วนส่ง ผลต่อความไม่สุขสบาย ซึ่งความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิด ขึ้นเป็นความท้าทายของผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นความ ท้าทายของบุคลากรทางสุขภาพที่จะส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 ปัญหาการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะ โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Self-management related multimorbidity) ดังที่ได้กล่าวไปแล้วเบื้องต้นเกี่ยวกับ อาการที่หลากหลายและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น อาจ ทำให้การจัดการตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะโรค เรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นภาวะที่ต้องมีการจัดการตนเอง ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดขึ้นพร้อมกับภาวะเปราะ บางในผู้สูงอายุ ซึ่ง Noël et al. (2007) ได้รวบรวม ทักษะที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ โรคเรื้อรังร่วมหลายโรคซึ่งมี 5 ทักษะ ดังนี้ 1) การ ติดตามอาการที่สำคัญ 2) การใช้ยาที่ถูกต้อง 3) การ จัดการกับอารมณ์และความเครียด 4) การจัดการกับ ความเจ็บปวด และ 5) การนอนหลับ ทักษะทั้งหมด ที่กล่าวมามีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายดังที่ได้ กล่าวไปแล้วข้างต้น หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน การจัดการตนเองจากผู้ดูแล/ครอบครัว และบุคลากร ทางสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ร่วมหลายโรคจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระดับผู้ดูแล/ครอบครัว

แรงสนับสนุนจากผู้ดูแล มีส่วนสำคัญอย่าง ยิ่งในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล ตนเองมากยิ่งขึ้น (Kanyamee & Choowattanapakorn, 2014) สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลในกิจกรรมต่างๆ เช่น



การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลในเรื่องการบริหารยา (การจัดยา การดูแลให้ยาตามกำหนดเวลา การไปรับยาตามนัดของแพทย์) การไปตรวจตามนัด การรับข้อมูลเรื่องการดูแล การติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การรายงานผลภาวะสุขภาพ การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีความต้องการในการดูแลสูง ดังนั้น นอกจากการมุ่งความสนใจไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคแล้ว การให้ความสนใจดูแลผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคยังเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางสุขภาพด้วย สำหรับประเด็นความท้าทายในผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีดังนี้

2.1 ความยุ่งยากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (difficulty assisting with health care tasks) เนื่องด้วยความซับซ้อนของภาวะและอาการที่หลากหลาย ตลอดจนมีการใช้ยาหลายชนิด ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการสำหรับตัวผู้สูงอายุเอง แต่ยังมีผลต่อการจัดการการดูแลของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งมีการศึกษา พบว่า ความยุ่งยากในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนของภาระหน้าที่ที่ต้องการการดูแล (Giovannetti et al., 2012) นอกจากนี้ อายุ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และระยะเวลาที่ดูแลก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยุ่งยากด้วยเช่นกัน (Limpawattana, Theeranut, Chindaprasit, Sawanyawisuth, & Pimporm, 2013) ซึ่งจากการสำรวจคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยวัยต้นส่วนใหญ่มีคู่สมรสทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีบุตรสาวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (National Statistical Office, 2014) ด้วยความยุ่งยากและปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความยุ่งยากของผู้ดูแล จึงเป็นประเด็นท้าทายที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลที่สูงอายุสามารถให้การดูแลคู่สมรสสูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และลดความยุ่งยากในการดูแลลงได้ เช่น การส่งเสริมสมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ดูแลหลัก การจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียด การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 การจัดการกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลของผู้ดูแล (Caregiver burden) ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Health related quality of life) ดังที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมักพบว่ามีภาระหน้าที่ของทั้งร่างกาย และความคิดวิจารณ์ญาณที่ลดลง (Functional and cognitive declined) ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับจำนวนของโรคเรื้อรังที่พบ และความรุนแรงยิ่งมากขึ้นเท่าใดจะยิ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก ความเครียด และความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น (Faison, Faria, & Frank, 1999; Giovannetti et al., 2012) มีงานวิจัย พบว่า ร้อยละ 63 ของคนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและมีความเครียดในระหว่างการดูแลมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตภายใน 4 ปี และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและมีความเครียดในระหว่างการดูแล (Schulz & Beach, 1999) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพทางจิต (Mental health) ที่ดีจะมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลที่ลดลงด้วย (Duggleby et al., 2016) ดังนั้น การช่วยเหลือในการลดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการดูแลของผู้ดูแล และการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ตลอดจนการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้อีกด้วย

3. ระดับระบบบริการสุขภาพ

3.1 การวินิจฉัยและการรักษาที่ผิดพลาด (Misdiagnosis and mistreatment) ซึ่งอาการทั้งหลายที่เกิดขึ้นร่วมกันเป็นสาเหตุหลักของความไม่สุขสบายของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค หรือเรียกว่าภาวะ Symptom burden ซึ่งบางครั้งอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันไม่สามารถวินิจฉัยหรือจำแนกออกมาได้ชัดเจนว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคใด เช่น ในผู้ป่วยที่



ไม่ซับซ้อน แพทย์จะสามารถวินิจฉัยได้ว่าภาวะหายใจลำบากที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือมาจากการมีภาวะหัวใจวาย หรือภาวะปวด เป็นผลมาจากข้ออักเสบหรือมาจากมะเร็ง เป็นต้น (Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions, 2012)

3.2 การใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) เมื่อมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเกิดขึ้น แพทย์มักมีการรักษาโดยใช้ยาเพื่อควบคุมหรือรักษาอาการ และอาการแสดงที่ตรวจพบ ทำให้พบว่ามีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งในบางครั้งอาการข้างเคียงของยา หรือปฏิกิริยาของตัวยาแต่ละชนิดอาจส่งผลต่อกัน เช่น อาการหรืออาการแสดงบางอย่างอาจส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาอีกโรคหนึ่ง หรืออาจเสริมฤทธิ์ของยา บางครั้งยับยั้งการออกฤทธิ์ของยา (Condition affect medicine) หรือบางครั้งยาที่ใช้รักษาอีกโรคหนึ่งส่งผลต่ออาการหรืออาการแสดงของอีกโรคหนึ่งได้ เช่น ยาบางชนิดทำให้อาการหรืออาการแสดงมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Medicine affect condition) หรืออาการข้างเคียงจากตัวยาเอง (Adverse drug events) หรือการออกฤทธิ์ต้านกันระหว่างยาแต่ละชนิด (Medicine affect medicine) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีเภสัชจลนศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ จึงมีโอกาสทำให้เกิดพิษหรือผลที่ไม่คาดหวังจากการใช้ยาหลายชนิดได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีรายงานการวิจัยเสนอแนะให้มีการมุ่งเป้าการรักษาและการพิจารณาใช้ยาไปที่โรคหลักของผู้ป่วย แล้วยึดหลักตามแผนการรักษาของโรคนั้นๆ เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปในแผนการรักษาที่ดีที่สุด มีเพียงข้อเสนอแนะแนวทางในการตัดสินใจของแพทย์ให้สั่งยาให้แก่ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงประโยชน์ด้านการรักษาโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก พร้อมทั้งแจ้งอาการแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้ทราบและมีการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ทุกครั้ง (Tinetti, Bogardus Jr, & Agostini, 2004)

3.3 มีความขัดแย้งในแผนการรักษา (Conflicting recommendation) ปัญหาอื่นๆ ที่อาจส่ง

ผลต่อผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค และอาจเป็นผลที่กระทบมาจากปัญหาดังที่กล่าวก่อนหน้านี้ ได้แก่ การมีผู้ทำการรักษาหลายคน และการประสานงานกันระหว่างผู้ทำการรักษา ทำให้เกิดความขัดแย้งกันในแผนการรักษา การใช้ยา หรือคำแนะนำการปฏิบัติต่างๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความสับสน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาไม่ต่อเนื่อง (Inadherence) หรือการไม่ไปตามเวลานัด (Loss of appointment)

3.4 ใช้บุคลากรทางสุขภาพมากและมีการประสานที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Multiple providers and poor co-ordination) การจัดการการดูแลของผู้ที่ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค นั้น มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าการจัดการการดูแลของผู้ที่มีภาวะโรคแบบเดี่ยว ซึ่งภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค อาจต้องใช้บุคลากรทางสุขภาพมากกว่าโรคเรื้อรังแบบเดี่ยว และอาจมีแนวทางการรักษาหลายแผน โดยผู้ทำการรักษาอาจไม่ได้ให้ความสำคัญในการวางแผนร่วมกันรักษา แต่ใช้ลักษณะของการรักษาแยกตามการรักษาโรคเรื้อรังในแต่ละโรค ไม่ได้มีการประสานงานกันระหว่างผู้ทำการรักษาและมีการวางแผนการรักษาร่วมกัน จากการใช้บริการบุคลากรทางสุขภาพในลักษณะแยกตามโรคเรื้อรังแต่ละโรค นั้น อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาของการใช้ยาหลายขนาน มีกำหนดนัดมาตรวจซ้ำซ้อนหรือถี่เกินไป และสูญเสียงบประมาณของชาติโดยไม่จำเป็น

3.5 มีนัดตรวจซ้ำซ้อน (Multiple appointment) เนื่องจากงานวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้มีประสบการณ์ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นลงตามภาวะของโรค และใช้บุคลากรทางสุขภาพดูแลหลายทีม จึงทำให้มีนัดมาที่สถานบริการสาธารณสุขบ่อยครั้ง บางครั้งเกิดความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ตามวันเวลาที่กำหนดไว้ (Whitson et al., 2011) หรือบางรายมีผลกระทบต่อการทำงานหรืออาชีพที่ต้องใช้เวลาทำงานหรือออกงานก่อนเวลาเพื่อไปพบแพทย์ (Williams et al., 2016) เป็นต้น



แนวทางการจัดการกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการในแง่ของระบบการดูแล ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ในปี 2007 นักวิจัยชาวอเมริกัน (Boyd et al., 2007) ให้ความสนใจในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค โดยได้วางแผนและทดลองใช้ “Guided Care” เพื่อเป็นแนวทางการดูแลแบบใหม่ซึ่งมีลักษณะส่วนสำคัญ 7 ส่วน ดังนี้ 1) Disease management 2) Self-management 3) Case management 4) Lifestyle modification 5) Transitional care 6) Caregiver education and support และ 7) Geriatric evaluation and management ผลการวิจัยระยะทดลองใช้โมเดลใน 1 ปี พบว่า Guided Care ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค

รูปแบบการดูแลดังกล่าวมีการสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพอย่างเด่นชัด โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างมากในการจัดการการดูแลตามโปรแกรมนี้ และพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมินั้นๆ จะเป็นผู้ดำเนินการ เรียกว่า “Guided care nurse” โดยใช้แนวทางในการดำเนินการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ อีกทั้งยังมีการนำเทคโนโลยีการบันทึกข้อมูลสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “A Customized Electronic Health Record: EHR)” มาใช้เพื่อให้การดำเนินการมีการคำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลในนี้จะมีการบันทึกความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และการตอบสนองของแพทย์ผู้รับผิดชอบ และพยาบาลวิชาชีพจะดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผนใน 8 กิจกรรม ดังนี้

1. Assessment โดยใช้แบบประเมิน

มาตรฐานในการประเมิน ภาวะสุขภาพ การรักษาสมรรถภาพทางร่างกาย การรับรู้ ความเข้าใจ จิต-อารมณ์ ภาวะโภชนาการ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ของผู้สูงอายุในระหว่างการเยี่ยมบ้าน และพยาบาลวิชาชีพจะมีการสอบถามให้ผู้สูงอายุได้จัดลำดับประเด็นที่สำคัญที่สุดเพื่อการมีภาวะสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. Planning ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกิจกรรม assessment จะถูกนำมาเป็นฐานในการค้นหาแนวทางการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based best practice) เพื่อวางแผนการดูแลเบื้องต้น การจัดการและการติดตามผลการจัดการ โดยจะมีการอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล มาสรุปเป็นแนวทางการดูแลรายบุคคล

3. Chronic Disease Self-management (CDSM) พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับญาติผู้ดูแลในการส่งเสริมสมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้พร้อมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนแผนได้ด้วยตนเอง ซึ่งแผนการปฏิบัติประกอบไปด้วย การรับประทานยาที่ถูกต้อง สุขภาพ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างเหมาะสม การติดตามตนเอง การใช้แหล่งบริการทางสาธารณสุข และการหลีกเลี่ยงจากบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. Monitoring พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ในการติดตามความก้าวหน้าโดยติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดการตนเอง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และเมื่อพบปัญหาจะมีการปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อการจัดการที่เหมาะสม

5. Coaching ในระหว่างที่ติดตามโดยการโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา พยาบาลวิชาชีพจะมีการให้กำลังใจและช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้ตามแผนที่ตกลงร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง

6. Coordinating Transitions between Sites and Providers of Care พยาบาลวิชาชีพจะทำ



หน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ข้อมูลกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และต้องมีการวางแผนการดูแลใหม่ร่วมกันกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

7. Educating and Supporting Caregivers จัดโปรแกรมการฝึกการช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งมีการติดตามสอบถามปัญหาระหว่างการดูแลทุกเดือน หรือใช้การติดต่อสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์

8. Accessing Community Resources พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่ประสานแหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนที่มีภายในชุมชน เช่น การคมนาคม ศูนย์ความช่วยเหลือต่างๆ มาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ

จากกิจกรรมตามแบบแผนการดูแลแบบ “Guided Care” จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโปรแกรมนี้มีบทบาทสำคัญในทุกระยะ ตั้งแต่การประเมินความต้องการ การวางแผน การสนับสนุน การช่วยเหลือ การประสานงาน และนอกจากบทบาทที่ส่งผลทางตรงต่อผู้สูงอายุแล้วยังครอบคลุมไปถึงผลทางอ้อม คือ ญาติผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งครบถ้วนตามหลักของ Nursing Process ผลการทดลองใช้แผนการดูแลแบบ “Guided Care” นี้ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า “Guided Care” สามารถลดจำนวนการเข้าใช้บริการด้านสาธารณสุข Home Health Care ได้ถึงร้อยละ 29.7 ในกลุ่มที่ใช้แบบแผนการดูแลแบบ “Guided Care” และเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้แบบแผนการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการด้านสาธารณสุขมีจำนวนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Boulton et al., 2011)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีความยากและซับซ้อนมาก แม้ว่าจะมีการศึกษาที่มีการวางแผนอย่างละเอียดและใช้เวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมนานถึง 20 เดือน (Boulton et al., 2011; Boyd et al., 2007) และผลของการ

ศึกษาวิจัยยังไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความซับซ้อนของโรคแต่ละโรค การรักษาที่มีความซับซ้อน ซึ่งต้องใช้บุคลากรทางสุขภาพหลากหลายแขนงในการวางแผนจัดการร่วมกัน และยังต้องการการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคอีกต่อไป

การวางแผนการจัดการโดยใช้ “Guided Care” อาจเป็นตัวอย่างของแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในประเทศไทย บทความนี้ จึงนำมาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อการต่อยอดในการทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบการจัดการดูแล ซึ่งจากความคิดของผู้เขียนเห็นว่า การวางแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค จำต้องมีความเป็นลักษณะเฉพาะเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความหลากหลายของโรคที่มาร่วมกัน ซึ่งอาจไม่สามารถกำหนดออกมาเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีอย่างเต็มที่ที่ต้องมีความเข้าใจ และมีการประสานงานระหว่างกันเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับวงการสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย เนื่องจากภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งผลในระดับหน่วยงาน ระบบบริการ และระดับชาติในเรื่องการเพิ่มค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลอีกด้วย ดังนั้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้มีการจัดการดูแลที่เหมาะสม และเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ได้มีความเข้าใจในสถานการณ์ของภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ ตลอดจนเห็นความ



สำคัญ และผลกระทบที่มากจากการมีภาวะนี้อย่างจริงจัง บทความวิชาการนี้ จึงอาจเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการกระตุ้นให้กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการสุขภาพมีความตื่นตัว และคิดหาแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ จึงควรมีการสำรวจความชุก

ศึกษาความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการดูแล จากนั้นนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีต่อไป

References

- Arokiasamy, P., Uttamacharya, U., Jain, K., Biritwum, R. B., Yawson, A. E., Wu, F., Rodríguez, A. S. (2015). The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: What does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Medicine*, 13(1), 1.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Boult, C., Reider, L., Leff, B., Frick, K. D., Boyd, C. M., Wolff, J. L., Mroz, T. (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: Results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 460-466.
- Boyd, C. M., Boult, C., Shadmi, E., Leff, B., Brager, R., Dunbar, L., Wegener, S. (2007). Guided care for multimorbid older adults. Kathleen Walsh Piercy, (Ed.). *The Gerontologist*, 47(5), 697-704.
- Bundhamcharoen, K., Odton, P., Phulkerd, S., & Tangcharoensathien, V. (2011). Burden of disease in Thailand: Changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health*, 11(1), 53.
- Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Peacock, S. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 81.
- Eckerblad, J., Theander, K., Ekdahl, A., Unosson, M., Wirehn, A.-B., Milberg, A.,... Jaarsma, T. (2015). Symptom burden in community-dwelling older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1.
- Fabbri, E., An, Y., Zoli, M., Simonsick, E. M., Guralnik, J. M., Bandinelli, S.,... Ferrucci, L. (2015). Aging and the burden of multimorbidity: Associations with inflammatory and anabolic hormonal biomarkers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(1), 63-70.



- Faison, K. J., Faria, S. H., & Frank, D. (1999). Caregivers of chronically ill elderly: Perceived burden. *Journal of Community Health Nursing*, 16(4), 243-253.
- France, E. F., Wyke, S., Gunn, J. M., Mair, F. S., McLean, G., & Mercer, S. W. (2012). Multimorbidity in primary care: A systematic review of prospective cohort studies. *Britain Journal General Practice*, 62(597), e297-e307.
- Franceschi, C., Capri, M., Monti, D., Giunta, S., Olivieri, F., Sevini, F.,... Scurti, M. (2007). Inflammaging and anti-inflammaging: A systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans. *Mechanisms of Ageing and Development*, 128(1), 92-105.
- Giovannetti, E. R., Wolff, J. L., Xue, Q.-L., Weiss, C. O., Leff, B., Boulton, C.,... Boyd, C. M. (2012). Difficulty assisting with health care tasks among caregivers of multimorbid older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 27(1), 37-44.
- Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthornhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 10(1), 30.
- Hussain, M. A., Huxley, R. R., & Al Mamun, A. (2015). Multimorbidity prevalence and pattern in Indonesian adults: an exploratory study using national survey data. *BMJ Open*, 5(12), e009810.
- Islam, M. M., Valderas, J. M., Yen, L., Dawda, P., Jowsey, T., & McRae, I. S. (2014). Multimorbidity and comorbidity of chronic diseases among the senior Australians: Prevalence and patterns. *PLoS One*, 9(1), e83783.
- Kanyamee, P., & Choowattanapakorn, T. (2014). The effect of educational and social support program on risk behaviors for stroke among older people with hypertension. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 26(2), 14-25.
- Khanam, M. A., Streatfield, P. K., Kabir, Z. N., Qiu, C., Cornelius, C., & Wahlin, Å. (2011). Prevalence and patterns of multimorbidity among elderly people in rural Bangladesh: A cross-sectional study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 406-414.
- Limpawattana, P., Theeranut, A., Chindaprasit, J., Sawanyawisuth, K., & Pimporn, J. (2013). Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: A cross-sectional study. *Journal of Community Health*, 38(1), 40-45.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A.,... Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1198-1200.
- Mercer, S. W., Smith, S. M., Wyke, S., O'Dowd, T., & Watt, G. C. (2009). Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Family Practice*, 26(2), 79-80.
- National Statistical Office. (2014). The 2014



- survey of the older persons in thailand. Statistical Forecasting Bureau: Ministry of Information and Communication Technology.
- Nóbrega, T. C. M. d., Jaluul, O., Machado, A. N., Paschoal, S. M., & Jacob Filho, W. (2009). Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*, 64(1), 45-50.
- Noël, P. H., Parchman, M. L., Williams Jr, J. W., Cornell, J. E., Shuko, L., Zeber, J. E.,... Pugh, J. A. (2007). The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 419-424.
- Nunes, B. P., Flores, T. R., Mielke, G. I., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 130-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008>
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, mxs009.
- Sambamoorthi, U., Tan, X., & Deb, A. (2015). Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 15(5), 823-832.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Jama*, 282(23), 2215-2219.
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural thailand: prevalence and associated factors. *Ageing International*, 39(3), 210-220.
- Smith, S. M. (Producer). (2014). Effectiveness of interventions in patients with multimorbidity in primary care.
- St John, P. D., Tyas, S. L., Menec, V., & Tate, R. (2014). Multimorbidity, disability, and mortality in community-dwelling older adults. *Canadian Family Physician*, 60(5), e272-e280.
- Tinetti, M. E., Bogardus Jr, S. T., & Agostini, J. V. (2004). Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *New England Journal Medicine*, 351(27), 2870-2874.
- Van den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of literature. *The European Journal of General Practice*, 2(2), 65-70.
- Ward, B. W. (2014). Multiple chronic conditions among US adults: A 2012 update. *Preventing Chronic Disease*, 11.
- Whitson, H. E., Steinhauer, K., Ammarell, N., Whitaker, D., Cousins, S. W., Ansah, D., Cohen, H. J. (2011). Categorizing the effect of comorbidity: A qualitative study of individuals' experiences in a low-vision rehabilitation program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1802-1809.
- Willadsen, T. G., Bebe, A., Køster-Rasmussen, R., Jarbøl, D. E., Guassora, A. D., Waldorff, F. B.,... Olivarius, N. d. F. (2016). The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity—A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health care*, 1-10.



- Williams, A., Sethi, B., Duggleby, W., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Peacock, S., & Ghosh, S. (2016). A Canadian qualitative study exploring the diversity of the experience of family caregivers of older adults with multiple chronic conditions using a social location perspective. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1.
- Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions. (2012). Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2333-2341.