



## การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ

พนิดา ชัยวัง\* ณัฐวรา เชื้อหอม\*\* พัชรารรณ แก้วกันทะ\*\*\*

### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเผชิญกับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด พร้อมกันซึ่งมักนำไปสู่การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) การใช้ยาจำนวนมากแม้จะมีจุดประสงค์เพื่อรักษาโรค แต่ก็อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผลข้างเคียงจากยา หรือปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกันหลายขนาน ซึ่งอาจบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ พยาบาลผู้มีบทบาทในการจัดการการใช้ยาจึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการรักษาโรคและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคซับซ้อนและมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น นับว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน การประสานงาน และการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล สามารถประยุกต์ใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาลในการจัดการการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนป้องกันผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของยา และสามารถให้การพยาบาลตามบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกุ่มดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การใช้ยาหลายขนาน ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการการประยุกต์ใช้กลยุทธ์  
บทบาทพยาบาล

\* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

\*\* Corresponding author; email: natwara.ch59@gmail.com

วันที่รับบทความ 20 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 10 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ธันวาคม 2568



## Polypharmacy in Older Adults with Chronic Non-Communicable Diseases: The Role of Registered Nurse

Panida Chaiwang\*, Natwara Chuemor\*\*, Patcharawan Kaewkanta\*\*\*

### Abstract

The older adults are a demographic group prone to experiencing multiple non-communicable diseases (NCDs) concurrently, often leading to polypharmacy. While intended for therapeutic purposes, the use of multiple medications can result in adverse outcomes, such as side effects or drug-drug interactions, which can impair their quality of life. Nurses, who play a crucial role in medication management, must therefore proceed with great caution to strike a balance between disease treatment and preserving the quality of life for older adults with complex chronic conditions and higher hospitalization rates. This presents a significant challenge for nurses in the current healthcare system, where they have a vital role in assessment, coordination, and counseling to mitigate the risks associated with polypharmacy in this population.

This article aims to enable nurses to apply nursing strategies for managing polypharmacy in older adults with NCDs, prevent adverse drug events, and effectively fulfill their nursing roles in caring for this patient group.

**Keywords:** polypharmacy, older adults, Non-Communicable Diseases, Nursing Roles

---

\* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

\*\* Corresponding author; email: natwara.ch59@gmail.com



## บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมากกว่าช่วงวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2566 จะมีจำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นต่อปีมากกว่าปีละ 1 ล้านคน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society)<sup>1</sup> นั้นหมายถึง มีประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทุกช่วงวัยในประเทศไทย<sup>2</sup> ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแทบทุกด้านไปในทางเสื่อมถอยเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่<sup>3</sup> ทำให้มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาในรูปแบบการใช้ยามากขึ้น และโรคที่เกิดขึ้นในวัยนี้จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาหลายชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การใช้ยาหลายขนาน หมายถึง การใช้ยาในชีวิตประจำวันที่มากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป<sup>4</sup> ไม่ว่าจะเป็นยาโรคประจำตัว ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมารดูแลตนเองที่อาจไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาของยาแต่ละชนิด ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอยที่ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) จากการใช้ยาได้ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะการรู้คิดและความจำบกพร่อง ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความรุนแรงของการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วย นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้<sup>5</sup> ในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของการใช้ยาหลายขนาน (ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) ในผู้สูงอายุมีตั้งแต่ร้อยละ 29.0 ถึง ร้อยละ 75.0 ในการศึกษาการใช้ยาหลายขนานมักเกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นจำนวนมาก<sup>6</sup> และมีอุบัติการณ์ของการใช้ยาหลายขนานที่ไม่เหมาะสม<sup>7</sup> ปัญหาดังกล่าวยังเป็นความท้าทาย และเป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยต้องให้ความสนใจและหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ต้องรับประทานมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ในกลุ่มโรคประจำตัวที่เรียกว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-chronic diseases: NCDs) อาทิ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) เป็นต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยาทั้งสิ้น แม้ว่าการรับประทานยาจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว แต่ผู้สูงอายุก็มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ สัมรับประทานยา ไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การปรับขนาดยาเพิ่มหรือลดด้วยตนเอง การจัดเก็บยาที่ไม่ถูกวิธี เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการใช้ยาหลายขนาน



นับเป็นพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary) และตติยภูมิ (Tertiary) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>8</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม รวมทั้งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปในทางที่เหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้จ่ายยาหลายขนาน เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การใช้จ่ายยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนสุขภาพ เกิดโรคมามากกว่าหนึ่งโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ยิ่งอายุมากขึ้นจะพบโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค มีผลทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายมากมาย ซึ่งต้องรับการรักษาในหลายรูปแบบและที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือการได้รับยามากกว่าหนึ่งขนาน แม้ว่าการรักษาด้วยยามีผลดี แต่ขณะเดียวกันยาที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยตรง และเกิดการต้านกันจากยาที่ได้รับตามแผนการรักษาโรคเรื้อรังอื่น วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้เพื่อให้พยาบาลเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลไปสู่การใช้บทบาทพยาบาลในการจัดการการใช้จ่ายยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับผลดีและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดจากการรับยาหลายขนานจึงมีความสำคัญและเป็นบทบาทที่พยาบาลวิชาชีพต้องบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อผลดีของการรักษาและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ โดยบทบาทพยาบาลในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย การเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ประสานงาน การเป็นผู้ให้คำปรึกษา และการเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นต้น

### การใช้จ่ายยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4,615,969 คน (ร้อยละ 46.91) โรคเบาหวาน 2,144,438 คน (ร้อยละ 21.79) โรคหลอดเลือดสมอง 247,170 คน (ร้อยละ 2.51) โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน (ร้อยละ 1.97) ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) การใช้จ่ายยาหลายขนานเป็นการใช้จ่ายที่มากกว่า 5 ชนิด<sup>9</sup> ซึ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงแทบทุกด้านไม่ว่าด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายยาหลายขนาน ดังนี้



1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อวิธีที่ร่างกายจัดการกับยา (เภสัชจลนศาสตร์) และการตอบสนองต่อยา (เภสัชพลศาสตร์) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่ใช่ความผิดปกติ แต่เป็นกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อผลของยา และอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าคนในวัยหนุ่มสาว

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาร่างกายมีปฏิกริยากับยา ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ การดูดซึม การกระจายตัว การเผาผลาญ และการขับยาออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุทุกกระบวนการเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง ซึ่งส่งผลให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้นและมีความเข้มข้นสูงขึ้น นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาได้ง่าย<sup>10</sup>

1.1.1 การดูดซึมยา (Absorption) โดยทั่วไปแล้วการดูดซึมยาในผู้สูงอายุอาจไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญสำหรับยาส่วนใหญ่ที่ดูดซึมผ่านกระบวนการแพร่แบบธรรมดา (passive diffusion) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในระบบทางเดินอาหารอาจส่งผลต่อยาบางชนิดได้ เช่น การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง อาจทำให้การดูดซึมยาที่ต้องการสภาวะเป็นกรดลดลง ในทางกลับกัน การทำงานของกระบวนการเผาผลาญยาครั้งแรกที่ตับ (first-pass metabolism) ที่ลดลง<sup>10</sup> อาจทำให้ยาบางชนิดที่ถูกทำลายที่ตับก่อนเข้าสู่กระแสเลือด มีระดับยาในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติได้

1.1.2 การกระจายตัวยา (Distribution) องค์ประกอบของร่างกายในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ปริมาณน้ำในร่างกายทั้งหมดลดลง ในขณะที่สัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อการกระจายตัวของยา ยาที่ละลายในน้ำ (water-soluble drugs) จะมีปริมาตรการกระจายตัวลดลง ทำให้มีความเข้มข้นของยาในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษ ในทางตรงกันข้าม ยาที่ละลายในไขมัน (lipid-soluble drugs) จะมีปริมาตรการกระจายตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีที่สะสมในเนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ทำให้ยามีค่าครึ่งชีวิตยาวนานขึ้นและถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ<sup>4,6</sup> ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมของยาและผลข้างเคียงที่ยาวนานกว่าเดิม

1.1.3 การเผาผลาญยา (Metabolism) ตับเป็นอวัยวะหลักในการเผาผลาญยา เมื่ออายุมากขึ้น ขนาดของตับจะเล็กลง และปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงตับก็ลดลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพของเอนไซม์ในตับ โดยเฉพาะปฏิกิริยาในระยะที่ 1 (Phase I reactions) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงยาหลายชนิดก็ลดลงเช่นกัน<sup>6</sup> ผลลัพธ์ คือ ยาจำนวนมากถูกเผาผลาญได้ช้าลง ทำให้ยาคงอยู่ในร่างกายนานขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษสะสมสูงขึ้น โดยเฉพาะยาที่มีอัตราการสกัดออกจากเลือดโดยตับสูง (high hepatic extraction ratio)



1.1.4 การขับออกของยา (Excretion) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อมากที่สุดต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือการทำงานของไตที่เสื่อมถอยลง อัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุ แม้ในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคไตก็ตาม การทำงานของไตที่ลดลงนี้ทำให้ความสามารถในการขับยาและสารเมตาบอไลต์ (metabolites) ที่ยังออกฤทธิ์อยู่ออกจากร่างกายลดลงอย่างมาก ส่งผลให้เกิดการสะสมของยาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ<sup>4,5</sup> ด้วยเหตุนี้ยาหลายชนิดจำเป็นต้องมีการปรับขนาดในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าการทำงานของไตเป็นสำคัญ

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาว่ายาทำอะไรกับร่างกายหรือกลไกการออกฤทธิ์ของยา ในผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจัดการยาเท่านั้น แต่ยังมีเปลี่ยนแปลงในการตอบสนองของร่างกายต่อยาด้วย ทำให้แม้จะได้รับยาในระดับความเข้มข้นปกติ ก็อาจเกิดผลที่รุนแรงหรือแตกต่างไปจากที่คาดการณ์ได้<sup>3</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จำนวนหรือความไวของตัวรับ (receptors) ที่ยาไปจับมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) หรือยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการง่วงซึม สับสน และการหกล้มได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว นอกจากนี้ กลไกการรักษาสมดุลของร่างกาย (homeostatic mechanisms) ก็เสื่อมถอยลง<sup>9</sup> ตัวอย่างที่สำคัญคือการตอบสนองของบารอริเซพเตอร์ (baroreceptor response) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความดันโลหิตเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุ การตอบสนองนี้จะลดลง ทำให้เมื่อได้รับยาที่มีผลลดความดันโลหิต จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension)<sup>10</sup> ซึ่งนำไปสู่การเวียนศีรษะ หน้ามืด และการหกล้มได้<sup>5</sup>

2. การมีโรคร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ (Comorbidity) ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากยาในผู้สูงอายุพุ่งสูงขึ้น เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุโรค NCDs ผู้สูงอายุมักไม่ได้มีเพียงโรคเดียว แต่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การรักษาโรคเหล่านี้มักเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical guidelines) ของแต่ละโรค ซึ่งมักแนะนำให้ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อควบคุมโรคตามเป้าหมายการรักษา<sup>4,6</sup>

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้การใช้ยาหลายขนาน เช่น อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ภาวะเปราะบาง (frailty) การอยู่คนเดียว เศรษฐฐานะที่ไม่ดี และความผิดพลาดในระบบเวชระเบียนของสถานบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการใช้ยาหลายขนานที่ไม่เหมาะสมได้<sup>4,11</sup>



## ผลกระทบจากการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ปัญหาการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายประการ ตั้งแต่ปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-Drug Interactions) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions) ไปจนถึงปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกลุ่มโรคนี้ ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลกระทบแค่เพียงสุขภาพเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัวและระบบสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>7</sup> ซึ่งผลกระทบจากการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions; ADRs) ความเสี่ยงของ ADRs เพิ่มขึ้นตามจำนวนยาที่ใช้ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีความเสี่ยงเป็นพิเศษเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอายุ ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อยาแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว<sup>4</sup>

2. ปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interactions; DDIs) ภาวะการใช้ยาหลายขนาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้<sup>12</sup>

3. การเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกาย (Functional Decline) ภาวะนี้รวมถึงการลดลงของการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (usual activities) ผู้ป่วยที่มีภาวะการใช้ยาหลายขนานมักรายงานปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและกิจกรรมประจำวันบ่อยขึ้นอย่างเห็นได้ชัดการเกิดกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่รุนแรงมากขึ้นจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งไม่ใช่โรคที่เฉพาะเจาะจงแต่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะอ่อนเพลีย ภาวะสับสน และภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านความจำที่กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL)<sup>4</sup>

4. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) เป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน มีการศึกษาบ่งชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ถูกต้องในรูปแบบต่างๆ เช่น การลืมรับประทานยา การรวบมียา การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง และการหยุดยาบางชนิดนอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ สาเหตุของพฤติกรรมเหล่านี้มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยา ได้แก่ ความเชื่อของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่น้อยมีความเชื่อว่า การรับประทานยาจำนวนมากเป็นเวลานานส่งผลเสียต่อบุคคลและไต จึงตัดสินใจ "พักยา" หรือลดขนาดยาเองโดยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งอาจนำไปสู่การควบคุมโรคที่ไม่ดีและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง<sup>13</sup> ความซับซ้อนของแผนการรักษาด้วยยา หากมีจำนวนยาและมียามากเท่าใด ความซับซ้อนในการจัดการยิ่งเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความสับสน เบื่อหน่ายหรือท้อแท้ในการรับประทานยาได้<sup>14</sup> ปัจจัยสนับสนุน เช่น ผู้ดูแลที่เอาใจใส่คอยช่วยเหลือในการจัด



และเตือนเรื่องการรับประทานยา สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาผิดพลาดสูงกว่า

5. การเพิ่มค่าใช้จ่ายในสถานบริการสุขภาพ พบว่า การใช้ยาหลายขนานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น<sup>1,2</sup>

### บทบาทพยาบาลกับการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ตั้งแต่ยุคสมัยฟลอเรนซ์ ในดิงเกล จนพัฒนาสู่การเป็นบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีความซับซ้อนในการดำเนินโรคส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ<sup>15</sup> จึงต้องมีการปรับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวที่เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพื่อประเมินและติดตามอาการ ด้วยการพยาบาลที่เพิ่มหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้นของพยาบาลในปัจจุบัน<sup>13</sup> บทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้เพื่อจัดการการใช้ยาหลายขนานที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ บทบาทการเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ประสานงาน และการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้สูงอายุ โดยตระหนักว่า การใช้ยาหลายขนานเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยซึ่งสร้างภาระและความท้าทายในการให้การพยาบาล การประเมิน รวมถึงประวัติการใช้ยา ความเข้าใจเกี่ยวกับยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอันตรกิริยาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ตามบทบาทของพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. การเป็นผู้ประเมิน (Assessment) จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะและแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ความเจ็บป่วยมักเกิดขึ้นหลายภาวะจนนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อาทิ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้การประเมินผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ดูแล ครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อม<sup>16</sup> ตัวอย่างการประยุกต์ใช้บทบาทนี้ ได้แก่ การซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับยาในสถานบริการสุขภาพ ประวัติการใช้ยาโรคประจำตัว พยาบาลอาจพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคและมากที่สุดถึง 5 โรค การทบทวนการใช้ยาและการซักประวัติการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา และการประเมินความรู้ของผู้สูงอายุในการบริหารยารักษาโรคประจำตัว หากพบว่าผิดปกติ ควรประเมิน



ความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวเพิ่มเติม เพื่อให้ได้รายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริง (Medication history) ที่ถูกต้องและสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งอาจแตกต่างจากข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถบริหารยาได้ด้วยตนเองเพื่อพิจารณาความปลอดภัยในการบริหารยาในกรณีที่มีการใช้ยาหลายขนาน ปัจจุบันมีเครื่องมือที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ประเมินผู้สูงอายุในการใช้ยาหลายขนาน เช่น เกณฑ์ Beers Criteria ของ American Geriatrics Society (AGS) และเกณฑ์ STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment) เกณฑ์เหล่านี้มีการอธิบายแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ ในการระบุและหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งใช้ในการประเมินยาที่อาจไม่เหมาะสม (Potentially Inappropriate Medications: PIMs)<sup>7,10</sup>

2. การเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลควรเป็นผู้ที่คำนึงถึงการสื่อสาร และการประสานงานกับสถานบริการด้านสุขภาพ ในกรณีการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สิ่งสำคัญคือ การจัดการกับความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะยาว (เช่น กลัวไตวาย) และค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือก พยาบาลจำเป็นต้องสร้างบทสนทนาที่เปิดเผยและไว้วางใจ เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดและให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม<sup>11</sup> พยาบาลทำหน้าที่เป็นบุคคลสำคัญในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ โดยจัดการภาวะการณการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งเป็นการวางแผนและจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน โดยร่วมมือกับผู้ดูแลและผู้ดูแลเพื่อวางแผนร่วมกันในการใช้ยาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลยังคงให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารยาและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม<sup>11,17</sup>

3. การเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ความแตกต่างของผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นบริบทหนึ่งที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว มีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่เกิดตามอายุที่มากขึ้น และภาวะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถจัดการตนเองได้ตามลำพังควรให้ผู้ดูแล ครอบครัว มีส่วนร่วมในการกำกับรับการรับประทานยาโดยสอนผู้ป่วยสูงอายุโรคดังกล่าว และผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับรายการยาที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการใช้ตัวยา โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป การจัดทำฉลากยาที่มีตัวอักษรขนาดใหญ่และชัดเจน และการให้คำแนะนำในการเก็บรักษายาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ<sup>16</sup>

4. การเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) ให้ความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลักษณะรูปแบบของยา ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่ผู้สูงอายุควรทราบ ตลอดจนอาการที่ควรสังเกตหากได้รับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป<sup>16</sup>



## สรุป

การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอันตรกิริยาจากการใช้ยา หรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พยาบาลไม่เพียงแค่นับจำนวนเม็ดยาแล้วชี้ว่าเป็นปัญหาได้เท่านั้น พยาบาลยังมีหน้าที่ในการประเมินการใช้ยาที่ซับซ้อนและวิเคราะห์ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การประเมินนี้ต้องการความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลสนับสนุนที่ส่งผลต่อการใช้ยาสำหรับยาแต่ละชนิด การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญ คือ สิ่งที่ผู้สูงอายุกาดหวังว่าในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้คุณภาพชีวิตคงไว้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุและการมีอายุยืนมากขึ้น ความสำคัญของทีมสหวิชาชีพในการจัดการการใช้ยาหลายขนานอย่างสม่ำเสมอ ในบทบาทพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ไม่ใช่เป็นการรับคำสั่งของแพทย์ในการบริหารยาเท่านั้น แต่เป็นการใช้บทบาทเพื่อการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการสื่อสาร ประสานงานที่บุคลากรสุขภาพเพื่อรับการสนับสนุน และมีส่วนช่วยในการสอนผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและสามารถจัดการการใช้ยาหลายขนานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Ananchaisarp T, Chamroonkiadtikun P, Kodchakrai K, Saeung T, Charatcharungkiat T, Leelarujijaroen P, et al. Prevalence of potentially inappropriate medication among older patients in a primary care unit of a tertiary care hospital in Thailand: a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];15(5):e091465. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091465>
2. Thawornwanchai P, Phithakwongroj K, Bosittipichet T, Leesri T. The relation between polypharmacy and medication non adherence in elderly patients with non-communicable diseases in primary care, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Int J Community Med Public Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];12(4):1837-43. Available from: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20250934>
3. Nakchattri C, Thongdee J, Rongmuang D, Chasuwan K, Phanlek N. Nurse's Roles in Caring for Older Persons with Polypharmacy: A Case Study. *J Health Res Innov* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 20];4(2):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/download/254195/173734/>



4. Woodford HJ. Polypharmacy in Older Patients. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];85(10):[about 5 p.]. Available from: <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0388>
5. Sangkhaprachao Yanasanvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for preventing adverse drug events in older adults for medical and public health personnel [Internet]. 1st ed. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2022 Sep [cited 2025 Jun 20]. Available from: [https://www.reddit.com/r/UniversityOfHouston/comments/9bcldq/how\\_to\\_find\\_pdf\\_of\\_books/](https://www.reddit.com/r/UniversityOfHouston/comments/9bcldq/how_to_find_pdf_of_books/)
6. Paorohit W, Prabripoo T, Mahaviriyotai K, Boondech C. Problems in Medication Use among Older Patients with Chronic Illness Received Treatment at Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. *Ratchawadee J, Boromarajonani Coll Nurs Surin* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 20];13(2):48-50. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/download/266251/179937/1124196>
7. Kumoad N, Prapruttham S, Kaewngoen N, Meesawatsom P. Risk Management of Polypharmacy in Older Adult with Non-Communicable Diseases in An Outpatient Clinic by the ARMOR Tool. *Thai J Hosp Pharm*. 2022;32(3):189-201.
8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 8th ed. New York: Pearson; 2019.
9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 5 Non-Communicable Diseases found in the elderly and causing death in Thailand [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024 Jan 29 [cited 2025 Jun 20]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/dncd/publishin\\_fodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd](https://ddc.moph.go.th/dncd/publishin_fodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd)
10. Karimi R, Robinson-Barella A, Davey V, Sinclair DR, Hanratty B, Todd A. Understanding polypharmacy for people receiving home care services: a scoping review of the evidence. *Age Ageing* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];54(2):afaf031. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf031>
11. Salh HJJH, Aziz TA, Mahwi TO, Hussen NH, Aziz DF. The Relation Between Polypharmacy, Potentially Inappropriate Medications, Organ Function, and Quality



- of Life in Elderly Patients with Type 2 Diabetes. *Hosp Pharm* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];PMC12069312. Available from: <https://doi.org/10.1177/00185787251337592>
12. Lee H, Baek YH, Kim JH, Liao TC, Lau WC, Man KC, et al. Trends of polypharmacy among older people in Asia, Australia and the United Kingdom: a multinational population-based study. *Age Ageing* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 20];52(2):afad014. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afad014>
13. Talordpong P, Pibanwong P. Roles of Nursing Practitioner in the Use of Drugs in Elderly Patients. *Vajira Med J Urban Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 20];62(6):473-82. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/download/214344/149215/>
14. Methachup L, Sangkum R, Suksombatcharoen C. Prevalence of Potentially Inappropriate Medications and Polypharmacy in Geriatric Clinic of Cham Phak Phaeo Subdistrict Health Promotion Hospital, Kaeng Khoi District, Saraburi Province during 1 September 2022-31 August 2023. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2024;18(3):785-800.
15. Rojanaurai W. Prevalence and Factors Associated with Medication Noncompliance in Patients with Noncommunicable Diseases at Specialty Clinics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Med J*. 2018;62(3):193-208.
16. Kongs A, Thongsri P, Chiangkhong A, Chongjarearn A. Perceptions of Medication Adherence among Elderly Patients with Hypertension in Bangkok: A Qualitative Study. *Curr Res Pharmacol Drug Discov* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];17(1):e18749445280796. Available from: <https://doi.org/10.2174/0118749445280796240206102656>
17. Buamak K, Petsirasan R, Noonil N. Nurses' Roles and Outcomes for Chronic Diseases in Primary Care Unit of Health Region 11. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(3):241-53.