

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องตลอดจนเอกสารและตำราเพื่อประกอบการศึกษาภายใต้หัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพ
2. ความรู้เกี่ยวกับยาต้านจุลชีพ
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพ (สยมพร ศิรินาวิน, 2539, หน้า 27)

ในระบบยาของประเทศไทย ยาต้านจุลชีพถูกกำหนดเป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ คือเป็นยาที่ต้องอาศัยการพิจารณาจากบุคลากรที่มีความรู้ในการสั่งใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ แพทย์ และ/หรือ เภสัชกร แล้วแต่กรณี

ในประเทศไทย ยาต้านจุลชีพเกือบทุกชนิดสามารถซื้อได้จากร้านขายยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ผู้จำหน่ายยาที่ร้านขายยาจำนวนมากที่ไม่ใช่เภสัชกร ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย การซื้อยาต้านจุลชีพจะทำได้โดยต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ รวมทั้งมีการกำหนดให้ยาต้านจุลชีพบางชนิดสามารถสั่งใช้ได้ ในโรงพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อเท่านั้น ทั้งนี้เพราะถือว่า ยาต้านจุลชีพเป็นยาอันตรายอย่างยิ่งต่อสังคม จากการสร้างปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการยากแก่เภสัชกรจะสามารถติดตามข้อมูลเกี่ยวกับจุลชีพที่เป็นสาเหตุของโรค และพิจารณาถึงเชื้อเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแม้กระทั่งแพทย์ที่ไม่ได้สนใจทางด้านโรคติดเชื้อก็ยังไม่สามารถจะทำได้

สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพปัจจุบันของประเทศไทย มีปัญหาหลายด้าน ได้แก่

1. สถานพยาบาลและจำนวนแพทย์ ไม่เพียงพอกับความต้องการในการรักษาพยาบาลของประชาชน ค่าบริการแพงในส่วนของเอกชน ทำให้ประชาชนจำนวนมากนิยมที่จะรักษาตนเอง โดยการซื้อยาจากร้านขายยา

2. ในโรงพยาบาลจะมีแผนกเภสัชกรรมที่จ่ายยา และแพทย์ในคลินิกเอกชนจะทำหน้าที่ขายยาเอง บทบาทของร้านขายยาที่จะขายยาตามใบสั่งแพทย์จึงไม่มี ประชาชนสามารถซื้อยาด้านจุลชีพได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ และสามารถซื้อได้ง่ายแม้กระทั่งร้านขายของชำตามหมู่บ้าน และร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลา

3. แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถสั่งใช้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมได้ ดังนั้นการกำหนดให้ขายยาด้านจุลชีพตามใบสั่งแพทย์ทุกๆ ไป อาจจะไม่นำไปสู่การใช้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมได้ดีนัก

ความรู้เกี่ยวกับยาด้านจุลชีพ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2538, หน้า121-130)

1. ความหมายของยาด้านจุลชีพ

ยาด้านจุลชีพเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือทำลายเชื้อแบคทีเรีย ในปัจจุบันมียาด้านจุลชีพหลายชนิดที่ถูกค้นพบหรือสังเคราะห์ขึ้นมาสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อและมีประมาณมากกว่า 100 ชนิดที่กำลังจะถูกนำมาใช้ในอนาคตก่อนใกล้ ยาด้านจุลชีพมีความหมายรวมถึงยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) และยาที่สังเคราะห์ขึ้นด้วยขบวนการทางเคมี

ยาปฏิชีวนะเป็นยาหรือสารเคมีที่ได้มาจากเชื้อจุลินทรีย์ เช่น แบคทีเรียหรือราพันธุ์ต่างๆ ซึ่งสารเหล่านี้สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตหรือทำลายเชื้อจุลินทรีย์อื่นๆ บางชนิดได้ ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดอาจมีคุณสมบัติทางเคมี ฟิสิกส์ และเภสัชวิทยาต่างกัน ตัวอย่างของยาเหล่านี้ ได้แก่ เพนนิซิลลิน (Penicillins) เซฟาโลสปอริน (Cephalosporins) เตตราไซคลิน (Tetracyclines) และคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) เป็นต้น

ยาด้านจุลชีพที่ได้มาจากการสังเคราะห์ด้วยขบวนการทางเคมีมีหลายกลุ่ม เช่น ซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamides) ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ควินิน (Quinine) และอีแธมบิวทอล (Ethambutal) เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ไม่จัดว่าเป็นยาปฏิชีวนะ

2. การแบ่งประเภทของยาด้านจุลชีพ

ยาด้านจุลชีพจัดแบ่งเป็นกลุ่มตามขอบเขตการออกฤทธิ์ของยาสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์แคบ (Narrow spectrum) ได้แก่ ยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกทั้งที่เป็นรูปกลมและรูปแท่ง เช่น เพนนิซิลลิน ลินโคมายซิน แวนโคมายซิน เบซิเตรซิน และยาในกลุ่มแมโครไลด์ รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่ง เช่น ยาในกลุ่มอะมิโนกลัยโคไซด์และโพลิมิกซิน

2.2 กลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate spectrum) ได้แก่ ยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบบางชนิด เช่น เซฟาโลสปอรินบางตัว

2.3 กลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้าง (Broad spectrum) ได้แก่ ยาที่มีผลออกฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก รุกปรกวมและแกรมลบรูปแท่ง เช่น แอมพิซิลลิน คาร์เบนซิลลิน เซฟาโลสปอริน เตตราไซคลิน คลอแรมเฟนิคอล และยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์

8. หลักการทั่วไปในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ

ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดโทษน้อยที่สุดควรต้องพิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

3.1 ควรแน่ใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรีย เพราะยาต้านจุลชีพจะไม่มีผลในการรักษาโรคไวรัส สิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียสามารถทำได้โดยการดูจากอาการและสิ่งที่ตรวจพบ เช่น อาการไข้ ตรวจพบคอแดง กล้ำใต้ต่อมน้ำเหลืองโตคดเจ็บ เห็นร่องรอยการอักเสบชัดเจน ซึ่งอาจเป็นในรูปฝีหนอง ปวดอักเสบ หรือปัสสาวะแสบขุ่น นอกจากนี้ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย ๆ ก็มีช่วยในการวินิจฉัย

3.2 ควรทราบเชื้อแบคทีเรียตัวใดเป็นสาเหตุของโรค ซึ่งอาจต้องอาศัยการคาดคะเนจากข้อมูลทางสถิติของเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในอวัยวะใด นอกจากนี้อาจดูว่าในระยะนั้นกำลังมีการระบาดของเชื้อโดยอยู่ หรือนำเอาเสมหะ หนอง ฝี หรือสิ่งอื่นๆที่สามารถหาได้มาข้อมสีเพื่อดูชนิดของเชื้อ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงสมมติฐานของโรคได้มากขึ้น

3.3 พิจารณาเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.3.1 เลือกยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาเชื่อนั้น

3.3.2 พิจารณาคูสมบัติที่สำคัญทางเภสัชวิทยาของยา

ก. การออกฤทธิ์และขอบเขตการออกฤทธิ์ ยากลุ่มที่มีผลในการทำลายเชื้อแบคทีเรียโดยตรงเหมาะที่จะใช้สำหรับโรคติดเชื้อที่รุนแรง นอกจากนี้ควรเลือกใช้ยาที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์แคบที่สุดแต่ได้ผลต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อนั้น การเลือกใช้ยาที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้างอาจทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อนได้

ข. การดูดซึม ยาที่ดูดซึมได้แต่ในทางเดินอาหารและไม่สามารถให้โดยการฉีดได้ เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ส่วนการเลือกใช้ยานี้คิดอาจจำเป็นในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย หรือต้องการระดับยาในเลือดสูง ยาบางกลุ่ม เช่น อะมิโนกลัยโคไซด์จะไม่ถูกดูดซึมจากทางเดินอาหาร ดังนั้นถ้าให้ยาโดยการรับ

ประทานจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินอาหารเท่านั้น ถ้าต้องการรักษาโรคติดเชื้อที่กระจายทั่วร่างกายต้องให้ในรูปของยาฉีด

ก. การกระจาย ควรทราบว่ายาที่เลือกใช้นั้นสามารถซึมผ่านเข้าสู่บริเวณที่มีการติดเชื้อและให้ระดับยาที่สูงพอสำหรับการรักษาหรือไม่ ตำแหน่งของการติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ ในน้ำไขสันหลัง ต่อมลูกหมาก ลูกนัยน์ตา และกระดูก เป็นต้น

ง. การเปลี่ยนแปลงและการขับถ่ายยา ควรทราบว่าตัวใดถูกทำลายที่ตับหรือไต และถูกกำจัดออกจากร่างกายทางใด เพื่อเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อในอวัยวะที่ทำหน้าที่ขับถ่ายยานั้น ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงยาควรทราบว่าถ้ายานั้นถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกายจะได้อนุพันธ์ที่ยังคงมีฤทธิ์ต้านจุลชีพหรือไม่ และถ้ามี มีมากน้อยเพียงใด รวมทั้งต้องคำนึงถึงว่ายาหรืออนุพันธ์นั้นขับถ่ายออกจากอวัยวะที่มีการติดเชื้อในระดับสูงพอที่จะใช้รักษาหรือไม่

จ. ฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์ ถ้ามียาหลายชนิดที่ให้ผลในการรักษาเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ควรเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด

3.3.3 คำนึงถึงสภาพร่างกายและพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น ในเด็กเล็กหรือในผู้สูงอายุประสิทธิภาพของการทำงานของตับหรือไตอาจไม่ดีพอทำให้เกิดอาการพิษจากยาได้ง่ายกว่าปกติ จึงควรพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของตับหรือไตที่ไม่ปกติควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ถูกทำลายให้หมดฤทธิ์เป็นส่วนใหญ่ทางตับหรือไตแล้วแต่กรณี เพราะอาจทำให้เกิดการสะสมของยาจนถึงระดับที่อาจทำให้เกิดพิษได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาการซักประวัติการแพ้ยาเป็นสิ่งที่ควรกระทำ ในกรณีที่ทราบแน่นอนว่าผู้ป่วยแพ้ยาใดควรเขียนบอกให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการรักษาครั้งต่อไป

3.3.4 ควรเลือกใช้ยาด้านจุลชีพเพียงชนิดเดียวในการรักษามากกว่าที่จะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียที่อาจเกิดจากปฏิกิริยาต่อกันของยา แต่ในบางกรณีอาจมีความจำเป็นต้องใช้ยาด้านจุลชีพตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปร่วมกัน เพื่อรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อหลายชนิด เพื่อให้ยาสามารถครอบคลุมได้หมดหรือใช้ในกรณีที่เป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรงและยังไม่ทราบว่าเกิดจากการติดเชื้ออะไร

3.3.5 ควรคำนึงถึงฐานะของผู้ป่วย ถ้ามียาหลายชนิดที่ให้ผลในการรักษาเท่าเทียมกัน มีพิษและอาการไม่พึงประสงค์ใกล้เคียงกัน แต่ราคาแตกต่างกันมากควรคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ายาของผู้ป่วยและเลือกใช้ในราคาที่เหมาะสมกับฐานะ โดยทั่วไปการซื้อยาโดยใช้ชื่อทางเคมีหรือชื่อสามัญเป็นหลักจะได้ราคาถูกกว่าการซื้อโดยอาศัยชื่อการค้า นอกจากนี้

ควรระลึกไว้เสมอว่ายาที่ได้รับการโฆษณามากหรือมีราคาแพงไม่จำเป็นจะต้องมีประสิทธิภาพสูงกว่ายาที่มีราคาต่ำกว่าเสมอไป

3.4 เลือกขนาดวิธีและระยะเวลาในการให้ยาที่เหมาะสม ซึ่งอาจต้องพิจารณาตามควรแก่กรณี โดยอาศัยหลักว่าขนาดยาที่ใช้ควรที่จะกำจัดเชื้อได้มากที่สุดแม้เพิ่มขนาดยาขึ้นไปก็ไม่สามารถกำจัดเชื้อได้มากขึ้น และขนาดยาที่เลือกนั้นต้องไม่ทำให้เกิดอาการพิษหรืออาการไม่พึงประสงค์มากเกินไปนอกจากนี้ต้องมีระยะห่างของการให้ยาแต่ละครั้งที่เหมาะสม เพื่อรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่และสูงพอที่จะออกฤทธิ์ต่อเชื้อเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย โดยทั่วไปการให้ยาด้านจุลชีพควรใช้ติดต่อกันอย่างน้อย 5-7 วัน หรือผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อแล้ว หรือมีการทดลองว่าโรคนั้นอาจรักษาได้ในช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่านี้ การให้ยาด้านจุลชีพไม่ครบตามเวลาที่เหมาะสมจะทำให้รักษาโรคได้ไม่หายขาด อาจมีอาการเกิดขึ้นมาอีกหลังหยุดยา และยังทำให้เชื้อมีโอกาสดื้อยาได้ง่าย ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระยะเวลาในการรักษา และเหตุผลที่ควรรับประทานยาให้หมดแม้ว่าจะไม่มีอาการแสดงของโรคแล้วก็ตาม

4. ปัจจัยที่มีผลให้การให้ยาด้านจุลชีพไม่ได้ผล

เมื่อได้พิจารณาถึงยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมตามหลักการข้างต้นแล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นไม่ควรเปลี่ยนยาใหม่โดยทันที ควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆดังต่อไปนี้ก่อนคือ

4.1 ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามสั่ง ซึ่งอาจทำให้ระดับยาในเลือดไม่สูงพอที่จะมีผลต่อเชื้อแบคทีเรียได้

4.2 การวินิจฉัยโรคอาจไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจติดเชื้อไวรัส ซึ่งการให้ยาด้านจุลชีพจะไม่ให้ผลในการรักษา

4.3 ระยะเวลากว่าที่จะเป็นผลของยา โรคติดเชื้อบางชนิดแม้เชื้อจะไวต่อยาด้านจุลชีพที่เลือกแต่อาจต้องใช้เวลานานกว่าที่อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น

4.4 การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย ในบางกรณีอาจพบว่าการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาจากห้องปฏิบัติการกับการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยไม่เหมือนกันเนื่องจากสาเหตุต่างๆ คือ

4.4.1 มีหนองหรือเนื้อเยื่อที่ตายทำให้ยาด้านจุลชีพไม่สามารถเข้าไปทำลายเชื้อได้

4.4.2 ยาที่ไม่สามารถเข้าไปถึงตำแหน่งที่มีการติดเชื้อได้

4.4.3 ในบางกรณีอาจมีการติดเชื้อมากกว่าหนึ่งชนิด ซึ่งเชื้อที่แยกได้และไวต่อยาอาจเป็นเชื้อที่มีอันตรายน้อยกว่า

4.5 มีการติดเชื้อแทรกซ้อน (Superinfection) การใช้ยาด้านจุลชีพติดต่อกันเป็นเวลานานอาจมีผลทำให้ยาที่เลือกใช้อยู่เดิมไม่ได้ผลในการรักษาขณะเดียวกันยาอาจมีผลทำลายเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่ปกติในร่างกาย (Normal flora) และเปิดโอกาสให้เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรค (Pathogenic bacteria) เจริญขึ้นมาทดแทนอย่างรวดเร็ว

4.6 อาการไข้จากการใช้ยาด้านจุลชีพ เป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อยนัก สังเกตได้จากการที่อาการทั่วไปของผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ยังคงมีไข้อยู่ เมื่อหยุดยาอาการไข้จะลดลงเป็นปกติ

เมื่อพิจารณาอย่างรอบคอบโดยดูจากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้การใช้ยาด้านจุลชีพไม่ได้ผลเท่าที่ควร และเห็นว่าการศึกษาผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นเนื่องจากเชื้อคือตัวยาด้านจุลชีพที่ให้ ควรที่จะเปลี่ยนยาใหม่ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์การเลือกใชยาด้านจุลชีพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

5. อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาด้านจุลชีพ

การใช้ยาด้านจุลชีพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่การใช้ยาผิดขนาด ผิดวิธี ระยะเวลาไม่เหมาะสม เลือกยาไม่ถูกกับเชื้อแบคทีเรียและใช้ยาพร่ำเพรื่อโดยไม่จำเป็น เป็นสาเหตุทำให้เกิดอันตรายได้ดังต่อไปนี้

5.1 เกิดการดื้อยา เชื้อแบคทีเรียโดยทั่วไปมีคุณสมบัติที่จะมีวิวัฒนาการโดยการผ่าเหล่า (Mutation) ให้ตัวเองคือตัวยาด้านจุลชีพได้และยังสามารถถ่ายทอดคุณสมบัติการดื้อยาจากแบคทีเรียตัวหนึ่งไปยังแบคทีเรียอีกตัวหนึ่งที่ยังไวต่อยาอยู่เดิมให้เปลี่ยนเป็นดื้อยาได้ การใช้ยาด้านจุลชีพไม่ถูกต้องจะมีผลให้แบคทีเรียมีอุบัติการณ์ของการผ่าเหล่าบ่อยขึ้น และมีแบคทีเรียที่ไวต่อยาลดลง รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้แบคทีเรียที่ดื้อยาเจริญมาทดแทนได้รวดเร็วขึ้น ดังนั้นผลที่ตามมาจากการดื้อยา คือ ทำให้การใช้ยาด้านจุลชีพไม่ได้ผลมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งสามารถคือตัวยาร่วมกันได้หลายชนิด

5.2 มีโอกาสติดเชื้อแทรกซ้อน โดยเฉพาะเชื้อที่คือตัวยาด้านจุลชีพที่กำลังใช้อยู่ การติดเชื้อแทรกซ้อนนี้มักเกิดจากการใช้ยาด้านจุลชีพที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้างในขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการติดเชื้อรา โดยเฉพาะเชื้อแคนดิดา (Candida) ทำให้ปากและลิ้นเป็นฝ้าขาวและเกิดการอักเสบในทางเดินอาหาร เชื้อราแทรกซ้อนเหล่านี้มักจะหายเองหลังจากหยุดยาด้านจุลชีพ

5.3 การแพ้ยา การใช้ยาด้านจุลชีพอาจทำให้เกิดการแพ้ยาได้ตั้งแต่การแพ้ยาเล็กน้อย เช่น เป็นผื่นแดง คัน เกิดลมพิษ ไปจนถึงการแพ้ยาอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่นการแพ้ยาในกลุ่มเพนิซิลลิน โดยเฉพาะที่ให้โดยวิธีการฉีด

5.4 เกิดพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น การเกิดพิษต่อตับของยาอิริโทรมัยซิน และการเกิดพิษต่อไขกระดูกของยาคลอแรมเฟนิคอล เป็นต้น อาการพิษเหล่านี้นอก

จากจะเกิดกับตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังอาจมีผลต่อทารกในครรภ์หรือทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาที่ได้ยาเหล่านี้ เช่นการเกิดคราบเหลืองที่ฟันของทารกที่มารดาได้รับยาเตตราไซคลิน เป็นต้น

5.5 การขาดวิตามินบางชนิด ยาต้านจุลชีพอาจมีผลต่อแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ที่มีผลต่อการสร้างวิตามินบี วิตามินเค และกรดโฟลิก ทำให้ร่างกายขาดวิตามินเหล่านี้ได้

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่าแม้ยาต้านจุลชีพจะเป็นยาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในประเทศไทย เพราะปัญหาโรคติดเชื้อยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากประการหนึ่งของประเทศ แต่การใช้ยาในกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหามาและได้ก่อให้เกิดอันตรายและความสูญเสียขนาดประการ ทั้งทางด้านเงินทอง สุขภาพ และบางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

1. ความหมาย

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของคนไว้ (Pender, 1982, หน้า 150) การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

2. ชนิดของการดูแลตนเอง

โอเรม ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การดูแลโดยทั่วไป การดูแลตนเองเกี่ยวกับการพัฒนา และการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 1980, หน้า 42 - 46)

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการทำกิจกรรมของการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองในลักษณะนี้มุ่งที่การทำงานผสมผสานกันในร่างกายมนุษย์ เพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตในเรื่องเกี่ยวกับอากาศ น้ำ และอาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่ตามลำพังและการมีส่วนร่วมในสังคม การสังสรรค์ร่วมกับผู้อื่น และการปกป้องอันตราย

2.2 การดูแลตนเองเกี่ยวกับการพัฒนาการต่าง ๆ (Developmental Self-care)

เป็นกิจกรรมที่แยกจากการดูแลตนเองทั่วไป โดยเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของวงจรชีวิตรวมทั้งเหตุการณ์ที่

อาจมีผลกระทบทำให้พัฒนาการนั้นช้าหรือเสียไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการนั้น แบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ

2.2.1 การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตอยู่และส่งเสริมพัฒนาการขั้นต่าง ๆ ทำให้มนุษย์เจริญเติบโตมีวุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ เช่น แบบแผนการตั้งครรถ์ และการคลอด การเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ ในวัยทารก วัยเด็กเล็ก วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยชรา ฯลฯ

2.2.2 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของมนุษย์ รวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การไม่ได้รับการศึกษา การมีปัญหาในการปรับตัวต่อสังคม สุขภาพไม่ดี สูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของหรือทรัพย์สิน สถานภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ความเป็นอยู่ไม่ดี เจ็บหนักหรือป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

2.3 การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือในขณะที่บาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีสุขภาพเบี่ยงเบนไปจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม และป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำรงอยู่ได้อย่างมีปกติสุข กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนสุขภาพนี้ แบ่งออกได้เป็น 6 ประการ

2.3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจและไว้วางใจต่อผู้ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล อันหมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพนั่นเอง ในทันทีที่มีพยาธิสภาพต่างๆ ของร่างกาย ตลอดจนรับทราบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมต่าง ๆ ผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะที่เป็นความต่อเนื่องของพยาธิสภาพ ดังกล่าวนั้น

2.3.2 ตื่นตัว มีความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2.3.3 เอาใจใส่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

2.3.4 ตื่นตัวหรือตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันความไม่สบายหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น

2.3.5 เปลี่ยนแปลงแก้ไขแนวความคิดเกี่ยวกับตนเอง ในด้านสุขภาพ อนามัยและยอมรับแบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ในภาวะของโรค ทั้งด้านการวินิจฉัยโรค และการรักษา จัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้น

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย และแหล่งที่ได้มาของยา

จากรายงานของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) กล่าวว่า การซื้อยารักษาตนเองเป็นข้อสรุปทั่วไปเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของคนไทยส่วนใหญ่ นอกจากนี้การศึกษาทางสังคมวิทยา การแพทย์หลาย ๆ การศึกษา ยืนยันสอดคล้องกันว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยคนไทยส่วนใหญ่โดยเฉพาะชาวชนบทจะมีพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลเป็นขั้นตอน จากแหล่งที่ใกล้ตัวอันได้แก่ ซื้อมากินเองจากร้านขายยา (ร้านชำ) หมอเถื่อน คลินิกหมอที่มีไซแพทย์ (เช่น เจ้าหน้าทีสาธารณสุข) คลินิกแพทย์ ต่อเมื่อไม่หายจึงไปแหล่งที่ไกลตัวมากขึ้น ซึ่งได้แก่ สถานบริการของรัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2533) ซึ่งศึกษาแหล่งที่ให้ข้อมูลและการตัดสินใจในการใช้ยาของประชาชนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าชาวบ้านจะรักษาตนเองโดยซื้อยามาใช้เองก่อน โดยแหล่งที่ได้มาของยาสำหรับชาวบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นร้านขายของชำในหมู่บ้านเช่นเดียวกัน แต่ต่างกันว่าประชาชนอีกส่วนหนึ่งไปใช้บริการที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการเลือกใช้บริการขึ้นอยู่กับระยะทางการเดินทางเข้าออกสะดวกหรือไม่ ระยะเวลาที่ใช้ในการรอการรักษา ความเชื่อถือต่อผู้ทำการตรวจรักษา เป็นต้น สอดคล้องกับแจ่มจิตต์ นิสามณีพงษ์ (2540) ได้ศึกษาการใช้ยาของชาวประมงตำบลเสมสาร อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับยาจากร้านขายยา ยกเว้นยาปฏิชีวนะ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากคลินิก มีการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยจากแหล่งบริการสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ไปใช้บริการจากร้านขายยาเป็นอันดับแรก เพราะระยะทางใกล้ อันดับสองคือคลินิก เพราะระยะทางใกล้และบริการดี และอันดับสามไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการป่วยรุนแรงเท่านั้น แต่การศึกษาของจรูญ ยามะสาร (2538) ได้ศึกษาการใช้ยาของประชาชนบ้านห้วยน้ำดัง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเมื่อประชาชนเจ็บป่วยจะเลือกใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 93.5 ซื้อมารับประทานเองร้อยละ 85.2 สำหรับเหตุผลที่ไปซื้อยาที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชนเพราะมีความสะดวก โดยอยู่ใกล้ชุมชน ประชาชนเชื่อถือในความสามารถของเจ้าหน้าที่ มียาครอบคลุมในการรักษาโรค ไม่ต้องชำระเงิน ส่วนเหตุผลที่

ไปซื้อยาที่ร้านขายของชำเพราะใกล้บ้านไม่ต้องเสียเวลา สถานบริการสาธารณสุขชุมชนไม่มียาที่ต้องการ พนักงานสาธารณสุขชุมชนไม่อยู่ขณะไปรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับบุญศรี เถาทักดี และมยุรี กล้าณรงค์ (2539) ซึ่งสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาของประชาชน ในเขตสาธารณสุขที่ 4 จำนวน 7 จังหวัด พบว่าเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการใช้ยา ส่วนใหญ่จะไปรับยาจากสถานีอนามัยร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ คลินิก โรงพยาบาล ร้านขายยา และร้านขายของชำ ร้อยละ 23.1, 21.7, 14.2 และ 4.9 ตามลำดับ และ บรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ (2540) ได้สำรวจสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย พบว่าแหล่งรับยาที่ประชาชนให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกได้แก่ สถานีอนามัยร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ ร้านขายยาร้อยละ 19.3 และโรงพยาบาลร้อยละ 15.1 และสอดคล้องกับสมใจ ยิ่งศักดิ์มงคล และสัญชัย โปไพศาล (2530) ศึกษาการรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชนในชุมชนแออัด พบว่าชุมชนแออัดไปพบบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 41.26 แบ่งเป็นพบแพทย์และเภสัชกรร้อยละ 25.64 และ 15.62 ตามลำดับ ส่วนที่เหลือพบผู้ขายยาทั่วไปร้อยละ 23.1 ปล่อยให้หายเองร้อยละ 13.77 และระบุซื้อยาเองร้อยละ 20.5 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นยาที่มีการโฆษณามาก และเป็นยาที่ใช้ตามคำบอกเล่า

2. แหล่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา และการตัดสินใจในการใช้ยา

สุพัตรา ชาศติบัญชาชัย และคณะ (2533) ได้ศึกษาแหล่งที่ให้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้ยาของประชาชนพบว่า สื่อบุคคลได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติ เป็นแหล่งแนะนำใกล้ชิดที่มีผลต่อการตัดสินใจสูงมาก ส่วนการรับรู้ในเรื่องอันตรายหรือข้อพึงระวังต่าง ๆ จากการใช้ยาแทบกล่าวได้ว่าผู้บริโภคไม่ได้รับข้อมูลจากแหล่งดังกล่าวเลย และการศึกษาของจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี และคณะ (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดชนิดของของผู้ใช้แรงงานในชนบทและชุมชนแออัด พบว่าในชุมชนฟ้าใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และหมู่บ้านน้ำโทก อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ชาวบ้านมีวิธีคิดแยกแยะเหตุผลใช้ยา โดยประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาจากประสบการณ์ของยา การได้คำแนะนำ และได้เห็นแบบอย่างจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และความสะดวกในการซื้อ หาซื้อง่าย ราคาถูก ผู้ขายเป็นผู้แนะนำในการใช้ยา คล้ายคลึงกับวินัย สีนประเสริฐ (2531) ได้ทำการศึกษาที่ห้องปฏิบัติการชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าการตัดสินใจของประชาชนในการที่จะซื้อยาเพื่อรักษาตนเอง อาศัยพื้นฐานจากประสบการณ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่เคยรู้จักมาก่อน จากคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และมิตรสหาย แต่มีส่วนที่เพิ่มเติมคือ จากคำโฆษณาของห้างร้าน บริษัทต่าง ๆ ดังนั้นการใช้ยาก็มีโอกาสทั้งที่ใช่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ประเสริฐ กิตติประภัสร์ (2535) ได้ศึกษาการซื้อยาในร้านขายของชำหมู่บ้านร่มเย็น อำเภอสันทราย

จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสรรพคุณยาส่วนมากมาจากข้อมูลข่าวสารที่กระจายอยู่ในหมู่บ้าน โดยการบอกเล่าต่อ ๆ กันมา พบว่าชาวบ้านนิยมที่จะตัดสินใจใช้ยาที่มีสรรพคุณตรงกับความต้องการในขณะนั้น โดยต้องการได้ผลดีหายเร็ว ไม่ได้คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยานั้น อาศัยความสะดวกสบายเสียค่าใช้จ่ายน้อยในการซื้อยามารักษาตนเองจากร้านขายของชำ ส่วนการศึกษาของจรรยา ยณะสาร (2538) พบว่าประชาชนได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก ร้อยละ 34.1 เจ้าของร้านขายของชำ ร้อยละ 30.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 13.4 ตามจากคนอ่านหนังสือร้อยละ 12.2 และแจ่มจิตต์ นิสามณีพงษ์ (2540) ซึ่งศึกษาการใช้ยาของชาวประมง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจใช้ยาด้วยตนเอง โดยได้รับการแนะนำวิธีการใช้ยาจากคนขายยา เกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่าแหล่งข่าวที่ได้รับส่วนใหญ่จากโทรทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของลูกเรือประมง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบการใช้สื่อต่าง ๆ ขณะที่พักบนบกคือโทรทัศน์ร้อยละ 44 เครื่องรับวิทยุ ร้อยละ 29 และไม่มีสื่อชนิดใดเลยร้อยละ 27 แต่การศึกษาของบรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ (2540) พบว่าประชาชนมีวิธีการตัดสินใจซื้อยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยปรึกษานักสาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ ตัดสินใจเองร้อยละ 29.0 และปรึกษาคณขายร้อยละ 14.9

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยา

จากการศึกษาของบรรพต ดันธีรวงศ์ และคณะ (2540) พบว่ากลุ่มประชากรที่มีการศึกษาน้อย กลุ่มที่มีรายได้น้อย และกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร/ประมง/กรรมกร/อื่น ๆ มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจซื้อยาด้วยตนเองมาก และมีแนวโน้มไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา และการศึกษาของปรีดา ดีสุวรรณ และสมควร รัตนสะอาด (2533) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน จากชุมชนทุกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแพร่ พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องยาน้อย และพบว่าปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคือ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมคือ โรคหรืออาการที่ใช้รักษาตนเอง (ปวดข้อและกล้ามเนื้อ) ผู้ให้คำแนะนำ (สื่อโฆษณา) แหล่งข้อมูลคำแนะนำ (ผู้ขายยา) แหล่งซื้อยา (ร้านขายของชำ) รูปแบบยาที่ใช้ (ยาผงบรรจุซอง) จำนวนขนานยาที่ใช้ (ใช้ยามากกว่า 3 ขนาน) ลักษณะของการจัดยาที่ใช้ (จัดแบบยาชุด) จำนวนวันที่ใช้ (ใช้ยาคิดต่อกันเป็นเวลานานๆ และใช้มากกว่า 5 วันขึ้นไป) ความรู้เรื่องยา (ความรู้เรื่องยาน้อย)

4. การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพ

บุปผา ศิริรัศมี (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลางหรือต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้ในเรื่องอันตรายของยาปฏิชีวนะ การทิ้งช่วงระหว่างการรับประทานยาปฏิชีวนะกับมื้ออาหาร การดื้อยา และวิธีการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงบรรจุขวดสำหรับเด็ก ในส่วนของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น คือยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำในหมู่บ้านหรือเอายาเก่าไปเทียบ การใช้ยาปฏิชีวนะชนิดผงบรรจุขวดสำหรับเด็ก การทิ้งช่วงระหว่างการรับประทานยาปฏิชีวนะกับมื้ออาหารน้อยไป การรับประทานยาปฏิชีวนะไม่ครบขนาด การเก็บรักษายาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง ขาดการสังเกตยาหมดอายุ และการปฏิบัติเมื่อแพ้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และอายุ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูง และอายุน้อย จะมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะดีกว่าผู้ที่มีลักษณะตรงกันข้าม สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะจากแหล่งที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมาก มีการศึกษาสูง และมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีลักษณะตรงกันข้าม

สุจันทร์ ขันดี (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะในชุมชนกิ่งเมือง กิ่งชนบท พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้ความตระหนักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะ ปัจจัยเสริมด้านบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิด จากทุกแหล่งที่ได้รับยา ส่วนปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสารความปลอดภัยในการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะทั่วไป โดยการซื้อจากร้านขายยา ร้านขายของชำ พฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะโดยการซื้อจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำ และโดยการรับจากสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเลือกซื้อยาและใช้ยาถูกต้องบางครั้ง

สุพัตรา ชาติบัญญัติ และคณะ (2533) ได้ศึกษาแหล่งที่ให้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้ยาของประชาชน โดยในส่วนของพฤติกรรมในการใช้ยารักษาอาการติดเชื้อ พบว่ายารักษาอาการติดเชื้อเป็นกลุ่มยาที่มีความสับสนในด้านสรรพคุณอย่างมาก ตลอดทั้งขนาดของยาและจำนวนครั้งของยาที่ได้รับก็ไม่เหมาะสมในเชิงวิชาการ นอกจากนี้ก็มี การปรับวิธีการให้ยา เช่น เอายาฉีดมารับประทาน เอายารับประทานมาโรยแผล เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้ยากลับไปในวัตถุ

ประสงค์เพื่อแก้ไข และเป็นยาเสริมร่วมกับการรักษาอาการอื่นๆ เช่น อาการปวดท้องน้อย โรคทาง
ทุม

สรุปแนวคิดในการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประชาชนยังขาดความรู้ในการใช้ยา มีการใช้ยาที่
ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงอันตรายจากการใช้ยา และยังอาจเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ดัง
นั้นจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาถึงการใช้ยาต้านจุลชีพ ในหมู่บ้านซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในการดู
แลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ผู้เขียนจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา
ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

