วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e275691
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: ประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Community Nurse Practitioner's Role in Rational Drug Use for the Elderly with Chronic Disease: Applying a Chronic Care Model

อัจฉริยา เชื้อเย็น[1], เกศราภรณ์ ชูพันธ์[2*]

Achariya Churyen[1], Kesaraporn Choopun[2*]

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ[1],

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[2*]

McCormick Faculty of Nursing, Payap University[1],

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[2*]

(Received: May 28, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: November 17, 2025)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีแนวโน้มเกิดโรคเรื้อรังซึ่งมักต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพร้อมกัน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชุมชนที่ยังขาดระบบสนับสนุนด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย การป้องกันและจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการประเมิน การเฝ้าระวัง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) เป็นหนึ่งแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยมีผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นแนวทางที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแล เหมาะแก่การประยุกต์ใช้ในการจัดการการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุและผลกระทบต่อการใช้ยาและปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) เสนอแนวทางการดูแลการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด CCM ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ ระบบสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสารสนเทศทางคลินิก และสิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างระบบการใช้ยาอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: การใช้ยาสมเหตุผล, บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, ผู้สูงอายุ, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ เกศราภรณ์ ชูพันธ์ e-mail: kesaraporn@bcnc.ac.th

Abstract

Older persons have physiological changes that reduce the effectiveness of many body systems, increasing their vulnerability to chronic illnesses. These disorders frequently need the administration of many drugs simultaneously. Such age-related physiological changes influence both the pharmacokinetics and pharmacodynamics of medications, increasing the likelihood of medication-related issues, particularly in community settings where adequate pharmaceutical support services are missing. Community nurse practitioners play a vital role in promoting rational drug use and successfully preventing and treating medication-related issues through patient and family education, evaluation, and monitoring. The Chronic Care Model (CCM) is a well-known framework for managing chronic illnesses efficiently. It prioritizes patient involvement, health promotion, risk factor reduction, and continuous management through team-based treatment in which the patient plays an active role. This paradigm promotes high-quality treatment outcomes and is particularly well-suited to managing medication usage in older persons with chronic diseases who live in the community. This article aims to 1) describe the physiological changes associated with aging and their impact on drug use -related problems in older adults with chronic diseases, and 2) propose a community-based medication management approach by applying the six core componants of the CCM framework, which are: health system, self-management support, delivery system design, decision support, clinical information systems, and community resources and policies within the scope of community nurse practitioners to enhance rational drug use in elderly patients with chronic illnesses.

Keywords: Chronic Care Model, Chronic Disease, Community Nurse Practitioner Role, Older Adult, Rational Drug Use

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” จากรายงานของสหประชาชาติ (United Nations) คาดว่าปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุโลกเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.6 พันล้านคน (United Nations, 2023) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 ที่พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 13.34 ล้านคน หรือร้อยละ 20.23 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 31.28 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2568)

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกลุ่มวัยนี้จะที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยหลายด้านหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เกิดความบกพร่องและเกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้เป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าช่วงวัยอื่น (Gerontological Society of America, 2021) สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 38 มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) แปลเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดตามมา แต่เมื่อร่างกายผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยย่อมส่งผลต่อทั้งการดูดซึมยา การกระจายตัวของยา การเปลี่ยนแปลงของยาภายหลังจากที่เข้าสู่ร่างกาย และการกำจัดยา ที่มีประสิทธิภาพลดลง (Gerontological Society of America, 2021) เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง นำยาของผู้อื่นมาใช้ ลืมรับประทานยา หยุดยาเอง เป็นต้น (วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ปัจจัยดังกล่าวจึงเพิ่มโอกาสการเกิดผลข้างเคียงจากยา (Adverse Drug Reaction (ADR)) เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction) หรือการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Medication Use) ทำให้เกิดปัญหา และความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ข้อมูลจากการสำรวจในการลงพื้นที่ ณ ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่พบปัญหาจากการใช้ยาที่มากที่สุดและพบปัญหาคล้ายกัน เช่น ทานยาซ้ำซ้อน ปรับขนาดยาด้วยตนเอง หยุดใช้ยาเอง เป็นต้น สอดคล้องกับ วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช (2566) ที่ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาผิดขนาด ทานผิดวิธี นำยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายกันมาใช้ เพิ่มขนาดยาเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็วขึ้น หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น เป็นต้น นอกจากนั้น ภายหลังการโอนย้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้ระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่จึงไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทดูแลการใช้ยาแก่ผู้รับบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น (สภาการพยาบาล, 2565) โดยการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง การปฏิบัติอย่างเป็นระบบจะช่วยให้การดูแลเรื่องการใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) มีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ เนื่องด้วยเป็นระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล (Wagner, 1998) จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทุกมิติ นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การใช้ยาที่ดีขึ้นต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ 1) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อการใช้ยาและปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) เสนอแนวทางที่เหมาะสมในการดูแล

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด CCM ตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างระบบการใช้ยาอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุกับการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุกับการใช้ยา ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ในการจัดการกับยาที่ได้รับเข้าไปในร่างกายที่ลดลง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Polaka, Tella, Tekade, Sharma, & Tekade, 2022) ดังนี้

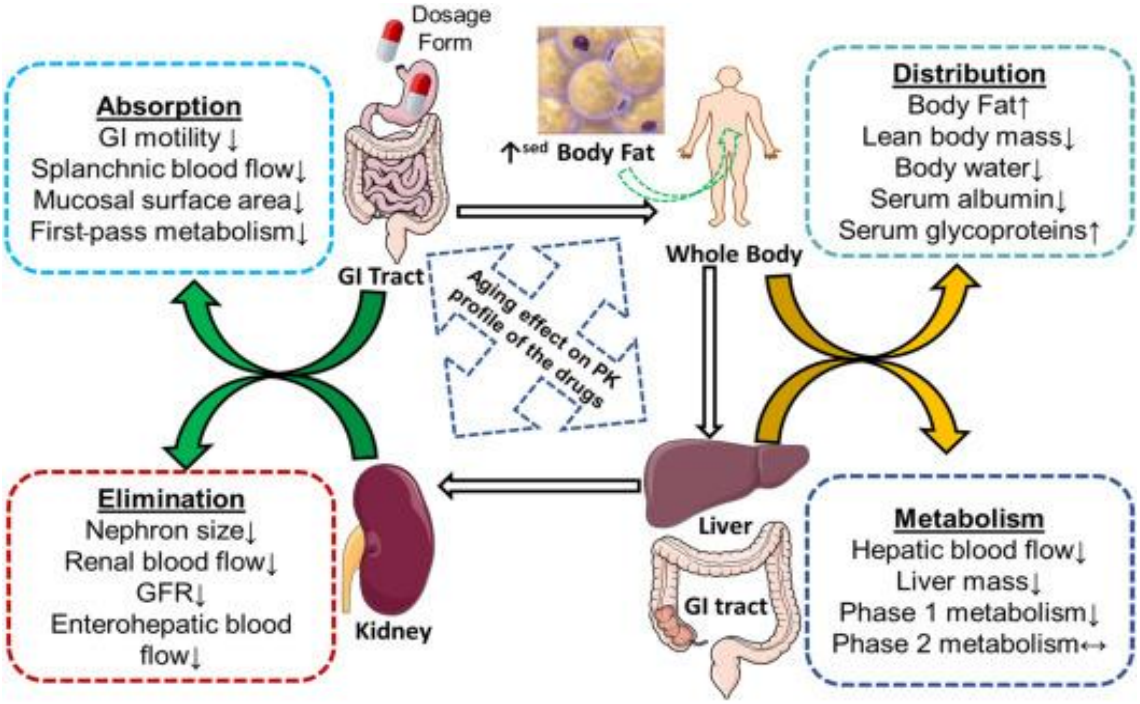
1.1 การดูดซึมยา (Drug Absorption) สำหรับการบริหารยาโดยวิธีรับประทาน เช่น ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง จากการฝ่อของพาไรแทลเซลล์ (Parietal Cell) ที่มีหน้าที่สร้างกรดไฮโดรคลอริก (Hydrochloric Acid) ในกระเพาะอาหาร ตัวอย่างยาที่ถูกดูมซึมได้ลดลงจากความเป็นกรดที่ลดลง เช่น Ferrous Sulfate, Ketoconazole, Fluconazole เป็นต้น นอกจากนั้นการฝ่อของเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้พื้นผิวที่ใช้ดูดซึมยาลดลง การบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง และการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงกระเพาะอาหารและลำไส้ (Splanchnic blood flow) ลดลง สำหรับการบริหารยาโดยวิธีฉีดใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อลดลงทำให้อัตราเร็วการดูดซึมเข้ากระแสเลือดช้าลง จากปัจจัยข้างต้นทำให้ยาถูกดูดซึมได้ลดลง (Abudahab, Slattum, Price, & McClay, 2024)

1.2 การกระจายของยา (Drug Distribution) มีกระจายตัวของยาที่ลดลง ดังนี้ 1) ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ยาที่ละลายได้ดีในไขมันกระจายตัวได้ดี เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา ยาสะสมในร่างกายได้มาก และออกฤทธิ์ได้นาน เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น 2) น้ำในร่างกายลดลง ทำให้ยาที่ละลายได้ดีในน้ำกระจายตัวได้ลดลง ความเข้มข้นของยาในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีระดับยาในเลือดสูงกว่าปกติ เพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น 3) อัลบูมินในเลือดลดลงจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยาขับปัสสาวะ หรือมีภาวะ ทุพโภชนาการจะทำให้ยาจับกับโปรตีนได้ลดลง และ 4) ยาที่อยู่ในรูปอิสระในเลือดเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของยาในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพต่อการรักษาของยาลดลง

1.3 การเปลี่ยนแปลงยา (Drug Metabolism) ในผู้สูงอายุปริมาตรของตับจะลดลง ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงตับลดลงและเอนไซม์ต่าง ๆ ในตับทำงานลดลง เป็นผลให้การเปลี่ยนแปลงยาใน Phase I และ Phase II ทำได้ลดลง ทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยานานขึ้น ยาสะสมในร่างกายเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ได้นานกว่าปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น

1.4 การขับออก (Drug Excretion, Drug Elimination) ผู้สูงอายุมีเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง และอัตราการกรองของไต (Glomerularfiltrationrate (GFR)) ลดลง ทำให้ยาถูกขับออกทางไตได้น้อยลง เป็นผลให้ระดับยาคั่งในเลือดและยามีค่าครึ่งชีวิตที่เพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น นอกนั้นประสิทธิภาพ

การทำงานของท่อไตที่ลดลง ยาที่มีการดูดกลับที่ท่อไตจะถูกขับออกมากขึ้น ทำให้มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่ลดลง จึงเพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics (PK)) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) (Polaka, Tella, Tekade, Sharma, & Tekade, 2022

2. ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาดและเวลา หยุดยารักษาโรคประจำตัวเอง และปรับขนาดยาเอง (สุรียภรณ์ แสนทวีสุข, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฎ สุทธิ, 2566; Wang et al., 2024) ซึ่งปัญหาดังกล่าว อาจนำไปสู่การเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายจากการใช้ยาตามมาได้ ดังนี้

2.1 การลืมรับประทานยา เป็นปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุด สอดคล้องกับ วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช (2566) ที่พบว่ากว่าร้อยละ 60 มีพฤติกรรมลืมรับประทานยา เพราะยามีจำนวนมากทำให้หลงลืมหรือสับสน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาและการควบคุมความรุนแรงของโรค เช่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ลืมทานยาหรือทานไม่ตรงเวลา ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เกิดความมดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หรือลืมรับประทานยาเมื่อใกล้มื้อถัดไป จึงทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า ทำให้เกิดอันตรายจากการความดันโลหิตต่ำตามมา เป็นต้น (อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม, 2567; Malakouti et al., 2021; Wang et al., 2024)

2.2 การรับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาดและเวลา จากงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วย ร้อยละ 30 ใช้ยาไม่เป็นไปตามที่แพทย์สั่ง ทั้งการใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาดและผิดเวลา ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งทานยาที่แพทย์ให้งดใช้ไปแล้วเนื่องจากมียาเหลือและเสียดาย ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมา (วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าแพทย์ปรับแบบแผนการใช้ยา จึงใช้ยาแบบเดิม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา เป็นต้น (วราภรณ์ ปริปุรณะ, ศิริลักษณ์ ใจซื่อ และสุธาร จันทะวงศ์, 2567; Malakouti et al., 2021) การให้คำอธิบายวิธีใช้ยาพร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจการใช้ยา จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง (สุกฤตา มีตาทิพฐิ์, 2565)

2.3 การหยุดยารักษาโรคประจำตัวเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยร้อยละ 20 มีการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นจึงไม่ทานยาต่อ หยุดเนื่องจากยาหมด หยุดเพราะรับประทานยาต่อเนื่องนานจะมีผลต่อไต เป็นต้น (อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม, 2567) ซึ่งส่งผลต่อการรักษา และการควบคุมความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับนิตยา โชติสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่หยุดยาด้วยตนเอง พบระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยสูงมากกว่า 400 mg/dl ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต และการศึกษาของ ทรงวุฒิ สารจันทึก (2564) รายงานว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความกังวลว่าการรับประทานยาจะส่งผลทำให้ไตเสื่อมหรือเสียหน้าที่ จึงหยุดใช้ยาด้วยตนเอง เป็นผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้

2.4 ปรับขนาดยาเอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกว่าร้อยละ 20 มีการปรับเพิ่มและลดขนาดยาในการรักษาด้วยตนเอง (วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษาหรือมีความรู้สึกต่อการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ทานยาน้อยอาจไม่หาย ทานยาขนาดน้อยลงได้เพราะอาการของโรคไม่ผิดปกติ ทานยานานจะทำให้เป็นโรคไต หรือทานยามากไปอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เป็นต้น จึงทำให้การบริหารยาไม่เหมาะสม เช่น แพทย์ให้รับประทานครึ่งเม็ด แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถหักเม็ดยาได้จึงรับประทาน 1 เม็ด เป็นต้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาลีกุล, 2562; Malakouti et al., 2021) การปรับขนาดยาเองย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมา สอดคล้องกับการกรณีศึกษาของ อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม (2567) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปรับเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง จากรับประทาน 2 เม็ด เป็น 4 เม็ด เป็นผลทำให้เกิดระดับความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติตามมา

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวได้ ผ่านดูแลการบริหารยาหรือการใช้ยาในผู้สูงอายุให้เหมาะสม ให้มีความเสี่ยงหรือมีอันตรายกับผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด

ยาที่ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาความชุกของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย พบรายการยาที่มีปัญหามากที่สุดจำแนกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566)

1. กลุ่มยา Antihistamine (First-Generation) มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 34.2 ยาที่พบบ่อย ได้แก่ Dimenhydrinate (รักษาอาการเมารถเมาเรือ เวียนศีรษะ) และ Chlorpheniramine (รักษาอาการแพ้ต่าง ๆ และบรรเทาอาการไข้หวัด) (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566) ในผู้สูงอายุยากลุ่มนี้จะขับออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้นและเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายขึ้น (วิน วินิจวัจนะ, 2564) เช่น สับสน ปากแห้งคอแห้ง หน้ามืดขณะลุกยืน เพิ่มความดันในลูกตา รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (ประคอง ชิณวงษ์, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชรธนะกิจ, อโณทัย วิริยะกาญจนา และอัครเดช บุญเย็น, 2566; Wang et al., 2024) จึงไม่ควรใช้ยาร่วมกับยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepine เช่น ยา Diazepam, Lorazepam เป็นต้น เพราะยิ่งเสริมฤทธิ์ ทำให้ง่วงซึมมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มมากขึ้น (ลักษิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ และชญาณี สุขสมบัติ เจริญ, 2567; Malakouti et al., 2021) ดังนั้น การเลือกใช้ยาควรจะหาสาเหตุที่แท้จริงก่อนให้ยา เพราะอาจให้การรักษาด้วยวิธีอื่นแทนได้ เช่น ผู้สูงอายุมาด้วยไข้หวัดคัดจมูกอาจแนะนำให้ใช้น้ำเกลือล้างจมูก แทนการให้ยา หรือหากมีเวียนศีรษะอาจพิจารณาให้ยากลุ่มอื่นแทน เป็นต้น (ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024) เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา

2. กลุ่มยา Antidepressant มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 28.1 ยาที่พบบ่อย คือ Amitriptyline ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า บรรเทาการปวดประสาทหลัง ปวดจากโรคงูสวัด หรือป้องกันปวดศีรษะไมเกรน (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาการนอนหลับจึงมักได้รับยากลุ่มนี้เพื่อกดระบบประสาทร่วมกับมักมีอาการปวดจากการเสื่อมตามวัยจึงมีโอกาสได้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ การใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน จะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกดเพิ่มมากขึ้น ทำให้สับสนหรือง่วงซึมมากขึ้น จึงเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย (เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร์, 2565) นอกจากนั้น หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มนี้ เช่น Fluoxetine, Fluvoxamine ร่วมกับยา Warfarin เพราะจะทำให้เกิดการต้านฤทธิ์ของ Warfarin เป็นผลให้การแข็งตัวของเลือดลดลง ค่า International Normalized Ratio (INR) เพิ่มสูงขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก (ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Wang et al., 2024)

3. กลุ่ม Benzodiazepines มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 6.50 ยาที่พบบ่อย คือ Lorazepam นิยมใช้รักษาผู้ที่วิตกกังวลหรือนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566) ในผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อยากลุ่มนี้ได้ไวและขับออกได้ช้า ยาจึงอยู่ในร่างกายนานขึ้น (วิน วินิจวัจนะ, 2564) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางปัญญา จากการที่ยาไปกดการส่งสัญญาณ ที่เกี่ยวข้อง หากใช้นาน

ติดต่อกันมากกว่า 4 สัปดาห์ หรือใช้ยาหลายอย่างร่วมกันจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องด้านการเรียนรู้และความจำมากขึ้น (ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Malakouti et al., 2021) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ ในผู้สูงอายุหรือใช้เมื่อจำเป็น และไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันนานเกินกว่า 4 สัปดาห์ (หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ และนัชชา เรืองเกียรติกุล, 2566).

4. กลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 4.50 ยาที่พบบ่อย คือ Omeprazole ใช้รักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น และรักษากรดไหลย้อน (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566) ในผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยากลุ่มนี้เพื่อป้องกันการระคายเคืองเยื่อบุกระเพาะอาหาร (เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร์, 2565) หากใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันนานมากกว่า 8 สัปดาห์ จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ Clostridioides Difficile มากขึ้น เกิดอาการท้องเสียและลำไส้ใหญ่บวมตามมา (ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563) นอกจากนั้น ยังมักพบปัญหาการใช้ยา Omeprazole คู่กับ Clopidogrel ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่ง Omeprazole จะไปยับยั้ง CYP2C19 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง Clopidogrel ซึ่งเป็น Prodrug ให้เป็น Active Form ลดลงส่งผลทำให้ยา Clopidogrel ออกฤทธิ์ได้ลดลง (เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร์, 2565; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024)

5. กลุ่ม Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs (NSAIDs) หรือ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 3.10 ยาที่มักพบปัญหา คือ 1) Diclofenac ใช้บรรเทาการอักเสบและอาการปวดในโรคข้ออักเสบ 2) Naproxen และ 3) Ibuprofen ใช้เบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดประจำเดือน เป็นต้น (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม, 2566) ปัจจุบันพบบ่อยในการใช้ร่วมกับสมุนไพร เช่น ผู้สูงอายุได้รับ NSAIDs เพื่อรักษาอาการปวดเข่า เมื่อมีอาการท้องอืดจากการหลั่งกรดช่วยย่อยอาหารที่ลดลง จึงซื้อขมิ้นชันมาทาน ซึ่ง NSAIDs นอกจากบรรเทาปวดยังมีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือด ส่วนขมิ้นชันมีฤทธิ์ต้านการจับตัวเป็นก้อนเลือด เมื่อใช้ร่วมกันจึงทำให้เกิดปัญหาเลือดออกง่ายตามมา (เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร์, 2565; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024) นอกจากนั้นควรระวังการใช้ NSAIDs ร่วมกับยาขับปัสสาวะหรือยาลดความดันโลหิตที่ออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับแองจิโอเทนซิน เพราะจะทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง เกิดไตวายตามมาได้ (ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Malakouti et al., 2021)

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือว่ามีบทบาทโดยตรงในด้านการป้องกันและจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ การใช้ยาด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายจากยาที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถป้องกันและจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ตามขอบเขตวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2564) ดังนี้

1. บทบาทผู้ประเมิน: ซักประวัติที่เกี่ยวกับการใช้ยา สมุนไพร และอาหารเสริมให้ครอบคลุม ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการบริหารยาของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนดูแลการใช้ยาให้เหมาะสม ร่วมกับประเมินความเสี่ยงจากยาที่อาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

2. บทบาทผู้ให้ความรู้และคำปรึกษา: หลังจากวางแผนดูแลการใช้ยาให้เหมาะสมแล้ว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้คำอธิบายและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การให้ยา การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง ยาที่ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ อาการที่จะพบเมื่อเกิดการทำปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เป็นต้น และสร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการใช้ยาตามขนาดที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

3. บทบาทผู้ติดตามและประเมินผล: เยี่ยมบ้านประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากยาที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุ ประเมินการบริหารยาของผู้สูงอายุและครอบครัวอีกครั้ง ร่วมกับความเสี่ยงของการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การมองเห็น ภาวะหลงลืม กลืนลำบาก เป็นต้น เพื่อใช้ปรับแผนการบริหารยาให้เหมาะสม หรือการนำนวัตกรรมต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้เหมาะสมต่อไป

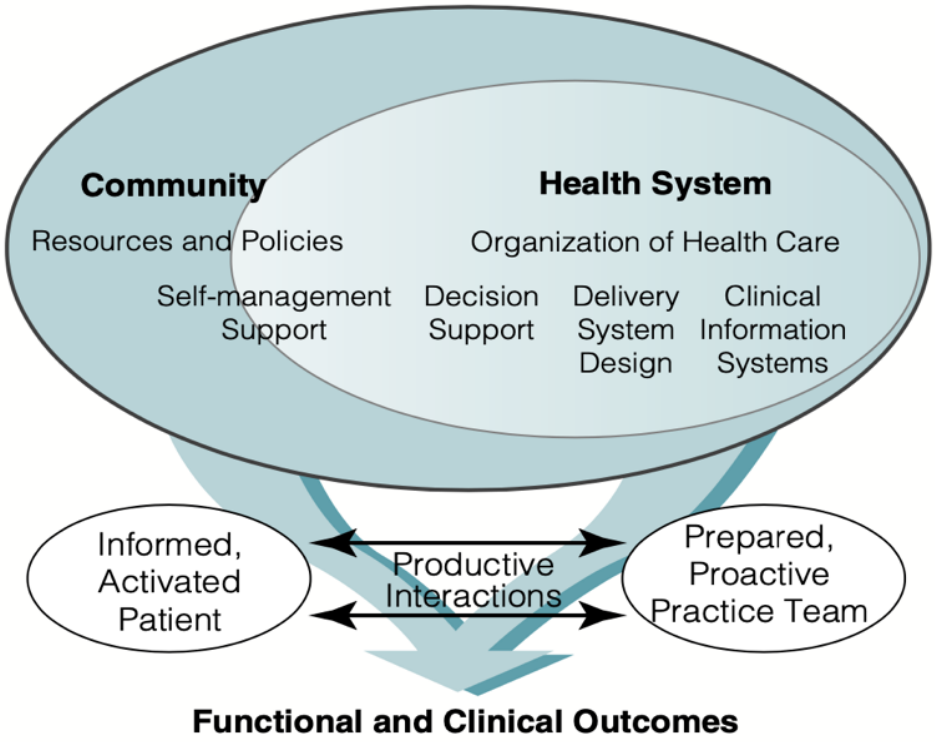
4. บทบาทผู้จัดการ: วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อแก้ไขให้ตรงจุด เช่น เมื่อพบว่าผู้สูงอายุเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาจากการใช้ยา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเอาข้อมูลยาทั้งหมดมาทบทวนเพื่อหาว่ายาชนิดใดที่ทำปฏิกิริยาต่อกัน จากนั้นพิจารณาปรับแผนการใช้ยาใหม่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. บทบาทผู้ประสานงาน: หากพบว่าผู้สูงอายุเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา หรือยาที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพต่อการรักษา ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ควรประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาให้เหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู (สภาการพยาบาล, 2564) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมนต้องใช้เวลาดูแลที่ยาวนาน การเชื่อมโยงการดูแลของบุคคากรสาธารณสุขกับครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล (Wagner, 1998) ที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การบูรณาการบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับแนวคิดดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การใช้ยาที่ดีขึ้น 6 องค์ประกอบหลัก ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) (Wagner, 1998)

1. ระบบสุขภาพ (Health System) เป็นการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีนโยบายดำเนินการ มีมาตรฐานการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีการจัดสรรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) สร้างพลัง (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วย ให้มีความรู้ มีทักษะที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ ทำให้สามารถจัดการกับโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง

3. การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) โดยกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางเชื่อมโยงกับระบบบริการของสถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง มีการกำหนดรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เป็นการที่หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางการดูแลทางเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์และมีระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจหาแนวทางในการจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง

5. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) หน่วยบริการสุขภาพต้องมีระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ เพื่อใช้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ระบบฐานข้อมูลควรเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับ

6. สิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Community Resources and Policies) เป็นการสร้างนโยบายและแนวปฏิบัติของชุมชนที่เอื้อต่อการเกิดสุขภาพดี ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง มีระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดำเนินการเองโดยชุมชนโดยมีทีมบุคลากรสุขภาพสนับสนุน

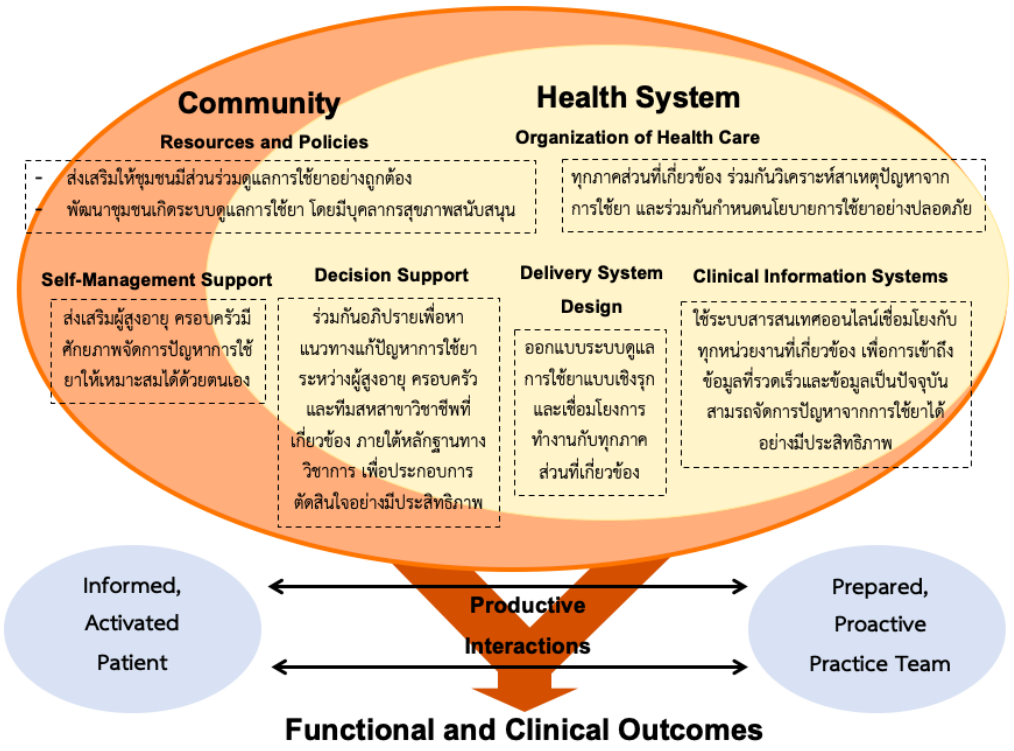
ประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ

กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุชาย อายุ 66 ปี เคยมีประวัติลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (Mitral Stenosis) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral Valve Replacement) มา 25 ปี รับยาต่อเนื่องต่อที่โรงพยาบาลชุมชนสม่ำเสมอทุกเดือน คือ 1) Warfarin 2 mg 1 tab oral hs. 2) Digoxin 0.25 mg 1 tab oral OD pc. เช้า 3) Enalapril 5 mg 1 tab oral OD pc. เช้า 4) Furosemide 20 mg 1 tab oral pc. เช้า ต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แพทย์จึงเริ่มการรักษาโดยเพิ่มยา Metformin 850 mg 1 tab OD pc. เย็น

สัปดาห์ที่ผ่านมา ลูกสาวให้ข้อมูลว่า ผู้สูงอายุมักจะมีอาการเหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่นและรู้สึกหวิว ๆ คล้ายจะเป็นลมบ่อยครั้ง เมื่อมีอาการจะให้ผู้สูงอายุนอนพัก เช้านี้ผู้สูงอายุอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ลูกสาวจึงมา รพ.สต. เพื่อแจ้งพยาบาลให้ไปตรวจดูที่บ้าน อาการแรกรับ ผู้สูงอายุมีท่าทางอ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BP=109/66 mmHg., PR=82 bpm., RR=20 bpm. และ T=36.7 ^{o}C ตรวจ DTX= 65 mg% จึงให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว จากนั้นตรวจประเมิน DTX ซ้ำอีกครั้งหลังดื่มน้ำหวาน 20 นาที DTX= 115 mg% ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกดีขึ้น จากการสอบถามผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมักลืมรับประทานยา Metformin ในมื้อเย็น จึงปรับเวลาทานยาเอง โดยรับประทาน Metformin มารับประทานหลังอาหารเช้าพร้อมกับยาอื่น ๆ ที่รับประทานในตอนเช้าแทน

ประเด็นปัญหา: ผู้สูงอายุรายนี้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จากการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา Metformin กับ Digoxin โดยข้อมูลจากหลายการศึกษาอธิบายกระบวนการเกิดประเด็นปัญหาดังกล่าวไปในทิศทางเดียวกัน โดยอธิบายว่า ยา Metformin มีประจุไฟฟ้าเป็นบวก เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์โดยแย่งกันขับออกทางไตกับยาที่มีประจุไฟฟ้าบวกเหมือน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับยา Digoxin ที่เป็นยาประจุไฟฟ้าบวกเหมือนกัน จึงเกิดการแย่งการขับออกทางไตกับยา Metformin ส่งผลทำให้ระดับยา Metformin ในกระแสเลือดของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและนำมาสู่การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตามมา (American Diabetes Association, 2023; DRAFT, 2001; Sheleme, 2021; Triplitt, 2006)

การดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุ: บูรณาการบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุรายนี้ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ระบบสุขภาพ (Health System) เมื่อพบปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา Metformin กับ Digoxin พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ คือ เกิดจากการปรับเวลาทานยาเองของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนำปัญหาที่พบปรึกษาร่วมกับผู้บริหาร รพ.สต. ทีมบริการสุขภาพ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุ และครอบครัวให้เหมาะสม แจ้งปัญหาที่พบแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกำหนดแนวทางการดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดจากการพฤติกรรมใช้ยาในอนาคต ทำการประสานแจ้งข้อมูลกับแพทย์ผู้รักษาโรคเรื้องรังทราบเกี่ยวกับปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อจะได้การวางแผนรักษาที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายขนาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลและเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาในอนาคต

2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการปัญหาการปรับเวลาทานยาเองของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการใช้ยาโรคเรื้อรัง รวมทั้งสร้างความตระหนักในการใช้ยาโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาโรคเรื้อรัง และประเมินศักยภาพการใช้ยาโรคเรื้อรัง เพื่อวางแผนส่งเสริมการจัดการการใช้ยาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม

2.2 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับยาโรคเรื้อรังที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น วัตถุประสงค์ในการให้ยาแต่ละชนิด การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ความจำเป็นในการบริหารยาให้ตรงขนาดและตรงเวลา การเสื่อมสภาพและหมดอายุของยา เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการใช้ยาที่ถูกต้องและสามารถจัดการปัญหาที่พบจากการใช้ยาในเบื้องต้นได้

2.3 สร้างความตระหนักในการใช้ยาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยยกเหตุกาณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำครั้งนี้เป็นตัวอย่าง พร้อมอธิบายเหตุผล หากผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมปรับเวลาทานยาเองจะส่งผลให้ยาเกิดปฏิกิริยาต่อกัน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้บ่อยครั้ง หากช่วยเหลือช้าอาจทำให้หัวใจหยุดเต้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว รวมถึงสมองถูกทำลายอย่างถาวร และอาจเสียชีวิตตามมาได้

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและไม่ขัดกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต

2.5 สอนทักษะประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการเบื้องต้นได้ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย มึนงง ศีรษะ เป็นต้น และจัดหาเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วให้ยืมใช้ที่บ้านพร้อมสอนวิธีการตรวจ หากตรวจได้ค่าต่ำกว่า 70 mg% ให้หาน้ำหวานให้ดื่มแล้วโทรแจ้งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตรวจประเมินซ้ำ

2.6 เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational) แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ในการเปลี่ยนพฤติกรรมและใส่ใจการใช้ยาโรคเรื้อรังให้เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

3. การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนออกแบบระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุรายนี้แบบเชิงรุก เชื่อมโยงการทำงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการใช้ยาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามแนวทางที่ได้ร่วมกันออกแบบในขั้นตอนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทุกครั้งหลังใช้ยาให้สังเกตและประเมินความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยา กำหนดให้กลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. ติดตามตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หากพบความผิดปกติให้แจ้งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทราบ ทั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามและประเมินผลการใช้ยาร่วมด้วย หากพบปัญหาให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาหรือส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ เป็นต้น

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น

บุคลากรทางการแพทย์ของ รพ.สต. แพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น โดยใช้หลักฐานทางวิชาการร่วมอภิปรายการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา Metformin และ Digoxin ที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (American Diabetes Association, 2023; Sheleme, T., 2021) เพื่อประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเลือกจัดการปัญหาจากการใช้ยาได้ด้วยความมั่นใจ ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพพิจารณาการใช้ยา Metformin กับ Digoxin อย่างสมเหตุผลด้วยหลัก “IESAC” (ประยุทธ ภูวรัตนาวิวิธ, 2561) คือ ข้อบ่งใช้ (I=Indication) ประสิทธิภาพ (E=Efficacy) ความปลอดภัย (S=Safety) ความร่วมมือการใช้ยา (A=Adherence) และราคา (C=Cost) หลังร่วมกันพิจารณา การใช้ยา Metformin ยังคงสมเหตุสมผล เนื่องจากยาช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยา Digoxin ยังคงสมเหตุสมผลเนื่องจากยาช่วยควบคุมการเต้นของหัวใจในระยะยาว ดังนั้น การแก้ไข คือ ผู้สูงอายุต้องไม่ปรับเวลาทานยาด้วยตนเอง ให้ทานยาตามแผนการรักษา คือ ทาน Digoxin หลังอาหารเช้า และทาน Metformin หลังอาหารเย็น เพื่อเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ทำให้ไม่เกิดปัญหาการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อไป

5. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ระบบออนไลน์เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทางคลินิกทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อ รพ.สต. เพิ่มข้อมูลพบการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา Metformin กับ Digoxin ที่พบครั้งนี้ลงในระบบเวชระเบียนออนไลน์ การเข้าถึงข้อมูลยาครั้งต่อไประบบจะแจ้งเตือน (Pop Up) ประวัติที่เคยพบปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ระบบช่วยให้ข้อมูลยาย้อนกลับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งใช้ทบทวนการสั่งใช้ยาต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุในครั้งต่อไป นอกจากนั้น มีการใช้แอพพลิเคชั่นบันทึกข้อมูลสุขภาพในการติดตามตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หากทีมบริการสุขภาพพบข้อมูลหรือเหตุการณ์ผิดปกติจากการใช้ยาสามารถแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลเข้าระบบเวชระเบียนออนไลน์ได้ในทันที ช่วยให้ข้อมูลมีความเรียลไทม์และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

6. สิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Community Resources and Policies) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุรายนี้และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตัวอย่างจากกรณีศึกษา ให้ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา Metformin กับ Digoxin ของผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อให้ชุมชนรับทราบและช่วยประสานจัดสรร อสม. ให้มีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายนี้ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และยั่งยืน ทีมบุคลากรสุขภาพจะมีบทบาทร่วมกับชุมชนในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบการดูแลดังกล่าว

การติดตามประเมินผลการดูแลกรณีศึกษา ภายหลังการประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ มีทักษะการใช้ยา และมีความตระหนักในการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังการไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน ระมัดระวัง

การใช้ยาในผู้ป่วยรายนี้มากขึ้น ผู้สูงอายุไม่พบปัญหาจากการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา Metformin กับ Digoxin เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีผลลัพธ์การรักษาโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น

บทสรุป

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีปัจจัยหลายด้านที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จากการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน จนนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา เช่น การเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ลดประสิทธิภาพของยาต่อการรักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้น การใช้ยาให้เกิดความปลอดภัยในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ การบูรณาการบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ทั้ง 6 องค์ประกอบ จะช่วยให้ให้พยาบาลเวชปฏิบัติจัดระบบบการดูแลเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งเกิดผลลัพธ์การดูแลการใช้ยาที่ปลอดภัยและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกัน ดูแล และจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น การจัดโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Home Visit Program) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมร่วมกับ อสม. หรือจัดคลินิกการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Clinic) ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมี “Medication Review” ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. เป็นแนวทางในการนำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย เช่น พัฒนาระบบ Medication Safety Network ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และ อสม. เพื่อรายงานปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ หรือ จัดทำแผนการดูแลการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล (Individualized Care Plan) ร่วมกับครอบครัว โดยมีการทบทวนการใช้ยาทุก 3-6 เดือน เป็นต้น

3. เป็นแนวทางพัฒนาหลักสูตรให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล เช่น เพิ่มหัวข้อ “การจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง” ในรายวิชาพยาบาลผู้สูงอายุและการพยาบาลอนามัยชุมชน หรือฝึกให้นักศึกษาพยาบาลได้วิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบและการจัดการปัญหารายกรณีในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมผ่านการใช้กรณีศึกษา (Case-Based Learning) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคคลากรทางกาแพทย์และสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2022/11/66_Manual01.pdf.

กษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาลีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 20*(1), 31-39.

ทรงวุฒิ สารจันทึก. (2564). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7*(2), 233-247.

นิตยา โชติสวัสดิ์. (2561). การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารกฎหมายสขภาพและสาธารณสุข*, *4*(3), 335-347.

เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร์. (2565). ความชุก อันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี. *เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลบุรี, 47*(2), 129-138.

ประคอง ชิณวงษ์, น้องเล็ก คุณวราดิศัย, แสวง วัชรธนะกิจ, อโณทัย วิริยะกาญจนา และอัครเดช บุญเย็น. (2566). การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเกณฑ์ STOPP/START ฉบับดัดแปลง ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารเภสัชกรรมไทย, 15*(2), 279-293.

ประยุทธ ภูวรัตนาวิวิธ. (2561). *บทบาทของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin*. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2568 จาก https://www.wongkarnpat.com/upfilecpe/CPE243.pdf.

ปวิช พากฏิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม. (2563). *การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ. สมาคมเภสัชกรรมทะเบียนและกฎหมายผลิตภัณฑ์*. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=898.

ลักษิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ และชญาณี สุขสมบัติ เจริญ. (2567). การศึกษาความชุกของการได้รับยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, *18*(3), 785-800.

วราภรณ์ ปริปุรณะ, ศิริลักษณ์ ใจซื่อ และสุธาร จันทะวงศ์. (2567). ผลของการบริบาลเภสัชกรรมและการบริการด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, *24*(1), 69-82.

วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช. (2566). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *ราชาวดี สาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, *13*(2), 48-63.

วิน วินิจวัจนะ. (2564). *การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ: เรื่องต้องรู้สำหรับเภสัชกร (Medication Use in Older Patients: A Must for Pharmacists).* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1127.

สภาการพยาบาล. (2564). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาต่าง ๆ*. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2568 จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NP.PDF.

สภาการพยาบาล. (2565). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565.* สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2568 จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0036(3).PDF.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.* สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2568 จาก https://drive.google.com/file/d/1aIdKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyhAF/view.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 The 2024 Survey of The Older Persons in Thailand* . สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2568). *รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/3222568/download?id=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186.

สุกฤตา มีตาทิพฐิ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 23*(3), 504-511.

สุรียฺภรณ์ แสนทวีสุข, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฎ สุทธิ. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มโรคเรื้อรัง. *วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ*, *29*(3), 332-348.

หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ และนัชชา เรืองเกียรติกุล. (2566). อัตราการจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, *6*(3), 210-217.

หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณฐกร ทองจุลละ และธิษณามดี ทองพุ่ม. (2566). *การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ: ความชุก ปัจจัย และเครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมิน.* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1471.

อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม. (2567). การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, *4*(2), e267575.

Abudahab, S., Slattum, P. W., Price, E. T., & McClay, J. L. (2024). Epigenetic regulation of drug metabolism in aging: Utilizing epigenetics to optimize geriatric pharmacotherapy. *Pharmacogenomics*, *25*(1), 41-54.

American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes-2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, *41*(1), 4-31.

Bou Malham, C., El Khatib, S., Cestac, P., Andrieu, S., Rouch, L., & Salameh, P. (2024). Management of potentially inappropriate medication use among older adult's patients in primary care settings: description of an interventional prospective non-randomized study. *BMC Primary Care*, *25*(1), 213.

DRAFT. (2001). *Hypoglycemic Drug Interactions. The Rx Files: Q and A Summary, 2001*. Retrieved August 22, 2025 from https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/diabetes-QandA-Hypoglycemic-DIs.pdf.

Gerontological Society of America. (2021). *What is gerontology? Washington, DC: GSA; 2021.* Retrieved March 30, 2025 from https://www.geron.org/about-us/our-vision-mission-and-values/what-is-gerontology.

Malakouti, S. K., et al. (2021). A systematic review of potentially inappropriate medications use and related costs among the elderly. *Value in health regional issues*, *25*, 172-179.

Polaka, S., Tella, J. D., Tekade, M., Sharma, M. C., & Tekade, R. K. (2022). Impact of ageing on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the drugs (In Pharmacokinetics and Toxicokinetic Considerations). *Academic Press*, *2*, 241-261. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98367-9.00008-1

Sheleme, T. (2021). Clinical Pharmacokinetics of Metformin. *Metformin-Pharmacology and Drug Interactions*. Retrieved March 30, 2025 https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.94707.

Triplitt, C. (2006). Drug interactions of medications commonly used in diabetes. *Diabetes Spectrum*, *19*(4), 202.

United Nations. (2023). *World Population Ageing 2023 challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*. Retrieved May 4, 2025 from https://Users/achariyachuryen/Downloads/undesa_pd_2024_World-Population-Ageing.pdf.

Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. *Effective Clinical Practice*, *1*(1), 1-4.

Wang, Z., et al. (2024). Prevalence of polypharmacy in elderly population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *33*(8), e5880.