

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวอิสริย์ ธนโสภณกุล

อายุ ๒๘ ปี การศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การบริหารทางเภสัชกรรม

๑.๒ ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)

๑) เภสัชกรประจำศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

๒) ปฏิบัติงานจัดซื้อคลั่งยาและเวชภัณฑ์ เช่น ควบคุมดูแลการเบิกยาและเวชภัณฑ์ของ
หน่วยงานต่างๆ จัดเตรียมเอกสารการประชุมพิจารณาการยาและเวชภัณฑ์เข้า
บัญชีโรงพยาบาล เป็นต้น

๓) ปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เช่น การให้ข้อมูลวิชาการ
เกี่ยวกับยา การสอนการใช้ยาที่มีเทคนิคในการบริหารยาพิเศษ การประเมินแพ้ยา
 เป็นต้น

๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร ประกาศนียบัตรหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรม
สาขา ผู้สูงอายุ

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๙ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

สถานที่ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ

ประกาศนียบัตรหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นการบริหารทางเภสัชกรรม (สาขาผู้สูงอายุ)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑) ให้เภสัชกรได้ฝึกปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

๒) ให้เภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อ
เภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ใช้ในการรักษา ป้องกันโรคในผู้ป่วยสูงอายุ

๓) ให้เภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจยาที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่พบได้บ่อย ได้แก่ กลไกการออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดตามระดับยาในเลือด และการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา รวมถึงสามารถค้นหาปัญหาการใช้ยา วางแผนติดตาม ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้

๔) ให้เภสัชกรสามารถพัฒนาระบบการทำงานในคลินิกผู้ป่วยสูงอายุ และหอผู้ป่วยสูงอายุที่จะจัดตั้งขึ้นในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในด้านการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติกรรหว่างยา เทคนิคการใช้ยาเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงการประสานรายการยาเดิมในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย เพื่อส่งต่อข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ และได้ใช้อยู่ในปัจจุบันให้กับแพทย์ต่อไป

๕) ให้เภสัชกรสามารถพัฒนาแนวทางการให้การดูแลเรื่องยาด้วยทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อการบริหารผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้อง เหมาะสม และนำมาปรับใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุบางขุนเทียน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

๖) ให้เภสัชกรสามารถมีแนวคิดในการทำวิจัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ และสามารถประเมินวรรณกรรมปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องได้

๒.๒ เนื้อหา

๑) นิยามและสถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.๒๕๙๓ จำนวนประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ ๖๕ ขึ้นไป จะเพิ่มสัดส่วนเป็นเท่าตัว จาก ๖๐๕ ล้านคน (ร้อยละ ๑๑) ของจำประชากรโลกทั้งหมด เป็น ๒ พันล้านคน (ร้อยละ ๒๒) กล่าวโดยสรุปคือ ๑ ใน ๕ ของประชากรโลกจะมีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี ขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าสังคมโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๒ นับเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีโดยประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ.๒๕๖๒ มีมากถึง ๑๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕ ของประชากรทั้งหมดจำนวน ๖๙.๓ ล้านคน และในปี พ.ศ.๒๕๖๕ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือหมายถึงสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ ๒๐ และก่อนที่ในปี พ.ศ.๒๕๗๖ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงขึ้นไปสูงถึงร้อยละ ๒๘ จะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้ นับเป็นความท้าทายในการจัดสวัสดิการสังคม รวมถึงการจัดการในด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะพบความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหลายชนิด และมีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาจำนวนมาก ร่วมกับร่างกายของผู้สูงอายุเองมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยา จึงเป็นเหตุให้พบปัญหาของการใช้ยาได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุยังเป็นกลุ่มประชากรที่อาจพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นการสื่อสารกับผู้สูงอายุ จึงมีลักษณะเฉพาะที่ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลของการรักษา อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยา อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้บ่อย และมีอาการหรืออาการแสดงที่อาจไม่พบในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุยังอาจมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และอาจต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะยาวได้ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานหรือตลอดชีวิต จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยทีม

การดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเภสัชกร ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในด้านยา และการบริหารทางเภสัชกรรม ในการดูแลผู้ป่วยด้านยาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในการติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์ของยา ปฏิกริยาระหว่างยา และเทคนิคการใช้ยาให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นจึงมีความจำเป็น จะต้องมีเภสัชกรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านยาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมด้วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา กล่าวคือ ได้รับประสิทธิภาพที่ดีจากการใช้ยา ลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา การลดค่าใช้จ่าย รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลได้

๒) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุมีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่ถดถอยลง กลไกในการรักษาสมดุลของร่างกาย ไม่ดีดังเดิมตลอดจนตัวรับต่างๆ (receptor) ในร่างกายมีความไวในการตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ได้รับ ผลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แสดงออกในหลายรูปแบบ รวมไปถึงการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างไปจาก วัยผู้ใหญ่ ด้วยเหตุดังกล่าวส่งผลให้การใช้ยาในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน ยากในการเลือกชนิดยาและการกำหนด ขนาดยาที่เหมาะสม ข้อมูลการใช้ยาในผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์ และการศึกษาเชิงพรรณนา ขาดข้อมูลจากการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่เป็นการศึกษามาตรฐาน ในการพัฒนาและขึ้นทะเบียนยา การศึกษาวิจัยยาใหม่ๆ มักคัดผู้สูงอายุออกจากการศึกษาหรือมีผู้สูงอายุ ในการศึกษาจำนวนน้อย ส่งผลให้ข้อมูลการใช้ยาในผู้สูงอายุมีจำกัด การกำหนดขนาดยาในผู้สูงอายุจึงมัก ประยุกต์จากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่หรือข้อมูลที่ไม่ได้มาจากรูปแบบการศึกษาที่รัดกุม ตลอดจนจากความเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ เช่น ใช้ขนาดยาเพียงหนึ่งในสาม หรือครึ่งหนึ่งของขนาดยาทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้การ ไม่สอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายระหว่างอายุทางปฏิทิน (chronological age) และอายุทางชีวภาพ (biological age) ส่งผลให้การกำหนดขนาดยาที่เหมาะสมซับซ้อนยิ่งขึ้นไปอีก ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นได้หลายระดับ ตั้งแต่มีผลมากจนต้องปรับเปลี่ยนขนาดยาไปจนถึงมีผลเพียงเล็กน้อยที่ไม่มีนัยสำคัญทาง คลินิก ดังแสดงตามตารางที่ ๑ และตารางที่ ๒

ตารางที่ ๑ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ	ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
(๑) การดูดซึม	
- ค่าความเป็นกรดต่างในกระเพาะอาหาร เพิ่มขึ้นเนื่องจากการหลั่งกรดน้อยลง	การดูดซึมยาที่อาศัยกรดในการละลายและดูดซึมน้อยลง
- การหลั่งของสารคัดหลั่งในทางเดินอาหาร ลดลง	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เฉพาะที่จากยาบางชนิด เช่น แผลในหลอดอาหารจาก ยาในกลุ่ม bisphosphonates
- การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารช้าลง	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ของยาช้าลง ยาสัมผัสกับเยื่อ ทางเดินอาหารนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เฉพาะที่จากยาบางชนิด
- การไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงระบบ ทางเดินอาหารลดลง	การดูดซึมของยาเข้าสู่กระแสเลือดน้อยลง
- การดูดซึมที่อาศัยตัวพา (carrier-mediated transport) และอาศัยพลังงาน (active transport) ลดลง	ยาที่ดูดซึมแบบอาศัยตัวพาหรืออาศัยพลังงานมีการดูด ซึมน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ	ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
(๒) การกระจายยา	
- ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจมีปริมาณน้อยลง	การกระจายตัวของยาไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายมีปริมาตรน้อยและเกิดช้าลง
- ขนาดอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีขนาดเล็กลง	ปริมาตรการกระจายตัวของยาน้อยลง ส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้น
- สัดส่วนของไขมันในร่างกายมากขึ้น	ยาที่ละลายในไขมันได้ดีมีปริมาตรการกระจายตัวและค่าครึ่งชีวิตมากขึ้น
- สัดส่วนมวลน้ำหนักตัวที่ไม่รวมไขมัน (lean body mass) ในร่างกายลดลง	ยาที่ละลายในน้ำได้ดีมีปริมาตรการกระจายตัวลดลง และมีระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้น
- ระดับแอลบูมินในกระแสเลือดมีปริมาณลดลง	สัดส่วนยารูปอิสระมีค่ามากขึ้น ยาออกฤทธิ์ได้มากขึ้น
- ความสามารถในการจับกับยาของโปรตีนในกระแสเลือดลดลง	สัดส่วนยารูปอิสระของในกระแสเลือดมีสัดส่วนที่สูงขึ้น
(๓) การเปลี่ยนแปลงยา	
- ตับมีขนาดเล็กลง	เอนไซม์ที่เกี่ยวข้องและการเปลี่ยนแปลงยาในระยะที่ ๑ (phase ๑ metabolism) ลดลง
- การไหลเวียนเลือดไปที่ตับลดลง	การเปลี่ยนแปลงยาแบบ first-pass ลดลง ส่งผลให้ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบนี้สูง มีระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้น
- เอนไซม์ cytochrome P๔๕๐ (CYP๔๕๐) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยาในระยะที่ ๑ มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง	ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงผ่านเอนไซม์ดังกล่าวมีค่าครึ่งชีวิตนานขึ้น
- เอนไซม์ UDP-glucuronosyltransferase (UGT) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยาในระยะที่ ๒ มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง	ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงผ่านเอนไซม์ดังกล่าวมีค่าครึ่งชีวิตนานขึ้น
(๔) การขับออก	
- การไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง	ยาที่ขับออกทางไตถูกขับออกน้อยลง มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่เพิ่มขึ้น
- อัตราการกรองของไตลดลง	ยาที่ขับออกทางไตถูกขับออกน้อยลง มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่เพิ่มขึ้น
- การทำงานของท่อไต (renal tubular activity) ลดลง	ยาที่มีการขับออกที่ท่อไตถูกขับออกน้อยลง มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่เพิ่มขึ้น ส่วนยาที่มีการดูดกลับที่ท่อไตจะถูกขับออกมากขึ้น มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่ลดลง

(๓) ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายอย่าง จึงเสี่ยงต่อการได้รับยาหลายขนาน
(๔) อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ไม่จำเพาะ ทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ล่าช้า และได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น

(๕) ปัญหาในการสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน
(๖) ภาวะปรีชานบกพร่อง ทำให้ไม่เข้าใจการใช้จ่าย หรือสื่อสารความผิดปกติของตนได้
ไม่ถูกต้อง

(๗) ผู้สูงอายุมักซื้อยาใช้เอง และมีการใช้สมุนไพรร่วมด้วยได้บ่อย ซึ่งยาหรือสมุนไพรตลอดจนอาหารเสริมที่ใช้ เมื่อใช้ร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง อาจทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

(๘) ผู้สูงอายุมักมีแพทย์ที่ดูแลหลายท่าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับยาหลายขนานมากขึ้น รวมทั้งมีโอกาสได้รับยาซ้ำซ้อนมากขึ้น

(๙) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ (medication nonadherence)

๕) หลักการสั่งยาในผู้สูงอายุ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาในผู้สูงอายุ ส่งผลในการกำหนดขนาดยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ดังนั้นการสั่งยาในผู้สูงอายุจึงมีหลักการที่จะต้องพิจารณามากกว่าผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว ดังนั้นจึงมีการกำหนดหลักการทั่วไปในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

(๑) แพทย์และ/หรือเภสัชกรควรแนะนำให้ผู้สูงอายุนำยาที่ใช้ประจำมาด้วยทุกครั้งเมื่อมาพบแพทย์ โดยควรมีการเทียบประสานรายการยา (medication reconciliation) ที่ใช้ให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล ร้านยา สมุนไพร อาหารเสริมทุกชนิด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลอื่นเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนที่รักษา ซึ่งจะเป็นการช่วยหลีกเลี่ยงปัญหาทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้

(๒) ในการรักษาภาวะใดๆ ในผู้สูงอายุ ให้พิจารณาตามความจำเป็นที่ต้องใช้ยา โดยเลือกการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อนเสมอ

(๓) เมื่อเริ่มใช้ยา ควรเริ่มด้วยขนาดต่ำและปรับเพิ่มขนาดยาซ้ำๆ

(๔) เมื่อพบอาการผิดปกติใดๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ ให้คิดเสมอว่าอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาของผู้ป่วยใช้อยู่

(๕) ระวังการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่ใช้ ทั้งยาที่แพทย์สั่งใช้และยาที่ผู้สูงอายุซื้อใช้เอง

(๖) ต้องมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากยาที่กำลังใช้อยู่ และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

(๗) ระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา และหากเกิดความผิดปกติที่คาดว่าอาจเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ให้หยุดยาทันที

(๘) ควรทบทวนข้อบ่งชี้ใช้อย่างสม่ำเสมอ หยุดยาใดๆ ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการสั่งจ่าย และเมื่อมีความจำเป็นต้องสั่งยาใหม่ ควรมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน และใช้ขนาดยาที่แนะนำในผู้สูงอายุ

(๙) หลีกเลี่ยงยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุหากเป็นไปได้ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines เพื่อให้นอนหลับ แต่หากใช้ยากลุ่มนี้อยู่แล้ว ให้ลดขนาดยาหากสามารถทำได้หรือพิจารณาให้ยากลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาน้อยกว่า

- ภาวะซึมเศร้า ควรหลีกเลี่ยงยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic และให้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม serotonin reuptake inhibitors แทน

แนวทางการลดการใช้ยา ๕ ขั้นตอน (๕-step หรือ CEASE deprescribing framework)

ขั้นตอนที่ ๑: การสืบค้นรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบันและเหตุผลของการใช้ยา

ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำยาทุกชนิด อาหารเสริม สมุนไพร และยาที่ซื้อรับประทานเอง รวมถึงเอกสารสรุปรายการยามาแสดงต่อแพทย์เพื่อพิจารณาลดยา สอบถามผู้ป่วยถึงสาเหตุที่หยุดยาหรือลดยาด้วยตนเอง เช่น อาการไม่พึงไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความรู้สึกว่ายานี้ไม่จำเป็น (โดยเฉพาะยาสำหรับการป้องกันโรค) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอันตรายจากยา การที่ต้องออกเงินซื้อยาเอง รวมถึงภาระในการติดตามผลการใช้ยา

ขั้นตอนที่ ๒: การพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากการใช้ยา

ลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่

(๑) จำนวนยา (≥ ๘ ชนิด = เสี่ยงสูง ๕-๗ รายการ = เสี่ยงปานกลาง)

(๒) มีประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

(๓) โรคประจำตัวเรื้อรัง ๔ โรคขึ้นไป

(๔) โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว โรคไต

(๕) ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด อินซูลินหรือยาลดระดับน้ำตาล

ในเลือด ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาระงับประสาท ยานอนหลับ ยาระบบหัวใจและหลอดเลือด (โดยเฉพาะ digoxin, nitrate, และ vasodilator) และ ยากลุ่ม NSAIDs

(๖) มีภาวะบกพร่องทางปัญญา

(๗) อาศัยอยู่ตามลำพัง

(๘) มีประวัติไม่ร่วมมือในการใช้ยา

(๙) มีความผิดปกติทางจิตประสาทหรือการใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse)

ขั้นตอนที่ ๓: การประเมินความเป็นไปได้ของการหยุดใช้ยาแต่ละรายการ

การประเมินความเป็นไปได้หรือความเหมาะสมของการหยุดใช้ยาแต่ละรายการของผู้ป่วย ประกอบด้วย ๓ ประเด็นย่อย ตามรูปที่ ๑ ได้แก่

(๑) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้ยา เช่น การพิจารณาข้อบ่งใช้ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะยาที่ถูกสั่งใช้มาเป็นเวลานาน รวมถึงการทบทวนว่าโรคหรืออาการที่เป็นสาเหตุของการสั่งใช้ยาได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้วหรือไม่

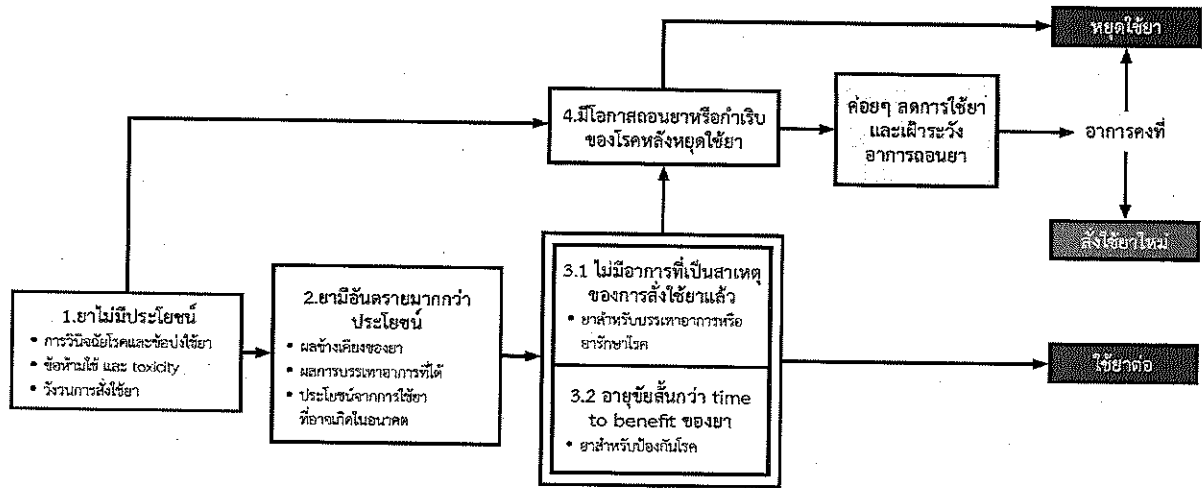
(๒) อันตรายที่เกิดขึ้นแล้วหรืออาจเกิดจากการใช้นั้นๆ โดยอาจใช้เครื่องมือสำหรับการระบุการได้รับยาที่อาจจะไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น Beers criteria และ STOPP/STRAT ในการพิจารณาประเด็นนี้อย่างครอบคลุม

(๓) ความจำเป็นของการใช้ยาสำหรับบรรเทาอาการหรือรักษาโรค หรือยาสำหรับป้องกันโรค โดยผู้ประเมินจะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับการใช้ยาแต่ละตัวที่ละข้อ กรณีที่พบว่ายาใดๆ ไม่มีประโยชน์มีอันตรายมากกว่า หรือไม่จำเป็นแล้ว ให้ทำการประเมินโอกาสที่จะถอนยา ก่อนดำเนินการในขั้นตอนถัดไป โดยอาจพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- ไม่มีอาการที่เป็นสาเหตุของการสั่งใช้ยาแล้ว

- อายุขัยสั้นกว่าระยะเวลาก่อนเกิดประโยชน์ (time to benefit) จากการใช้ยา

- นอกจากนี้ยังควรพิจารณา การสั่งใช้ยาจนเป็นภาระที่ผู้ป่วยรับไม่ได้ ตัวอย่างเช่น การสั่งใช้ยาเม็ดใหญ่ที่ผู้ป่วยกลืนได้ลำบาก ยาที่ผู้ป่วยต้องเสียเงินซื้อเอง และยาที่ต้องติดตามการใช้ใกล้ชิด เช่น ยา warfarin เป็นต้น



รูปที่ ๑ ขั้นตอนการลดการสั่งใช้ยาตาม CEASE Framework

ขั้นตอนที่ ๔: การจัดลำดับความสำคัญของการหยุดใช้ยา ด้วยเกณฑ์ ๓ ข้อ ได้แก่

- (๑) ยาที่มีอันตรายมากกว่าและมีประโยชน์น้อยที่สุด
- (๒) ยาที่หยุดการสั่งใช้ได้ง่ายกว่า เช่น มีอาการดีขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสที่โรคจะกำเริบน้อยเมื่อหยุดยา
- (๓) ยาที่ผู้ป่วยต้องการหยุดใช้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ ๕: การปฏิบัติตามแผนการลดการสั่งใช้ยาและติดตามผล มีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) อธิบายแผนการลดการสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความเห็นชอบด้วย
- (๒) ลดการสั่งใช้ยาครั้งละ ๑ ชนิด เพื่อที่จะสามารถยืนยันอันตราย (เกิดอาการขาดยาหรือโรค/อาการกำเริบ) เพื่อแก้ไขในกรณีที่เป็น และประโยชน์ (ผลข้างเคียงจากการใช้ยาหายไป) จากการลดการสั่งใช้ยานั้นๆ ได้
- (๓) การลดการสั่งใช้ยาอาจทำให้เกิดอาการขาดยา ควรแนะนำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และการแจ้งต่อผู้ลดการสั่งใช้ยา
- (๔) แจ้งแผนและเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหลังการลดการสั่งใช้ยาแก่บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- (๕) บันทึกเหตุผลและผลลัพธ์ของการลดการสั่งใช้ยาในเวชระเบียนโดยละเอียด

การลดการสั่งใช้ยาในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางการดำเนินงานที่ควรเริ่มในผู้สูงอายุทุกรายที่มีการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาการใช้ยาซึ่งเกิดจากการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ ๕ รายการขึ้นไป) การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมหรือมีความเสี่ยงสูง และการได้รับยาซ้ำซ้อนจากแพทย์หลายท่าน ซึ่งในขณะนี้ทั่วโลกได้มีการศึกษาและรณรงค์ “ลดการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ (deprescribing medications in older patients)” โดยที่การลดการสั่งใช้ยา หมายถึง การวางแผนเพื่อลดขนาดยาที่สูงเกินไปหรือหยุดยา ซึ่งอาจทำอันตรายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ หรือเป็นยาที่ไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) และเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) ทั้งด้านประสิทธิภาพของการรักษาและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการลดการสั่งใช้ยาจึงเป็นส่วนหนึ่งของการสั่งใช้ยาที่ดี (good prescribing) แต่ในบางครั้งการหยุดยาที่ไม่มีความจำเป็นในทันที อาจจะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการไม่ได้รับยา (adverse drug withdrawal events, ADWEs) ได้ ดังนั้น จึงควรค่อยๆ ลด

ขนาดยาที่ไม่ต้องการลงก่อนที่จะหยุดยา เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics)

๘) การส่งเสริมการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำในผู้ป่วยสูงอายุ

การใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ (medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้ตกลงร่วมกันกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา บรรเทาอาการของโรคหรือความเจ็บป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำนั้นครอบคลุมถึงการไม่ใช้ยามากเกินหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาดและจำนวนครั้ง และจะต้องไม่มีพฤติกรรมหยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง การไม่ใช้ยา การใช้ยาผิดเทคนิค การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการไม่มาตามนัด

ข้อบ่งชี้การประเมินติดตามการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำในผู้ป่วยสูงอายุ

- (๑) ผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่ที่มาใช้บริการในสถานพยาบาล
- (๒) ผู้ที่มีผลการรักษาที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย
- (๓) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- (๔) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางกาย เช่น การมองเห็น การอ่าน การได้ยิน การรับรู้

กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาการกลืน

- (๕) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน
- (๖) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิตเภท
- (๗) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ด้านผู้ดูแล ด้านการเงิน ด้านการ

เดินทาง

- (๘) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยามากเกินกว่า ๕ ชนิดขึ้นไป และ/หรือ มีวิธีการใช้ยาที่ซับซ้อน

วิธีการประเมินการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ

กรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณของการไม่ใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ ควรทำการประเมินการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำเป็นระยะ โดยในปัจจุบันยังไม่วิธีใดที่เป็นมาตรฐาน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีวิธีการดำเนินการได้หลายรูปแบบและวิธีการ จำแนกได้เป็นสองรูปแบบหลัก คือ การประเมินการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำทางตรง และตามคำแนะนำทางอ้อม ดังตารางที่ ๔ ซึ่งวิธีการต่างๆ เหล่านี้มีล้วนมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน แต่เนื่องด้วยยังไม่มีการศึกษาที่แสดงผลว่าวิธีใดที่มีความเหมาะสมที่สุดที่ควรเลือกใช้ ดังนั้น จึงมีคำแนะนำให้เลือกโดยพิจารณาถึงข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธี ร่วมกับการประเมินความเหมาะสมกับการที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์และผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น

(๑) วิธีการนับเม็ดยา เป็นวิธีการประเมินการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำทางอ้อม มีข้อดี คือ สามารถทำได้ง่ายมีค่าใช้จ่ายไม่มาก สามารถทำได้ที่บ้านของผู้ป่วย และสามารถฝึกให้ผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยประเมินการใช้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง ซึ่งวิธีนี้จะบอกถึงการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำได้ค่อนข้างดี แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ใช้เวลานานในการประเมินหรือนับจำนวนยาที่เหลืออยู่ ดังนั้นจึงอาจจะไม่เหมาะสมกับสถานพยาบาลบางแห่ง และจะไม่สามารถประเมินด้วยวิธีนี้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นำยาที่เหลืออยู่ทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วย

(๒) วิธีการตรวจวัดระดับยาในเลือด เป็นวิธีการประเมินการใช้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำทางตรง มีข้อดี คือ สามารถยืนยันได้ดีถึงการรับประทานยาของผู้ป่วย และยังสามารถบ่งชี้ถึงผลการตอบสนองต่อยาของร่างกายได้ ส่วนข้อจำกัด คือ มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ไม่สามารถทำได้กับยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ

และจำเป็นต้องมีวิธีการวิเคราะห์ระดับยาที่ได้มาตรฐานซึ่งมีเฉพาะโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้นที่สามารถตรวจวัดระดับยาในเลือดได้

(๓) การใช้มากกว่าหนึ่งวิธีการร่วมกัน เช่น ใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ ร่วมกับการตรวจวัดระดับยาในเลือด ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้

ตารางที่ ๔ วิธีการประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำ

การประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำทางตรง	การประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำทางอ้อม
(๑) การสังเกตการได้รับยาโดยตรงต่อหน้า (๒) การวัดระดับยาหรืออนุพันธ์ยาในเลือด (๓) การวัด biologic marker ในเลือด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าเอนไซม์ตับ ค่าการแข็งตัวของเลือด	(๑) แบบสอบถาม เช่น - Medication Taking Behavior in Thai patients (MTB-Thai) - Medication Adherence Scale for Thais (MAST) (๒) การนับเม็ดยา (๓) การติดตามจำนวนครั้งที่มารับยาตามวันนัด (๔) การประเมินอาการหรือผลลัพธ์ทางคลินิก (๕) การติดตามโดยใช้เทคโนโลยี (๖) การให้ผู้ป่วยบันทึกการใช้ยา (๗) การวัด physiologic marker เช่น ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ

ส่วนการประเมินว่าผู้ป่วยสูงอายุท่านนั้นมีการใช้ยาตามคำแนะนำเป็นอย่างไร เช่น จะจัดว่ามี การใช้ยาตามคำแนะนำต่ำ ปานกลาง หรือสูง ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ผู้ประเมินเลือกใช้ในการประเมิน เช่น หากใช้เรื่องการนับเม็ดยาและคำนวณร้อยละการใช้ยาในการประเมินการใช้ยา ตามสูตร

$$\text{ร้อยละการใช้ยาตามคำแนะนำ} = \frac{\text{จำนวนยาที่ได้รับ}-\text{จำนวนยาที่เหลืออยู่}}{\text{จำนวนยาที่ต้องใช้ต่อวัน} \times \text{จำนวนวันระหว่างตั้งแต่วันที่ได้รับยา ถึงวันที่นับยาที่คงเหลืออยู่}} \times 100\%$$

การแปลผล หากมีผลร้อยละการใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่าร้อยละ ๘๐ คือ ผู้ป่วยมีการใช้ยาตามคำแนะนำ หากค่าต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ คือ มีการใช้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น หรือการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ ซึ่งจะต้องทำการค้นหาและแก้ไขปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยรายนั้น

สาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน รวมถึงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้นจะพบอุบัติการณ์ของภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) มากขึ้น ส่งผลให้การบริหารยาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการควบคุมโรคที่ไม่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

ทั้งนี้การบริหารยาและการใช้ยาตามคำแนะนำ จำเป็นต้องใช้ทักษะที่ซับซ้อนหลายด้าน ทั้งความเข้าใจในการบริหารยา การวางแผนตารางรับประทานยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาการลืมรับประทานยา และการมารับยาต่อเนื่องเมื่อถึงกำหนดนัด ซึ่งสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่พบบ่อย ได้แก่

(๑) ปัจจัยด้านกายภาพและจิตใจเนื่องจากการเสื่อมลงของอวัยวะและการทำงานของร่างกาย เช่น

- ปัญหาทางสายตา โรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม ซึ่งส่งผลต่อการอ่านฉลากยา คำแนะนำในการรักษา คำเตือนหรือผลข้างเคียงของยาต่างๆ ได้ รวมถึงปัญหาในการตวงยาที่เป็นของเหลว หรือยาฉีด เช่น ยาเบาหวาน

- ภาวะการรู้คิดบกพร่อง จากความบกพร่องของการทำงานของสมอง โดยเฉพาะทักษะด้านความจำและการบริหารจัดการ ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามคำแนะนำและเกิดความผิดพลาดในการบริหารยา เช่น การบริหารยาในแต่ละวัน การวางแผนในการไปรับยาต่อเนื่องเมื่อยาใกล้หมด การแก้ปัญหาเมื่อลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง รวมถึงความเข้าใจในการรักษาโรคและความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

(๒) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังหรือผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่อง ทำให้ไม่สามารถจัดการบริหารยาได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถไปรับการรักษาและรับยาได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ภาวะความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลยังส่งผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำ

(๓) ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น

- การได้รับยาจำนวนมากจากการที่มีโรครวมเรื้อรัง หรือการรับประทานยาต่อวันหลายครั้ง ทำให้พบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำที่มากขึ้น

- ปริมาณยาที่ได้รับความซับซ้อนของการบริหารยา หรือการบริหารยาที่ต้องตัดแบ่งครึ่งเม็ด ทำให้เกิดโอกาสในการแบ่งยาได้ไม่ถูกต้องหรือทำได้ลำบาก

- ความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยสูงอายุต่อบุคลากรการแพทย์ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นต่อบุคลากรการแพทย์ที่ดีจะส่งผลให้เกิดการใช้ยาตามคำแนะนำและส่งผลดีต่อการรักษาตามมา

- การเปลี่ยนรูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยา อาจส่งผลต่อการใช้ยาตามคำแนะนำเนื่องจากผู้ป่วยจำยาไม่ได้หรือไม่เชื่อมั่นว่าเป็นยาที่ให้ผลการรักษาเหมือนเดิม จึงไม่ยอมรับประทานยาที่ได้รับ ดังนั้น จึงควรต้องอธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาที่เปลี่ยนรูปลักษณ์ไปแต่ยังคงให้ผลการรักษาได้เช่นเดิม

- การเปลี่ยนแปลงการรักษา เมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาชนิดใหม่แทนการรักษาด้วยยาตัวเดิม แพทย์และเภสัชกรควรต้องแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา เพื่อป้องกันปัญหาที่ผู้ป่วยรับประทานยาทุกชนิดที่ตนเองมี ทั้งยาใหม่ที่ได้รับและยาเดิมที่อาจยังมีเหลืออยู่ หรือเภสัชกรอาจแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาเดิมที่ไม่ได้ใช้แยกออกจากยาที่ได้รับใหม่

จะเห็นว่าปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้สูงอายุนั้นสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ดังนั้น ในการประเมินการใช้ยาตามคำแนะนำในผู้สูงอายุ จึงแนะนำการประเมินแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment, CGA) ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคมเพื่อให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุม

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ใช้ในการรักษาและป้องกันโรคในผู้ป่วยสูงอายุ
๒. มีความรู้ความเข้าใจยาที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่พบได้บ่อย ได้แก่ กลไกการออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดตามระดับยาในเลือด และการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา รวมถึงสามารถค้นหาปัญหาการใช้ยา วางแผนติดตาม ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้
๓. มีทักษะในการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย
๔. มีแนวคิดในการทำวิจัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ และสามารถประเมินวรรณกรรมปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องได้
๕. ได้ฝึกปฏิบัติงานการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุทั้งในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. มีเภสัชกรด้านผู้สูงอายุที่สามารถให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
 ๒. พัฒนาระบบการทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ และหอผู้ป่วยผู้สูงอายุที่จะจัดตั้งขึ้นในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในด้านการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติกริยาระหว่างยา เทคนิคการใช้ยาเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงการประสานรายการยาเดิมในผู้ป่วยสูงอายุทุกราย เพื่อส่งต่อข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ และได้ใช้อยู่ในปัจจุบันให้กับแพทย์ต่อไป
 ๓. พัฒนาแนวทางการให้การดูแลเรื่องยาด้วยทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อการบริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้อง เหมาะสม และนำมาปรับใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
- ๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) เริ่มต้นการทำงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๑. ผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ทั่วไป ดังนั้นจึงต้องมีทบทวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยาที่ใช้ในการรักษาและป้องกันโรคในผู้ป่วยสูงอายุ
๒. โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ ซึ่งมีรายการยามากกว่าโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ดังนั้นจึงต้องมีการทบทวนเกี่ยวกับยาทุกตัว โดยเฉพาะยาที่มีงานวิจัยใหม่ๆ มาสนับสนุนข้อบ่งชี้ต่างๆ รวมทั้งการทบทวนกลไกการออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดตามระดับยาในเลือด และการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาต่างๆ
- ๓.๒ การพัฒนา พัฒนาแนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ให้ได้พบเภสัชกรทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยา วางแผนติดตาม ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) ดังนั้นการฝึกปฏิบัติงานการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช อาจจะไม่เห็นความต่อเนื่องของผู้ป่วย เช่น ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือเกิดปัญหาจากการใช้ยาแล้ว และได้มีการให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาและวางแผนติดตามปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าว แต่อาจจะไม่ให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพยายามค้นหาปัญหาจากการใช้ยา รวมถึงการให้คำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาและวางแผนติดตามปัญหาจากการใช้ยาว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากหรือน้อยเพียงใด

ลงชื่อ..... *Dw*ผู้รายงาน
(นางสาวอิสริย์ ธนโสภณกุล)
เภสัชกรปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... *Urm*หัวหน้ากลุ่มงาน
(นางสาวอุษา ลัภนลาภลอย)
เภสัชกรชำนาญการ
ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
- เป็นหลักสูตรที่พอเหมาะดีค่ะ เก.ศิริราช
.....
- ได้ความรู้ดีพอเพียง ดีจนรู้สึกสง. ๑๕๐ ชม. เก.ศิริราช
.....
.....
.....

ลงชื่อ..... *Surin*หัวหน้าส่วนราชการ
(นายสุรินทร์ นัมคณิสสรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ประกาศนียบัตรหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น

การบริหารทางเภสัชกรรม

สาขาผู้สูงอายุ



ในปัจจุบันโลกเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

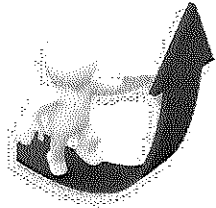
▷ องค์การอนามัยโลกได้มีการคาดการณ์ว่า

- พ.ศ.2573 ประชากรผู้สูงอายุ 1.4 พันล้านคน (1 ใน 6 ของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี)
- พ.ศ.2593 ประชากรผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน

- ทวีปเอเชียจะมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

▷ สำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทย

- พ.ศ.2566 คาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20)
- พ.ศ.2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.9 ของประชากรไทย



ผู้สูงอายุ ≠ ผู้ป่วยทั่วไป



การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และของยา

การเปลี่ยนแปลงเภสัชพลศาสตร์ของยา

กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome)

การใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy)

ปัญหาจากการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา

- ภาวะหกล้ม (falls)
- ภาวะนอนไม่หลับ (insomnia)
- ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition)
- ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence)
- ภาวะเปราะบางและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (frailty and sarcopenia)
- ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันและภาวะสมองเสื่อม (delirium and dementia)
- ภาวะสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobilization syndrome)

Geriatric syndrome

ปัญหา ?

การใช้ยาหลายขนาน



ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (adverse drug reaction)

การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug-drug interaction)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication nonadherence)

ภาวะบกพร่องในการเคลื่อนไหวและภาวะหกล้ม (decreased mobility and falls)

เข้ารับบริการสุขภาพและนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (increased health care use)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (higher out-of-pocket costs)

แนวทางการนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

การลดการสั่งใช้ยาในผู้สูงอายุ (deprescribing in older adults)

เป็นกระบวนการป้องกัน/แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายหลายขนานในผู้สูงอายุ

โดยการลดการสั่งใช้ยา (deprescribing) หมายถึง การวางแผนเพื่อ

- ลดขนาดยาที่สูงเกินไป
- หยุดยาที่ไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป
- หยุดยาที่ทำให้เกิดอันตราย/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. จัดการกับปัญหาต่างๆ จากการใช้ยาหลายขนาน
2. เพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) ทั้งด้านการรักษา

และคุณภาพชีวิต

ดังนั้น เภสัชกรจึงมีบทบาทในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาหลายขนาน และส่งต่อข้อมูลให้แพทย์/ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นแล้ว และป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาแก่แพทย์ เพื่อวางแผนในการลดการสั่งใช้ยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสั่งใช้ยาที่ดี (good prescribing) ในผู้สูงอายุ

ภญ.อิสรีย์ ธนโสภณกุล

เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน