ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

บทความวิจัย

# ปัจจัยทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

Received: 15 March 2026
Revised: 25 March 2026
Accepted: 30 April 2026

สิริอร ข้อยุ่น พย.ม.[1]
กฤษยา ไกรโสดา พย.ม.[2*]

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** โรคแบคทีเรียกินเนื้อเป็นภาวะติดเชื้อรุนแรงที่ลุกลามเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคเพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงและวางแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ระเบียบวิธีวิจัย:** เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 64 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

**ผลการวิจัย:** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่สามารถทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อได้อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.05) ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ สาเหตุของการติดเชื้อ ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (OR=0.08, 95% CI: 0.01-0.52, p = 0.01, OR= 7.35,7.81, 95% CI: 0.01-0.44, P=0.01, OR =11.46, 95% CI: 1.99-65.89, p = .01, OR = 13.85, 95% CI: 2.42-79.34, p = 0.01, OR = 3.94, 95% CI: 1.05-14.81, p = 0.04)

**สรุปผลการวิจัย:** การประเมินความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในวางแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

**ข้อเสนอแนะ:** ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ :** โรคแบคทีเรียกินเนื้อ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
* Corresponding author E-mail: kritsaya62@gmail.com
ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

# Predictive Factors of Necrotizing Fasciitis Severity in Patients Admitted to the Surgical Ward at Udon Thani Hospital

Siriorn Khoyun, M.N.S[1]
Kritsaya Kraisoda, M.N.S[2*]

## Abstract

**Introduction:** Necrotizing fasciitis is a severe infectious condition that spreads rapidly and carries a high mortality rate. It is therefore necessary to study the factors associated with disease severity in order to assist with risk assessment and guide appropriate treatment planning.

**Research Objectives:** To study the factors associated with and predictive of the severity of necrotizing fasciitis in patients admitted for hospital treatment.

**Research Methodology:** This was a cross-sectional study. The sample consisted of 64 patients diagnosed with necrotizing fasciitis admitted to the male and female surgical wards at Udon Thani Hospital. Data were collected using questionnaires covering general patient information, a disease severity assessment tool, a knowledge assessment, and a self-care behavior questionnaire for necrotizing fasciitis patients. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis.

**Results:** Variables significantly associated with and predictive of necrotizing fasciitis severity ($P < 0.05$) were: marital status (OR = 0.08, 95% CI: 0.01–0.52, p = 0.01), occupation (OR = 7.35, 7.81, 95% CI: 0.01–0.44, p = 0.01), cause of infection (OR = 11.46, 95% CI: 1.99–65.89, p = 0.01), knowledge about necrotizing fasciitis (OR = 13.85, 95% CI: 2.42–79.34, p = 0.01), and patient self-care behavior (OR = 3.94, 95% CI: 1.05–14.81, p = 0.04).

**Conclusion:** Assessing the severity of necrotizing fasciitis is important for use as information in planning patient care to prevent serious complications.

**Implications:** Further research should be conducted in larger sample groups to confirm long-term effectiveness.

**Keywords:** necrotizing fasciitis, associated factors, disease severity

[1] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2] Register Nurse Surgery Department, Udon Thani Hospital.
[*] Corresponding author E-mail: kritsaya62@gmail.com
Scholarship from Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**บทนำ**

โรคเนื้อเน่าหรือโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียคือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จัดเป็นโรคติดเชื้อที่ชั้นผิวหนังและชั้นไขมันใต้ผิวหนังอย่างรุนแรง ซึ่งการอักเสบจะมีลักษณะรวดเร็ว รุนแรง และมีการลุกลามอย่างต่อเนื่อง เกิดการเน่าตายของชั้นใต้ผิวหนังลามลงไปถึงชั้นพังผืด (Fascia) มีการเซาะกระจายออกไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถแยกชั้นพังผืดออกจากชั้นกล้ามเนื้อได้อย่างง่ายดาย ในภาวะนี้รอยโรคและอาการแสดงของชั้นผิวหนังบนจะมีน้อยในระยะแรก ทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า ส่งผลกระทบให้การรักษาผู้ป่วยทำได้ล่าช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อรุนแรงได้[1] โรคนี้พบไม่บ่อย อัตราป่วยข้อมูลปี 2024 เฉลี่ยประมาณ 27 - 32 ต่อแสนประชากรต่อปี แต่มีความรุนแรงจากการเกิดพิษต่อระบบต่างๆ ในร่างกายและหากรักษาไม่ทันทำให้เสียชีวิตได้ มีอัตราตายร้อยละ 9 - 64 โรคนี้พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในกลุ่มเกษตรกรที่ทำไร่ทำนาซึ่งมีโอกาสเกิดบาดแผลและสัมผัสกับเชื้อโรคที่อยู่ในดินหรือน้ำได้ง่าย หากมาพบแพทย์เมื่ออาการรุนแรงจะมีอัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นโดยช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม[2]

การวินิจฉัยโรคเนื้อเน่าผู้ป่วยส่วนมากมักมีอาการปวด (pain) บวม (swelling) แดง (erythema) ไข้ (fever) และตุ่มพอง (bleb) ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หายใจเร็ว (tachypnea) ถ้ามีความผิดปกติของอาการเหล่านี้ครบทุกข้อก็จะสามารถวินิจฉัยโรคได้ ในผู้ป่วยบางรายที่อาการแสดงไม่ชัดเจนอาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้าจนทำให้อาการป่วยเข้าขั้นวิกฤต มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่รุนแรงและส่งผลให้เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะต่างๆจนนำไปสู่การเสียชีวิต[3] การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากแบคทีเรียแกรมบวก เช่น Staphylococcus aureus และกลุ่ม Streptococcus spp. มีบางกรณีอาจเกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ และ anaerobes[4] การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและอาจจำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น ผ่าระบายหนอง การตัดเนื้อตายและให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุม[5] จากข้อมูลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่เข้ารับการรักษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้อเน่าที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Septicemia) ช็อค (Septic shock) ภาวะเลือดแข็งตัวกระจายทั่วหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulopathy) ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multi organ disfunction syndrome) ผู้ป่วยทุกรายควรจะต้องได้รับการประเมินอาการจากแพทย์และทีมรักษาเป็นระยะ เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกเร็ว และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย หากทำการรักษาได้อย่างรวดเร็วจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้[3] ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคแบคทีเรียกินเนื้อมีความรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ เช่น การล้างมือให้สะอาด การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย[6]

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะการรักษาโรคทางศัลยกรรมที่ครอบคลุมหลายสาขา ซึ่งโรคแบคทีเรียกินเนื้อเป็นโรคที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเฉลี่ยเดือนละ 10-20 ราย โรคมีความรุนแรงที่มีผลต่อชีวิต ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อรุนแรงอาจได้รับการตัดอวัยวะ ซึ่งลักษณะของโรคมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา คณะผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดอัตราการสียชีวิต และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดีต่อไป

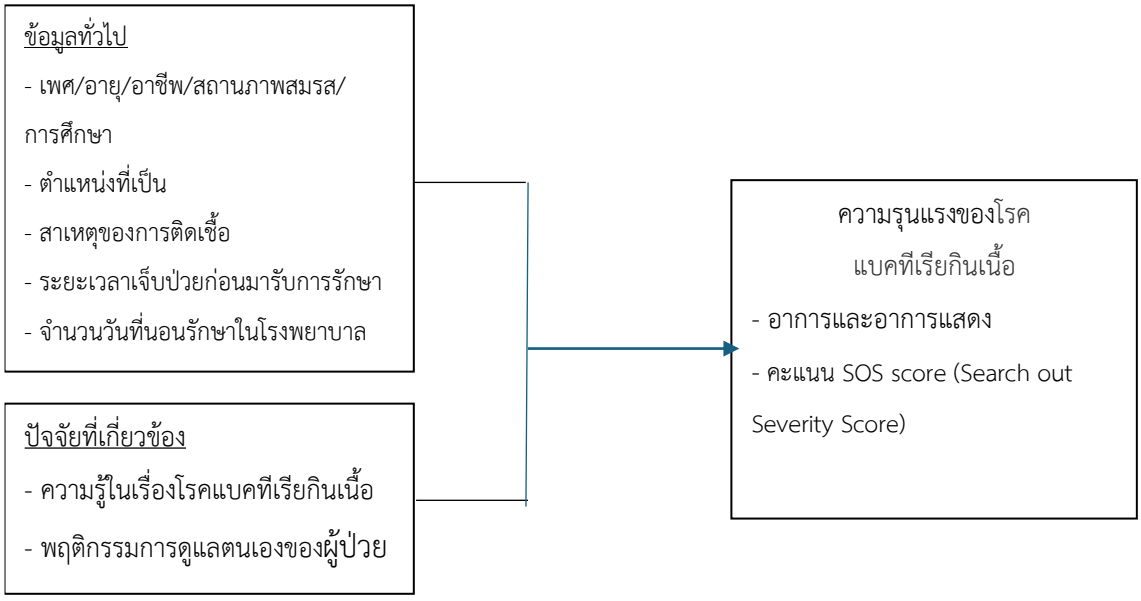
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาออกแบบวิธีการวิจัยโดยกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค แบคทีเรียกินเนื้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ อาชีพ ภาวะสุขภาพ สาเหตุของการติดเชื้อ ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในเรื่องโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงได้กำหนดตามกรอบแนวคิด ดังนี้




**ระเบียบวิธีวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแบคทีเรียกินเนื้อจากแพทย์เจ้าของไข้ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อุดรธานี ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G Power 3.1.9.4 ใช้สถิติ Logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญ ($\alpha$) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ($\beta$) เท่ากับ 0.80 อ้างอิงจากงานวิจัยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อโรคแบคทีเรียกินเนื้อในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา[7] ผู้วิจัยนำมาคำนวณหา Odds ratio จากการคำนวณได้เท่ากับ 0.41 สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานแบบสองทาง (Two-tailed) ใช้สถิติ logistic regression ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 งานวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 64 ราย

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแบคทีเรียกินเนื้อจากแพทย์เจ้าของไข้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะเจ็บป่วย เช่นภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะช็อค และสามารถติดต่อสื่อสาร พูดและฟังภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามยินยอม เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่นภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะช็อคหรือสัญญาณชีพไม่คงที่และผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำตอบประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่เป็น สาเหตุของการติดเชื้อ ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย การเก็บข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 2.1 อาการและอาการแสดง โดยแบ่งคะแนนตามความรุนแรง 3 ระดับ คือ

- เล็กน้อย เกณฑ์ให้คะแนน 1 คะแนน อาการและอาการแสดงรู้สึกกดเจ็บ พบผื่นแดง บวม ผิวหนังอุ่น
- ปานกลาง เกณฑ์ให้คะแนน 2 คะแนน อาการและอาการแสดง กดเจ็บ เกิดผื่นแดง บวม ผิวหนังอุ่นแผลพุพอง
- รุนแรง เกณฑ์ให้คะแนน 3 คะแนน อาการและอาการแสดง อาการชา เกิดผื่นแดง ผิวหนังอุ่นแผลพุพองรุนแรง ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีคล้ำ

ส่วนที่ 2.2 คะแนน SOS score (Search out severity score) ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรอง ติดตามอาการผู้ป่วย และเพื่อวางแผนการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย ความดันซิสโตลิก ชีพจร อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะโดยมีการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด[8]

เกณฑ์การแปลผล โดยการนำคะแนนอาการและอาการแสดง โดยแบ่งคะแนนตามความรุนแรง 1-3 คะแนน รวมกับผลรวมคะแนน SOS score นำมาแบ่งระดับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อเป็น 2 ระดับคือ ไม่มีความรุนแรง (1-4 คะแนน) และมีความรุนแรง (≥ 4คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในเรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อประเด็น ความหมาย ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค อาการ และการดูแลรักษา จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด ที่มีคำตอบ “ถูก” และ “ผิด”เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน ของแบบวัดความรู้ 0 – 12 คะแนน แบ่งระดับค่าคะแนน เป็น 3 ระดับแบบอิงเกณฑ์ (ชาญชัย พิทยศักดิ์, 2547)

ระดับมาก คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมีคะแนน 10-12 คะแนน หรือแปลงเป็นค่าในทางสถิติแล้วอยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00

ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 ขึ้นไป หรือมีคะแนน 7-9 คะแนน หรือแปลงเป็นค่าในทางสถิติแล้วอยู่ระหว่าง 0.60 – 0.79

ระดับน้อย คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมีคะแนน น้อยกว่า 7 คะแนน หรือแปลงเป็นค่าในทางสถิติแล้วอยู่ระหว่าง 0.00 – 0.59

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาจำนวน 10 ข้อและข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาจำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น จากการศึกษาตำรา ทบทวนเอกสารและงานวิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| 3 | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความเป็นประจำ |
| 2 | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความบ่อยครั้ง |
| 1 | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนาน ๆ ครั้ง |
| 0 | หมายถึง | ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย |

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ได้แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 2.50 – 3.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

คะแนนระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0.00 – 1.49 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)**

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ทั่วไปจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ (0.67-1.00) จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจนสามารถนำไปใช้ได้

**การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ**

โดยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อเท่ากับ 0.93

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังโครงการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอม หลังจากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ยินยอมเข้าร่วมทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือและการยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในเรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

**การพิทักษ์สิทธิ์ขอกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ UDH REC No.37/2567 วันที่อนุมัติ 27 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักที่จะได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย และความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับระดับรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher Exact test และใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Logistic regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p<0.05$

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 47.70 สถานภาพคู่ร้อยละ 67.10 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 63 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 86.60 ส่วนใหญ่เป็นที่เท้าส้นเท้า ร้อยละ 78.20 สาเหตุที่เกิดไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 50.90 ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล 3-4 วัน ร้อยละ 35.20 จำนวนครั้งของการผ่าตัด 1 ครั้ง ร้อยละ 81 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 11 วัน ร้อยละ 79

2. ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 56.26 ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ระดับดี ร้อยละ 45.31 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนความถี่และร้อยละของความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหรือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N = 64)

| ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง | ระดับคะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| **ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ** | | | |
| ระดับน้อย | 4-6.66 คะแนน | 14 | 21.87 |
| ระดับปานกลาง | 6.67-9.33 คะแนน | 36 | 56.26 |
| ระดับมาก | 9.34-12 คะแนน | 14 | 21.87 |
| รวม | | 64 | 100.00 |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเอง** | | | |
| ระดับไม่ดี | 19-31.66 คะแนน | 13 | 20.31 |
| ระดับปานกลาง | 31.67-44.33 คะแนน | 22 | 34.38 |
| ระดับดี | 44.34-57 คะแนน | 29 | 45.31 |
| รวม | | 64 | 100.00 |

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับระดับรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher Exact test พบว่าสถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สาเหตุ ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.05$) ดังตารางที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อได้อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ สาเหตุ ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (OR = 0.08, 95% CI: 0.01-0.52, p = 0.01, OR= 7.35, 95% CI: 0.01-0.44, P=0.01, OR =11.46, 95% CI: 1.99-65.89, p = 0.01, OR = 13.85, 95% CI: 2.42-79.34, p = 0.01, OR = 3.94, 95% CI: 1.05-14.81, p = 0.04 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับระดับรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher Exact test (N = 64)

| ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง | จำนวน | ร้อยละ | $\chi^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|
| **อาชีพ** | | | 13.62 | 0.001** |
| เกษตรกร | 40 | 63.00 | | |
| ข้าราชการ/ธุรกิจส่วนตัว | 8 | 15.30 | | |
| รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ | 16 | 21.70 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | 13.53 | 0.001** |
| ประถมศึกษา | 55 | 86.60 | | |
| มัธยมศึกษา | 4 | 6.50 | | |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 4 | 6.90 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **ตำแหน่งที่เป็น** | | | 8.23 | 0.042* |
| แขน มือ | 4 | 6.90 | | |
| ขา | 10 | 14.80 | | |
| เท้า ส้นเท้า | 50 | 78.30 | | |
| หลายตำแหน่ง | 0 | 0 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **สาเหตุของการติดเชื้อ** | | | 21.36 | 0.000** |
| สัตว์กัด/อื่น | 5 | 8.30 | | |
| บาดแผล | 6 | 9.70 | | |
| แผลเรื้อรัง | 20 | 31.00 | | |
| ไม่ทราบสาเหตุ | 33 | 50.90 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารพ.** | | | 9.50 | 0.009** |
| 1-2 วัน | 20 | 31.50 | | |
| 3-4 วัน | 23 | 35.20 | | |
| มากกว่า 4 วัน | 21 | 33.30 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ** | | | 12.50 | 0.002** |
| ระดับน้อย | 14 | 21.70 | | |
| ระดับปานกลาง | 36 | 56.50 | | |
| ระดับมาก | 14 | 21.80 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเอง** | | | 10.150 | 0.006** |
| ระดับน้อย | 13 | 19.90 | | |
| ระดับปานกลาง | 22 | 34.30 | | |
| ระดับดี | 29 | 45.80 | | |
| รวม | 64 | 100 | | |

*P< 0.05, **P< 0.01

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วย ใช้สถิติ Logistic regression (N = 64)

| ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง | β | S.E. | Wald | OR | 95%CI | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **สถานภาพสมรส** | | | | | | |
| คู่ | -2.48 | 0.93 | 7.11 | 0.08 | 0.01-0.52 | 0.01** |
| อื่นๆ | -0.18 | 1.06 | 0.03 | 0.84 | 0.11-6.63 | 0.87 |
| **อาชีพ** | | | | | | |
| เกษตรกร | 1.99 | 0.74 | 7.24 | 7.35 | 0.01-0.44 | 0.01** |
| รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ | 1.57 | 0.77 | 4.19 | 4.81 | 1.04-20.04 | 0.04* |
| **สาเหตุ** | | | | | | |
| บาดแผล | 0.84 | 1.17 | 0.51 | 2.30 | 0.23-22.68 | 0.47 |
| แผลเรื้อรัง | 2.44 | 0.89 | 7.46 | 11.46 | 1.99-65.89 | 0.01** |
| ไม่ทราบสาเหตุ | 0.50 | 0.81 | 0.39 | 1.66 | 0.34-8.13 | 0.53 |
| **ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ** | | | | | | |
| ระดับปานกลาง | 2.63 | 0.89 | 8.71 | 13.85 | 2.42-79.34 | 0.01** |
| ระดับดี | 0.18 | 0.69 | 0.07 | 1.20 | 0.31-4.67 | 0.79 |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย** | | | | | | |
| ระดับปานกลาง | 1.37 | 0.68 | 4.12 | 3.94 | 1.05-14.81 | 0.04* |
| ระดับดี | 0.51 | 0.54 | 0.87 | 1.66 | 0.57-4.82 | 0.35 |

*p< 0.05, **p< 0.01, Cox & Snell R2 = 0.368, Nagelkerke R2 =0.523, -2 Log likelihood= 163.346,
Note CL= Confidence interval for Odds ratio (OR)

**อภิปรายผลการวิจัย**

ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักมีเครือข่ายสังคมหรือการสนับสนุนด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ดูแลตัวเองได้ดีขึ้น และมารับการรักษาเร็วกว่าส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคลดลง โดยให้ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี[6]

ผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ถึง 7.35 เท่า สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาในภาคเหนือของไทย พบว่าการเกิดโรคแบคทีเรียกินเนื้อมักพบในกลุ่มเกษตรกรผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อหรือติดเชื้อผ่านบาดแผลจากการทำงาน อีกทั้งผู้ที่ประกอบอาชีพเหล่านี้มักมีระดับการศึกษาต่ำและสุขอนามัยไม่ดีทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคสูงขึ้น[9] สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและปริญญาตรี มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อลดลงร้อยละ 68

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค จากผลการวิจัยครั้งนี้สาเหตุจากแผลเรื้อรังมีโอกาสเกิดโรครุนแรงมากกว่า 11 เท่า รวมถึงตำแหน่งที่เป็นแผลได้แก่ ขา เท้าและส้นเท้าและหลายตำแหน่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคแบคทีเรียกินเนื้อ มักเกิดจากการมีบาดแผล เช่น แผลขนาดเล็ก รอยถลอก แมลงกัด ตุ่มพุพอง แผลไฟไหม้ แผลจากการผ่าตัด บาดแผลทำให้เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่เนื้อเยื่ออ่อนส่งผลให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงอย่างรวดเร็วรวมถึงแผลเรื้อรัง เช่น แผลเบาหวาน แผลกดทับ หรือแผลที่หายช้ามีโอกาสสูงต่อการ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

ติดเชื้อรุนแรง มีการลุกลามของแบคทีเรียและพิษที่เกิดจากเชื้อ[10] และปัจจัยเสี่ยงทางบุคคลและสังคม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคประจำตัว โรคอ้วน ดื่มสุราเรื้อรัง และการใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้นล้วนมีสัมพันธ์กับการเกิดและความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ[11] การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น ผู้ป่วยมักมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ภาวะช็อกติดเชื้อ (Septic shock) และภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney Injury)[3] จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารพ จำนวน 3-4 วันและมากกว่า 4 วัน มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อเพิ่มขึ้น เป็น 1 เท่า และ 2.29 เท่า ของระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารพ.จำนวน 1-2 วันซึ่งข้อมูลจากการศึกษาพบว่าโรคแบคทีเรียกินเนื้อเป็นโรคที่มีการลุกลามและรุนแรงอย่างรวดเร็ว หากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาช้าจะเพิ่มความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต รวมถึงเพิ่มโอกาสการสูญเสียอวัยวะที่ติดเชื้อจากการลุกลาม[10]

ความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อ จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อระดับปานกลางจะมีโอกาสเกิดความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับน้อยมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อเพิ่มขึ้น 3.61 เท่าของผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อระดับปานกลาง และผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคแบคทีเรียกินเนื้อระดับมากมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อลดลงร้อยละ 18 ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต[7] ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของโรค เช่น อาการปวดแผลรุนแรงผิดปกติ บวมแดง หรือมีไข้สูง มักจะเข้ารับการรักษาเร็ว ส่งผลให้สามารถควบคุมการลุกลามของเชื้อแบคทีเรียได้ดีขึ้น ผู้ป่วยที่ขาดความรู้หรือไม่เข้าใจอาการของโรคมักจะมารับการรักษาช้าซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตัดอวัยวะหรือเสียชีวิต การล่าช้าในการรักษาจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 29% หากผู้ป่วยมีความรู้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย[12]

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางจะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับดีถึง 3.94 เท่า ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ได้แก่ การสังเกตอาการบริเวณผิวหนังที่มีแผลว่ามีอาการปวด บวม แดงเพิ่มขึ้นหรือลดลง ดูแลรักษาความสะอาดบาดแผล การปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการหายของแผล เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การสังเกตอาการปวดบวมแดง การรักษาความสะอาดของแผล การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และการดูแลสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะลดความรุนแรงของโรคได้[6]

นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การใช้ยาชุด/ยาสเตียรอยด์ การใช้สารเสพติด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ปัจจัยที่พยากรณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ได้แก่ เพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจเรื้อรัง โรคตับแข็ง ภาวะเนื้อตายที่ผิวหนัง[9] จากผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อในประเทศนิวซีแลนด์ที่พบว่าผู้ป่วยชายสูงอายุที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคอ้วนมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น[13] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีโรคร่วมหลายโรค อาการเริ่มแรก ตำแหน่งการติดเชื้อ อายุที่มากขึ้นและระดับแลคเตตมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น[14] ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

สาเหตุอาจเนื่องจากความรุนแรงของโรคกินเนื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพร่วมด้วย เช่น ลักษณะการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ นับเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม แต่ไม่ควรใช้เป็นตัวบ่งชี้หลักในการคาดการณ์ความรุนแรงของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล วินิจฉัยและการรักษาโรคได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องตามสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละราย[15]

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. พยาบาลสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยใช้เพื่อเป็นแนวทางการประเมินและวางแผนพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีความเสี่ยงสูง

2. บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ในการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงเพื่อให้สามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดโรคในระดับรุนแรงได้รวดเร็วและถูกต้อง

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต**

ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ระยะเวลาถึงรับการผ่าตัด และการตอบสนองต่อการรักษา เพื่อนำไปสู่การจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ รวมถึงขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2569) Vol.9 No.1 (January – April 2026)

## Reference


1. Moet GJ, Jones RN, Biedenbach DJ, Stilwell MG, Fritsche TR. Contemporary causes of skin and soft tissue infections in North America, Latin America, and Europe: report from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (1998–2004). Diagn Microbiol Infect Dis. 2007;57(1):7–13.
2. S. Tavitiya. Necrotizing fasciitis .[Internet]. 2025 June 13 Available from: https://www.pidst.or.th/A766.html
3. Phunlap C. Factors Associated with Death in Patients with Necrotizing Fasciitis at Department of Surgery, Roi Et Hospital. Srinagarind Med J 2021; 36(4):389-400.
4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59:e10–52.
5. Jenkins TC, Knepper BC, McCollister BD, et al. Failure of outpatient antibiotics among patients hospitalized for acute bacterial skin infections: what is the clinical relevance? Am J Emerg Med. 2016;34(6):957–62.
6. Somkhuna S., Phothinakkha R. Effectiveness of the Discharge Planning Program on Knowledge and Self-Care Behavior of Patients with Necrotizing Fasciitis. J Environ Community Health. 2023;9(1):463-71.
7. Intharasukphon K., Clinical Feature of Necrotizing Fasciitis patientsin Phaholpolpayuhasena Hospital. Region 4-5 Medical J.2017;36(3):168-75.
8. Thodphetch M, et al. A comparison of scoring systems for predicting mortality and sepsis in the emergency department patients with a suspected infection. Clin Exp Emerg Med. 2021;8(4):289.
9. Khamnuan P, Chongruksut W, et al. Necrotizing fasciitis: risk factors of mortality. Risk Manag Healthc Policy. 2015;8:1–7.
10. Teeratakulpisarn P. Necrotizing Fasciitis. Srinagarind Med J 2022; 37(3):303-12.
11. Kritnikornkul A.,Fanmoon P.and Jearwattanakanok k. Prediction score for in-hospital mortality among patients with necrotizing fasciitis: derivation and internal validation. J Nakornping Hospital.2023;14(2):342–54.
12. Hakkarainen TW, Kopari NM, Pham TN, Evans HL. Necrotizing soft tissue infections: review and current concepts in treatment, systems of care, and outcomes. Curr Probl Surg. 2014;51(8):344–62.
13. Das DK, Baker MG, Venugopal K. Risk factors, microbiological findings and outcomes of necrotizing fasciitis in New Zealand: a retrospective chart review. BMC Infect Dis. 2012;12:348.
14. Madsen MB, Skrede S, Perner A, et al. Patient's characteristics and outcomes in necrotising soft-tissue infections: results from a Scandinavian, multicentre, prospective cohort study. Intensive Care Med. 2019;45:1241–51.