

นิพนธ์ต้นฉบับ

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์**

พิมสิริ จันทาบุญ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** การได้รับยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทั้งในและต่างประเทศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องใช้ยาหลายชนิด

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุนับที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

**วิธีการศึกษา:** ศึกษาวิจัยแบบ cross sectional study โดยใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับยาขั้นต่ำ 1 รายการ โดยเก็บข้อมูลพื้นฐาน โรคประจำตัว สิทธิการรักษา รายการส่งจ่ายยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินการได้รับยาไม่เหมาะสมใช้เกณฑ์ AGS 2023 Beers Criteria เป็นเกณฑ์ที่รวบรวมรายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมด้วย multiple logistic regression

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง 134 คน เพศหญิงร้อยละ 60.45 อายุเฉลี่ย  $71.61 \pm 8.56$  ปี สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 74.63 ได้รับยามากกว่า 5 รายการ ร้อยละ 69.40 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 53.73 พบผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสม 104 คน (ร้อยละ 77.61) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (aOR 5.91, 95% CI 1.57–22.27) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (aOR 4.83, 95% CI 1.60–14.57) และโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก (aOR 6.98, 95% CI 1.94–25.08) รายการยาที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสม 5 อันดับแรก ได้แก่ orphenadrine, omeprazole, naproxen, lorazepam และ aspirin ตามลำดับ

**สรุป:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปและการมีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** การได้รับยาไม่เหมาะสม, AGS 2023 Beers Criteria, การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป, ผู้สูงอายุ, สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่งบทความ: 28 พ.ย. 2568, แก้ไขบทความ: 2 ก.พ. 2569, ตอรับบทความ: 3 ก.พ. 2569

**ติดต่อบทความ**

พ.ญ.พิมสิริ จันทาบุญ, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

E-mail: pimsiri.ctb@gmail.com

Original Article

## Associated factors of potentially inappropriate medications use in elderly patients at the Family Medicine Clinic, Nakoreping Hospital

*Pimsiri Chantaboon*

*Department of Social Medicine, Nakoreping Hospital*

### ABSTRACT

**Introduction:** Potentially inappropriate medications (PIMs) use in older adults is an important issue worldwide, as older patients commonly have multiple comorbidities, receive several medications, and increased risk of adverse drug reactions and drug–drug interactions.

**Objective:** To identify associated factors of potentially inappropriate medications used in elderly patients at the Family Medicine Clinic, Nakoreping Hospital Chiang Mai.

**Methods:** This cross-sectional study included all patients aged  $\geq 60$  years who received at least one prescribed medication from the Family Medicine Clinic at Nakoreping Hospital between 1 January and 31 August 2024. Data were obtained from electronic medical records, including demographics, comorbidities, insurance type, prescription details, and laboratory results. PIMs were classified according to the 2023 AGS Beers Criteria. Factors associated with PIM use were analyzed using multiple logistic regression.

**Results:** Among 134 participants (60.45% female; mean age  $71.61 \pm 8.56$  years), 74.63% had universal coverage insurance, 69.40% had polypharmacy, and 53.73% had  $\geq 2$  comorbidities. Overall, 104 (77.61%) received at least one PIMs. Significant factors associated with PIMs use were receipt of  $\geq 5$  medications (aOR 5.91, 95% CI 1.57–22.27), universal coverage health insurance (adjusted OR 4.83, 95% CI 1.60–14.57), and musculoskeletal disease (adjusted OR 6.98, 95% CI 1.94–25.08). The five most frequently prescribed PIMs were orphenadrine, omeprazole, naproxen, lorazepam, and aspirin, respectively.

**Conclusion:** PIMs used among older adults in this setting was high. Universal coverage health insurance, polypharmacy ( $\geq 5$  medications), and musculoskeletal disease were significantly associated with PIMs use.

**Keywords:** potentially inappropriate medications, AGS 2023 Beers Criteria, polypharmacy, elderly, universal coverage health insurance

Submitted: 2025 Nov 28, Revised: 2026 Feb 2, Accepted: 2026 Feb 3

### Contact

Pimsiri Chantaboon, M.D., Department of Social Medicine, Nakoreping Hospital  
E-mail: pimsiri.ctb@gmail.com

## บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมดสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.50 ของประชากรทั้งประเทศ ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) ซึ่งหมายถึง มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7.00 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต<sup>[1]</sup>

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการการรักษาและการใช้ยาที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidities) ที่จำเป็นต้องได้รับการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) เพื่อการจัดการสุขภาพของตน ในขณะที่เดียวกันการใช้ยาหลายขนานก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม อาการข้างเคียงจากยา และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ American Geriatrics Society (AGS) ได้จัดทำเกณฑ์ Beers Criteria เพื่อช่วยในการระบุการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (Potentially Inappropriate Medications; PIMs) โดยเกณฑ์นี้ได้รับการปรับปรุงในปี 2023 เพื่อให้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบัน การใช้ Beers Criteria เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคซึ่งมักจะต้องใช้ยาหลายชนิด

การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (Potentially Inappropriate Medications: PIMs)

เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในหลายประเทศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ<sup>[2]</sup> มีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Shambel N. และคณะ พบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุอยู่ร้อยละ 28.50 ตามเกณฑ์ AGS 2023 Beers Criteria และพบปัจจัยที่ทำให้ได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง<sup>[3]</sup> การศึกษาของ Saleh I. และคณะ ใช้เกณฑ์ AGS 2023 Beers Criteria พบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุในใบสั่งยาอยู่ร้อยละ 18.10 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่น้อยลง การใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) และแพทย์ทั่วไปเป็นผู้สั่งยา โดยรายการยาที่พบการใช้ไม่เหมาะสมบ่อย ได้แก่ glibenclamide , chlorpheniramine, tolperisone, lorazepam และ NSAIDs<sup>[2]</sup> ส่วนการศึกษาในประเทศไทย เช่น การศึกษาของวรัญญาและคณะ พบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราร้อยละ 61.00 และการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปเพิ่มโอกาสการได้รับยาไม่เหมาะสม โดยใช้เกณฑ์ AGS 2012 Beers criteria ในการประเมินพบรายการยาที่ไม่เหมาะสม 3 ลำดับแรก คือ chlorpheniramine , orphenadrine และ lorazepam ตามลำดับ<sup>[4]</sup> การศึกษาของลักษิกาและคณะ พบความชุก ร้อยละ 42.86 และมีผู้สูงอายุที่ใช้ยาร่วมกันหลายขนานตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ร้อยละ 65.01 โดยใช้เกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป เพศหญิง และการมีโรคเรื้อรังในกลุ่ม โรคกระดูกและข้อ (bone and joint disease) โรคกล้ามเนื้อและเอ็น (muscle and tendon disease) และโรคทางประสาทและจิตเวช (neuropsychiatric disease) กลุ่มยาที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสม

มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาคลายกล้ามเนื้อ (skeletal muscle relaxants) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system drugs) และ ยาด้านฮีสตามีน (antihistamine drugs) และรายการยาที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสมมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ dimenhydrinate, chlorpheniramine, tolperisone, lorazepam และ NSAIDs<sup>[5]</sup> ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายประเทศทั่วโลก แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาจะใช้เกณฑ์ดังกล่าวศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่แนวทางในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต

#### วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

#### วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study

1. ประชากรที่ศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์
- ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายยาอย่างน้อย 1 รายการในการมารับบริการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาหลายชนิดจนไม่สามารถใช้เกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria ในการประเมินได้อย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล
- ผู้ป่วยที่มีข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์
- ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ในการคำนวณขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้ได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ของทั้งกลุ่มที่ได้รับยาเหมาะสมและกลุ่มที่ได้รับยาไม่เหมาะสม มาพิจารณาร่วมกัน จากนั้นทำการเปรียบเทียบค่าที่ได้ก่อนจะเลือกใช้ปัจจัยที่ขนาดตัวอย่างมากที่สุด คือ โรคเบาหวานเป็นตัวกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด power ที่ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (significant) 0.05 และขนาดตัวอย่าง N2:N1 เท่ากับ 1:1 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Shambel N. และคณะ<sup>[3]</sup> ที่ proportion ของ control เท่ากับ 0.425 และ experimental เท่ากับ 0.174 จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 104 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย ทำการเก็บ โดยข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 – 31 สิงหาคม

พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 134 ราย จึงขอใช้ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการในช่วงนี้ คือ 134 ราย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลนครพิงค์ และเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยบันทึกข้อมูลลงใน case record form โดยข้อมูลต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป: อายุ เพศ สิทธิการรักษา ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก โรคทางจิตเวช ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนโรคประจำตัว รายการยาที่ได้รับ จำนวนรายการยาที่ได้รับ

4. การประเมินการได้รับยาไม่เหมาะสมในงานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ของ AGS 2023 Beers criteria (American Geriatrics Society 2023 Beers Criteria) เป็นเกณฑ์จัดทำโดย American Geriatrics Society เพื่อระบุรายการยาที่มีแนวโน้มไม่เหมาะสมในการใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป รวมทั้งข้อบ่งชี้ยา ในงานวิจัยนี้พิจารณาผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามนิยามของผู้สูงอายุในประเทศไทย และประเมินเฉพาะหมวดที่ 1 คือ ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุทั่วไป (Potentially inappropriate medication use in older adults)<sup>[6]</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับเวชปฏิบัติคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลแบบแจกแจงปกติ (normal distribution) โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviations: SD) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาไม่เหมาะสม

ใช้การวิเคราะห์แบบ univariable และ multivariable binary logistic regression ในลักษณะ exploratory model โดยบรรจุตัวแปรอิสระที่มีความสำคัญทางคลินิกที่ได้รับ การรายงานในวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสม โดยรายงานผลเป็นค่า odds ratio (OR) , adjusted Odds ratio (aOR) และ 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05 ถือว่าปัจจัยนั้นมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตีความผลในเชิงความสัมพันธ์มากกว่าผลเชิงสาเหตุ ตามลักษณะการวิเคราะห์เชิงสำรวจ โปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ทางสถิติ คือ STATA version 14.0

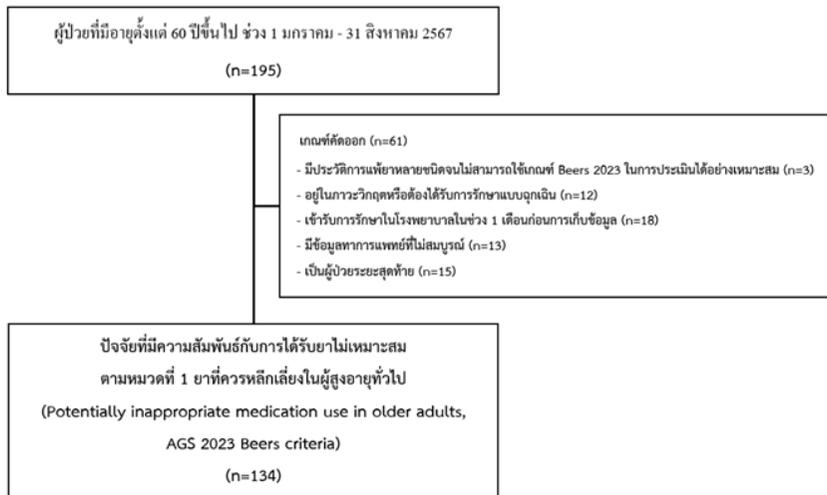
#### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ หมายเลขรับรองจริยธรรมวิจัย NKP No. 006/68 วันที่ รับรอง 16 มกราคม 2568

#### ผลการศึกษาวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2567 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2567 (ภาพที่ 1) พบว่ามีผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 134 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.45 อายุเฉลี่ย  $71.61 \pm 8.56$  ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 47.76 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 74.63 ได้รับยามากกว่า 5 รายการ ร้อยละ 69.40 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 53.73 ดังตารางที่ 1 โรคหรืออาการที่พบสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.94 โรคทางกระดูกและข้อ ร้อยละ 61.19 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 58.96 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว  
โรงพยาบาลนครพิงค์



ภาพที่ 1 ผังการคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

ผู้สูงอายุ 134 ราย ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสม 104 รายการ (ร้อยละ 77.61) ดังตารางที่ 1  
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 134 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	39.55
หญิง	81	60.45
ช่วงอายุ (ปี)		
60-69	64	47.76
70-79	46	34.33
80-89	20	14.93
≥ 90	4	2.98
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	71.61 ± 8.57	
สิทธิการรักษา		
สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	100	74.63
อื่นๆ	34	25.37
จำนวนโรคประจำตัว		
0-2 โรค	62	46.27
2 โรค	72	53.73
จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ		
1-4 รายการ	41	30.60
≥ 5 รายการ	93	69.40
มีรายการยาที่ไม่เหมาะสม	104	77.61
โรคความดันโลหิตสูง	83	61.94
โรคเบาหวาน	34	25.37
โรคไขมันในเลือดสูง	79	58.96
โรคหัวใจและหลอดเลือด	9	6.72
โรคไตเรื้อรัง	18	13.43
โรคหลอดเลือดสมอง	20	14.93
โรคทางจิตเวช	18	13.43
โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก	82	61.19

รายการยาที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก คือ orphenadrine (ร้อยละ 50.00 ของจำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสม), omeprazole (ร้อยละ 38.81 ของจำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสม) และ naproxen (ร้อยละ 21.64 ของจำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสม) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** รายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุได้รับ ตามเกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria 10 อันดับแรก

กลุ่มยา	ชื่อยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Skeletal muscle relaxants	Orphenadrine	67	50.00
Proton Pump Inhibitors (PPI)	Omeprazole 20 mg	52	38.81
Non-COX-2 selective	Naproxen 250 mg	29	21.64
Benzodiazepines	Lorazepam 1 mg	25	18.66
Cardiovascular and antithrombotic	Aspirin 81 mg	25	18.66
Antihistamines	Dimenhydrinate 50 mg	22	16.42
Sulfonylureas	Glipizide 5 mg	21	15.67
Non-selective peripheral alpha-1 blockers for HT	Doxazosin 2 mg	20	14.93
Antihistamines	Chlorpheniramine 4 mg	12	8.96
GI anti-spasm with strong anticholinergic	Hyoscine-N-Butyl BR 10 mg	10	7.46

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านยากับการได้รับยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria พบว่า สิทธิการรักษา จำนวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ และการมีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยพบว่า สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 4.83 เท่า เมื่อเทียบกับสิทธิอื่น ๆ ไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (95% CI 1.60-14.57;  $p = 0.005$ ) การได้รับยา  $\geq 5$  รายการ (polypharmacy) มีความเสี่ยงต่อการได้รับยา

ไม่เหมาะสม 5.91 เท่า เมื่อเทียบกับการได้รับยา  $\leq 4$  รายการ (non-polypharmacy) (95% CI 1.57-22.27;  $p = 0.009$ ) และการมีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 6.98 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่มีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก (95% CI 1.94-25.08;  $p = 0.003$ ) ส่วนเพศอายุ จำนวนโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือดสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและโรคทางจิตมีผลต่อการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-Value	Adjusted OR (95% CI)	p-Value
หญิง	0.38 (0.15 - 0.97)	0.044	0.43 (0.13 - 1.39)	0.158
อายุ (ปี)	1.01 (0.96 - 1.06)	0.801	0.99 (0.93 - 1.05)	0.757
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4.47 (1.87 - 10.69)	0.001	4.83 (1.60 - 14.57)	0.005
โรคประจำตัว $> 2$ โรค	2.45 (1.06 - 5.67)	0.036	0.53 (0.06 - 4.47)	0.563
รายการยาที่ได้รับ $\geq 5$ รายการ	3.61 (1.55 - 8.42)	0.003	5.91 (1.57 - 22.27)	0.009
โรคความดันโลหิตสูง	2.25 (0.99 - 5.14)	0.054	1.98 (0.36 - 10.76)	0.429
โรคเบาหวาน	1.15 (0.44 - 2.99)	0.771	0.93 (0.19 - 4.50)	0.928
โรคไขมันในเลือดสูง	0.95 (0.41 - 2.16)	0.895	0.60 (0.15 - 2.39)	0.466
โรคไตเรื้อรัง	1.01 (0.31 - 3.34)	0.986	0.68 (0.13 - 3.67)	0.652
โรคหลอดเลือดสมอง	1.01 (0.20 - 5.14)	0.990	0.31 (0.04 - 2.25)	0.245
โรคทางจิตเวช	2.55 (0.55 - 11.76)	0.231	4.60 (0.57 - 36.82)	0.151

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	p-Value	Adjusted OR (95% CI)	p-Value
โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก	6.78 (2.72 - 16.91)	0.001	6.98 (1.94 - 25.08)	0.003
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1.16 (0.12 - 10.79)	0.896	2.86 (0.13 - 64.53)	0.508

### อภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุได้รับยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ AGS 2023 Beers criteria 104 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.61 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของกิตติศักดิ์และคณะ พบความชุกร้อยละ 74.70<sup>[7]</sup> แต่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศของ Rosiane และคณะ ศึกษาในประเทศบราซิล พบความชุกร้อยละ 52.00<sup>[8]</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาของ พลิชรัพล และคณะ พบว่าการได้รับยาไม่เหมาะสมในประเทศไทยสูงกว่าในยุโรป (22.00-39.00%) และลาตินอเมริกา (51.80%)<sup>[9]</sup>

ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยอื่น ๆ กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria ได้แก่ ความสัมพันธ์ของจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria พบว่าการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy) มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 5.91 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 1-4 รายการ (adjusted OR 5.91, 95% CI 1.57-22.27; p-value 0.009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลักษิกาและคณะ ศึกษาความชุกของการได้รับยาไม่เหมาะสม และการใช้ยา ร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยที่เข้ารับ การคัดกรองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัด สระบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยา  $\geq 5$  รายการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 3.93 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 1-4 รายการ (adjusted OR 3.93, 95% CI 2.31-6.67; p-value 0.000)<sup>[5]</sup> การศึกษาของวรัญญา และ

คณะ ศึกษารายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุใช้ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยา 5-10 รายการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 3.86 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 0-4 รายการ (adjusted OR 3.86, 95% CI 0.87-17.05; p-value 0.003) และหากได้รับยา  $\geq 11$  รายการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 11.34 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 0-4 รายการ (adjusted OR 11.34, 95% CI 1.97-65.33; p-value 0.003)<sup>[4]</sup> ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ ก็ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน ได้แก่ การศึกษาของ Saleh และคณะ ศึกษาใบสั่งยาผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุที่จำหน่ายในร้านขายยาชุมชน เมือง Asmara โดยใช้เกณฑ์ AGS 2023 Beers criteria พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยา  $\geq 5$  รายการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 2.77 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 1-4 รายการ (adjusted OR 2.77, 95% CI 1.49-5.15; p-value 0.001)<sup>[2]</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gracia และคณะในประเทศ เลบานอน พบจำนวนรายการยาตั้งแต่ 5-16 รายการ มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 20.88 เท่าเมื่อเทียบกับการได้รับยา 1-4 รายการ (adjusted OR 20.88, 95% CI 1.22-357.87; p-value 0.04)<sup>[10]</sup> จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายฉบับ โดยการใช้ยาหลายชนิดอาจสะท้อนถึงภาวะโรคที่มากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้ยาหลากหลายกลุ่มเพื่อ ควบคุมอาการของโรคต่าง ๆ และการได้รับ ยาหลายรายการยังเพิ่มโอกาสการเกิด

ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา รวมถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug–drug interactions) และการใช้ยาที่ไม่จำเป็น

ความสัมพันธ์ของสิทธิการรักษากับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria พบว่า สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 4.83 เท่าเมื่อเทียบกับ สิทธิอื่นๆ (adjusted OR 4.83, 95% CI 1.60 – 14.57; p-value 0.005) แตกต่างกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ และคณะ ศึกษาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับรองของประเทศไทย โดยใช้ 2019 AGS Beers Criteria สิทธิการรักษาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (95% CI 0.98-1.11; p-value 0.213)<sup>[7]</sup> จากการศึกษาทำให้เห็นว่ายาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุบางรายการไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น orphenadrine เป็นยาที่ AGS 2023 Beers criteria แนะนำให้หลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ anticholinergic กลุ่มยา benzodiazepine เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการง่วงซึม เวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี และการหกล้ม ซึ่งนำไปสู่กระดูกหัก และการนอนโรงพยาบาล และยังมีผลต่อการทำงานของสมองทำให้สับสน สมาธิลดลง ความจำบกพร่อง หากใช้ต่อเนื่องในระยะยาวมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพึ่งพายา (dependence) ทำให้หยุดยาได้ยากและอาจเกิดอาการถอนยา เช่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หรือชัก ซึ่งโดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลมักมียาที่เหมาะสมกว่าในการใช้ในผู้สูงอายุแต่ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ ทำให้แพทย์จำเป็นต้องเลือกใช้ยาที่อยู่ในบัญชี ซึ่งถูกจัดให้เป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยงหรือใช้ด้วยความระมัดระวังในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น

ในขณะที่ทางเลือกยาที่ปลอดภัยกว่ากลับเข้าถึงได้จำกัด

ในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยอายุ  $71.61 \pm 8.57$  ปี โดยพบว่าอายุเป็นปัจจัยป้องกันของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria โดยอายุที่ลดลง 1 ปี สามารถลดความเสี่ยงของการได้รับยาไม่เหมาะสม 0.99 เท่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR 0.99, 95% CI 0.93–1.05; p-value 0.757) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosiane (95% CI 0.99-1.00; p-value 0.660)<sup>[8]</sup> และการศึกษาของ Subash (95% CI 0.574-1.891; p-value 0.894) พบว่าช่วงอายุที่ได้รับยาไม่เหมาะสมอยู่ 65-74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ คือ พบการใช้ยาไม่เหมาะสมมากที่สุดคือช่วงอายุ 70-79 ปี<sup>[11]</sup> จากการศึกษาจะเห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมีแนวโน้มการได้รับยาไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่แพทย์มีความระมัดระวังมากขึ้นในการสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีความซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่ากลุ่มอายุน้อย

ความสัมพันธ์ของจำนวนโรคกับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria โดยพบว่าจำนวนโรคมากกว่า 2 โรคขึ้นไปเป็นปัจจัยป้องกันของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมลดลง 0.53 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 0-2 โรค แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR 0.53, 95% CI 0.06–4.47; p-value 0.563) แตกต่างจากการศึกษาของกิตติศักดิ์ และคณะ พบว่าการมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม 1.46 เท่า เมื่อเทียบกับการมีโรคประจำตัว 0-2 โรค (adjusted OR 1.46, 95% CI 1.26-

1.68 p-value 0.001)<sup>[7]</sup> และในการศึกษานี้ยังพบว่าหากผู้สูงอายุที่มีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกจะมีความเสี่ยงของการได้รับยาไม่เหมาะสม 6.98 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR 6.98, 95% CI 1.94-25.08; p-value 0.003) เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลการใช้ยาพบว่า orphenadrine เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการใช้มากที่สุดในงานวิจัยนี้ คิดเป็นครึ่งหนึ่งของรายการยาไม่เหมาะสมทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับ AGS 2023 Beers criteria ที่ให้หลีกเลี่ยงยากกลุ่มนี้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีประสิทธิผลทางคลินิกจำกัด เมื่อเทียบกับความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ anticholinergic เช่น ง่วงซึม เวียนศีรษะ และภาวะสับสน เพิ่มโอกาสการหกล้ม และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษานี้จะเห็นว่าจำนวนโรคประจำตัวที่มากขึ้น มีแนวโน้มการได้รับยาไม่เหมาะสมลดลง ขณะที่งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าการมีโรคประจำตัวหลายโรคสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง แพทย์มีความระมัดระวังมากขึ้นในการสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากขึ้น เนื่องจากการได้รับยามากขึ้นอาจส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction) และความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug-drug interactions) และยังมี การทบทวนรายการยาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อนได้รับการปรับลดหรือหยุดยาที่ไม่จำเป็นมากกว่าผู้ที่มีโรคน้อย

ความสัมพันธ์ของเพศกับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers criteria โดยพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของการได้รับยาที่

ไม่เหมาะสมลดลง 0.43 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Adjusted OR 0.43, 95% CI 0.13-1.39; p-value 0.158) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี ศึกษาการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน และปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (95% CI 0.75-2.01; p-value 0.39)<sup>[12]</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนปาลของ Subash (95% CI 0.677-2.090; p-value 0.547)<sup>[11]</sup>

แม้ว่า AGS 2023 Beers Criteria จะพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินการใช้ยาในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป แต่การศึกษานี้เลือกใช้ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับนิยาม “ผู้สูงอายุ” ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งกำหนดที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและยังเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของอวัยวะที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยา ทั้งทางด้านเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ได้แก่ การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย (absorption), การกระจายตัวของยา (distribution), การเปลี่ยนแปลงยา (metabolism), และการขับถ่ายยาออกจากร่างกาย (excretion) การใช้เกณฑ์ดังกล่าวจึงเหมาะสมสำหรับการเฝ้าระวังการใช้ยาไม่เหมาะสมในเวชปฏิบัติจริงของคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว

การได้รับยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งในระดับรายบุคคล และระบบสุขภาพ โดยในระดับผู้ป่วยอาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากยา การหกล้ม ภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินบ่อยครั้งมากขึ้น ซึ่งล้วนส่งผลลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนในระดับระบบบริการสุขภาพ การใช้ยาไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับภาระต้นทุนด้านยา ค่าใช้จ่ายการรักษาภาวะแทรกซ้อน

และการใช้ทรัพยากรด้านบุคลากรและบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาไม่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเสี่ยง การวางแผนเฝ้าระวังเชิงรุก และการพัฒนากรอบทบทวนรายการยาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสุขภาพในระยะยาว อีกทั้งสำหรับยาบางรายการ เช่น omeprazole นั้น แม้ AGS 2023 Beers criteria จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ต่อเนื่องระยะยาวในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อกระดูกหัก การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และภาวะขาดวิตามินหรือแร่ธาตุเมื่อใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้จำเป็นอย่างต่อเนื่อง แต่ยาดังกล่าวยังมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในบางสถานการณ์ เช่น การรักษาแผลในทางเดินอาหาร หรือการป้องกันเลือดออกในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย ดังนั้น การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาจึงควรพิจารณาร่วมกับข้อบ่งชี้ ระยะเวลาการใช้ และบริบททางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ใช่อาศัยเกณฑ์เพียงอย่างเดียว

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross sectional ซึ่งเก็บข้อมูลใบสั่งยาหรือเวชระเบียน ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถทราบลำดับเหตุการณ์ระหว่างการเกิดโรค การเริ่มยา การปรับขนาดยา และการหยุดยาได้อย่างชัดเจน ด้วยเหตุนี้การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกจัดว่าเป็นยาไม่เหมาะสมตาม AGS 2023 Beers Criteria จึงไม่สามารถสรุปได้โดยเด็ดขาดว่าการใช้ยาดังกล่าวไม่เหมาะสมในเชิงข้อบ่งชี้เพราะอาจมีเหตุผลทางคลินิกเฉพาะราย เช่น การใช้ PPIs เพื่อป้องกันเลือดออกทางเดินอาหารในผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ระยะสั้นหรือการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อในช่วงที่มีอาการปวดรุนแรงเฉียบพลัน อีกทั้งการศึกษาประเภทนี้ไม่สามารถ

ตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาดังกล่าวต่อเนื่องเป็นเวลานานเพียงใด ซึ่งเป็นสาระสำคัญของเกณฑ์ AGS 2023 Beers Criteria ในหลายรายการ เช่น ข้อกำหนดเรื่องการใช้ PPIs เกิน 8 สัปดาห์ และการศึกษาที่ประเมินเฉพาะยาที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งอาจทำให้ค่าความชุกต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะไม่ได้รวมหมวดอื่น ๆ ได้แก่ ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง (Drug-Disease Interactions) ยาที่ควรระมัดระวังในการใช้ ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน (Drug-Drug Interactions) ยาที่ต้องปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เป็นต้น

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลนครพิงค์ พบผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 77.61 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy), สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage; UCs) และการมีโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก (musculoskeletal disease) รายการยาที่มีการใช้ยาไม่เหมาะสมมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ orphenadrine, omeprazole, naproxen, lorazepam และ aspirin โดยปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถนำไปค้นหาเหตุของปัจจัยในการได้รับยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ช่วยในการลดความเสี่ยงของการรับยาไม่เหมาะสม ลดการเกิดผลข้างเคียงของการได้รับยา เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งบางปัจจัยสามารถหลีกเลี่ยงได้ และบางปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แพทย์ควรให้คำแนะนำ

และแจ้งให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผลข้างเคียงของยา  
ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

จากการศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบ  
retrospective study ดังนั้นข้อมูลบางตัวแปร  
จึงไม่ได้ถูกเก็บเข้ามาด้วยในงานวิจัย เช่น ประวัติ  
การซื้อยารับประทานเอง ประวัติการรับประทาน  
ยาสมุนไพร ประวัติการรับประทานยาที่ได้รับไป

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้เกณฑ์  
มาตรฐานสากล AGS 2023 Beers Criteria เป็น  
มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่าง  
แพร่หลายในการประเมินการใช้ยาไม่เหมาะสม  
ในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์สถิติที่เหมาะสม โดย  
การใช้ Multiple logistic regression ช่วย  
ควบคุมตัวแปรรบกวนและให้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ  
มากยิ่งขึ้นและผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้  
ในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยได้จริง

จุดอ่อนของการศึกษานี้คือ ขนาดตัวอย่าง  
อาจไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยย่อย  
อย่างละเอียด การเลือกตัวอย่างจากสถานที่เดียว  
อาจไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น  
ได้และไม่ได้ศึกษาถึงเหตุผลของการสั่งยาที่ไม่  
เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควร  
เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือศึกษาปัจจัยอื่น ๆ  
เพิ่มเติม เช่น จำนวนครั้งการเข้ารับบริการ ระดับ

ความชำนาญการผู้ตรวจ ศึกษาเปรียบเทียบใน  
แต่ละคลินิก หรือระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่  
และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งมีจำนวนรายการ  
ยาให้เลือกสั่งจ่ายได้แตกต่างกัน และเพื่อให้  
สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ  
การใช้จ่ายในผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาวิจัยที่  
ประเมินผลกระทบของการใช้ยาที่ไม่  
สมเหตุผลหรือยาที่เป็นข้อห้ามชัดเจนตาม  
Beers criteria เช่น ความถี่ของการเกิดอาการ  
ไม่พึงประสงค์จากยา การหกล้ม การเข้ารับ  
การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรืออัตรา  
การเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการใช้ยากลุ่มดังกล่าว  
**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ฉันทวัฒน์ สุทธิพงษ์  
และแพทย์หญิงณัฐนิช เกตุชัยโกศล ที่ปรึกษา  
งานวิจัยที่ได้ชี้แนะ ตรวจสอบงานวิจัยชิ้นนี้ให้  
แล้วเสร็จจลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณคุณ  
มณฑิยา ปุณวัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ  
การ สำหรับข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วย  
โรงพยาบาลนครพิงค์ และขอขอบพระคุณ  
คณาจารย์ท่านอื่น ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่  
โรงพยาบาลนครพิงค์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก  
สะดวกในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย  
ในครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health, Department of Health. Healthy lifestyle promotion project for older adults: healthy, long-life living [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; c2025. Available from: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=string-project%2Fview&id=7566> [In Thai]
2. Idrisnur S, Abdu N, Yohannes F, Tewelde T, Russom N, Tesfamariam EH. Potentially Inappropriate Use of Medication and Its Determinants Among Ambulatory Older Adults in Six Community Chain Pharmacies in Asmara, Eritrea: A Cross-Sectional Study Using the 2023 American Geriatric Society Beers Criteria®. Clin Interv Aging. 2024;19:1177-87. doi: 10.2147/CIA.S466649.

3. Nigussie S, Demeke F. Potentially Inappropriate Medications Use and Associated Factors Among Older Patients on Follow-Up at the Chronic Care Clinic of Hiwot Fana Comprehensive Specialized Hospital in Eastern Ethiopia. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2023;100:100730. doi: 10.1016/j.curtheres.2023.100730.
4. Pichayapaiboon S, Bua-Khwan W. Potentially inappropriate medication usage by nursing home residents. *Thai Journal of Pharmacy Practice.* 2016;8(1):3-14. [In Thai]
5. 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. [In Thai]
6. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-81. doi: 10.1111/jgs.18372.
7. Jenghua K, Wutthi K, Wannakrachang C, Chathongyos S, Ngamsom P. Assessing Medication Use Quality in Older Outpatients Using the Beers Criteria: Findings from a Single-Center Retrospective Study. *Ann Geriatr Med Res.* 2023;27(2):116-25. doi: 10.4235/agmr.23.0036.
8. da Silva RM, Lucchetti ALG, Ferreira MEC, Silva LO, da Silva Ezequiel O, Martins ELM, et al. Association Between Inappropriate Prescribing According to the 2023 Beers Criteria and Different Health Outcomes: A 1-Year Longitudinal Study in Community-Dwelling Older Adults. *Drugs Real World Outcomes.* 2025;12(1):93-103. doi: 10.1007/s40801-024-00474-7.
9. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Potentially inappropriate medications among the elderly in primary care in Thailand from three different sets of criteria. *Pharm Pract (Granada).* 2019;17(3):1494. doi: 10.18549/PharmPract.2019.3.1494.
10. Yaghi G, Chahine B. Potentially inappropriate medications use in a psychiatric elderly care hospital: A cross-sectional study using Beers criteria. *Health Sci Rep.* 2023;6(5):e1247. doi: 10.1002/hsr2.1247.
11. Karki S, Thapa RB, Shrestha R. Exploring Potentially Inappropriate Medication Use on Elderly Patients in a General Medicine Ward Using 2023 AGS Beers Criteria. *Aging Med (Milton).* 2025;8(3):238-48. doi: 10.1002/agm2.70025.
12. Wannawichate T, Manjavong M, Limpawattana P. Exploring potentially inappropriate medications for elderly Thai patients in an outpatient setting at a tertiary care hospital: an analysis based on the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria. *Journal of the medical association of thailand.* 2024;107(Suppl.1):S1–8.