

การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามแนวทางเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วีริกา บุญวงศ์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้และความเหมาะสมของยาปฏิชีวนะ รวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจสั่งยาในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่มีโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระยะเชิงปริมาณเป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจำนวน 400 ราย ระหว่าง พ.ศ. 2564–2568 โดยสุ่มอย่างเป็นระบบตามสัดส่วนรายปี และประเมินความเหมาะสมด้านข้อบ่งชี้ ชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลาการรักษาในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ ระยะเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างกับแพทย์ 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา ก่อนบูรณาการผลด้วยตารางแสดงผลแบบบูรณาการ การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 16 มิถุนายนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 104 จากผู้ป่วยทั้งหมด 400 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 26.00 และ ผู้ป่วยนอก 67 จากผู้ป่วยนอกทั้งหมด 278 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 24.10 โดย ceftriaxone เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะพบการใช้ยาเหมาะสมครบทุกองค์ประกอบ 54 ราย (ร้อยละ 51.92) และไม่เหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ 50 ราย (ร้อยละ 48.08) จากผู้ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งหมด 104 ราย โดยพบความไม่เหมาะสมด้านข้อบ่งชี้มากที่สุด จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 34.62) รวมทั้ง การรับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OR = 2.73; 95% CI: 1.18–6.33; p = 0.024) และการไม่ส่งตรวจอุจจาระ (OR = 4.91; 95% CI: 1.88–12.87; p = 0.001) มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ผลการสัมภาษณ์ชี้ว่า ความไม่แน่นอนทางคลินิก ภาระงาน ความคาดหวังของผู้ปกครอง และข้อจำกัดของระบบสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการสั่งยา สรุปได้ว่า ผู้ได้รับยาปฏิชีวนะเกือบครึ่งหนึ่งมีการใช้ยาไม่เหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ โดยพบความไม่เหมาะสมด้านข้อบ่งชี้มากที่สุด ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จึงควรส่งเสริมการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การทบทวนการสั่งยา และการพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

คำสำคัญ : ยาปฏิชีวนะ, โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน, เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

¹ นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ; E-mail: wewiiz094@gmail.com

Evaluation of the Appropriateness of Antibiotic Use in Children Under 5 Years Old with Acute Diarrhea According to Clinical Practice Guidelines at Sawanpracharak Hospital

Wewika Boonwong, M.D.¹

Abstract

This explanatory sequential mixed-methods study aimed to examine antibiotic prescribing and its appropriateness, as well as the contexts related to prescribing decisions among children under 5 years of age with acute diarrhea. The quantitative phase involved a retrospective review of 400 medical records from 2021 to 2025, selected through systematic sampling proportional to the number of patients in each year. Appropriateness among antibiotic recipients was assessed in terms of indication, drug selection, dosage, and treatment duration. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with 12 physicians. Data were analyzed using descriptive statistics, association analyses, and content analysis. The findings were subsequently integrated using a joint display. The study was conducted from June 16 to July 31, 2026.

The results showed that 104 of the 400 patients (26.00%) received antibiotics, while 67 of the 278 outpatients (24.10%) received antibiotics. Ceftriaxone was the most frequently prescribed antibiotic. Among the 104 antibiotic recipients, 54 prescriptions (51.92%) were appropriate across all components, whereas 50 (48.08%) were inappropriate in at least one component. Inappropriate indication was the most common problem, occurring in 36 patients (34.62%). In univariable analyses, outpatient care (OR = 2.73; 95% CI: 1.18–6.33; $p = 0.024$) and the absence of stool testing (OR = 4.91; 95% CI: 1.88–12.87; $p = 0.001$) were associated with inappropriate antibiotic use. The interviews indicated that clinical uncertainty, workload, parental expectations, and limitations of decision-support systems were related to prescribing practices. In conclusion, nearly half of the antibiotic recipients had inappropriate antibiotic use in at least one component, with inappropriate indication being the most common problem. These findings may be used to support the development of measures promoting rational antibiotic use. Guideline adherence, prescription review, and clinical decision-support systems should therefore be strengthened.

Keywords : antibiotics, acute diarrhea, children under five years, rational drug use

¹ Medical Doctor, Professional Level, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province ; E-mail: wewiiz094@gmail.com

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ สาเหตุส่วนใหญ่ในเด็กเกิดจากการติดเชื้อไวรัส เช่น โรตาไวรัสและโนโรไวรัส ซึ่งมักหายได้เอง การรักษาหลักจึงเป็นการประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและการให้สารละลายเกลือแร่ทดแทนอย่างเหมาะสม มากกว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นกิจวัตร (ชมชนัท ทับเจริญ, 2567; กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568)

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562 ไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยทุกราย แต่ให้พิจารณาเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิก เช่น อุจจาระร่วงชนิดรุนแรงที่มีเลือดหรือมูกเลือดปน การสงสัยภาวะติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือภาวะเฉพาะอื่นตามที่แนวทางกำหนด นอกจากข้อบ่งชี้แล้ว การเลือกชนิดยา ขนาดยาตามน้ำหนักตัว และระยะเวลาการรักษา ต้องสอดคล้องกับเชื้อที่สงสัยและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ภูมิคุ้มกันลดลง จุลชีพในลำไส้ และเพิ่มแรงคัดเลือกที่นำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทย, 2562; Das et al., 2024)

ประเทศไทยดำเนินนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยกำหนดตัวชี้วัดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะยังแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลและบริบทการให้บริการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจประกอบด้วยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ความไม่แน่นอนในการวินิจฉัย ภาระงาน ข้อจำกัดด้านเวลา ความคาดหวังของผู้ปกครอง และระบบกำกับดูแลการใช้ยาของสถานพยาบาล (ทรงพล พงศ์พัฒนาโชติ, 2564; Waleekhachonloet et al., 2021) ดังนั้น การเปรียบเทียบผลการศึกษากับเกณฑ์ร้อยละ 20 จำเป็นต้องใช้อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยนอกเป็นตัวหาร มิใช่อัตรารวมของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยรับส่งต่อ

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อในเขตสุขภาพที่ 3 จึงให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยรับส่งต่อ ซึ่งมีความซับซ้อนทางคลินิกแตกต่างกัน ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการประเมินข้อบ่งชี้และการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเพื่ออธิบายอย่างเป็นระบบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงพยาบาลแห่งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะในสัดส่วนเท่าใด การใช้ยาในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะมีความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติด้านข้อบ่งชี้ ชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลาการรักษาเพียงใด รวมถึงบริบทใดที่แพทย์รายงานว่าเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจสั่งใช้ยา

การศึกษานี้จึงใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยทบทวนเวชระเบียนเพื่อศึกษาสัดส่วนและรูปแบบการสั่งใช้ยา ตลอดจนประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ที่ได้รับยา และใช้การสัมภาษณ์แพทย์เพื่ออธิบายบริบทของการตัดสินใจสั่งใช้ยา ผลการศึกษาก็คือเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การทบทวนการสั่งใช้ยา และการพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสัดส่วนและรูปแบบการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2) เพื่อประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ โดยพิจารณาจากข้อบ่งชี้ทางคลินิก ชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลาการรักษาเปรียบเทียบกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกและลักษณะการรับบริการกับการส่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม โดยพิจารณาเฉพาะตัวแปรที่ไม่ได้เป็นองค์ประกอบของเกณฑ์การนิยามความเหมาะสม

4) เพื่อศึกษาบริบทที่แพทย์รายงานว่าเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจส่งใช้ยาปฏิชีวนะ และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับ (explanatory sequential mixed-methods design) โดยให้น้ำหนักกับข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก และดำเนินการตามลำดับ QUAN → QUAL ระยะเชิงปริมาณเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางย้อนหลังจากเวชระเบียน (retrospective cross-sectional medical-record study) ของผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 เพื่อศึกษาสัดส่วนและรูปแบบการส่งใช้ยาปฏิชีวนะ และประเมินความเหมาะสมในผู้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 4 ด้าน ได้แก่ ข้อบ่งชี้ ชนิดยา ขนาดยา

และระยะเวลาการรักษา โดยเปรียบเทียบกับแนวทางเวชปฏิบัติ พ.ศ. 2562

ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่ออธิบายบริบทที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งใช้ยาที่พบ การบูรณาการข้อมูลดำเนินการโดยนำข้อค้นพบเชิงปริมาณไปกำหนดประเด็นสัมภาษณ์ และใช้ผลเชิงคุณภาพอธิบายผลเชิงปริมาณ ก่อนสังเคราะห์ร่วมกันในตารางแสดงผลแบบบูรณาการ (joint display) การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

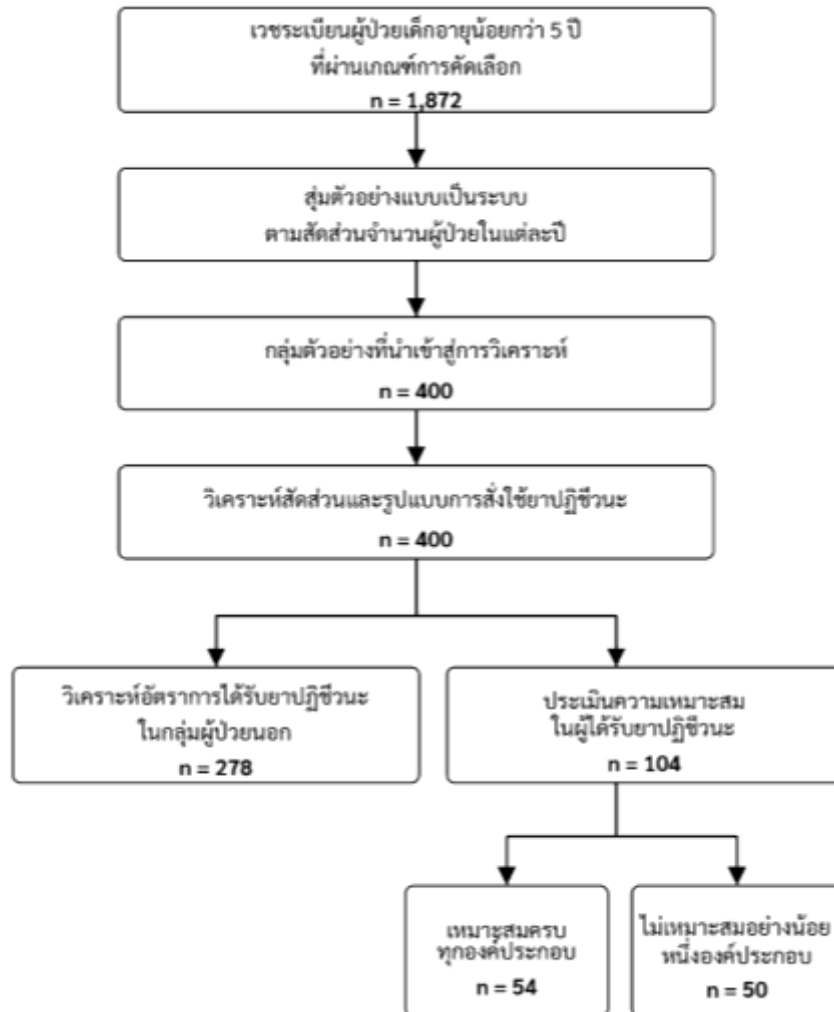
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามรหัส ICD-10 ได้แก่ A09 และ R19.7 ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยกำหนดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่าเป็นการถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ภายใน 24 ชั่วโมง และมีอาการไม่เกิน 14 วัน คำนวณด้วยสูตรของ Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าสัดส่วนที่คาดหวังเท่ากับ 0.38 และค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้จำนวนขั้นต่ำ 362 ราย และเพิ่มเป็น 400 ราย เพื่อรองรับข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากเวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์ 1,872 ราย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยแบ่งตามสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละปี ขั้นตอนการสืบค้น การคัดออก และการนำเข้าสู่การวิเคราะห์ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในผู้ป่วยทั้ง 400 ราย ใช้วิเคราะห์สัดส่วนและรูปแบบการส่งยา ส่วนการประเมินความเหมาะสมดำเนินการเฉพาะผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ

104 ราย ซึ่งพบการใช้ยาไม่เหมาะสม 50 ราย จึงจำกัดแบบจำลองพหุตัวแปรไม่เกิน 5 พารามิเตอร์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด overfitting

การวิจัยเชิงคุณภาพคัดเลือกแพทย์ทั่วไป 7 คน และกุมารแพทย์ 5 คน รวม 12 คน แบบเจาะจงโดยคำนึงถึงความหลากหลายด้านสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการ และ

ประสบการณ์ทำงาน ผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กันจนไม่พบรหัสหรือประเด็นใหม่หลังการสัมภาษณ์รายที่ 10 และสัมภาษณ์เพิ่มอีก 2 ราย เพื่อยืนยันความอึดตัวของข้อมูล โดยรายงานลักษณะผู้ให้ข้อมูลในภาพรวมเพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวบุคคลได้



แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการนำเวชระเบียนเข้าสู่การวิเคราะห์

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 400 ราย ใช้วิเคราะห์รูปแบบการสั่งยา ผู้ป่วยนอก 278 ราย ใช้วิเคราะห์อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ 104 ราย ใช้ประเมินความเหมาะสมโดยรวม และผู้มีข้อบ่งชี้เหมาะสม 68 ราย ใช้ประเมินความเหมาะสมด้านชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลารักษา

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) :

1) ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุน้อยกว่า 5 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่เข้ารับการตรวจรักษา

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) หรือกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ

3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2568

4) เวชระเบียนต้องมีข้อมูลประวัติทางคลินิกครบถ้วนเพียงพอต่อการประเมินความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ

ส่วนของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คัดเข้าจาก

1) แพทย์ทั่วไปและกุมารแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในแผนกที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

2) แพทย์ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed consent) ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกรายการ (Exclusion Criteria) :

1) ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงยืดเยื้อหรือเรื้อรังซึ่งมีอาการต่อเนื่องนานเกิน 14 วัน

2) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงในอวัยวะอื่นร่วมด้วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะอยู่แล้ว เช่น โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)

3) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่นและได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนแล้ว

4) เวชระเบียนที่มีข้อมูลสูญหายหรือไม่สมบูรณ์จนส่งผลให้ไม่สามารถประเมินข้อบ่งชี้ทางคลินิกได้อย่างชัดเจน

ส่วนของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คัดออกจาก

1) แพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกที่เกี่ยวข้อง

โดยตรงในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ และผลประเมินความเหมาะสม การใช้จ่ายถือว่าเหมาะสมเมื่อเป็นไปตามเกณฑ์ครบ 4 ด้าน ได้แก่ มีข้อบ่งชี้ตามแนวทาง เลือกชนิดยาสอดคล้องกับข้อบ่งชี้ ขนาดยาถูกต้องตามน้ำหนักตัวและช่วงอายุ และระยะเวลารักษายอยู่ในช่วงที่แนะนำ หากไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งจัดว่าไม่เหมาะสมโดยรวม ทั้งนี้ การประเมินชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลารักษาดำเนินการเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้เหมาะสม

กุมารแพทย์และเภสัชกรคลินิกประเมินความเหมาะสมอย่างเป็นอิสระ โดยไม่ทราบชื่อแพทย์ผู้สั่งยา และสุ่มตรวจเวชระเบียนซ้ำร้อยละ 20 ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินด้วย Cohen's kappa เท่ากับ 0.86 กรณีผลประเมินไม่ตรงกัน ใช้การอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อสรุปแบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80–1.00 และทดลองใช้กับเวชระเบียน 20 รายที่ไม่รวมในการวิเคราะห์ก่อนปรับแก้ให้เหมาะสม

เครื่องมือเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่พัฒนาจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณครอบคลุมการประเมินผู้ป่วย การตัดสินใจสั่งจ่ายยา การประยุกต์ใช้แนวทาง ภาระงาน ความคาดหวังของผู้ปกครองและระบบสนับสนุนการตัดสินใจ แนวคำถามได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดลองสัมภาษณ์แพทย์

2 คน ซึ่งไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ จากนั้นปรับถ้อยคำและลำดับคำถามให้ชัดเจนก่อนเก็บข้อมูลจริง

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562 รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้ยาปฏิชีวนะ และการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน ความชัดเจน และความสอดคล้องของรายการข้อมูลกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกจากเวชระเบียน โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วน สำหรับแบบสัมภาษณ์ก็มีโครงสร้าง ผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์และความคิดเห็นได้อย่างอิสระ พร้อมทั้งปรับลำดับและถ้อยคำของคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสืบค้นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนด จัดทำกรอบการสุ่มตัวอย่าง แบ่งตามปีที่ได้รับบริการ และสุ่มเวชระเบียนแบบการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรายงานอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะจากผู้ป่วยทั้งหมด 400 ราย อัตราในผู้ป่วยนอกแยกต่างหาก เพื่อ

เป็นระบบตามสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละปี มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัสแทนตัวบุคคล โดยไม่บันทึกชื่อ เลขประจำตัวโรงพยาบาล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ เวชระเบียนที่ขาดข้อมูลสำคัญสำหรับการประเมินถูกต้องพร้อมบันทึกเหตุผล ส่วนข้อมูลที่ขาดหายของตัวแปรอื่นรายงานตามจำนวนข้อมูลที่มี โดยไม่แทนค่าข้อมูล

ผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกใช้คู่มือบันทึกข้อมูลเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทั้งหมด และสุ่มตรวจความถูกต้องซ้ำร้อยละ 20 กับเวชระเบียนต้นฉบับ การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาคำเนินการโดยกุมารแพทย์และเภสัชกรคลินิกอย่างเป็นอิสระ โดยปกปิดชื่อแพทย์ผู้สั่งยาและผลการประเมินของอีกฝ่าย กรณีมีความเห็นต่างใช้การพิจารณาร่วมกันตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจนได้ข้อสรุป

ภายหลังวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อค้นพบเกี่ยวกับรูปแบบการสั่งใช้ยามาพัฒนาแนวคำถามและคัดเลือกแพทย์ที่มีประสบการณ์จากบริบทบริการที่หลากหลาย จึงไม่มีความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชากับผู้ให้ข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์ในห้องส่วนตัว ครั้งละประมาณ 30-45 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องกับไฟล์เสียง และเก็บข้อมูลในระบบที่มีรหัสผ่าน จำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัย พร้อมกำหนดทำลายไฟล์เสียงและข้อมูลที่เชื่อมโยงตัวบุคคลภายหลังสิ้นสุดโครงการตามระยะเวลาที่คณะกรรมการจริยธรรมกำหนด

เปรียบเทียบกับเกณฑ์ RDU และความเหมาะสมจากผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ 104 ราย มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Fisher's exact test และนำตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ ร่วมกับตัวแปรทางสำคัญ เข้าสู่การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

โดยไม่นำอาการที่ใช้กำหนดความเหมาะสมของผลลัพธ์มาเป็นตัวแปรทำนาย รายงาน crude OR, adjusted OR, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p ตรวจสอบ multicollinearity ความสอดคล้องของแบบจำลอง และใช้ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานแบบ robust เพื่อคำนึงถึงการสั่งยาโดยแพทย์คนเดียวกัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนักวิจัย 2 คน อ่านบทถอดคำ กำหนดรหัส และพัฒนาประเด็นอย่างเป็นอิสระ ก่อนเปรียบเทียบและหาข้อสรุปร่วมกัน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการเปรียบเทียบบทสัมภาษณ์กับบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล การทบทวนระหว่างนักวิจัย และการจัดทำบันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์ จากนั้นบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยตารางแสดงผลแบบบูรณาการเพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบร่วมกันตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COE.No.77/2569 รับรองวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.

2569 ถึงวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2570 โดยข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังได้รับการยกเว้นการขอความยินยอม เนื่องจากไม่มีการติดต่อผู้ป่วยและมีความเสี่ยงต่ำ ผู้วิจัยใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล จำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะวิจัย และรายงานผลในภาพรวม สำหรับการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำชี้แจงและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วม สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้โดยไม่เกิดผลกระทบ และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงบุคคลได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 222 ราย (ร้อยละ 55.50) อายุเฉลี่ย 24.68 ± 15.21 เดือน และเป็นผู้ป่วยนอก 278 ราย (ร้อยละ 69.50) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำ 303 ราย (ร้อยละ 75.75) และอาเจียน 244 ราย (ร้อยละ 61.00) ผู้ป่วยได้รับการเพาะเชื้ออุจจาระ 34 ราย (ร้อยละ 8.50) และตรวจพบเชื้อ 11 ราย คิดเป็น (ร้อยละ 32.35) ของผู้ที่ได้รับการเพาะเชื้อ หรือร้อยละ 2.75 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (n = 400)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	222	55.50
หญิง	178	44.50
อายุ (เดือน)		
น้อยกว่า 12 เดือน	108	27.00
12–23 เดือน	96	24.00
24–35 เดือน	82	20.50

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
36-47 เดือน	65	16.25
48-59 เดือน	49	12.25
อายุเฉลี่ย, ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	24.68 $\pm$ 15.21	–
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม), ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	11.72 $\pm$ 4.18	–
ระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาล (วัน), ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	2.46 $\pm$ 1.38	–
จำนวนครั้งที่ถ่ายใน 24 ชั่วโมง, ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	5.62 $\pm$ 2.31	–
ประเภทการรับบริการ		
ผู้ป่วยนอก	278	69.50
ผู้ป่วยใน	91	22.75
ผู้ป่วยรับส่งต่อ	31	7.75
มีโรคประจำตัวหรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	38	9.50
มีไข้	186	46.50
มีอาการอาเจียน	244	61.00
ลักษณะอุจจาระหลัก		
ถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำ	303	75.75
มีมูกปน	51	12.75
มีเลือดหรือมูกเลือดปน	46	11.50
ภาวะขาดน้ำ		
ไม่มีภาวะขาดน้ำ	278	69.50
ขาดน้ำเล็กน้อยถึงปานกลาง	112	28.00
ขาดน้ำรุนแรง	10	2.50
สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	12	3.00
ส่งตรวจอุจจาระ	76	19.00
ส่งเพาะเชื้ออุจจาระ	34	8.50
ตรวจพบเชื้อจากผู้ที่ได้รับการเพาะเชื้อ (n = 34)	11	32.35

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.75 เมื่อใช้ผู้ป่วยทั้งหมด 400 รายเป็นตัวหาร แต่คิดเป็นร้อยละ 32.35 เมื่อใช้ผู้ได้รับการเพาะเชื้อ 34 รายเป็นตัวหาร; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สัดส่วน รูปแบบ และความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 104 จาก 400 ราย (ร้อยละ 26.00) โดยเป็นผู้ป่วยนอก 67 จาก 278 ราย (ร้อยละ

24.10) ยาที่ใช้บ่อยที่สุด คือ ceftriaxone 32 ราย (ร้อยละ 30.77) ในผู้ป่วยยาปฏิชีวนะ พบการใช้ยาเหมาะสมครบทุกองค์ประกอบ 54 ราย (ร้อยละ 51.92) และไม่เหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ 50 ราย (ร้อยละ 48.08) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบและความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยทั้งหมด (n = 400)		
ได้รับยาปฏิชีวนะ	104	26.00
ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	296	74.00
การได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก (n = 278)		
67	24.10	
ชนิดยาที่ได้รับ (n = 104)		
Ceftriaxone	32	30.77
Azithromycin	24	23.08
Cefixime	18	17.31
Ampicillin	12	11.54
Metronidazole	10	9.62
ยาชนิดอื่น	8	7.69
ความเหมาะสมด้านข้อบ่งชี้ (n = 104)		
เหมาะสม	68	65.38
ไม่เหมาะสม	36	34.62
ผลการประเมินในรายที่มีข้อบ่งชี้เหมาะสม (n = 68)		
ชนิดยาเหมาะสม	62	91.18
ขนาดยาเหมาะสม	58	85.29
ระยะเวลาการรักษาเหมาะสม	56	82.35

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ความเหมาะสมโดยรวม (n = 104)		
เหมาะสมครบทุกองค์ประกอบ	54	51.92
ไม่เหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ	50	48.08

หมายเหตุ: n = 400 หมายถึง ผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์; n = 278 หมายถึง ผู้ป่วยนอกทั้งหมด; n = 104 หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ; และ n = 68 หมายถึงผู้ได้รับยาปฏิชีวนะที่มีข้อบ่งชี้เหมาะสม ซึ่งนำมาประเมินความเหมาะสมด้านชนิดยา ขนาดยา และระยะเวลาการรักษา

3. ปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม

ตัวแปรอาการที่ใช้ประกอบเกณฑ์ความเหมาะสม ได้แก่ ใช้ ลักษณะอาการ และภาวะขาดน้ำ รายงานเป็นความสอดคล้องเชิงพรรณนาเท่านั้น ส่วนการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ใช้เฉพาะตัวแปรที่ไม่ได้เป็นองค์ประกอบของผลลัพธ์ พบว่าการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและการไม่ส่งตรวจอุจจาระมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ (n = 104)

ปัจจัย	ไม่เหมาะสม n (%)	เหมาะสม n (%)	Crude OR (95% CI)	p-value
- อายุน้อยกว่า 12 เดือน	25 (59.52)	17 (40.48)	2.18 (0.98–4.84)	0.072
อายุ 12–59 เดือน	25 (40.32)	37 (59.68)	1.00	–
- ผู้ป่วยนอก	38 (56.72)	29 (43.28)	2.73 (1.18–6.33)	0.024
ผู้ป่วยในหรือรับส่งต่อ	12 (32.43)	25 (67.57)	1.00	–
- ไม่ส่งตรวจอุจจาระ	43 (58.90)	30 (41.10)	4.91 (1.88–12.87)	0.001
ส่งตรวจอุจจาระ	7 (22.58)	24 (77.42)	1.00	–

หมายเหตุ: OR = odds ratio; CI = confidence interval ทดสอบด้วย Fisher's exact test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4. ปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งผลต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

ผู้ให้ข้อมูล 12 คน ประกอบด้วยแพทย์ทั่วไป 7 คน และกุมารแพทย์ 5 คน มีประสบการณ์ทำงาน 2–18 ปี ผลการวิเคราะห์พบ 4 ประเด็นหลักที่แพทย์รายงานว่า

เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแพทย์ผู้ให้ข้อมูล (n = 12)

ประเด็นหลัก	ผู้ กล่าวถึง	ข้อค้นพบ	ตัวอย่างคำกล่าว
ความไม่แน่นอนในการประเมินทางคลินิก	10 คน	ความกังวลต่อการติดเชื้อรุนแรงทำให้แพทย์บางรายเริ่มยาก่อนทราบผลตรวจ	“ถ้าเด็กเล็กและอาการยังไม่ชัดเจน บางครั้งจะเริ่มยาไว้มาก่อน เพราะกลัวว่าอาจเป็นการติดเชื้อรุนแรง” (P03)
ภาระงานและข้อจำกัดด้านเวลา	9 คน	จำนวนผู้ป่วยมากและระยะเวลาประเมินจำกัด เกี่ยวข้องกับการสั่งยาแบบครอบคลุม	“ช่วงที่ผู้ป่วยมาก เวลาซักประวัติและติดตามอาการมีจำกัด จึงอาจตัดสินใจให้ยาก่อน” (P07)
ความคาดหวังของผู้ปกครอง	8 คน	ความเชื่อว่ายาปฏิชีวนะช่วยให้หายเร็วเพิ่ม ความยากในการอธิบายการรักษาแบบประคับประคอง	“ผู้ปกครองบางรายคาดหวังว่าจะได้รับยา ต้องใช้เวลาอธิบายว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ” (P09)
ข้อจำกัดของแนวทางและระบบสนับสนุน	11 คน	แพทย์ต้องการแนวทางสรุปและระบบเตือนที่ใช้ได้รวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือรับส่งต่อ	“ถ้ามีเกณฑ์สั้นๆ หรือระบบแจ้งเตือนในเวชระเบียน จะช่วยให้ตัดสินใจได้มั่นใจและเป็นแนวทางเดียวกัน” (P12)

หมายเหตุ: ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งคนกล่าวถึงได้มากกว่าหนึ่งประเด็น

5. การบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลทั้งสองส่วนได้รับการบูรณาการเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสั่งใช้ยากับบริบทการตัดสินใจของแพทย์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลแบบบูรณาการระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ข้อค้นพบเชิงปริมาณ	คำอธิบายเชิงคุณภาพ	ข้อสรุปเชิงบูรณาการ
ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 104/400 ราย (26.00%)	แพทย์รายงานความไม่แน่นอนในการประเมินและความกังวลต่อการติดเชื้อรุนแรง	ความไม่แน่นอนทางคลินิกอาจเกี่ยวข้องกับการเริ่มใช้ยาแม้ข้อบ่งชี้ยังไม่ชัดเจน
ผู้ป่วยนอกได้รับยาปฏิชีวนะ 67/278 ราย (24.10%)	ภาระงานและเวลาประเมินจำกัดทำให้ติดตามอาการหรือรอผลตรวจได้ยาก	บริบทของบริการผู้ป่วยนอกอาจสัมพันธ์กับการสั่งยาแบบครอบคลุมไว้มาก่อน
การใช้ยาไม่เหมาะสมด้านข้อบ่งชี้ 36/104 ราย (34.62%)	ความคาดหวังของผู้ปกครองเพิ่มความยากในการอธิบายการรักษาโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ	การสื่อสารกับผู้ปกครองเป็นองค์ประกอบสำคัญของการลดการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้
Ceftriaxone เป็นยาที่ใช้มากที่สุด 32/104 ราย (30.77%)	แพทย์ต้องการแนวทางย่อและระบบช่วยตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน	ควรทบทวนการใช้ยาครอบคลุมกว้างและพัฒนากระบวนการสนับสนุนการเลือกยา

ข้อค้นพบเชิงปริมาณ	คำอธิบายเชิงคุณภาพ	ข้อสรุปเชิงบูรณาการ
การใช้ยาเหมาะสมครบทุกองค์ประกอบ 54/104 ราย (51.92%)	ผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนระบบแจ้งเตือน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ	มาตรการหลายองค์ประกอบอาจช่วยเพิ่มความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ

อภิปรายผล

การศึกษาพบอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 26.00 และในผู้ป่วยนอกร้อยละ 24.10 กลุ่มผู้ป่วยนอก 67 จาก 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ RDU สำหรับผู้ป่วยนอกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20 เล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล พงศ์พัฒน์โชติ (2564) และ Sánchez et al. (2023) ที่พบว่ายังมีการใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเกินกว่าที่แนวทางแนะนำ ทั้งนี้ อัตรารวมไม่ควรนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ RDU โดยตรง เนื่องจากรวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยรับส่งต่อ ซึ่งมีความซับซ้อนทางคลินิกแตกต่างจากผู้ป่วยนอก

ในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ 104 ราย มีการใช้ยาเหมาะสมครบทุกองค์ประกอบร้อยละ 51.92 โดยพบความไม่เหมาะสมด้านข้อบ่งชี้มากที่สุด แสดงว่าประเด็นสำคัญอยู่ที่การตัดสินใจเริ่มใช้ยามากกว่าความถูกต้องของชนิดยา ขนาดยา หรือระยะเวลาการรักษา สอดคล้องกับปวีณา ปานท้วม และดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ (2568ก) และ Dillen et al. (2024) ซึ่งรายงานว่าการสั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็นรูปแบบสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในเด็ก

Ceftriaxone เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.77 ของผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ จึงควรทบทวนความจำเป็นของการใช้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์กว้าง ตลอดจนส่งเสริมการเลือกยาที่มีขอบเขตแคบและการปรับลดขอบเขตยาตามข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับใช้

ลักษณะอุจจาระ และภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของเกณฑ์ตัดสินความเหมาะสม การศึกษานี้รายงานเป็นความสอดคล้องเชิงพรรณนาและไม่ตีความเป็นปัจจัยทำนาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา criterion incorporation ส่วนการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและการไม่ส่งตรวจอุจจาระพบความสัมพันธ์ในระดับตัวแปรเดียว แต่ยังไม่ได้รับอิทธิพลจากความรุนแรงของโรคและตัวแปรอื่นที่ไม่ได้วัด จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้

ผลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายข้อค้นพบเชิงปริมาณว่าความไม่แน่นอนในการประเมิน ภาระงาน ข้อจำกัดด้านเวลา และความคาดหวังของผู้ปกครอง อาจเกี่ยวข้องกับการเริ่มใช้ยาเมื่อข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน ขณะที่ความต้องการแนวทางระบบแจ้งเตือน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และการให้ข้อมูลย้อนกลับสนับสนุนการพัฒนามาตรการ antimicrobial stewardship แบบหลายองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษามาจากโรงพยาบาลแห่งเดียวและเป็นข้อมูลย้อนหลัง จึงควรประยุกต์ใช้กับสถานพยาบาลอื่นโดยพิจารณาความแตกต่างด้านผู้ป่วย ระบบบริการ และแนวทางการสั่งใช้ยาร่วมด้วย

สรุปผล

ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่เป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 26.00 และผู้ป่วยนอกได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 24.10 โดย ceftriaxone เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ในผู้ได้รับยาปฏิชีวนะพบการใช้ยาเหมาะสม

ครบทุกองค์ประกอบร้อยละ 51.92 และไม่เหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบร้อยละ 48.08 โดยพบความไม่เหมาะสมด้านข้อบ่งชี้มากที่สุด การรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและการไม่ส่งตรวจอุจจาระมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ความไม่แน่นอนทางคลินิก ภาระงาน ความคาดหวังของผู้ปกครอง และข้อจำกัดของระบบสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการสั่งใช้ยา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาย้อนหลังจากโรงพยาบาลแห่งเดียวอาจมีข้อจำกัดด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ความครบถ้วนของเวชระเบียน ตัวแปรกวน และความคลาดเคลื่อนในการประเมิน ส่วนข้อมูลสัมภาษณ์อาจได้รับอิทธิพลจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและควรนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยกำหนดเกณฑ์แจ้ง

เตือนด้านข้อบ่งชี้ การเลือกใช้ ceftriaxone และระยะเวลาการรักษา ร่วมกับการตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งยา ตัวชี้วัดครอบคลุมอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก ความสอดคล้องกับแนวทาง การใช้ยาครอบคลุมกว้าง และการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบไปข้างหน้าในโรงพยาบาลหลายแห่ง หรือประเมินมาตรการโดยมีกลุ่มหรือช่วงเวลาเปรียบเทียบ พร้อมติดตามการใช้ยาเกินความจำเป็น การไม่ให้ยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย และผลลัพธ์ด้านการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568). รายงานผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ประจำเดือนธันวาคม 2568. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (2558). การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วย

นอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (น. 89–90). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

ชมชนัท ทับเจริญ. (2567). โรคท้องร่วงเฉียบพลัน. ใน From guidelines to real-world practice in pediatrics

(น. 270–279). ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปวีณา ปานท้วม, และดารณี เชี่ยวชาญณิกิจ. (2568ก). การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค

อุจจาระร่วงเฉียบพลันของโรงพยาบาลในจังหวัดตาก. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 35(2), 119–132.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/271325>

ปวีณา ปานท้วม, และดารณี เชี่ยวชาญณิกิจ. (2568ข). ผลการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดตาก. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 35(2), 133–146.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/271327>

สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรค

ท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก พ.ศ. 2562. https://www.pthaigastro.org/Document/hz0tpx1bdldozf11z5minfimCPG_Blue.pdf

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570.

กระทรวงสาธารณสุข.

Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). SAGE Publications.

Das, S., Neupane, R., Beard, J., Solomon, H., Das, M., Errickson, N., Simon, J. L., Nisar, Y. B., MacLeod, W. B., & Hamer, D. H. (2024). Aetiology of diarrhoea in children aged zero to nine years in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Global Health*, 14, 04168. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04168>

Dillen, H., Wouters, J., Snijders, D., Wynants, L., & Verbakel, J. Y. (2024). Factors associated with inappropriateness of antibiotic prescriptions for acutely ill children presenting to ambulatory care in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 79(3), 498–511. <https://doi.org/10.1093/jac/dkad383>

Sánchez, X., Calderón, N., Solis, O. L., & Jimbo-Sotomayor, R. (2023). Antibiotic prescription patterns in children under 5 years of age with acute diarrhea in Quito-Ecuador. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 21501319231196110. <https://doi.org/10.1177/21501319231196110>

Waleekhachonloet, O., Rattanachotphanit, T., Limwattananon, C., Thammatacharee, N., & Limwattananon, S. (2021). Effects of a national policy advocating rational drug use on decreases in outpatient antibiotic prescribing rates in Thailand. *Pharmacy Practice*, 19(1), 2201. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2021.1.2201>