

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทดสอบความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จ. พิจิตรโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่ามีสิ่งส่งตรวจที่เป็นเชื้อแบคทีเรียทั้งหมด 1,707 สิ่งส่งตรวจ โดยแยกเป็นจากหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 383 สิ่งส่งตรวจ และหอผู้ป่วยในที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1,324 สิ่งส่งตรวจ ผลการเพาะเชื้อสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าร้อยละ 75.72 เป็นแบคทีเรียแกรมลบ และร้อยละ 24.28 เป็นแกรมบวก ส่วนหอผู้ป่วยในที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยวิกฤต พบแบคทีเรียแกรมลบร้อยละ 68.66 และแกรมบวกร้อยละ 31.34 จากข้อมูลทั้งหมดจึงได้จัดทำ antibiogram สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐาน 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 ซึ่งเป็นข้อมูลระหว่างร้อยละความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะต่าง ๆ บนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยได้จัดทำ antibiogram ขึ้นทั้งหมด 3 รูปแบบ ได้แก่ antibiogram รวมของโรงพยาบาล antibiogram ที่ใช้วางบนหอผู้ป่วยแบ่งเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยในที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยวิกฤต และ antibiogram ฉบับพกพาสำหรับแพทย์

จากข้อมูลร้อยละความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะต่าง ๆ บนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่า การติดเชื้อที่พบบนหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเชื้อดื้อยาที่พบมากที่สุด คือ multidrug-resistance *Pseudomonas aeruginosa* และสำหรับการเกิดเชื้อดื้อยา multidrug-resistance *A. baum*, multidrug-resistance ESBL producing *E. coli* และ *K. pneumoniae* พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยพบว่ากลุ่มยาที่มีการใช้เพิ่มขึ้นมากที่สุดภายในระยะเวลา 3 ปี คือ ยาในกลุ่ม penicillin และ carbapenem สำหรับการสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ต่อการนำ antibiogram มาใช้ในโรงพยาบาล พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดทำ antibiogram ของโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาปฏิชีวนะแบบ empiric therapy ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

- ข้อมูลร้อยละความไวของเชื้อต่อยาและข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับมาในครั้งแรก ไม่ได้มีการแยกหอผู้ป่วยทำให้ต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมและทำการจับคู่ข้อมูลผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง จึงใช้เวลาในการจัดทำ antibiogram ค่อนข้างนาน
- ไม่มีการประสานงานกับแพทย์ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดทำ antibiogram ว่าต้องการให้จัดทำออกมาในรูปแบบใด ทำให้ต้องแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้ตรงกับความต้องการของแพทย์ผู้ใช้ antibiogram
- ข้อจำกัดของ antibiogram ฉบับพกพาสำหรับแพทย์ เนื่องจากชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่เลือกใส่ใน antibiogram เป็นเชื้อที่พบบ่อยในแต่ละหอผู้ป่วย ทำให้ไม่มีร้อยละความไวของเชื้อต่อยาตัวอื่นที่ไม่มีใน antibiogram

- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ต่อการนำ antibiogram ไปใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช แพทย์บางท่านอาจยังไม่เคยใช้หรือใช้เพียงครั้งเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาลได้
- จำนวนแพทย์ที่กรอกข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ต่อการนำ antibiogram ไปใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราชมีเพียง 5 ท่านเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนความคิดเห็นของแพทย์ทั้งโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สำหรับผู้ที่จะทำการวิจัยต่อไป

- ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้ antibiogram
- ควรเพิ่มข้อมูลที่สามารถช่วยให้แพทย์ใช้ antibiogram อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นลงใน antibiogram ฉบับพกพาสำหรับแพทย์ เช่น การปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับหรือไต เป็นต้น
- ควรมีการประเมินผลจากการใช้ antibiogram ในระยะยาว เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง การเกิดเชื้อดื้อยาชนิดต่าง ๆ ภายในห้องผู้ป่วยใน การเปลี่ยนแปลงร้อยละความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ ชนิดต่าง ๆ รวมถึงปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช
- ควรมีการจัดทำ antibiogram อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ แบบ empiric therapy อย่างเหมาะสม
- ควรประสานงานกับแพทย์เกี่ยวกับรายละเอียดและรูปแบบของ antibiogram เพื่อให้ได้ antibiogram ที่ตรงกับความต้องการและการนำไปใช้ของแพทย์ นอกจากนี้ควรประสานงานกับแพทย์ว่ามีการจัดทำ antibiogram และสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยาแบบ empiric therapy