

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแล

Factors Associated with Medication Administration of Home-Based Patient by Caregiver

ปิญญ อุทธิยา นิชชิตมา เสรีวิชยสวัสดิ์* อารีย์ วงศ์อนุ ศิริพร ศรีสวัสดิ์ฉิม

ศุภลักษณ์ วงศ์ทอง ศิวพร คาดบัว โชตินภา อรุณสินประเสริฐ

Pinyo Utthiya Nitchatima Sereewichayasawad* Aree Wonganu Siriporn Srisawatchim

Suphaluck Wongthong Sivaporn Kadbuja Chotnapa Arunsinprasert

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม. ประเทศไทย 10400

Home Health Care Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมายังหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแบบบันทึกการติดตามการบริหารยาคลเคลื่อนที่บ้าน มีความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกตเท่ากับ 0.68 – 0.79 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบไคสแควร์

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs พบว่า เพศและจำนวนยา มีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .020$ และ $\chi^2 = .029$ ตามลำดับ) จำนวนโรคร่วมและจำนวนยาที่มีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .037$ และ $\chi^2 = .042$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .0$) การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีหรือมีโรคร่วมมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักช่วยบริหารจัดการยาที่บ้านเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

คำสำคัญ: การบริหารยาที่บ้าน, ผู้ป่วย, ผู้ดูแล

Abstract

This study is a cross – sectional study that aims to study factors relating to drug administration of home patients by using a sample group of patients and caregivers referred to the home health care unit. 70 samples are selected by purposive sampling. Research instruments used include a questionnaire for general information of patients and caregivers, an evaluation form for ability to do daily routines and a monitoring form for drug administration error at home. The inter rater reliability is found to be 0.68 – 0.79 and 1.00, respectively. Data is analyzed using descriptive statistics and Chi-Square (χ^2) test statistics.

*Corresponding Author: Nitchatima Sereewichayasawad, E-mail: howdynich@gmail.com

วันที่รับ (received) 6 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 ก.ค. 2565

From the analysis of the patient factor relating to home drug administration based on 6Rs, it is found that gender and the amount of drug are significantly correlated with the right dose medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .020$ and $\chi^2 = .02$, respectively). Comorbidities and the amount of drug are significantly correlated with the right patient medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .037$ and $\chi^2 = .042$, respectively). As for the caregiver factor, it is found that the age of caregiver is significantly correlated with the right time medication at the statistical level of .05 ($\chi^2 = .021$). This study finds that a dependent elderly patient with medication or a higher number of comorbidities need a main caregiver to help with home drug administration in order to reduce the drug administration error.

Keywords: medication administration at home, patient, caregiver

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปพักฟื้นตัวที่บ้าน¹ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการตั้งแต่รักษาโรคในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้หลัก D-METHOD ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน² ทั้งนี้หัวใจหลักในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะให้ความสำคัญกับการบริหารยาของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรฐานที่สำคัญของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้น การใช้ยาที่มีความปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งยาจนถึงขั้นตอนการบริหารยาจะต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยกระบวนการบริหารยาทั้งหมดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้าน³ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่ามีความคลาดเคลื่อนทางด้านยา (medication error) ค่อนข้างสูง

จากสถิติของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้านเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 พบว่า จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 240 คน มี 46 คน ที่มีการบริหารยาผิดที่บ้าน ทบทวนการบริหารยาผิดตามหลัก 6Rs ประกอบด้วย ผิดด้านเทคนิคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ

ผิดขนาด ร้อยละ 32.6 ผิดเวลา ร้อยละ 6.5 ผิดชนิด ร้อยละ 8.7 และพบว่ามีความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา 2 ระดับ คือ ระดับ C และระดับ D โดยระดับ C คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดอันตราย ร้อยละ 24 และ ระดับ D คือเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย ร้อยละ 11 ซึ่งถือว่าเป็นการบริหารยาคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง และเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้านยา (adverse drug event: ADE)

จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและนอร์เวย์พบว่า ผู้สูงอายุใช้ยาเฉลี่ย 4 และ 8.2 ชนิด/วันตามลำดับ^{4,5} ซึ่งการบริหารยาจำนวนมากในแต่ละวันทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ มีการสำรวจผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน พบว่าร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมีผลกระทบจากการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด คือ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) การเกิดอันตรกิริยาระหว่างโรคและยา การเกิดผลข้างเคียง การใช้ยาซ้ำซ้อน รวมถึงขาดวินัยในการใช้ยา ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ⁶ และเสียชีวิตจากการใช้ยาได้⁷ งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การบริหารยาคลาดเคลื่อนจะเกิดในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว จำนวนยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด^{8,9} โดยที่เพศชายจะเกิดขึ้นมากกว่าเพศหญิง¹⁰

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการยาของผู้ป่วยที่บ้านค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการยาในผู้ป่วยที่บ้าน ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน

เนื่องจากการเกิดปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตราย และ/หรือทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อทราบปัจจัยของการบริหารยาที่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยดังกล่าวมาสู่การปรับปรุงพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อลดการบริหารยาที่บ้านผิดต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6 rights (6Rs)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารยา 6Rs ประกอบด้วย ให้ยาถูกชนิด (Right Drug / Medication) ให้ถูกเวลา (Right Time and Frequency) ให้ถูกขนาด (Right Dose) ให้ถูกทาง (Right Route) ให้ยาถูกเทคนิค (Right Technique) ให้ถูกคน (Right Patient) โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ส่งเสริมการบริหารยาผู้ป่วยผ่านผู้ดูแลก่อนได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการวางแผนให้การพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับบ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้มารับคำปรึกษาที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ขนาดตัวอย่างผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size)¹¹ ที่ระดับ 0.30 อำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 67 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 70 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็งทุกชนิดอยู่ระหว่างการรักษา โรคเบาหวาน โรคอ้วน และ 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรับจ้าง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา จำนวนโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ปัญหาทางด้านสายตา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Modified Barthel Activities of Daily Living Index) ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน¹² เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายการเดินทาง การแต่งตัว สวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ในแต่ละคนมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม คะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน โดยคะแนนรวม 20 คะแนน หมายถึง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย มีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) เท่ากับ 0.67 และค่าความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต (inter rater reliability) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.68-0.79

2. แบบบันทึกการติดตามการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดหลักการบริหารยาด้วย 6Rs ประกอบด้วย ตารางการทบทวนการรับประทานยาตามหลัก 6Rs จำนวนและชนิดของยาที่ได้รับ

กลับบ้าน ประวัติการแพ้ยา ผู้บริหารยา ผู้จัดยา สาเหตุของ
ความคลาดเคลื่อน ผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติที่พบ
การแก้ปัญหา วิธีการติดตามผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกไป
ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน
10 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต
(inter rater reliability) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.
MURA2020/1499 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบ
ถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ
ที่เข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วม
ในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ แม้จะตอบ
รับการเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลแบบปกติ ซึ่งข้อมูลที่ได้
จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็น
ความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล หลังจากทีกลุ่ม
ตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง
ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับ
การบอกกล่าว และเต็มใจ (inform consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
และใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคร่วม ระดับ
ความรุนแรงของโรค สิทธิการรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ปัญหาทางด้านสายตา และการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความ
สัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6 rights (6Rs)
ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi – square test) กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4)
มีอายุเฉลี่ย 81.3 ปี (SD = 12.1) มีช่วงอายุมากกว่า 70 ปี
(ร้อยละ 84.3) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือ
สูงกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 38.6) รองลงมาคือ ประถมศึกษา
(ร้อยละ 25.7) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 15.7) ตามลำดับ
ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ (ร้อยละ 58.6) มีโรคร่วม
อยู่ระหว่าง 3-5 โรค (ร้อยละ 68.4) เมื่อพิจารณาระดับ
ความรุนแรงของโรค พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง
ไม่ได้ (ร้อยละ 84.3) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำ
วันของผู้ป่วย นอนติดเตียง (M = 4.21 คะแนน, Mode = 0
คะแนน) สำหรับผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ
87.1) มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี (SD = 13.55) มีอายุน้อยกว่า
60 ปี (ร้อยละ 75.7) เมื่อติดตามการบริหารยาของผู้ป่วยที่บ้าน
พบว่า ส่วนใหญ่บริหารยาตามหลัก 6R ถูกต้อง (ร้อยละ 55.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้าน

ตัวแปร	การบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs								
	ให้ยาถูกชนิด (R1)			ให้ยาถูกเวลา (R2)			ให้ยาถูกขนาด (R3)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
เพศ									
ชาย	25 (36.8)	2 (100.0)	.145	23 (36.5)	4 (57.1)	.417	27 (43.5)	0 (0.0)	.020
หญิง	43 (63.2)	0 (0.0)		40 (63.5)	3 (42.9)		35 (56.5)	8 (100.0)	
อายุ									
< 60 ปี	2 (3.1)	0 (0.0)	.625	2 (3.4)	0 (0.0)	.746	2 (3.4)	0 (0.0)	.296
61 – 70 ปี	9 (13.8)	0 (0.0)		8 (13.6)	1 (9.1)		9 (15.2)	0 (0.0)	
> 70 ปี	54 (83.1)	5 (100.0)		49 (83.0)	10 (90.9)		48 (81.4)	11 (100.0)	
โรคร่วม									
1 – 3 โรค	21 (32.3)	3 (60.0)	.330	20 (33.9)	4 (36.4)	.10	20 (33.9)	4 (36.4)	.564
> 3 โรค	44 (67.7)	2 (40.0)		39 (66.1)	7 (63.6)		39 (66.1)	7 (63.6)	
ความสามารถในการดูแลตนเอง									
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	4 (6.2)	0 (0.0)	.258	4 (6.8)	0 (0.0)	.416	4 (6.8)	0 (0.0)	.317
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	17 (26.1)	3 (60.0)		18 (30.5)	2 (18.2)		15 (25.4)	5 (45.5)	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	44 (67.7)	2 (40.0)		37 (62.7)	9 (81.8)		40 (67.8)	6 (54.5)	
จำนวนยา									
< 5 ชนิด	7 (10.8)	2 (40.0)	.120	6 (10.2)	3 (27.3)	.143	5 (8.5)	4 (36.4)	.029
≥ 5 ชนิดขึ้นไป	58 (89.2)	3 (60.0)		53 (89.8)	8 (72.7)		54 (91.5)	7 (63.6)	
ตัวแปร	ให้ยาถูกทาง (R4)			ให้ยาถูกเทคนิค (R5)			ให้ยาถูกคน (R6)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	
เพศ									
ชาย	27 (38.6)	0 (0.0)	1.00	22 (37.9)	5 (41.7)	1.00	26 (38.8)	1 (33.3)	1.00
หญิง	43 (61.4)	0 (0.0)		36 (62.1)	7 (58.3)		41 (61.2)	2 (66.7)	
อายุ									
< 60 ปี	2 (3.0)	0 (0.0)	.722	2 (3.7)	0 (0.0)	.755	2 (3.0)	0 (0.0)	.747
61 – 70 ปี	8 (12.1)	1 (25.0)		7 (12.7)	2 (13.3)		9 (13.4)	0 (0.0)	
> 70 ปี	56 (84.9)	3 (75.0)		46 (83.6)	13 (86.7)		56 (83.6)	3 (100)	
โรคร่วม									
1 – 3 โรค	21 (31.8)	3 (75.0)	1.00	16 (29.1)	8 (53.3)	1.24	21 (31.3)	3 (100.0)	.037
> 3 โรค	45 (68.2)	1 (25.0)		39 (70.9)	7 (46.7)		46 (68.7)	0 (0.0)	
ความสามารถในการดูแลตนเอง									
ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	4 (6.1)	0 (0.0)	.587	4 (7.3)	0 (0.0)	.526	4 (6.0)	0 (0.0)	.321
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	18 (27.2)	2 (50.0)		16 (29.1)	4 (26.7)		18 (26.8)	2 (66.7)	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	44 (66.7)	2 (50.0)		35 (63.6)	11 (73.3)		45 (67.2)	1 (33.3)	
จำนวนยา									
< 5 ชนิด	7 (10.6)	2 (50.0)	.078	7 (12.7)	2 (13.3)	1.00	7 (10.4)	2 (66.7)	.042
≥ 5 ชนิดขึ้นไป	59 (89.4)	2 (50.0)		48 (87.3)	13 (86.7)		60 (89.6)	1 (33.3)	

จากตารางที่ 1 เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .020$) จำนวนยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .029$) และมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .042$) และจำนวนโรครวม (มากกว่า 3 โรค) มีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .037$)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้าน

ตัวแปร	การบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs								
	ให้ยาถูกชนิด (R1)			ให้ยาถูกเวลา (R2)			ให้ยาถูกคน (R3)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
เพศ									
ชาย	8 (11.8)	0 (0.0)	1.00	8 (12.7)	0 (0.0)	1.00	6 (9.7)	2 (25.0)	.225
หญิง	60 (88.2)	2 (100.0)		55 (87.3)	7 (100.0)		56 (90.3)	6 (75.0)	
อายุ									
< 60 ปี	59 (76.9)	3 (60.0)	.333	48 (81.3)	5 (45.5)	.021	45 (76.3)	8 (72.7)	.421
61 – 70 ปี	10 (15.4)	2 (40.0)		7 (11.9)	5 (45.5)		9 (15.2)	3 (27.3)	
> 70 ปี	6 (7.7)	0 (0)		4 (6.8)	1 (9.0)		5 (8.5)	0 (0.0)	
ปัญหาทางสายตา									
มี	25 (38.5)	4 (80.0)	.152	23 (39.0)	6 (54.5)	.506	25 (42.4)	4 (36.4)	1.00
ไม่มี	40 (61.5)	1 (20.0)		36 (61.0)	5 (45.5)		34 (57.6)	7 (63.6)	
ตัวแปร	ให้ยาถูกทาง (R4)			ให้ยาถูกเทคนิค (R5)			ให้ยาถูกคน (R6)		
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	χ^2
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)		ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	
เพศ									
ชาย	8 (11.4)	0 (0.0)	1.00	5 (8.6)	3 (25.0)	.132	8 (11.9)	0 (0.0)	1.00
หญิง	62 (88.6)	0 (0.0)		53 (91.4)	9 (75.0)		59 (88.1)	3 (100.0)	
อายุ									
< 60 ปี	50 (75.7)	3 (75.0)	.796	40 (72.7)	13 (86.6)	.465	51 (76.1)	2 (66.7)	.692
61 – 70 ปี	11 (16.7)	1 (25.0)		11 (20.0)	1 (6.7)		11 (16.4)	1 (33.3)	
> 70 ปี	5 (7.6)	0 (0.0)		4 (7.3)	1 (6.7)		5 (7.5)	0 (0.0)	
ปัญหาทางสายตา									
มี	27 (40.9)	2 (50.0)	1.00	21 (38.2)	8 (53.3)	.387	27 (40.3)	2 (66.7)	.566
ไม่มี	39 (59.1)	2 (50.0)		34 (61.8)	7 (46.7)		40 (59.7)	1 (33.3)	

จากตารางที่ 2 เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยาที่บ้านตามหลัก 6Rs จำแนกตามปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารยา

ลาดเคลื่อนที่บ้าน พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .021$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบ
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

เพศมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด จากการ
ศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และนอนติดเตียง
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นหลัก
ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
โดยลักษณะธรรมชาติของเพศหญิงจะมีความเอาใจใส่ต่อ
ผู้อื่น มีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น และสามารถตอบสนอง
ได้อย่างเหมาะสม¹³ ทั้งนี้เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับ
ดีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในการดูแล
สุขภาพสูงกว่าเพศชาย¹⁴ การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสัดส่วนของ
เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้มีการจัดยาถูกขนาดมากกว่า
เพศชายสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศหญิง
เกิดความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าเพศชาย¹⁰ ทั้งนี้คนไทยมีความ
เอาใจใส่ในรายละเอียดการเจ็บป่วยของตนเองสูงทำให้มี
การบริหารจัดการยาได้ถูกขนาด นอกจากนี้จำนวนยามากกว่า
หรือเท่ากับ 5 ชนิดมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาด
ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าจำนวนยามากกว่าหรือ
เท่ากับ 5 ชนิดจะมีการบริหารยาคลาดเคลื่อน^{8,9} เนื่องจาก
การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ
และมีผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ
สูงกว่า และบางส่วนของผู้ดูแลได้ผ่านการอบรมจากศูนย์
ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความรู้และทักษะการบริหาร
จัดการยาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้บริหารจัดการยาของผู้ป่วย
ได้ถูกต้อง มีการจัดสรรยาได้ถูกขนาดและถูกต้องตามเวลา
ตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁵
ที่กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมในชุมชนท้องถิ่นต่อการดูแล
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับอาหาร น้ำ
อากาศ ยา ได้ออกกำลังกาย ได้พักผ่อน อย่างครบถ้วนและ
เพียงพอ

ส่วนโรคร่วมของผู้ป่วยที่มากกว่า 3 โรค มีความ
สัมพันธ์กับการให้ยาถูกขนาดเนื่องจากการบริหารยาของผู้ป่วย
ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นญาติสายตรงหรือ
ผู้ดูแลที่ถูกจ้างผ่านศูนย์ดูแลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและ
บริหารจัดการยาตามเวลา อีกทั้งก่อนให้ยามีการตรวจสอบซ้ำ
ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นไปตามหลักการบริหารจัดการยา
ที่พยาบาลได้ให้ความรู้และทักษะการบริหารจัดการยาไว้ใน
ช่วงระยะการวางแผนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงมีการ

ติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตาม และให้คำปรึกษา
ในการดูแลตลอดจนมีการส่งต่อแหล่งประโยชน์สุขภาพ
ในชุมชน¹⁶ อีกทั้งพบว่า จำนวนยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด
ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการให้ยาถูกคน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
การศึกษาที่พบว่าการบริหารยาจะมีความคลาดเคลื่อนมากขึ้น
ในกลุ่มที่มีโรคร่วม และจำนวนยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด
ขึ้นไป^{17,18,19} ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาบาลเยี่ยมบ้านได้มีการสอน
ให้ผู้ดูแลให้มีการบริหารจัดการยาที่มากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป
ผ่านกล่องจัดยาที่แบ่งตามช่วงวัน และเวลา ให้คำแนะนำ
ในการป้องกันยาเสื่อมสภาพ และหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมีการติดตามผู้ป่วย ญาติและ/
หรือผู้ดูแล ผ่านโทรศัพท์ติดตามภายใน 24-48 ชั่วโมงโดย
มีการทบทวนการบริหารยาร่วมด้วยทำให้การบริหารจัดการยา
มีความถูกต้อง

สำหรับด้านผู้ดูแล ผลการศึกษานี้พบว่า
ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีการให้ยาถูกเวลากับ
ผู้ป่วย เนื่องจากวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบและมี
สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ มีความจำดี จึงสามารถให้ยาผู้ป่วย
ได้ถูกเวลา สอดคล้องกับการศึกษา²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล
ที่บ้านช่วยในการบริหารจัดการยามีความสัมพันธ์กับ
ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงและส่งผลให้เกิดการจัดยา
ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งการ
วางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน พยาบาลควรเตรียมวางแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกันกับผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล ทำให้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วย
ที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อ
การบริหารยาคลาดเคลื่อน เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร
ทางการแพทย์ ปัจจัยเกี่ยวกับยา ปัจจัยเกี่ยวกับระบบข้อมูล
สารสนเทศของโรงพยาบาล
2. ควรสร้างโปรแกรมการร่วมวางแผนจำหน่าย
ก่อนกลับบ้านร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อลดความ
คลาดเคลื่อนในผู้ป่วยที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ให้ทุนโครงการวิจัย
ในงานประจำ (R2R) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
ขอขอบพระคุณ ดร.วรรณ ประสารอิคม ที่ช่วยเป็น
ที่ปรึกษาให้คำแนะนำในงานวิจัยนี้สำเร็จ

References

1. World Health Organization (WHO). (2016). Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care. Department of Service Delivery and Safety. Geneva Switzerland. 7-8.
2. Sereewichayasawad N, Sriprasarn P. The roles of home health care nurse in the university hospital. Journal of public health nursing 2014;28(2):92-108.
3. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards 4th edition. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2018.
4. Ayani N, Oya N, Kitaoka R, Kuwahara A, Morimoto T, Sakuma M, et al. Epidemiology of adverse drug events and medication errors in four nursing homes in Japan: the Japan Adverse Drug Events (JADE) Study. BMJ Qual Saf. 2022;1-10.
5. Josendal AV, Bergmo TS, Granas AG. Potentially inappropriate prescribing to older patients receiving multidose drug dispensing. BMC Geriatr. 2020;20(1):272.
6. Ruangritchanku S. Polypharmacy in the elderly. Ramathibodi Medical Journal. 2018;40(1): 95-104.
7. Härkänen M, Vehviläinen-Julkunenb K, Murrells T, Rafferty AM, Franklind BD. Medication administration errors and mortality: Incidents reported in England and Wales between 2007-2016. Research in Social & Administrative Pharmacy. 2019;15(7): 858-863.
8. Rasool MF, Rehman AU, Imran I, Abbas S, Shah S, Abbas G, et al. Risk Factors Associated With Medication Errors Among Patients Suffering From Chronic Disorders. Front Public Health. 2020; 8:531038.
9. Busa G, Burlina A, Damuzzo V, Chiumente M, Palazzo AC. Comorbidity, polytherapy, and drug interactions in a neurological context: an example of a multidisciplinary approach to promote the rational use of drugs. J Pharm Pract. 2018;31:58-65.
10. Sheikh Uday D, Mateti UV, Kabekkodu S, Sanal T. Assessment of medication errors and adherence to WHO prescription writing guidelines in a tertiary care hospital. Future Journal of Pharmaceutical Sciences. 2017; 3(1): 60-64.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press;1977.
12. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University;2011. (in Thai)
13. Bales, R.F., Parsons. Family: Socialization and Interaction Process. 1st ed. British: Routledge; 1956.
14. Saichamchan S, Undara W, Boonbunjob U, Thinsorn R. Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of People in Baan Aur-arthorn Community Bangkok (Klong thanon). Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):376-386. (in Thai)

15. Vudhironarit S, Pommala W. The Caring for Bedbound Old Adult: A Systematic Review. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):367-375.(in Thai)
16. Utthiya P. Role of Home Care Nurses for Older Adults with End Stage Cancer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1):18-25. (in Thai)
17. Janković SM, Pejčić AV, Milosavljević MN, Opančina VD, Pešića NV, Nedeljković TT, et al. Risk factors for potential drug-drug interactions in intensive care unit patients. *J Crit Care*. 2018;43:1-6.
18. Kovačević M, Kovačević SV, Miljković B, Radovanović S, Stevanović P. The prevalence and preventability of potentially relevant drug-drug interactions in patients admitted for cardiovascular diseases: a cross-sectional study. *Int J Clin Pract*. 2017;71(10):e13005.
19. Avery T, Barber N, Ghaleb M, Franklin BD, Armstrong S, Crowe S, et al. Investigating the Prevalence and Causes of Prescribing Errors in General Practice: the Practice Study. *General Medication Council*. 2012;1-227.
20. Pattanajak C. Medication Adherence in elderly patients with chronic disease at Lad Pattana Health Promoting Hospital, Muang District, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2019;16(3):13-22.