

# การดูแลแบบสหวิชาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : บทบาทของแพทย์

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ \* พบ. วว. (อายุรศาสตร์), M.Sc. (Geriatric Medicine)

**บทคัดย่อ** ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนมากขึ้นและเจ็บป่วยบ่อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ซึ่งเป็นผลลัพท์ของการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเนื่องจากความสูงวัยร่วมกับผลของสภาพแวดล้อม การดำรงชีวิตและโรคภัยไข้เจ็บในอดีตที่ผ่านมาทำให้มีลักษณะทางร่างกายที่ไม่อาจจะกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็วเหมือนผู้ป่วยหนุ่มสาว การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่จะให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยสูงอายุ จึงต้องเป็นการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ภาวะวัยจะเอื้ออำนวย โดยต้องเป่าให้ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถมีชีวิตอยู่โดยช่วยตัวเองได้มากที่สุดหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด โดยให้บุคลากรสาธารณสุขดูแลร่วมกันแบบสหวิชาการ ซึ่งแพทย์จะต้องประเมินผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีจำเป็น

**คำสำคัญ:** การดูแลแบบสหวิชาการ ผู้ป่วยสูงอายุ

จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรไทย รวมทั้งการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศซึ่งยังผลให้อัตราตายในเด็กและวัยผู้ใหญ่ลดลง ทำให้ประชากรผู้สูงอายุของประเทศมีมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในแง่ปริมาณและอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ระบบการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยมุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉียบพลัน (acute care) และระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางโดยเฉพาะ

ในภาควิชาอายุรศาสตร์ก็มุ่งเน้นการรักษาโรคตามระบบ หรือตามอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ (organ-oriented system) ซึ่งการดูแลรักษาในลักษณะนี้จะสามารถเอื้ออำนวยประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในอวัยวะใดอย่างหนึ่งและสามารถจะฟื้นฟูสภาพเข้าใกล้ภาวะปกติเมื่อพยาธิสภาพต่างๆ เหล่านั้นได้รับการรักษาหรือแก้ไขที่เหมาะสม ผู้สูงอายุมักจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำความหนักใจให้กับแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่โรงพยาบาลนาน ปัญหาโรคแทรกซ้อนบ่อย และถึงแม้จะรักษาจน "โรค" หายแล้วก็ยังไม่พร้อมที่จะ

\* หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กลับบ้านเพราะผู้สูงอายุไม่อยู่ในสภาพที่จะดูแลตนเอง ได้อย่างดีและต้องตกเป็นภาระของญาติปัญหาเหล่านี้

นี้เป็นผลมาจากผู้สูงอายุ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งได้แก่<sup>1,2</sup>

ตารางที่ 1 Characteristics of Aging Patients

1. Physiologic function diminished
2. Accumulation of life stresses, diseases and environmental hazards
3. "Classic" signs and symptoms of disease possibly absent, delayed, or altered
4. Physical disease may present as psychiatric syndrome
5. Psychiatric disease may present as a medical complaint
6. Multiple medical, psychiatric, and social problems in the same patient
7. Drug effects more pronounced and adverse reactions more common

1. ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการสูงวัย (age-related physiological changes) ทำให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ ต่ำกว่าในวัยผู้ใหญ่ และวัยหนุ่มสาว การฟื้นกลับสู่สภาพเดิมจะช้าและไม่สมบูรณ์

ว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อของระบบใดระบบหนึ่งในร่างกาย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง อาจจะถูกนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะอะอะสับสนเฉียบพลัน (delirium and acute confusional states)

2. สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น ความลำบากในการดำเนินชีวิต โรคภัยไข้เจ็บ และผลของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและจิต

5. ปัญหาทางจิตใจโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (depression) มักจะไม่บอกแพทย์ว่าเบื่อหรือเศร้า แต่มักจะมาพบแพทย์ด้วยปัญหาสุขภาพกาย การนอนไม่หลับ และน้ำหนักลด เป็นต้น

3. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากสูงวัยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวนหนึ่ง ไม่มี "อาการและอาการแสดง" (signs and symptoms) ที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนั้นๆ ออกมา ทำให้การวินิจฉัยลำบาก ลำบาก การรักษาไม่เหมาะสมและทันเวลาที่

6. ผู้สูงอายุคนหนึ่งมักจะมีโรคหลายๆ โรค ทั้งในแง่ปัญหาทางกาย ทางใจ รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมอยู่ในคนคนเดียว (multiple pathology)

4. โรคทางกายก็อาจจะแสดงเหมือนกับ

7. ผลของยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมากกว่าปกติ และพบว่ามีปัญหาจากผลข้างเคียงของยาได้บ่อย

### ผลจากความเจ็บป่วยต่อผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุรายหนึ่งมีความเจ็บป่วยจะต้องเข้าโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมักจะอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าอัตราเฉลี่ยของการครองเตียง ซึ่งเป็นผลรวมมาจากความยากลำบากในการวินิจฉัยโรค ความล่าช้าและไม่เหมาะสมของการให้การรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น ผลรวมของสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีสภาวะ disability เกิดขึ้น ทำให้การดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้อยกว่าปกติ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นปอดอักเสบ อาจจะมีปัญหาการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) หรือไม่สามารไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หลังกจากเอาท่อช่วยหายใจออกแล้วผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถดักอาหารกินได้เอง ลูกจากที่นอนและเดินไม่ได้ เพราะกล้ามเนื้อลีบไปจนหมด และอาจจะมีอาการเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า เนื่องจากความดันโลหิตลดลง (postural hypotension) เหล่านี้ล้วนเป็นตัวอย่างของผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ในส่วนนี้ หรือปฏิเสธการดูแล ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องกลับมานอนโรงพยาบาลอีกภายในระยะเวลาอันสั้น

### เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีปัญหาหลาย ๆ อย่าง อยู่ในคน ๆ เดียว และโรคหรือภาวะบางอย่างไม่อาจจะรักษาให้หายขาดได้ โรคและภาวะการเจ็บ

ป่วยเหล่านั้นจะต้องอยู่กับผู้สูงอายุท่านนั้น ๆ จนกว่าชีวิตจะหาไม่ สิ่งเหล่านี้ก็มีใช้สิ่งปิดกั้นหรือข้อจำกัดในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหากแต่สิ่งเหล่านี้ทำให้เราต้องพิจารณาหาวิธีการที่เหมาะสมที่จะจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดเพื่อลดภาระแก่ญาติและชาติบ้านเมือง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตอย่างมีความสุขเท่าที่ภาวะวิสัยจะเอื้ออำนวย

### ตารางที่ 2 The Aim of Health Care of the Elderly<sup>3</sup>

- 
- maintenance of health in old age
  - early detection and appropriate treatment of disease
  - maintenance of maximal independence consistency of irreversible diseases and disability
  - sympathetic care and support during terminal illness
- 

สิ่งที่เป่าหมายสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยคือ การให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเองมากที่สุดหรือถ้ากล่าวในทางตรงกันข้ามก็คือ ให้พึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด ถึงแม้จะเป็นโรคที่รักษาไม่หายและมีความ disability อยู่ด้วยก็ตาม จุดนี้เป็นประเด็นที่สำคัญมากที่จะต้องเน้น เพราะทัศนคติของคนไทย และคนจีนคือ ถ้าบุคคลใดมีฐานะดีก็ควรจะได้อยู่อย่างสบาย กล่าวคือไม่ต้องทำอะไรด้วยตนเองมีคนอื่นหรือลูกหลานหรือคนรับใช้ทำให้ หรือพูดสั้น ๆ คือ ให้ได้มีโอกาสนั่งกินนอนกิน คนที่ต้องทำอะไรด้วยตัวเองจนอายุ

มากถือว่าไม่มีบุญวาสนา และลูกหลานที่สามารถดูแลและบริการบุพการีของตนเองให้มีชีวิตแบบนี้ ๆ นอน ๆ ได้นั้นก็รู้สึกภูมิใจว่าตนเป็นลูกกตัญญู ซึ่งความเชื่อและการกระทำแบบนี้เป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุอย่างยิ่งทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกายทำให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะหัวใจ ปอด และกล้ามเนื้อเสื่อมลงอย่างมาก ซึ่งอาจจะทำให้อวัยวะต่างๆ เหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อรับการ "stress" ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีการเสียน้ำหรือเลือดออกจากร่างกายเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น มีพยาธิสภาพที่ต้องบำบัดรักษาโดยการผ่าตัด (ดมยาสลบ) หรือมีการติดเชื้อ เป็นต้น ทำให้ปัญหาสุขภาพขนาดน้อยหรือปานกลาง กลายเป็นแบบรุนแรง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น shock, congestive cardiac failure, respiratory failure ได้บ่อยขึ้น

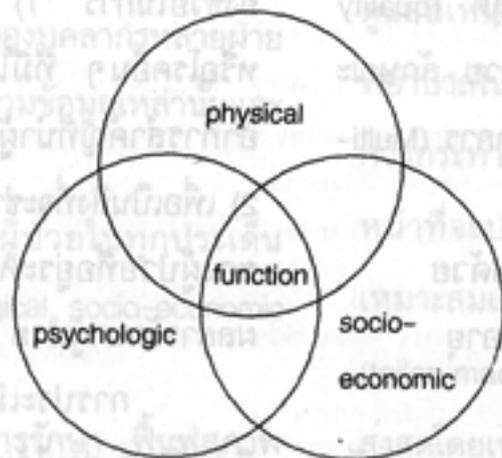
ทางด้านจิตใจนั้น การขาดการเคลื่อนไหวหรือการอยู่ในภาวะ physical inactivity นานๆ ทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลง และทักษะหรือความชำนาญในการคิดพิจารณาและตัดสินใจแก่

ปัญหาหายไปหมด และอาจทำให้เกิดการหกล้ม แผลกดทับ และข้อติดได้อีก

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจึงควรพิจารณาให้ผู้สูงอายุใช้ร่างกายของตนเองเพื่อช่วยเหลือตนเอง ในกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living-ADL) และกิจกรรมอื่นๆ ที่มีความสำคัญลดหลั่นลงไปมากที่สุดเท่าที่ภาวะร่างกายและสิ่งแวดล้อมจะเอื้ออำนวย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพพร้อมในการเผชิญกับ "stress" และมีศักยภาพที่จะกลับฟื้นคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การที่ผู้สูงอายุจะสามารถมีชีวิตอยู่โดยการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด (maximal functional independence) ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ส่วน ได้แก่

- ภาวะ/สภาพร่างกาย (physical status)
- ภาวะ/สภาพจิตใจ (psychological status)
- ภาวะ/ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ซึ่งปัจจัยหลักทั้ง 3 ส่วนที่จะมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ซึ่งกันและกันดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 Maximal Functional Independence<sup>4</sup>

### แนวคิดในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

จากเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือให้ท่านต่าง ๆ เหล่านี้สามารถมีสภาพร่างกายที่เหมาะสมที่สุด ช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด เป็นภาระแก่คนอื่น ๆ น้อยที่สุด ซึ่งการจะได้มาซึ่งลักษณะเหล่านี้จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมสามส่วนใหญ่ ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นว่าการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลไม่สามารถจะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้โดยใช้ลักษณะการดูแลผู้ป่วยแบบที่เป็นไปในปัจจุบัน กล่าวคือแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคและส่งการรักษาด้วยยาและให้การรักษาประคับประคอง (supportive treatment) อื่น ๆ ตามสมควร การปฏิบัติแบบนี้เป็นเพียงการรักษาด้านร่างกายเท่านั้น แต่ถ้าจะให้ครอบคลุมทั้ง psychological, socio-economic status และภาวะอื่น ๆ ที่จำเป็นนั้นแพทย์จะต้องใช้การดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) และมีการตั้งทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถครอบคลุมทุกปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพของผู้ป่วยโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (quality of life) เท่าที่ภาวะต่าง ๆ จะเอื้ออำนวย ลักษณะดังกล่าวแล้วนั้นคือการดูแลแบบสหวิชาการ (Multi-disciplinary team approach) นั่นเอง

#### ทีมสหวิชาการควรประกอบด้วย

- แพทย์อายุรกรรมดูแลผู้สูงอายุ
- พยาบาล
- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด (physiatrist/physiotherapist)

- เภสัชกร (pharmacist)
- โภชนากร (dietitian/nutritionist)
- นักกิจกรรมบำบัด (occupational therapist)
- นักสังคมสงเคราะห์ (social worker)
- พยาบาลติดตามไปที่บ้านหรือพยาบาลในชุมชน (ambulatory/community nurse)

โดยที่แต่ละคนในทีมจะมีภาระหน้าที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะงานของแต่ละคน

### บทบาทของแพทย์ในทีมสหวิชาการ

นอกจากการซักประวัติตรวจร่างกายเพื่อให้การวินิจฉัยโรคและดำเนินการรักษาผู้ป่วยแล้ว แพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีภาระหน้าที่อื่นอีกอย่างน้อย 2 ประการที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ ได้แก่

- การประเมินผู้ป่วย
- การเป็นผู้ประสานงานของทีมสหวิชาการ

การประเมินผู้ป่วยสูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์และทีมฯ ได้รู้จักกับภูมิหลังของผู้สูงอายุแต่ละคนมากที่สุดเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังช่วยในการ 1) คัดกรอง (screening) ปัญหาหรือโรคอื่น ๆ ที่มีในผู้ป่วยรายนั้น ๆ แต่ไม่ได้เป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างไรก็ตาม 2) เพื่อเป็นสิ่งที่จะช่วย monitor ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการดูแลรักษาเพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยควรครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญ 6 ส่วน ได้แก่<sup>1,2,4,5,6</sup>

1. ปัญหาสุขภาพ (problem-oriented

medical diagnosis) ซึ่งรวมหมดทั้งปัญหาที่นำมาสู่การรับไว้ในโรงพยาบาลและปัญหาอื่น ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาเรื้อรัง และไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาเฉียบพลันในครั้งนี้ แต่อาจจะมีผลในการฟื้นฟูสภาพในระยะหลัง

2. ประเมิน mental state ของผู้ป่วยโดยให้ความสนใจกับความจำ ความเฉลียวฉลาด อารมณ์ความรู้สึก และลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วย

3. ประเมินสภาพสังคม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่พักอาศัย ห้องน้ำบันไดในบ้านผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตั้งเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

4. ประเมิน functional status ของผู้ป่วยก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยในครั้งนี้

5. ดูสภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และพิจารณาความเกี่ยวพันของภาวะโภชนาการต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนี้

6. ทบทวนการใช้ยาที่ผ่านมา (review drug history)

ข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ เหล่านี้ อาจจะได้มาจากการประเมินของบุคลากรหลายฝ่าย โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้รวบรวมข้อมูลเหล่านั้นและนำมาใช้เพื่อ<sup>3,4</sup>

• สรุปปัญหาของผู้ป่วยในทุกประเด็น (physical, mental, psychological, socio-economic and function status)

• ตั้งเป้าหมายในการรักษา ฟื้นฟูสภาพ และการรักษาแบบประคับประคองอื่นๆ

• ติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ในสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง

• หลังจากผู้ร่วมทีมเข้าใจปัญหาและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว แพทย์จะต้องติดตามการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เหล่านี้

### สรุป

ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากรที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยลักษณะของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากความมีอายุ ผลของการดำเนินชีวิตในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมิทั้งความชรา โรค และความพิการบางอย่างในตัวเอง เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มักจะมีโรคแทรกซ้อน ทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน และบางรายญาติไม่ยอมรับกลับบ้าน การที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสภาพที่น่าพอใจกันทุกฝ่าย ผู้เกี่ยวข้องควรกระทำเป็นทีมสหวิชาการ โดยสมาชิกในทีมมีหน้าที่จะประเมินผู้ป่วย และดำเนินการดูแลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ (tailor-made management) ซึ่งจะเป็นประโยชน์สูงสุดโดยเน้นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

1. Chiodo LK, Gerety MB. Approach to the Patient. In John C. Beck (ed). Geriatrics Review Syllabus 1991-1992. American Geriatric Society. New York. 1991 : 44-52.
2. Jones TV. Measurement of Function. In John C. Beck. (ed). Geriatric Review Syllabus 1991-1992. American Geriatric Society. New York : 1991 : 52-57.
3. Kamal A, Brocklehurst JC. Geriatric Medicine. In A. Kamal, JC. Brocklehurst. A Colour Atlas of Geriatric Medicine. Second Edition. Wolfe Publishing Ltd London. 1992 : 7-11.
4. Kane R, Ouslander J, Abrass I. Evaluating the Elderly Patient. In Robert L.K., Joseph G.,

Ouslander I., Tama B. Abrass (eds). Essential of Clinical Geriatrics. Second Edition. New York : McGraw-Hill Information Service Company. 1989 : 47-72.

5. Coni N., Davison W., Webster S., What's so Special about the Old? In Nicholas Coni, William Davison, Stephen Webster (eds). Lecture Notes on Geriatrics. Fourth Edition. London : Blackwell Scientific Publications. 1993 : 41-9.
6. Williams ME. Clinical Management of the Elderly Patient. In William R. Hazzard, Edwin L. Bierman, John P. Blass, Walter H. Ettinger, Jr. Jeffrey B. Halther (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology : Third Edition : New York, McGraw-Hill, Inc. 1994 : 195-202.

## Multidisciplinary team approach for elderly patient : Role of the physician

Sivintorn Chansirikarn MD, Thai Board of Internal Medicine, MS.c.(Geriatric Medicine)

**Abstract:** The number of the elderly admitted in the hospital is increasing because of the increased in the total population of the elderly who have multiple and complex health problems. Elderly patient own special features of host characterized by the result of age-related physiological changes and the accumulating effect of environmental hazard chronic diseases and dabilities. These factors impede the elderly to become fully recovery from any acute medical problems. The aim of health care of the elderly is focused on the quality of life emphasized by maximal functional independent. To hit the goal, the multidisciplinary team approach is the most appropriate technique. The physician, as the harder of the team, should evaluate the patient, plan for medical care and rehabilitation as well as content the social worker for help (if needed).

**Keywords:** multidisciplinary team, elderly patient

\* *Devison of Geriatric Medicine, Department of Medicine, Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital, mahidol University.*

## การดูแลแบบสหวิทยาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : บทบาทของเภสัชกร

ศุภศิลา วิสุทธิ \* ภบ., MS.

**บทคัดย่อ** ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยเครือข่ายของระบบเฉพาะแต่ละอย่าง เช่น การบริการทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และการบริการด้านเภสัชกรรม เป็นต้น การบริการด้านเภสัชกรรมนั้นเป็นการใช้ความรู้ทางวิชาชีพของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความปลอดภัยในการใช้ยา และได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการ อีกทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเภสัชกรมีบทบาทในด้านภารกิจที่เกี่ยวกับยา อันได้แก่ ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเหมาะสม และยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่ควรใช้ รูปแบบของยา ขนาด และวิธีการใช้ยา ตลอดจนติดตามดูแลผลการรักษาด้วยยา และภารกิจที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ให้คำแนะนำในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ** : การบริการด้านเภสัชกรรม ติดตามดูแลผลการรักษาด้วยยา คำแนะนำในการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุ

ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย เครือข่ายของระบบเฉพาะแต่ละอย่าง เช่น การบริการทางการแพทย์ การบริการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและการบริการด้านเภสัชกรรม เป็นต้น ในปัจจุบันเป็นที่ประจักษ์ชัดแล้วว่า การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างกลุ่มวิชาชีพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพเป็นการนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการรักษาด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย

ในการบริการด้านเภสัชกรรมนั้น เป็นการปฏิบัติซึ่งเภสัชกรใช้ความรู้ทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความปลอดภัยในการใช้ยาโดยมีบทบาทดังนี้

### ด้านการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย (Improve Patient Care)

เภสัชกรสามารถให้ความรู้ข่าวสารทางด้านยาหรือความรู้เฉพาะเรื่องด้านยา หรือการรักษาโรคต่อผู้ร่วมทีมดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการรักษาด้วยยาได้อย่างเหมาะสม (rational drug therapy) โดยการ

1. ติดตามการดูแลรักษาด้วยยา (monitoring of drug therapy) เป้าหมายและเหตุผลที่ชัดเจนที่สุดในการติดตามการรักษาด้วยยาก็คือเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประหยัด จากการศึกษาพบว่า

\* แผนกเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลแบบสหวิทยาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : บทบาทของเภสัชกร

มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาเกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลายๆ ปัญหา โดยพบว่าความถี่ของการเกิดจะขึ้นอยู่กับจำนวนขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการเกิดโรคที่สืบเนื่องมาจากยา (drug-induced disease)<sup>1-4,6</sup>

กระบวนการติดตามการใช้ยาสามารถลดหรือป้องกันปัญหาดังที่กล่าวมาแล้วได้ซึ่งเภสัชกรจะมีบทบาทดังนี้

1.1 การทบทวนการเลือกใช้ยาของผู้สั่งจ่ายยา (Drug Use Review)

1.2 การพิจารณาถึงขนาดยาว่าถูกต้องหรือไม่และคำนวณขนาดของยาให้เหมาะสมกับภาวะการทำงานของตับและไตของผู้ป่วย

นอกจากให้การรักษาด้วยยา ในผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) ซึ่งมักจะเกิดในกระบวนการชราภาพ (normal aging process) และมีผลอย่างมากในการตอบสนองต่อยาของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบต่างๆในร่างกาย (body composition) ในผู้สูงอายुर่างกายมีเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) เพิ่มขึ้นและส่วนของเนื้อไขมัน (lean tissue) ลดลง ยาบางชนิดที่ละลายในไขมันได้ดี เช่น diazepam จะกระจายตัวอยู่ในร่างกายมากขึ้นและออกฤทธิ์ได้นานกว่าในคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนในพลาสมาโดยมี

ระดับ (albumin) ลดลงซึ่งเป็นโปรตีนที่จับกับยา เมื่อระดับอัลบูมิน ลดลงทำให้มียาที่อยู่ในรูปอิสระที่สามารถออกฤทธิ์ได้มากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาในด้านความเป็นพิษจากยา โดยเฉพาะยาที่จับกับโปรตีนสูง เช่น aspirin, warfarin, phenytoin, chlorpropamide เป็นต้น<sup>1-4</sup>

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเสื่อมลงของอวัยวะที่สำคัญในการเปลี่ยนสภาพยา คือ ตับและไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญในการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมของยา การลดลงของปริมาณเลือดที่ไปสูไตในผู้สูงอายุ ทำให้ยาบางชนิดหรือ metabolite ของยานั้นถูกกรองและขับออกได้ช้ากว่าเดิม จึงยังคงออกฤทธิ์ในร่างกายได้นานขึ้น<sup>1-4</sup> จากการศึกษาพบว่าค่าครึ่งชีวิต (half life) ของ digoxin อาจเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุ<sup>2</sup> ยาที่พบว่ามี การขับออกทางไตลดลงในผู้สูงอายุ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ยาที่มีการขับออกทางไตลดลงในผู้สูงอายุ<sup>1-3,5,6</sup>

Amikacin	Hydrochlorothiazide
Ampicillin	Lithium
Atenolol	Pancuronium
Ceftriaxone	Penicillin
Chlorpropamide	Phenobarbital
Cimetidine	Procainamide
Digoxin	Ranitidine
Doxycycline	Tetracycline
Furosemide	Tobramycin
Gentamicin	Triamterene

2. การเฝ้าระวังติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของอาการไม่พึงประสงค์จากยาดังนี้ "การตอบสนองต่อยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจ และเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อการป้องกัน วินิจฉัย หรือนำบำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกายมนุษย์ แต่ไม่รวมถึงการใช้ยาในขนาดสูงโดยอุบัติเหตุหรือเจตนา"

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและการมีโรคหลายโรคร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่ใช้ยามากที่สุด จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ในประเทศอังกฤษได้มีการประมาณว่าร้อยละ 20-25 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจาก ADR ของยาที่ได้รับ เปรียบเทียบกับในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 12-17 ของผู้สูง

อายุเข้าโรงพยาบาลด้วยสาเหตุเดียวกัน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าในวัยหนุ่มสาวถึง 3-4 เท่าตัว<sup>3,6,7,8</sup>

เนื่องจากโรคหลายชนิดมีการแสดงออกไม่เป็นแบบเฉพาะในผู้สูงอายุ ADR จึงอาจจะเป็นสิ่งที่ยากในการตรวจพบ ผลข้างเคียงอันเกิดจากยาอาจคล้ายกับลักษณะที่พบทั่วไปในผู้สูงอายุ เช่น การสับสน การได้ยินเสียงผิดปกติ ในการหาสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ควรพิจารณาเรื่องยาด้วยเสมอ หากไม่ตรวจหาสาเหตุจากยาแล้วอาจมีการสั่งจ่ายยาตัวอื่นเพิ่ม ในขณะที่การรักษาที่เหมาะสมควรจะเป็นการหยุดยาที่ก่อสาเหตุนั้นมากกว่า

เมื่อพบ ADR เกสัชกรจะต้องรู้ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยาและผลข้างเคียงของยาที่สงสัย เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจที่เหมาะสมในการประเมินนัยสำคัญ และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์นั้นๆ

Drug	Adverse effect
Benzodiazepines	Sedation, confusion, ataxia
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Peptic ulcer disease, fluid retention
Opiate analgesics	Sedation, confusion, constipation
Anticholinergics	Glaucoma, urinary retention
Antiarrhythmics	Confusion, urinary retention
Major tranquillizers	Malignant hyperthermia, Tardive dyskinesia Confusion, sedation
Diuretics	Dehydration, hyponatremia, Orthostatic hypotension
Isoniazid	Hepatitis
Aminoglycosides	Renal and auditory injury
Digoxin	Digitalis toxicity
Cimetidine	Confusion
Haloperidol	Extrapyramidal signs

### 3. เฝ้าระวังโอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา

ปฏิกิริยาระหว่างยา [Drug-Drug Interaction, (D-DI)] เป็นผลการตอบสนองของยาทางด้านเภสัชวิทยาหรือทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปจากการให้ยาร่วมกัน 2 ชนิด ผลที่เกิดจาก D-DI อาจมีทั้งในด้านการต้านฤทธิ์กัน (antagonism) เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตกลุ่ม beta-blockers ร่วมกับยาลดการอักเสบกลุ่ม N-SAIDS อาจจะมีปัญหาเรื่องคุมความดันโลหิตไม่ค่อยได้ หรือการเสริมฤทธิ์กัน (synergism) เช่น การให้ aspirin ร่วมกับ warfarin อาจเสริมฤทธิ์กันทำให้เลือดออกง่าย

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีโอกาสจะได้รับผลกระทบจาก D-DI มากที่สุด เนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มที่ใช้ยามากที่สุด ทั้งยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา (prescribed medications) และยาที่ผู้ป่วยหาซื้อมาใช้เอง (over-the-counter, OTC medications) แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรจะคำนึงถึงผลของยาในส่วนนี้ด้วยเสมอ จากการศึกษาพบว่ามีแพทย์เพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่จะถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่เป็น OTC medications<sup>7,8,9</sup>

ตัวอย่างบางส่วนของปฏิกิริยาระหว่างยาที่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แสดงไว้ในตารางที่ 4

#### การบริการให้ความรู้ทางด้านยาแก่ผู้ป่วย (Drug education services)

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงจุดประสงค์ของการให้ยาชนิดนั้นๆ เพื่อการรักษาของแพทย์

สามารถใช้งานได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

การรักษาจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือหรือความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ยาตามสั่ง (patient compliance) โดยปกติแล้วผู้ป่วยยอมเต็มใจให้ความร่วมมือในการใช้ยากว่าเมื่อมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้น ได้แก่ การขาดความเข้าใจหรือไม่มีความรู้ในการใช้ยา ปัญหาทางสภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการได้ยิน การมองเห็น ความจำไม่ค่อยดี การเคลื่อนไหวถูกจำกัด ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดจากยา เช่น ความยุ่งยากหรือความบ่อยครั้งของการใช้ยาในแต่ละวัน อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ความไม่ร่วมมือหรือความสามารถใช้ยาตามสั่ง (non-compliance) เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจสร้างปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่ถูกละเลยจากผู้ให้การรักษา และมีผลกระทบต่อผลการปรับการรักษาด้วยยา จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 43 หยุดใช้ยาโดยไม่เคยรายงานให้แพทย์ทราบ และร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่ต้องเข้าอยู่ในสถานพยาบาล เป็นผลจากการไม่สามารถปฏิบัติตามการใช้ยาได้ถูกต้อง<sup>2,3,6</sup> และจากการศึกษาของสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุจำนวนร้อยละ 39 จำไม่ได้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับ<sup>10</sup>

ตารางที่ 4 ปฏิกริยาระหว่างยา (D-DIs) ที่มีความสำคัญทางคลินิก"

D-DIs identified	Effect
Digoxin - furosemide	may result in digoxin toxicity
- hydrochlorothiazide	secondary to hypokalemia
Nifedipine - atenolol	may result in hypotension, bradycardia as additive cardiovascular effects
- propranolol	
Diltiazem - propranolol	may result in severe hypotension bradycardia and high degree heart block
Enalapril - allopurinol	may result in hypersensitivity reactions (Stevens-Johnson, skin eruptions)
Propranolol - hydrochlorothiazide	may result in hyperglycemia hypertriglyceridemia
Propranolol - hydralazine	may result in propranolol toxicity (bradycardia, fatigue, bronchospasm)
Propranolol - chlorpropamide	may result in slow recovery from hypoglycemia, suppress hypoglycemic symptoms
- glibenclamide	
- glipizide	
Furosemide - enalapril	may result in severe postural hypotension
- captopril	
- quinapril	
HCTZ - chlorpropamide	may result in decreased hypoglycemia agents effectiveness
- glibenclamide	
- glipizide	
Amibride - enalapril	may result in hyperkalemia (cardiac arrhythmias)
Warfarin - allopurinol	may result in increased risk of bleeding
Propranolol - N-SAIDS	may result in decreased beta-blockers effectiveness and reduction of antihypertensive effect

ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งยาให้ผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ควรระมัดระวังได้แก่

1. ชื่อยา ความแรงและรายละเอียดของ

ตัวยานั้นๆ ที่แพทย์สั่งใช้เพื่อการรักษา

2. วิธีใช้และระยะเวลาในการใช้ยา

3. การเก็บรักษา ยา โดยเฉพาะยาที่สลาย

ตัวง่ายที่อุณหภูมิห้อง ยาที่ไวต่อแสงหรือความชื้น

รวมทั้งภาชนะที่บรรจุยา

ยาสำหรับผู้สูงอายุ ควรบรรจุในภาชนะที่เหมาะสม ขวดยาที่ป้องกันเด็กเปิดอาจจะยากเกินไปที่จะให้ผู้สูงอายุเปิดได้ ขวดยาฝาเกลียวหมุนแบบเดิมอาจจะเหมาะกับผู้ป่วยมากกว่า

4. อาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นซึ่งพบได้บ่อยและสามารถทำนายได้ เช่น ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง การเปลี่ยนสีของปัสสาวะ เป็นต้น และควรบอกวิธีบรรเทาอาการดังกล่าวหากเป็นไปได้

5. โอกาสในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาหรือกับอาหารและเครื่องดื่ม เช่น การใช้ยา metronidazole ร่วมกับแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของการได้รับแอลกอฮอล์เกินขนาดได้<sup>4</sup>

การรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ ควรระลึกไว้เสมอว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัย ซึ่งมีผลทำให้การตอบสนองต่อยาเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนั้นโรคประจำตัวของผู้ป่วยยังมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย การใช้ยาจึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง และควรใช้เฉพาะเท่าที่จำเป็น ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ และสามารถปฏิบัติตามหลักการใช้ยาที่ถูกต้องได้ เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีส่วนดูแลรับผิดชอบทางด้าน การนำบัตรรักษาด้วยยาให้มีความปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเป็น การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Graeme J.A. and Martin J.B. Drugs in the elderly. **Medicine International** 1988 : 2441-6.
2. Yau-yung Ng. Prescribing for the Elderly. **Medical Progress** 1989 : 13-22.
3. Novak, D.S. and Edwards, R.M. Take Caution with Drugs for Elders. **Geriatric Nursing** 1989; 10(2) : 72-5.
4. Tobias, D.E. Geriatric Drug Use. In James EK, Philip OA, eds. **Handbook of Clinical Drug Data** Singapore : Drug Intelligence, 1994 : 195-217.
5. จงกล เทียงดาร์. เภสัชวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. **ยาและอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : ไทยมิตรการพิมพ์, 2539 : 1-10.
6. Shetty, H. and Woodhouse, K. Geriatrics. **Clinical Pharmacy and Therapeutics** 1994 :107-18.
7. Jankel, C.A. and Fitterman, L.K. Epidemiology of Drug-Drug Interactions as a cause of hospital admissions. **Drug Safety** 1993; 9(1) : 51-9.
8. Honig, P.K. and Gillespie, S.K. Drug interactions between prescribed and Over-The-Counter Medication. **Drug Safety** 1995; 13(5): 296-303.
9. Martin, J.B. Adverse drug interactions. **Medicine International** 1988 : 2435-41.
10. Young, F. Elderly need more instruction on drug use. **Geriatrics** 1988 ; 43(1) : 23-6.
11. Wisuthi S. and Chansirikarnjana S. Cardiovascular drug interactions in elderly patients. Presentation at international conference on geriatric medicine April 22-26, 1996, Chonburi, Thailand.

# Multidisciplinary approach to elderly patients : the role of the pharmacist

Supasil Wisuthi \* M.S. (pharmacy)

**Abstract :** Overallly patient care consists of integrated domains of care; including (among others) medical care, nursing care and pharmaceutical care. Pharmaceutical care involves not only medication therapy (the actual provision of medication) but also decisions about medication use for individual patients. As appropriate, this includes decisions not to use medication therapy as well as judgements about medication selection, dosages, routes and methods of administration, medication therapy, monitoring, and the provision of medication-related information and counseling to individual patients for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life.

**Keywords:** pharmaceutical care, medication-related care, elderly patient

\* Department of Pharmacy, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.