

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน
ในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว
จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กันยายน 2566

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน
ในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว
จังหวัดเชียงใหม่



การค้นคว้าอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กันยายน 2566

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน
ในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว
จังหวัดเชียงใหม่

วนีย์ ศรีวิชัย

การค้นคว้าอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

..... อาจารย์ ราชะนาคร ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.ภญ.อาจารย์ ราชะนาคร)

..... วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพา ชาญวิกรัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์)

..... วรางคณา นาคเสน กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์)

21 กันยายน 2566

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จเป็นอย่างสูงจาก ผศ.ดร.วรางคณา นาคเสน และ ผศ.ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ที่ได้ช่วยเหลือให้คำปรึกษาและแนะนำตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง จนการค้นคว้าอิสระนี้ได้สำเร็จ สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ด้านวิชาการ คำแนะนำ ตลอดจนความช่วยเหลือเพื่อให้การค้นคว้าแบบอิสระนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ นายพลพัฒน์ ไชยคำหล้า เจ้าหน้าที่ประจำคณะสาธารณสุขที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวที่สนับสนุน ส่งเสริม และให้กำลังใจกันตลอดมาโดยตลอด และขอขอบคุณในความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อของพี่น้อง และเพื่อนๆ ทุกคน

ท้ายที่สุดนี้ ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การค้นคว้าอิสระนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วนิช ศรีวิชัย
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

หัวข้อการค้นคว้าอิสระ

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ
ประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว
จังหวัดเชียงใหม่

ผู้เขียน

นางสาววนีย์ ศรีวิชัย

ปริญญา

สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ผศ.ดร.วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
ผศ.ดร.จักรกฤษณ์ วัชรานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัย แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 250 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 โดยการใช้แบบสอบถามที่ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 แบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson formula 20 , KR-20) เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความสัมพันธ์ ของความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's exact test)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 11.28$, S.D. = 2.26) ระดับทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะภาพรวมอยู่ในระดับสมเหตุผลปานกลาง ($\bar{x} = 2.23$, S.D. = 0.42) ระดับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะภาพรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ

พอใช้ ($\bar{x} = 2.75$, S.D. = 1.01) และความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ

ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับบุคคล และระดับชุมชน ที่เหมาะสมต่อพื้นที่ของตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ , ทัศนคติ , พฤติกรรมการ , การใช้ยาปฏิชีวนะ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Independent Study Title Knowledge, Attitudes and Behaviors Regarding Antibiotics Use
Among Residents in Mueang Ngai Subdistrict, Chiang Dao
District, Chiang Mai Province

Author Ms.Wanee Sreewichai

Degree Master of Public Health

Advisory Committee Asst. Prof. Dr. Warangkana Naksen Advisor
Asst. Prof. Dr. Jukkrit Wungrath Co-advisor

ABSTRACT

This cross-sectional study applied the concept of the knowledge-attitude-practice model (KAP) to study the levels of knowledge, attitudes, and behaviors regarding antibiotic use and their associations among residents in Mueang Ngai Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. The study subjects were 250 residents in the district. All subjects were aged 20 years and older and resided in Muang Ngai Sub-district during June 2022. The questionnaire used in this study was developed by the researcher based on a literature review. The content validity index (CVI) of the questionnaire was 1.0, which was acceptable. The Cronbach's alpha coefficients of attitude and knowledge questionnaires' reliability were 0.84 and 0.87. Kuder-Richardson formula 20 (KR-20) of knowledge questionnaires' reliability was 0.87. Data were reported using descriptive statistics, including frequencies, percents, means, and standard deviations. The relationships among knowledge, attitudes, and behavior levels were tested using Chi-square and Fisher's exact tests.

The scores and levels of KAP showed that the subjects had a low level of knowledge ($\bar{x}=3.2$, S.D. = 2.26), a moderate level of attitude ($\bar{x}=2.23$, S.D. = 0.42), and a moderate level of behaviors ($\bar{x} = 2.75$, S.D. = 1.01). Significant associations between knowledge and behavior ($p<0.05$) and attitude and behavior ($p<0.05$) were found, while there was no association between knowledge and attitude ($p =0.053$).

The results of this study can be used to develop a system for appropriate monitoring of antibiotic use at the individual and community levels for Mueang Ngai Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province, and areas with similar contexts.

Key word: knowledge , Attitude , Behaviors , Antibiotic drugs used



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
ABSTRACT	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 ขาปฎิชีวนะ	6
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้	13
2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับทัศนคติ	14
2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม	19
2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม (KAP)	21
2.6 บริบทและสถานการณ์การใช้ขาปฎิชีวนะของพื้นที่วิจัย	22
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	27
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	28
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30

3.3	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	33
3.4	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	34
3.5	การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูล	35
3.7	สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินวิจัยและรวบรวม	35
บทที่ 4	ผลการศึกษา	36
4.1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	36
4.2	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	42
4.3	ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	44
4.4	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	47
4.5	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม	50
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
5.1	สรุปผลการศึกษาอภิปรายผลการศึกษา	53
5.2	อภิปรายผลการศึกษา	55
5.3	ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้	57
5.4	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	58
เอกสารอ้างอิง		59
ภาคผนวก		65
ภาคผนวก ก	เอกสารรับรองโครงการวิจัย	66
ภาคผนวก ข	เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	67
ภาคผนวก ค	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	71
ภาคผนวก ง	ตารางแสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมาย	83
ภาคผนวก จ	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	84
ประวัติผู้เขียน		85

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 3.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยให้การสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random Sampling)	29
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไป	37
ตารางที่ 4.2	ข้อมูลอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการรักษาพยาบาล	38
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข การให้คำปรึกษา	39
ตารางที่ 4.4	ข้อมูลการรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการ การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา	41
ตารางที่ 4.5	ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	42
ตารางที่ 4.6	ข้อมูลจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะรายข้อ	44
ตารางที่ 4.7	ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ	44
ตารางที่ 4.8	ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ	46
ตารางที่ 4.9	ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	47
ตารางที่ 4.10	ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	50
ตารางที่ 4.11	ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง	50
ตารางที่ 4.12	ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง	51
ตารางที่ 4.13	ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง	51

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆในแบบจำลอง KAP	22
ภาพที่ 2	แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ต่อการใช้ยา ปฏิชีวนะ	27



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial medicine) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อการฆ่าเชื้อจุลชีพต่างๆ เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส โดยเฉพาะยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ต่อการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ที่เรียกว่ายาปฏิชีวนะ (Antibiotic drug) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากใช้เพื่อป้องกันและรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้การเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรียลดลง และมีความสำคัญอย่างมากต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากการทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ และการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ จำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ยาปฏิชีวนะยังถูกใช้ในการรักษาโรคในทางสัตวแพทย์และการเกษตร เช่น การปศุสัตว์ การประมง การเพาะปลูก (นพคุณ ธรรมรัชชอริและคณะ, 2565) ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปไม่เพียงแต่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอีกด้วย (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ, 2558)

ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดมีการออกฤทธิ์และวิธีการใช้ยาที่แตกต่างกันออกไป หากมีการใช้ยากลุ่มนี้ไม่ถูกต้องก็จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และยังก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ ทั้งนี้อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้องนั้นมีหลายระดับ เช่น ทำให้โลหิตจาง ตับถูกทำลาย การทำงานของตับเสียไป ไตวาย จนทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง ยังนำไปสู่การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียซึ่งจะทำให้การรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียมากขึ้น จำเป็นต้องใช้ยาที่มีฤทธิ์แรงขึ้นและใช้เวลาในการรักษาที่นานขึ้นกว่าเดิม จึงส่งผลให้มูลค่าการรักษาที่ตามมาเพิ่มขึ้นเช่นกัน (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era) ที่การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (World Health Organization ,2002)

สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมักหายามาบริโภคเองก่อนไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อป่วยด้วยอาการผิดปกติที่ระบบทางเดินหายใจ เช่น เจ็บคอ ไอ มีเสมหะ ฯลฯ และระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย มีการใช้ยา

ปฏิบัติวนะ โดยไม่จำเป็นหรือใช้ยาไม่ครบขนาด ซึ่งก่อให้เกิดการดื้อยา โดยเฉพาะในยาต้านจุลชีพและยาปฏิชีวนะ จนนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว แบคทีเรียดื้อยาเกือบทุกชนิดเพิ่มขึ้นพร้อมกัน โรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้เพิ่มมากขึ้น และยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผลกลับใช้ไม่ได้ผลในปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย, 2560) ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 (อีก 34 ปีข้างหน้า) คาดว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ส่วนประเทศในทวีปเอเชียมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน (World Health Organization, 2002) ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย พบว่าแต่ละปีมีคนไทยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะประมาณ 90,000 คน ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3 ล้านคน คนไทยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะประมาณ 30,000 คน มูลค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะประมาณ 6,000 ล้านบาท และความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมประมาณ 40,000 ล้านบาท (วิญญู ธรรมลิขิตกุล, 2557)

ปัจจุบันพบการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็น เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการใช้ยา และไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของมนุษย์ ที่นับเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกมาอย่างยาวนาน โดยพบว่าผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาและผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถหายที่รับมาจากผู้สั่งใช้ยา (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, 2556) การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน นับเป็นปัญหาที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาปฏิชีวนะ ในต่างจังหวัด พบว่า ประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัด ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ประมาณร้อยละ 40-60 และในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 70-80 ส่วนการใช้ยาในโรงพยาบาล พบว่า ภาวะที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 20 ของภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) ในระดับชุมชนพบร้านชำจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่าย ร้อยละ 67.77 พบยาที่ห้ามจำหน่ายตามกฎหมาย จำนวน 242 รายการ ส่วนใหญ่เป็น ยาบรรเทาหวัด ร้อยละ 29.75, ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 21.90 และยาแก้ปวด ร้อยละ 18.60 ซึ่งแหล่งที่มาของยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำส่วนใหญ่มาจากร้านยา ร้อยละ 84.71, ร้านชำ ร้อยละ 9.09, รถเร่ ร้อยละ 2.07 (สิริลักษณ์ รื่นรวย และสุรศักดิ์ เสากแก้ว, 2559) และจากข้อมูลการสำรวจร้านชำประจำปี 2564 ของ รพ.สต.บ้านเมืองงาย ยังคงพบการจำหน่ายยาที่ห้ามจำหน่ายตามกฎหมาย จำนวน 3 รายการ ได้แก่ ยาแก้ปวดลดการอักเสบ ร้อยละ 15.22 , ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 12.15 และยาบรรเทาหวัด ร้อยละ 10.05 จากข้อมูลสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการสามารถได้รับยาปฏิชีวนะได้หลายช่องทางซึ่งมีจำหน่ายในร้านชำและกองทุนยาหมู่บ้าน ดังนั้นการเข้าถึงและการใช้ยาปฏิชีวนะ ในระดับชุมชน หากไม่ได้มีมาตรการในการวางแผนแก้ไข ปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาที่เกิดจากใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จึงเกิดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 จึงมีการกำหนดวิสัยทัศน์ คือ การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยาลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2564 ไว้ 5 ประการ คือ การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50 การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล (แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย, 2560) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) เป็นนโยบายในระดับประเทศและกำหนดให้มีตัวชี้วัดคุณภาพด้านการสั่งใช้และกระจายยา ในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมคำสั่งยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยครอบคลุมการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่ม โรค ได้แก่ หวัดเจ็บคอ (upper respiratory tract infection) , อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea) , แผลสด (fresh trauma wound) , และคลอดปกติ (normal labor) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในส่วนของโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) ได้เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2550 โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนความจำเป็นใน 3 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน (เช่น ไข้หวัด น้ำมูก เจ็บคอ) โรคระบบทางเดินอาหาร (เช่น ท้องร่วง ถ่ายเหลว) และแผลสด (จุดสาร HIATP, 2552)

จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ที่ผ่านมาพบว่า ประเทศไทยมีการใช้ยาต้านจุลชีพ ลดลงร้อยละ 15 โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอัตราการสั่งใช้ ยาปฏิชีวนะลดลงในกลุ่มโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้ เช่น หวัด และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน(แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย, 2564) หลังจากมีการกำหนดมาตรการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่ได้ถ่ายทอดมาสู่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารณสุขเฝ้าระวังการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร โดยเป้าหมายการจ่ายยาปฏิชีวนะให้น้อยกว่าร้อยละ 20 (โครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล, 2558) ในปี 2561 พบข้อมูลการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทางเดินอาหาร พบมีการจ่ายยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 7.91 และ ร้อยละ 7.83 โดยในปี 2560 ข้อมูลการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทางเดินอาหาร พบมีการจ่ายยาปฏิชีวนะถึงร้อยละ 26.78 และ ร้อยละ 50.57 (Health Data Center Version1.5.4)

จากปัญหาที่ตามมาของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล จนเกิดปัญหาในระดับโลก ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนางานเพื่อจะแก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับชุมชนตำบลเมืองงาย โดยศึกษาถึง ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ต่อการใช้

ยาปฏิชีวนะของประชาชนตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยจะนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลของประชาชนต่อไป

1.2. นิยามศัพท์เฉพาะ (Operational definition)

ยาปฏิชีวนะ หมายถึง สิ่งที่ใช้แก้หรือป้องกันโรค โดยสกัดจากผลผลิตของเชื้อจุลินทรีย์ ใช้ฆ่าหรือยับยั้งการแพร่พันธุ์ของแบคทีเรีย (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554)

ความรู้ หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญา ความเข้าใจในการบอกหรืออธิบายเรื่องเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้แก่ รู้จักชื่อยา ประโยชน์ วิธีใช้ วิธีเก็บรักษา อันตรายของการหดรอายุของยา ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยการใช้แบบทดสอบความรู้ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อที่มีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและเหมาะสม การหาซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้ด้วยตนเอง โรคที่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา โดยใช้แบบประเมินทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยการใช้แบบประเมินทัศนคติที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย

พฤติกรรม คือ การแสดงออกต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงวิธีการที่ได้มา เพื่อบรรเทาอาการรักษาหรือป้องกันโรคตามแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากการซื้อในร้านขายยา ร้านค้า หรือ ได้รับจากบุคคลอื่น ได้แก่ การบริหารยา ความสม่ำเสมอของการใช้ยา การตรวจสอบวิธีใช้ยา ก่อนใช้ การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเก็บรักษา การตรวจสอบวันหมดอายุ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุ และการปฏิบัติเมื่อพบยาเสื่อมสภาพ ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย

1.3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัย แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เข้ามาใช้ในการศึกษาถึง ความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเรื่องยาปฏิชีวนะ วิธีการใช้ ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมต่อการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัวในปัจจุบัน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และศึกษาความสัมพันธ์ ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 250 คน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้เวลาในการศึกษาในเดือน เมษายน 2565 - มิถุนายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 เดือน

1.5 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

หลังจากสำรวจระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และ ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในตำบลเมืองงายแล้ว สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม สร้างความรู้ ความเข้าใจ และแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมของประชาชนในตำบลเมืองงาย และนำรูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกัน และแก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง พร้อมหาแนวทางในการส่งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองฉาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ยาปฏิชีวนะ
- 2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับทักษะ
- 2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
- 2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม (KAP)
- 2.6 บริบทและสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของพื้นที่วิจัย
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ยาปฏิชีวนะ

2.1.1 ความหมายของยาปฏิชีวนะ

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) คือยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ทั้งที่ได้จากสิ่งมีชีวิตหรือจากการสังเคราะห์ โดยมีชื่อที่ใช้เรียกแทนกันได้คือยามาเชื้อแบคทีเรีย และยาต้านแบคทีเรีย (แผนยุทธศาสตร์การจัดการการคือยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2564)

ยาปฏิชีวนะมีหลายกลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มยาปฏิชีวนะที่พบการใช้ได้มากในชุมชน มีดังนี้

1. Penicillins เป็นยาปฏิชีวนะที่ได้จากเชื้อราชนิดหนึ่ง ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิดที่รู้จักกันทั่วไป ตัวอย่างเช่น Amoxicillin, Ampicillin, Cloxacillin, Dicloxacillin, Penicillin-G และ Penicillins-V เป็นต้น ยากลุ่มนี้มักพบการแพ้ยา โดยเฉพาะในการใช้ยาฉีด Penicillin-G ใช้ได้ผลดีกับโรคติดเชื้อบางชนิด เช่น โรคติดเชื้อที่ผิวหนัง โรคเจ็บคอ หนองใน ปอดบวม บาดทะยัก ฯลฯ อาการแพ้ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลมพิษ ผื่นคัน ตามตัว แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หอบ ใจสั่น หน้ามืด บาง

คนอาจเกิดอาการช็อกได้ส่วน Penicillins-V ใช้รักษาโรคติดเชื้อเช่นเดียวกันแต่เป็นยาชนิดรับประทานเพราะมีความคงตัวที่มากกว่า

2. Erythromycin เป็นยาปฏิชีวนะใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคคออักเสบ ไอกรน และใช้แทน Penicillins ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Penicillins เมื่อกินยาในกลุ่มนี้อาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดิน และการใช้ยานี้ในรูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อติดต่อกัน 10-20 วัน อาจทำให้ตับอักเสบได้

3. Tetracycline เป็นยาปฏิชีวนะที่ใช้ได้ผลดีกับ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น โรคปอดบวมในผู้ใหญ่ อหิวาต์ บาดแผลหรือฝี ที่ผิวหนัง ริดสีดวงตา ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้เช่น Tetracycline, Doxycycline, Minocycline เป็นต้น อาการข้างเคียงจากยา คือ อาจเป็นผื่นคันและทำให้เกิดอาการทางผิวหนังได้ง่ายเวลาถูกแสงแดดคลื่นไส้ อาเจียน ยานี้ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงมีครรภ์ และคนที่ เป็นโรคตับ Tetracycline ที่หมดอายุห้ามใช้เด็ดขาดเพราะเป็นอันตรายต่อไต (เกษมชัย บุญเป็ง, 2558)

สำหรับรายการยาปฏิชีวนะที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ได้ส่งจำหน่ายให้กับผู้รับบริการ มีดังต่อไปนี้

- Amoxicillin 500 mg.
- Erythromycin syrup.
- Dicloxacillin 250 mg.
- Amoxicillin Dry Syr 250 mg.
- Dicloxacillin Dry Syr 250 mg.
- Norfloxacin 400 mg.

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เป็นกลุ่มย่อยของยาอีกกลุ่มหนึ่งในกลุ่มยาค้านจุลชีพ (Antimicrobial drugs) ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยอาจออกฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง ยาปฏิชีวนะบางชนิดอาจมีคุณสมบัติเป็นมีคุณสมบัติเป็นสารต้านไวรัสได้ เช่น เมโทรนิดาโซล ทั้งนี้ ยาปฏิชีวนะไม่มีฤทธิ์ในการต้านไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น ไข้หวัด หรือ ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น โดยยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อไวรัสจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาค้านไวรัส ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยอีกกลุ่มหนึ่งของยาค้านจุลชีพ

2.1.2 ประวัติ

เมื่อปี ค.ศ.1928 Sir Alexander Fleming เป็นผู้ค้นพบยาเพนนิซิลลิน ที่โรงพยาบาลเซนต์แมรี กรุงลอนดอน ที่ได้ช่วยชีวิตผู้คนจำนวนมากจากโรคติดเชื้อ Streptococcus, Staphylococcus, ไข้กาฬหลังแอ่น คออักเสบ ซิฟิลิส ฯลฯ โดย Fleming ได้ค้นพบราที่ชื่อ Penicillium notatum บนจานเลี้ยงเชื้อ

Staphylococcus โดยบังเอิญ หลังกลับจากพักร้อนยาว โดยสังเกตว่าบริเวณที่มีราขึ้น เชื้อ Staphylococcus จะไม่ขึ้น จึงนำไปสู่การค้นหายาต้านเชื้อรา การหมักเพาะเชื้อรา และสกัดสารออกฤทธิ์โดยนักวิทยาศาสตร์ที่ออกซ์ฟอร์ดใน ประเทศอังกฤษ โดยใช้เวลาราว 17 ปีในการวิจัยทางคลินิก นำไปสู่การผลิตเชิงอุตสาหกรรมที่สหรัฐอเมริกา (วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) การใช้ยาปฏิชีวนะ พบหลักฐานว่ามีการใช้ยาเตตราไซคลินในมนุษย์โบราณ ตั้งแต่ ค.ศ. 350-550 ที่ประเทศชูดานและอียิปต์ โดยคาดการณ์ว่ามีการใช้ยาเตตราไซคลินในอาหารทำให้พบโรคติดเชื้อระดับต่ำในชูดานและไม่พบการติดเชื้อในกระดูกมนุษย์ที่ใช้เตตราไซคลิน ส่วนยาปฏิชีวนะอื่นไม่พบร่องรอยการใช้แต่ยังพบการใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ดินสีแดงในจอร์แดนที่ใช้รักษาการติดเชื้อที่ผิวหนัง พบว่าดินเป็นแหล่งของยาปฏิชีวนะหลายชนิด เช่น actinomycete bacteria ที่พบในดิน ใช้ผลิตยา actinomycin หลายชนิด และช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1950 ถึง ค.ศ. 1970 ถือเป็นยุคทองของการค้นพบยาปฏิชีวนะจากดิน

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงต้นทศวรรษ 1940 มีการติดเชื้อจากแบคทีเรียจากการบาดเจ็บ ถูกรักษาโดยใช้ซัลโฟนาไมด์ ซึ่งมีประสิทธิภาพรักษาค่อนข้างดี แต่บางภาวะ ใช้ไม่ได้ในกรณีติดเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่า โคลอกคัส จึงมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนายาตัวใหม่ซึ่งทำงานบนหลักการที่ว่า จุลินทรีย์บางชนิดอาจฆ่าจุลินทรีย์ชนิดอื่นได้ ในปี 1939 ศาสตราจารย์วิลเลียม ฟลอรี และแอร์เนสต์ เชน จากสถาบันพยาธิวิทยาออกซ์ฟอร์ด เริ่มทำการสำรวจสิ่งมีชีวิตที่มีคุณสมบัติต่อต้านแบคทีเรียในสารอินทรีย์ รวมทั้งเพนนิซิลลิน โนทาตัม ที่ Fleming ได้ทำการบันทึกไว้เมื่อ 10 ปีก่อนหน้า จากการสังเกตว่าทหารจำนวนมากเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่บาดแผล และเห็นว่ายาฆ่าเชื้อโรคได้ฆ่าระบบป้องกันตามธรรมชาติของมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าที่จะฆ่าแบคทีเรีย (2562:ออนไลน์)

2.1.3 การดื้อยาของเชื้อโรค (Antimicrobial resistance: AMR)

องค์การอนามัยโลก (2018) ให้นิยามคำว่า “การดื้อยาของเชื้อโรค” หรือ “Antimicrobial resistance (AMR)” หมายถึง การดื้อของเชื้อจุลินทรีย์ที่มีต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเคยได้ผลดีในการรักษาโรคติดเชื้อชนิดนั้นและนิยมเรียกเชื้อโรคที่ดื้อยาเหล่านี้ว่า “Superbug” วิตน์ ทองรอด.(2561)

วิษณุ ธรรมลิขิตกุล(2556) ได้ให้ความหมายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะ หมายถึง เชื้อแบคทีเรียที่เคยไวต่อยาปฏิชีวนะขนานหนึ่ง แต่กลับดื้อต่อยาขนานดังกล่าวในเวลาต่อมา ทำให้ยาขนานนั้นไม่สามารถรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดนั้นได้ผลดีอีกต่อไป จึงต้องเปลี่ยนเป็นยาขนานอื่น หากเชื้อแบคทีเรียจำนวนมากดื้อยาปฏิชีวนะหลายๆขนาน หรือคือทุกขนาน จะไม่สามารถใช้ยาที่มีรักษาได้ ปัจจัยที่ทำให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะคือ แบคทีเรียเคยสัมผัสกับยาปฏิชีวนะ โดยมีหลายปัจจัยดังนี้

1. คนได้รับยาปฏิชีวนะโดยมีข้อบ่งชี้ เช่น ได้รับยาปฏิชีวนะจากการรักษาอาการป่วย เมื่อหายป่วยแต่ยาปฏิชีวนะยังมีผลต่อแบคทีเรียอื่นๆในร่างกาย ทำให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและเพิ่มจำนวน
2. คนที่ได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เช่น ใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัด ทำให้แบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในร่างกาย สัมผัสยาปฏิชีวนะ เชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อยาจะตาย แต่เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาจะเพิ่มจำนวนขึ้น
3. สัตว์อาหาร สัตว์บก สัตว์น้ำ ได้รับยาปฏิชีวนะ เช่น ใช้ในการเร่งการเจริญเติบโต เชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อยาจะตาย แต่เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาจะเพิ่มจำนวนขึ้นและตกค้างในสิ่งแวดล้อม
4. คนรับประทานอาหารที่มียาปฏิชีวนะตกค้าง ซึ่งสามารถทำให้แบคทีเรียในร่างกายดื้อยาและเพิ่มจำนวนได้

การพัฒนายาปฏิชีวนะเริ่มต้นในช่วงศตวรรษที่ 20 พร้อมกับการพัฒนาเรื่องการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคจากเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ การเกิดขึ้นของยาปฏิชีวนะนำมาซึ่งการกำจัดโรคติดเชื้อแบคทีเรียต่างๆ ออกไปหลายชนิด เช่น กรณีของวัณโรคที่ระบาดในประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตาม ด้วยประสิทธิภาพที่ดีและการเข้าถึงยาที่ง่ายนำไปสู่การใช้ยาปฏิชีวนะในทางที่ผิด พร้อมๆกับการที่แบคทีเรียมีการพัฒนาจนกลายพันธุ์เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ปัญหาดังข้างต้นได้แพร่กระจายเป็นวงกว้าง จนเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขในทุกประเทศทั่วโลกจนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้ปัญหาการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียเป็น “ปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่สุดที่เกิดขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลกและทุกคนล้วนจะต้องได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ ไม่ว่าวัยใด หรือประเทศใดก็ตาม” (WHO,2014)

การดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียเป็นการตอบสนองและการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดในขณะที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียนั้นๆ โดยการดื้อยานี้อาจเกิดจากการปรับตัวทางกายภาพหรือทางพันธุกรรมของแบคทีเรียเพื่อเพิ่มโอกาสในการอยู่รอดของเชื้อแบคทีเรียนั้น แม้จะมีการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดที่สูงขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้เกิดการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่ดื้อยามากขึ้น ในขณะที่แบคทีเรียซึ่งยังมีความไวต่อยาถูกกำจัดออกไป ตัวอย่างเช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในการคัดแยกสายพันธุ์แบคทีเรียที่ได้รับการตกแต่งพันธุกรรมด้วยยีนดื้อยาในปี ค.ศ. 1943 โดยเรียกการทดลองนี้ว่า การทดลองของเคลบรึค-ลูเรีย (Luria–Delbrück experiment) สถานการณ์การดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในปัจจุบันนี้พบว่า ยาปฏิชีวนะหลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรียหลากหลายสายพันธุ์ในอดีต เช่น เพนิซิลลิน และอิริโทรมัยซิน กลับมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียต่างๆ ได้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องมาจากอัตราการดื้อต่อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียมีเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทางโบราณคดีพบว่าการดื้อต่อยาปฏิชีวนะในแบคทีเรียนั้นเป็นกลไกที่พบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สมัยโบราณ ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อแบคทีเรียจน

ได้เป็นสายพันธุ์ที่ทนสารที่ออกฤทธิ์เป็นยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผลในการยับยั้งการสืบพันธุ์และการดำรงชีวิตของแบคทีเรียนั้นๆในอดีต (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2561)

2.1.4 ผลกระทบจากการดื้อยาด้านจุลชีพในกลุ่มยาปฏิชีวนะทางด้านสาธารณสุข

ยาด้านจุลชีพในกลุ่มยาปฏิชีวนะถูกค้นพบเมื่อปี พ.ศ.2471 ซึ่งถือเป็นความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ที่ยาดังกล่าวสามารถช่วยชีวิตคนได้นับล้านจากอาการป่วยด้วยเชื้อแบคทีเรีย แต่ในปัจจุบันประสิทธิภาพของยาได้ลดลงเนื่องจากแบคทีเรียมีการปรับตัวทำให้ดื้อยาและมีแนวโน้มการดื้อยาที่สูงขึ้น ในขณะที่ประสิทธิภาพยาที่ใช้ได้ลดลงประกอบกับมีการคิดค้นตัวยาใหม่ที่น้อยลง องค์การอนามัยโลกระบุว่าทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-antibiotic era)

การใช้ยาด้านจุลชีพที่เพิ่มขึ้นและใช้อย่างไม่เหมาะสมทั้งในการแพทย์ การสาธารณสุข การสัตวแพทย์และการเกษตร ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้แบคทีเรียดื้อยาเร็วขึ้น ซึ่งปัญหาการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุสมผลพบในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ พบการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุสมผลถึงร้อยละ 25-91 และในร้านยาพบว่าการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ยังพบการใช้ในภาคการเกษตรอย่างกว้าง (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์,2559) ปัญหาของการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุสมผลสถิติขององค์การอนามัยโลก(WHO) ในปี ค.ศ.2014 พบสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุสมผลและพบผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาปฏิชีวนะ ในทวีปเอเชียมีผู้เสียชีวิตถึง 4,730,000 คน ในทวีปแอฟริกา 4,150,000 คน (ไกรสร สวัสดิ์อารีย์,2561) สำหรับประเทศไทยปัญหาการดื้อยาที่สำคัญคือ การดื้อยาเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์,2559) จากข้อมูลในปี 2019 ประมาณการว่าทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาด้านแบคทีเรียถึง 1.27 ล้านคน และในประเทศไทยมีการศึกษาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่สำคัญเกือบ 100,000 ราย และเสียชีวิต 38,000 ราย จนก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 40,000 ล้านบาท (นพคุณ ธรรมรัชอารี,2565)

แผนการยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 มีวิสัยทัศน์คือ การป่วยตายและผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยาลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2564 คือ การป่วยตายจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50 ,การใช้ยาด้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลง,ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ,ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพที่มีสรณะตามเกณฑ์สากล ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียเป็นหลัก ซึ่งทั้งนี้แผนการยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 สอดคล้องกับแผนดำเนินการระดับโลกเรื่อง

การคือยาต้านจุลชีพ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance) ที่ผ่านการรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2559)

2.1.5 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)” ไว้คือ “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” “Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community” (WHO, 1985)

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) คือ การที่ประชาชนได้รับยาที่เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพในขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้อง เกิดเป็นค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสังคม โดย RDU เป็นนโยบายระดับประเทศ และกำหนดให้มีตัวชี้วัดคุณภาพด้านการสั่งใช้และกระจายยา ในสถานพยาบาลของรัฐ โครงการ RDU Hospital ได้เริ่มในปีงบประมาณ 2558 และได้บรรจุเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2559 ตัวชี้วัด RDU เป็นส่วนหนึ่งของ service plan ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมคำสั่งยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่ม โรคได้แก่ หวัดเจ็บคอ (upper respiratory tract infection), อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea), แผลสด (fresh trauma wound), และคลอดปกติ (normal labor) จากการรวบรวมตัวชี้วัด Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ 36 จำนวน โรงพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลทั้งหมดส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) จากข้อมูลปีงบประมาณ 2563 ระดับประเทศมีผลการดำเนินงานร้อยละ 41.56 ระดับเขตสุขภาพที่ 1 มีผลการดำเนินงานร้อยละ 56.0 จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 20.83 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล

RDU ในชุมชน มีปัญหาภายในชุมชน จากการขายยาหรือโฆษณาอย่างไม่ถูกต้อง และมีการขายยาอันตรายในชุมชน จึงนำไปสู่แนวคิด RDU ในชุมชนเพื่อเป็นเป้าหมายในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยอย่างสมเหตุผลและมีความรอบรู้ และสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย การใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิการใช้ยาปฏิชีวนะใน upper respiratory tract infection และ acute diarrhea ก็มีแนวโน้มร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2559 แผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี 2560-2564 ภายใต้อำนาจ RDU Hospital และต่อมาเป็น RDU Community ในปี 2565 (วารสารระบบวิจัยสาธารณสุขปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2565)

2.1.6 การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use : ASU)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีเป้าหมายเพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จึงได้มีโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2550 โครงการได้ดำเนินการมา 2 ปี ตั้งแต่สิงหาคม 2550 ถึงกันยายน 2552 ในปีแรกที่ 1 (สิงหาคม 2550-สิงหาคม 2551) มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามว่า “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะต้องทำอะไร” โดยศึกษา ในสถานพยาบาลนาร่อง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 10 แห่ง และสถานีนอามัธยม 87 แห่งในจังหวัดสระบุรี ความสำเร็จของโครงการ นาร่องได้นำไปสู่ ASU ปีที่ 2 (กันยายน 2551-กันยายน 2552) เพื่อ ตอบคำถามว่า “รูปแบบที่เหมาะสมของการขยายผลโครงการควรเป็น อย่างไร” ซึ่งดำเนินการโดย 3 จังหวัด และ 2 เครือข่ายของสถานพยาบาล คือ อุดรราชธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสงคราม เครือข่าย ของโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง และกลุ่มโรงพยาบาล ศรีวิชัย ซึ่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่งในกรุงเทพฯ และสมุทรสาคร โดยเริ่มจากลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นใน 3 โรคที่พบบ่อย คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน (URI) เช่น หวัดเจ็บคอ แผลเลือดออก และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เริ่มดำเนินงานในลักษณะโครงการนาร่องเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และในระหว่างการดำเนินโครงการมีการประเมินผลและถอดบทเรียนควบคู่กันการดำเนินงานทำไปทีละระยะ (phase) โดยนำข้อมูลที่ได้จากผลการประเมินโครงการและการถอดบทเรียนมาพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ในขณะนั้น ได้แก่ ทิศทางนโยบายความเข้มแข็งของเครือข่าย กระแสสังคม และทรัพยากรที่ต้องใช้(กำลังคนและงบประมาณ) เพื่อวางแผนงานของโครงการระยะต่อไป (จุลสาร HIATP ,2552)

ผลการดำเนินการในภาพรวมที่ผ่านมา พบว่า พื้นที่เจ้าของโครงการ มีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงจากปีก่อน จำนวนของผู้ป่วยโรคเป้าหมายที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นหลังดำเนินโครงการ ตัวอย่างเช่น ใน จังหวัดสระบุรี จำนวนของผู้ป่วยโรคเป้าหมายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 ขณะที่ข้อมูลในจังหวัดที่เป็นกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับจังหวัดอุดรราชธานี การติดตามผลในระยะเวลา 4 เดือน หลัง เริ่มโครงการ พบว่า การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดลงซึ่งช่วยลดโอกาสการได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วยโรค URI จำนวน 6,747 ราย นอกจากนี้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะหลังจากได้รับการรักษาแล้ว 7-10 วัน พบว่า ผู้ป่วย โรคเป้าหมายเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96-99.7) ทั้งที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดล้วนแต่มีอาการดีขึ้นหรือหายดีเป็นปกติแม้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อผลการรักษาและคาดว่าจะกลับมาได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลเดิมอีก หากเจ็บป่วยครั้งต่อไป ในปี 2555 โครงการ Antibiotics Smart Use ได้เปลี่ยนแปลงจากโครงการกลายเป็นแนวคิดของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ยั่งยืนสู่การปฏิบัติในงานประจำ และกลายเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ดังนั้น ใน 3 ปีที่เหลือของโครงการ ASU จะเน้นยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ

ยุทธศาสตร์แรก คือ การขับเคลื่อนเชื่อมต่อเข้ากับนโยบายของ ประเทศ เช่น ยุทธศาสตร์การ ใช้จ่ายอย่างเหมาะสม (ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ หนึ่งของนโยบายสาธารณะว่าด้วยยุทธศาสตร์การเข้าถึงยา ถ้วนหน้า ของประชากรไทย อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการส่งเสริม การใช้จ่ายอย่าง เหมาะสม) นโยบายเกี่ยวกับการควบคุมเชื้อคือยา การ เชื่อมต่อเข้ากับหลักเกณฑ์หรือมาตรการการ ส่งเสริมคุณภาพการรักษา ของสถานพยาบาล และการเชื่อมต่อเข้ากับกฎหมายเพื่อให้เกิดการ ควบคุมการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะที่รัดกุมมากขึ้น รวมทั้งการ พัฒนาระบบรองรับการทำงาน ของพื้นที่เจ้าของโครงการ (เช่น ระบบ การรายงานผลตามตัวชี้วัด) เพื่อให้สามารถประเมินผลการ ทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ส่วนกลางสามารถเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา ปฏิชีวนะในภาพรวม ของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่สอง คือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของ เครือข่ายโครงการ เพื่อให้พื้นที่ เจ้าของโครงการสามารถช่วยเหลือพึ่งพา ตนเองและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่สถานพยาบาลหรือจังหวัด ใกล้เคียง เกิดการ ทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่กับนักวิชาการใน มหาวิทยาลัยหรือสถาบันวิจัย เจ้าหน้าที่ปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อสาร มวลชนท้องถิ่น และอื่นๆ รวมทั้งสามารถนำแนวคิดและประสบการณ์ ที่ได้จากการดำเนินโครงการ ASU ไปประยุกต์ใช้เพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพ อื่นต่อไป

ยุทธศาสตร์สุดท้าย คือ การสื่อสารสาธารณะและการรณรงค์สู่ ภาคประชาชนเพื่อสร้างความ เข้าใจในวงกว้างอันเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่ จะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และเอื้ออำนวยให้ บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้เต็มที่ และช่วยให้สามารถ อธิบายทำ ความเข้าใจกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น (จุลสาร HIATP, 2552)

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้

2.2.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ผลของประสบการณ์ที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การทำงาน การนำประสบการณ์ วิจารณ์ญาณ ความคิด ค่านิยม นำมาวิเคราะห์ เพื่อประยุกต์ใช้

วิจารณ์ พานิช (2548) ได้กล่าวว่า “ความรู้” นั้นมีหลายนัยและหลายมิติ คือ ความรู้ คือสิ่งที่ นำไปใช้จะไม่หมด หรือสึกหรอ แต่จะยิ่งงอกงามขึ้น ความรู้คือสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ ความรู้เกิดขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ตามรู้นั้น ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทและกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดย ความต้องการ

สรุปคือ ความรู้ หมายถึงการเรียนรู้ข้อมูล ที่เกิดจากการเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์การกระทำ และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา

2.2.2 ระดับความรู้ (Level of Knowledge)

ตามแนวคิดของJames Brain Quinn (อ้างอิงในสำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2548;16) แบ่งระดับความรู้เป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1: Know-what (รู้ว่าคืออะไร) เป็นความรู้เชิงรับรู้ หรือ ความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียนเห็นหรือจดจำ มีลักษณะเป็นความรู้ในภาคทฤษฎีว่า สิ่งนั้นคืออะไร

ระดับที่ 2: Know-how (รู้ว่่าเป็นอย่างไร/รู้วิธีการ) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

ระดับที่ 3: Know-why (รู้ว่่าทำไม/รู้เหตุผล) เป็นความเข้าใจที่ลึกซึ้งเชิงเหตุผลที่สลับซับซ้อนขึ้น ภายใต้เหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ความรู้ในระดับนี้สามารถพัฒนาได้บนพื้นฐานของประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและการอภิปรายร่วมกับผู้อื่น

ระดับที่ 4: Care-why (ใส่ใจกับเหตุผล) เป็นความรู้ในลักษณะการสร้างสรรค์ที่มาจากตัวเอง บุคคลที่มีความรู้ในระดับนี้จะมีเจตจำนง แรงจูงใจ และการปรับตัวเพื่อความสำเร้จ ดังนั้นในการจัดการความรู้ ต้องคำนึงถึงระดับความรู้ของประชาชนที่จะศึกษาเพื่อก่อให้เกิดการบรรลุผลด้วย

ความรู้จึงหมายถึง สิ่งที่มนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมายนั่นเอง

2.2.3 การประเมินระดับความรู้

การแปลความหมายของระดับคะแนนความรู้จะใช้วิธีรวมคะแนน และ คิดเป็นร้อยละ โดยแบ่งเป็นระดับความรู้ต่างกัน โดยเปรียบเทียบเกณฑ์ประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1976) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้ดังนี้

ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะผลต่ำ	ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60
ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะผลปานกลาง	ได้คะแนน ร้อยละ 60-79
ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะผลสูง	ได้คะแนน มากกว่า ร้อยละ 80

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ผู้ศึกษาได้ศึกษาความหมายของทัศนคตินักวิชาการแต่ละท่านซึ่งได้ให้ความหมาย ใ้ร้อย่างแตกต่างกันดังนี้

2.3.1 ความหมายทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) ซึ่งบางตำราใช้คำว่า “เจตคติ” หมายถึง ท่าที หรือ ความรู้สึก ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติถือเป็นกิริยาท่าที ความรู้สึกรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความพร้อม หรือความโน้มเอียงของจิตใจหรือประสาท ซึ่งแสดงออกเพื่อตอบโต้ต่อสิ่งเร้าสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยจะแสดงออกในทางสนับสนุนเห็นดีเห็นชอบด้วย หรือต่อต้านไม่เห็นดีเห็นชอบด้วยก็ได้ (บุญธรรม กิจปริดา บริสุทธิ์, 2540, น. 11-12)

ทัศนคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมของ จิตใจและประสบการณ์ อันเกิดจากประสบการณ์ซึ่งจะเป็นสิ่งกำหนดทิศทางหรือมีอิทธิพลในการตอบสนองของบุคคลที่จะมีต่อสถานการณ์วัตถุต่าง ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของทัศนคติดังนี้ (พีระศักดิ์ นาคี, 2537 อ้างถึงใน สุทัศน์ ศรีใจพระเจริญ, 2557)

1. เป็นภาวะทางจิตที่แสดงออกได้ทางพฤติกรรม เช่น รักหรือเกลียด
2. เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองคือเมื่อมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใดก็พร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งนั้นตามทัศนคติที่เกิดขึ้น
3. เป็นสิ่งที่มีขึ้นอย่างเป็นระเบียบ เกิดขึ้นอย่างเป็นกลุ่ม และจัดระเบียบไว้แล้วในตัวเอง คือเมื่อเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดแล้ว ก็จะเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน จะติดตามมาด้วย พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น โกรธก็จะหน้าบึ้ง
4. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์
5. เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มี ต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งและสภาวะความพร้อมทางจิตนั้น จะต้องอยู่ยาวนานพอสมควร

ธนวรรษ ตั้งสินทรัพย์ศิริ (2550) อธิบายว่า ทัศนคติ (Attitudes) คือ การประเมิน หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นแนวโน้มของบุคคลที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน ทัศนคติไม่ใช่สิ่งเดียวกับค่านิยม แต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยค่านิยมเป็นสิ่งที่บุคคลเห็นคุณค่า แต่ทัศนคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์(พอใจหรือไม่พอใจ) ซึ่งความรู้สึกนั้นจะส่งผลกระทบต่อการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคลนั้น สอดคล้องกับ กัญจนพร ลิ้มผ่องใส (2562) กล่าวว่า ทัศนคติหมายถึงความโน้มเอียง ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถนำไปสู่การกระทำต่อสิ่งนั้น ๆ และส่งผลต่อการ แสดงออกของพฤติกรรมในแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวเนื่องกับตัวแปลและสถานการณ์ที่ต่างกัน

2.3.2 องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติ คือ ความรู้สึกและความเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใด ๆ ในทางที่จะยอมรับ หรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดง ปฏิกริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด (Mun, 1971, p. 77) ทัศนคติเป็นความเชื่อและความรู้สึกที่ทนทาน และได้รับการจัดระเบียบ ซึ่งมัก เป็นตัวผลักดันให้เรากระทำไปในทิศทางนั้น ๆ ทัศนคติจึงมีองค์ประกอบทางด้านความคิด อารมณ์ และการกระทำ

ทัศนคติเป็นการแสดงออกของความเชื่อว่าอะไรถูก อะไรผิด ชอบหรือไม่ชอบยอมรับ หรือปฏิเสธ การแสดงออกดังกล่าวเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ประการ (พีระศักดิ์ นาดี, 2537 อ้างถึงใน สุทัศน์ ศรีใจพระเจริญ, 2557) คือ

1. องค์ประกอบด้าน ความคิด ความเข้าใจ (cognitive component) ทัศนคติจะแสดงออกในลักษณะของความเชื่อว่า อะไรถูก อะไรผิด
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (affective component) ทัศนคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ
3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นความพร้อมที่จะกระทำโดยแสดงออกมาในลักษณะของการยอมรับหรือปฏิเสธ เมื่อมองในแง่ของการเกิดทัศนคติ

2.3.3 แหล่งที่ทำให้เกิดทัศนคติ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ เฉพาะอย่างต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้น ไปในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งเหล่านั้น ไปในทิศทางที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน
2. การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) จะทำให้เกิด ทัศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากผู้อื่นได้ เช่น เด็กที่ได้รับการสั่งสอนจากผู้ใหญ่จะเกิดทัศนคติต่อ การกระทำตามที่เคยได้รับรู้มา
3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดทัศนคติขึ้นได้ เช่น เด็กที่เคารพพ่อแม่จะเลียนแบบการแสดงท่าทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามไปด้วย
4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติหลายอย่างของ บุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน หรือหน่วยงาน เป็นต้น

ทัศนคติก่อตัวขึ้นและเปลี่ยนไปเนื่องจากปัจจัยหลายประการ (จิรวัดน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2542) คือ

1. การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการตอบสนองต่อความต้องการหรือแรงผลักดันทางร่างกาย บุคคลที่สร้าง ทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนเองได้

2. ข่าวสารและข้อมูล (Information) ทัศนคติจะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาด ของข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสาร ด้วยกลไกของการเลือกเฟ้นในการ มองเห็นและเข้าใจปัญหาต่าง ๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทัศนคติบางอย่างอาจมาจากกลุ่ม ต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องกับทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่าง ๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมของค่านิยมต่าง ๆ แต่ยังมี การถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะครอบครัวและกลุ่มเพื่อนร่วมงาน เป็น กลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะ เป็นแหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลได้

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของย่อมเป็น ส่วนสำคัญที่จะ ทำให้บุคคลต่าง ๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มีประสบการณ์มาจนกลายเป็นทัศนคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มี ส่วนทางอ้อม ที่สำคัญในการสร้างทัศนคติให้กับบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของทัศนคติเท่าที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในความเป็นจริงจะมีได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใดเลย ทั้งนี้เพราะปัจจัยแต่ละทาง เหล่านี้ตัวไหนจะมีความสำคัญต่อการก่อให้เกิดของทัศนคติมากหรือน้อยแล้วแต่การพิจารณาสร้าง ทัศนคติต่อสิ่งดังกล่าว

2.3.4 ประเภทของทัศนคติ

ทัศนคติแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ทัศนคติทางเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึก หรืออารมณ์จากสภาพจิตใจ ได้ตอบในด้านดีต่อผู้อื่นหรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่งรวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กรอื่น ๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกรย่อมมีทัศนคติทางบวก หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตรและให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วยการเข้าเป็นสมาชิกและ ร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

2. ทศนคติทางลบหรือไม่ดี คือ ทศนคติที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เรื่องหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการ ขององค์กรและอื่น ๆ เช่น พนักงานเจ้าหน้าที่บางคน อาจมีทศนคติเชิงลบต่อองค์กร ก่อให้เกิดอคติ ขึ้นในจิตใจจนพยายามประทุษร้ายและปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบขององค์กรอยู่เสมอ

3. ทศนคติที่บุคคล ไม่แสดงความคิดเห็นหรือเรื่องราวปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร และสถาบัน และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมีทศนคติที่ ึ่งเฉย อย่าง ไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหา ได้เถียงเรื่องกฎระเบียบว่าด้วยรูปแบบของนักศึกษา ทศนคติ 3 ประการนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึก นึกคิด ความเชื่อหรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ หน้าที่หรือกลไก ของทศนคติ

2.3.5 การวัดทศนคติ

การวัดทศนคติ (วีระพล สุทธิพรพลางกูร และเฉลียว แก่นจันทร์, 2538 อ้างถึงใน สุทัศน์ ศรีใจ พระเจริญ, 2557) มีอยู่ 4 วิธี คือ

1. มาตรการวัดแบบของเทอร์สโตน (Thurstone's Type Scale) กำหนดโครงสร้างนำข้อความ ไปตัดสิน และแจกแจงความถี่ ความถี่สะสม หากความแปรปรวนแล้วนำแบบวัดชุดเดิมให้คัดเลือกอีกครั้ง

2. มาตรการวัดแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นการวัดที่ใช้กันอย่างกว้างขวางกว่าแบบอื่น ๆ และสามารถวัดได้เกือบทุกเรื่อง และยังมีความเที่ยงตรงสูงกว่าแบบอื่นอีกด้วย แต่ละมาตรวัดห่าง เท่ากันเป็น 0 1 2 3 4 เป็น positive หรือ negative

3. มาตรการวัดแบบของกัตต์แมน (Guttman Scale) มิใช่วิธีสร้างและพัฒนาทศนคติ แต่เป็นวิธี ประเมินหรือวิเคราะห์มาตราส่วน

4. มาตรการวัดแบบออสกู๊ด (Osgood's Scale) ใช้วัดทศนคติและวัดบุคลิกภาพ ความคิดเห็น ความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยแยกความแตกต่างของมโนทัศน์

สรุปได้ว่าทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก และความคิดโดยรวมของบุคคล โดยทศนคติจะแสดง ออกมาทางด้านความคิดเห็น โดยสิ่งสำคัญที่มีผลต่อทศนคติต่อเรื่องนั้นๆ ได้แก่ ข่าวสารและข้อมูล ที่ได้รับ ความรู้ ความชอบ การภูมิใจ ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคลนั้นๆ โดยทศนคติอาจจะ แสดงออกมาอาจเป็น ทางบวกหรือทางลบหรือแม้กระทั่งไม่แสดงออก เช่น ความเห็นชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย รู้สึกเฉยๆ ความมีอคติ ข้อคิดเห็น ที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูด

ออกมาอย่างไม่เป็นทางการ สามารถวัดระดับทัศนคติให้สามารถอธิบายระดับได้จากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นนั่นเอง

2.4 แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)

2.4.1 ความหมายพฤติกรรม

บลูม (Bloom, 1975:65-197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้ หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือด้านความรู้ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ในที่นี้จะกล่าวถึง พฤติกรรมด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมมีขั้นของความสามารถ ทางด้านความรู้การให้ความคิดและพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ต้องมี ความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจจะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิด ต่างๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการ จำแนกรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่าง ส่วนประกอบ ที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคล ในการรวบรวม ส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ ที่มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยยติราคา ของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมา หรือมีอยู่ แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถ ในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจ แสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆหรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรม ด้านพุทธิปัญญา หรือเป็น พฤติกรรม ที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและ

การตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลคือ เป้าหมายสูงสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้ง กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และ กิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ ซึ่งสามารถแบ่ง พฤติกรรมออกได้ เป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมว่าหมายถึงการกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

2.4.2 กระบวนการเกิดพฤติกรรม

เมื่อบุคคลกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดขึ้นมา การแสดงออกเช่นนั้นได้ ย่อมต้องอาศัยขั้นตอนของการเกิดอย่างเป็นกระบวนการมาก่อนทั้งสิ้น และในกระบวนการเกิดพฤติกรรมทั้งหมดนี้ เราอาจแยกออกเป็นกระบวนการย่อยได้อีกอย่างน้อย 3 กระบวนการ คือ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2553)

1. กระบวนการรับรู้ (perception process)

กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการเบื้องต้นที่เริ่มจากการที่บุคคลได้รับสัมผัสหรือรับข่าวสารสัมผัสจากสิ่งเร้าต่างๆ โดยผ่านระบบประสาทสัมผัส ซึ่งรวมถึงการที่รู้สึก (sensation) กับสิ่งเร้าที่รับสัมผัส นั้นๆ ด้วย

2. กระบวนการคิดและเข้าใจ (cognition process)

กระบวนการนี้อาจเรียกได้ว่า กระบวนการทางปัญญา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วยการเรียนรู้ การคิด และการจำ ตลอดจนการนำไปใช้หรือเกิดพัฒนาการจากการเรียนรู้ต่างๆ ด้วยการรับสัมผัส การรู้สึกที่นำมาสู่การคิดและเข้าใจนี้เป็นระบบการทำงานที่มีความละเอียดซับซ้อนมาก และเป็นกระบวนการภายในทางจิตใจ

3. กระบวนการแสดงออก (spatial behavior process)

หลังจากผ่านขั้นตอนของการรับรู้และการคิดและเข้าใจแล้ว บุคคลจะมีความพร้อมตอบสนองต่อสิ่งที่ได้รับรู้นั้นๆ แต่ยังมีได้แสดงออกให้ผู้อื่นได้รับรู้ ยังคงเป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (covert behavior) แต่เมื่อได้คิดและเลือกที่จะแสดงการตอบสนองให้บุคคลอื่นสังเกตได้ เราจะเรียกว่า พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอกนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่มีอยู่

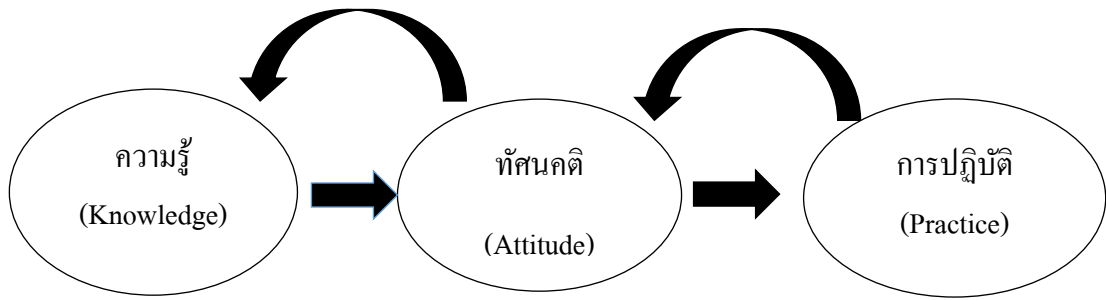
ทั้งหมดภายในตัวบุคคลนั้น เมื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง การแสดงออกมาเพียงบางส่วนของที่มีอยู่จริงเช่นนี้ จึงเรียกว่า (spatial behavior) โดยแท้ที่จริงแล้ว กระบวนการย่อยทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ ไม่สามารถแยกเป็นขั้นตอนต่างหากหรือเป็นอิสระจากกัน เพราะการเกิดพฤติกรรมในแต่ละครั้งนั้น จะมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันอย่างมาก

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการแสดงออกหรือการกระทำใดๆของบุคคลที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ของบุคคลนั้น และได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมตลอดเวลา โดยพฤติกรรมนั้นมีทั้งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในไม่ได้แสดงออกมา และพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมาที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ได้

2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม (KAP)

ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว ประกอบด้วย ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารเมื่อมีการตอบสนองจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยตัวแปรจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ เมื่อผู้รับสารได้รับสาร จะเกิดความรู้ และส่งผลต่อทักษะและพฤติกรรม ดังนั้นการรับสารจึงมีความสำคัญ เมื่อรับสารแล้วย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะและพฤติกรรมต่อไป ทฤษฎีดังกล่าวจะมีลักษณะเป็นไปในเชิงเส้นตรง นั่นคือ การให้ความรู้แก่ผู้รับสารจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทักษะตามที่ผู้ส่งสารต้องการและส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สุรพงษ์ โสทรนะเสถียร, 2533 อ้างถึงใน มลทา เพ็ชรสุวรรณ, 2558)

แนวคิดและทฤษฎีความรู้ ทักษะ ของลอเนียลา Laumiala, 2009 กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความรู้มีผลต่อทักษะ และทักษะที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี โดยความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทักษะจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้ นั่นคือ ความรู้มีผลต่อทักษะก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น โดยทฤษฎีให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวคือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) เช่นกัน โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆในแบบจำลอง KAP ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆในแบบจำลอง KAP (ทวิศักดิ์ เทพพิทักษ์, 2556)

แนวคิดแบบจำลอง KAP กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติไว้ ดังนี้ คือความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (A) และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่แล้ว และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคติที่มี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติและการปฏิบัติมีผลจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ (ทวิศักดิ์ เทพพิทักษ์, 2556)

2.6 บริบทและสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของพื้นที่วิจัย

ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท มีชุมชนพื้นที่สูงห่างไกลจำนวน 2 ชุมชน พื้นที่ที่มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จากบริบทพื้นที่มีแหล่งอำนวยความสะดวกและแหล่งจ่ายยาโรค อาทิ ร้านสะดวกซื้อจำนวน 2 แห่ง ตลาดสดประเภท 2 จำนวน 2 แห่ง ร้านอาหาร จำนวน 5 ร้าน ร้านเสริมสวย 8 ร้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง คลินิกแพทย์ปริญญาจำนวน 1 แห่ง ร้านขายยาประเภทที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จำนวน 2 แห่ง และร้านขายของชำ ระดับชุมชนจำนวน 46 แห่ง (ข้อมูลสำรวจ รพ.สต.บ้านเมืองงาย, 2565) จากบริบทของชุมชนทำให้การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และการเข้าถึงยาของประชาชนมีมากขึ้น จากข้อมูลสำรวจร้านชำปี 2565 ของ รพ.สต.บ้านเมืองงาย พบจำนวนร้านชำร้อยละ 52.17 ที่มีการจำหน่ายยาบรรจุเสร็จ และร้อยละ 23.81 มีการลักลอบจำหน่ายยาอันตรายซึ่งรวมถึงยาปฏิชีวนะในร้านขายของชำ (ข้อมูลการสำรวจจากงานคุ้มครองผู้บริโภค รพ.สต.บ้านเมืองงาย, 2565) ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงช่องทางการได้รับยาปฏิชีวนะของประชาชนยังเข้าถึงง่าย และยังไม่มีการควบคุมการจำหน่ายในระดับชุมชนให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างเข้มงวด

หลังจากมีการกำหนดมาตรการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่ได้ถ่ายทอดนโยบายมาสู่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และโรคทางเดินอาหาร ไม่เกินร้อยละ 20 โดย ในปี 2561 พบข้อมูลการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทางเดินอาหาร พบมีการจ่ายยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 7.91 และ ร้อยละ 7.83 โดยในปี 2560 ข้อมูลการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทางเดินอาหาร พบมีการจ่ายยาปฏิชีวนะถึงร้อยละ 26.78 และ ร้อยละ 50.57 (Health Data Center Version1.5.4)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วสาวี กลิ่นขจรและคณะ (2554) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 16.67 และระดับดีร้อยละ 13.3 มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 90 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในเรื่อง ความหมาย สรรพคุณในการรักษา การผสมยาสำหรับเด็กที่เป็นผงแห้งและระยะเวลาการเก็บรักษาหลังผสม อาการแพ้ยาและวิธีปฏิบัติเมื่อแพ้ยา นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.7 มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องสาเหตุที่ทำให้เชื้อดื้อยา เรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้แก่ เรื่องโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น วิธีรับประทานยาปฏิชีวนะ และการควั่นผลิตภัณฑ์/วันหมดอายุของยา

ดาวรุ่ง คำวงศ์ และ ทิวทัศน์ สังฆวัฒน์ (2555) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.8 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดีมีเพียงร้อยละ 17.2 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการ ได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. โดยสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. ได้ร้อยละ 29 ตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา(ด้านบวก) รองลงมาคือการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุ (เชิงลบ) สรุปคือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการ ได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. และจากการทำนายหากคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาจะเพิ่มขึ้น 1.22 หน่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยนำหรือเป็นองค์ประกอบภายในที่อิทธิพลก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม

ของบุคคล(Green, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1999) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอาจใช้ ข้อมูลนี้เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้ อสม. และประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและลดปัญหาจากการใช้ยาในชุมชน

ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ (2559) ศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้าง โศก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2557 ถึง 30 เมษายน 2557 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารวม 364 คนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำร้อยละ 49.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 และมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 55.5 พบว่าเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอายุและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายได้ และการรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้าง โศก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

ศุภนิชา ชานวาทิก และคณะ(2560) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ โดยข้อมูลดังกล่าวมาจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2560 โดยแบ่งการสำรวจ 4 หัวข้อเรื่อง ได้แก่ การใช้ยาต้านจุลชีพ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการยาต้านจุลชีพ การตระหนักรู้ของประชาชนในการใช้ยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคเกษตรกรรมและปศุสัตว์ ในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบว่าในด้านการใช้ยาต้านจุลชีพในรอบเดือนที่ผ่านมา มีการใช้ยาร้อยละ 7.9 ในขณะที่ร้อยละ 79.8 ไม่ได้ใช้ยาต้านจุลชีพ ด้านแหล่งที่ได้รับยาต้านจุลชีพ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับจากสถานพยาบาลร้อยละ 70.3 แบ่งเป็นสถานพยาบาลรัฐร้อยละ 50.3 เอกชนร้อยละ 20 ร้านยาร้อยละ 26.7 ร้านชำร้อยละ 2.4 และอื่นๆร้อยละ 0.6 ด้านสาเหตุที่ใช้ยาต้านจุลชีพ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ใช้ในระบบหายใจ เช่น มีอาการไอ เจ็บคอ เป็นหวัด/ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม หลอดลมอักเสบ ร้อยละ 62.7 โดยในที่นี้ส่วนใหญ่ใช้ในโรคไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 37 รองลงมาคือมีไข้ร้อยละ 19.2 ทั้งนี้มีการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นมากถึงร้อยละ 63.6 โดยสรุปแล้ว ประชาชนในประเทศไทยมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาต้านจุลชีพอยู่ในระดับต่ำ และส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่ายาต้านจุลชีพสามารถฆ่าไวรัสได้ และเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าสามารถรักษาไข้หวัดด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้

กลับไม่สอดคล้องกับความรู้เรื่องประชาชนทราบว่าการใช้ยาสูบไม่สมเหตุผลทำให้เกิดการคือ ยา อาจเนื่องมาจากมีการณรงค์เรื่องเชื้อดื้อยาอย่างแพร่หลายและจากหลายภาคส่วน

สร้อยรักรักษ์ บุญมุสิก และคณะ. (2562) ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ โดยผล การศึกษาพบว่าระดับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับน้อย อาจ เนื่องจากหลักสูตรการเรียนเน้นเนื้อหาของเภสัชจลนศาสตร์ อาการข้างเคียง ปฏิกริยาต่อกันของยากุ่ม ต่างๆ แต่นักศึกษายังไม่สามารถบอกได้ถึงการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสสามารถดูแลให้หาย เองได้โดยไม่ต้องใช้ยา

เยาวลักษณ์ โปธิดารา และคณะ(2564) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด และการ ปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน แผลสดและโรคท้องร่วงของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหินเพ็ด จังหวัด อุบลราชธานี พบว่าด้านความรู้การใช้ ยาปฏิชีวนะทั่วไป โดยภาพรวมมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.98 เป็นเพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุข อาจเนื่อง อสม. เป็นกลุ่มประชาชน ที่ได้รับ การอบรม ทางด้านสุขภาพ และทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระบบสุขภาพอำเภอ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจและ สามารถแสดงพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องทั้งนี้อาจจะ มีความรู้และความ เข้าใจบางส่วนที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นเรื่องต้อง จำและการนำไปใช้ ไม่ชัดเจนเป็นเหตุให้มีความรู้ระดับ ปานกลางซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชย์ มงคลชัยภักดิ์และคณะ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มี คะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ ยาปฏิชีวนะอยู่ ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยคือ 7.96 คะแนน

Belkina,et al.(2014) ศึกษาความรู้และการใช้ยาปฏิชีวนะของครูในเมืองใหญ่ของเยเมน ซาอุดีอาระเบียและอุซเบกิสถาน ในชุมชนเยเมน จากการสุ่มตัวอย่างครู 1,200 คนในแต่ละประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามผลการศึกษา พบความชุกของการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่มี ใบสั่งยาอยู่ในซาอุดีอาระเบียร้อยละ 48 ในเยเมนและอุซเบกิสถานร้อยละ 78 นอกจากนี้ยังพบว่าร้าน ขายยาเป็นแหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะ สาเหตุส่วนใหญ่ที่ใช้ในการใช้ยาปฏิชีวนะได้แก่ ไอร้อยละ 40 และไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 34 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามหยุดยาปฏิชีวนะเมื่อรู้สึกดีขึ้นร้อยละ 43 ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ความตระหนักถึงอันตรายของการใช้ยาปฏิชีวนะแปรผกผันกับการใช้ยา ปฏิชีวนะด้วยตนเองแปรผกผันกับความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดในการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

Khalil Yabujheisha,et al. (2017) ศึกษาความรู้พฤติกรรมสาธารณะเกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Prince Sattam โดยใช้แบบสำรวจผู้ที่มี อายุมากกว่า 18 ปี และคุ้นเคยกับคำว่ายาปฏิชีวนะ จำนวน 331 คน พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ รับประทานข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะจากเภสัชกรรม (79-94%) และแพทย์ (76.14%) ยังมีการรายงานว่า ในระยะเวลา 6 เดือนผู้ตอบแบบสอบถามมักจะ ได้รับยาปฏิชีวนะหลังจากรับคำปรึกษาจากแพทย์ถึง

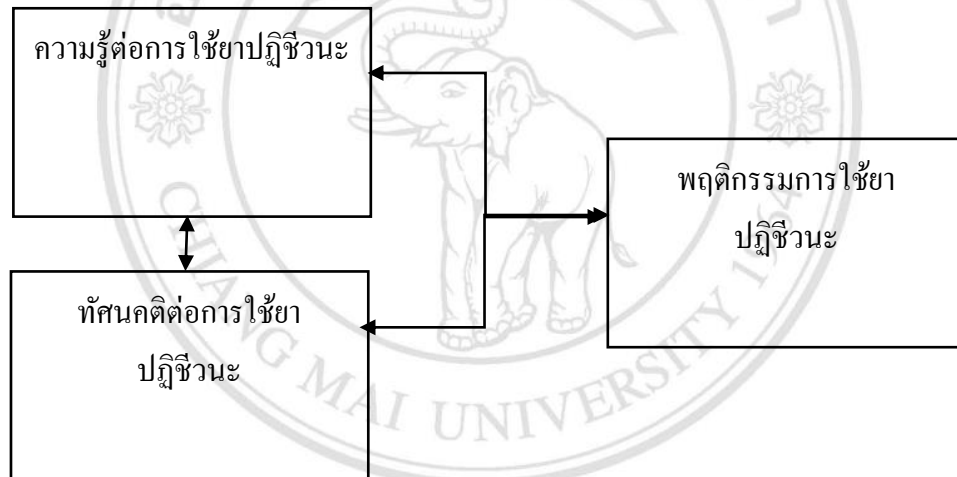
42.55% ได้ยาปฏิชีวนะมาจากร้านขายยา 53.80% และได้รับจากเพื่อนฝูง 3.65% ซึ่งส่วนใหญ่อาการหรือเหตุผลที่ได้รับยาปฏิชีวนะคือจากการเป็นไข้ 41.34% การติดเชื้อทางเดินหายใจ 22.19% ซึ่งผลการศึกษาที่สรุปว่าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่าการเกิดเชื้อดื้อยาที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเรื่องปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะโดยอาศัยความร่วมมือของเภสัชกรและแพทย์เพื่อความปลอดภัย รวมถึงการปรับปรุงความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะต่อประชาชนต่อไป

Afzal Khan และ คณะ (2013) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมของนักศึกษาแพทย์เกี่ยวกับการดื้อยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68 เห็นด้วยว่าปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะมีความสำคัญและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรง ร้อยละ 88.65 เห็นด้วยว่าปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะเป็นเรื่องสำคัญของประเทศ ร้อยละ 90.7 เห็นด้วยว่าปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะเป็นเรื่องสำคัญของโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.3 ทราบดีว่าแบคทีเรียไม่ได้เป็นตัวก่อให้เกิดหวัดและไข้หวัด ขณะที่ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 22.7 ไม่ทราบถึงข้อเท็จจริงนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 จากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างตระหนักและกังวลเกี่ยวกับการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียและผลที่ตามมา

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาของประชาชน เช่น ช่องทางการเข้าถึงยาจากชุมชนสะดวก เพราะมีจำหน่ายที่ร้านขายยา ร้านขายของชำ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารวมถึงยาปฏิชีวนะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน แม้จะมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในหลายงานวิจัย แต่ผลการวิจัยแตกต่างกันไปตามกลุ่มที่ศึกษาและหลายงานวิจัยมีผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ถึงแม้ช่องทางการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจะมีหลากหลายและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงปัจจุบันยังมีโครงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เป็นโครงการในระดับนโยบายซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้อง และคุ้มค่า ในส่วนพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ยังไม่เคยมีผู้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนแก้ไขในการส่งเสริมการใช้ยาของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง ต่อไป

2.8 กรอบแนวคิดและทฤษฎีการวิจัย (Conceptual framework)

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนตำบลเมืองงาย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เข้ามาใช้เพื่อศึกษาถึง ความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเรื่องปฏิชีวนะ วิธีการใช้ ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัวในปัจจุบัน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ในครั้งนี้ต่อไป โดยแสดงจากแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 ภาพแสดงความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัย แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เข้ามาใช้ในการศึกษาถึง ความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเรื่องพิษชีวณะ วิธีการใช้ ประโยชน์ของยาพิษชีวณะ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพิษชีวณะ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมต่อการใช้ยาพิษชีวณะทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัวในปัจจุบัน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาพิษชีวณะและศึกษาความสัมพันธ์ ของความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาพิษชีวณะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่ มีนาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2565

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3,291 คน จากฐานข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองงาย จากโปรแกรม Java Health Center Information System: JHCIS

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรม G*power โดยเลือกคำนวณจากสถิติแบบ correlation โดยเลือกสมมติฐาน Effect Size =0.25 ที่ระดับนัยสำคัญ 95% และ power ที่ 0.95 ได้ตัวอย่างเท่ากับ 195 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้เพิ่มจำนวนประชากร ประมาณ 20% จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ 250 คน

การเลือกตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้ามาในงานวิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Random Sampling) โดยคัดเลือกรายชื่อของประชากรที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าที่อาศัยในตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 3,291 คนนำมาแบ่งกลุ่มตามหมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลประชากรที่ประมวลผลจากโปรแกรม JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้นจะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มรายชื่อ กำหนดเลขลำดับให้ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย แล้วใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลขจำนวน 250 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย มีดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปี
2. มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลประชากรของโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นระบบโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยระบบงานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพและการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
3. อาศัยในตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ หมู่ที่ 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11
4. สามารถอ่านหนังสือได้ดี เขียนหนังสือได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random Sampling)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรอายุมากกว่า 20 ปี(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (คน)
หมู่ 1	343	26
หมู่ 2	551	43
หมู่ 3	321	24
หมู่ 4	514	39
หมู่ 5	324	25
หมู่ 7	109	8
หมู่ 8	356	27
หมู่ 9	267	20
หมู่ 10	305	23
หมู่ 11	201	15
รวม	3,291	250

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พร้อมการสังเกตลักษณะยาปฏิชีวนะที่มีในบ้านผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้พัฒนาการจากทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปหรือเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 2 หน้า จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสามารถในการอ่าน รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือญาติที่เกี่ยวข้องกับสายงานสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เชื้อดื้อยา วิธีการใช้ อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (ถูก-ผิด) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้	0	คะแนน
ตอบไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน

การแปลความหมายของระดับคะแนนความรู้จะใช้วิธีรวมคะแนน และ คิดเป็นร้อยละ โดยแบ่งเป็นระดับความรู้ต่างกัน โดยเปรียบเทียบเกณฑ์ประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1976) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้ดังนี้

ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ	ได้คะแนน	น้อยกว่า 12	คะแนน
ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง	ได้คะแนน	13-15	คะแนน
ความรู้ในใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง	ได้คะแนน	ตั้งแต่ 16	คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมรายข้ออยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 80 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

สำหรับข้อคำถามเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน

การแปลความหมายของระดับคะแนนที่สนคติจะใช้วิธีรวมคะแนน และ คิดเป็นค่าเฉลี่ย การแปลผลจะใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น หลังจากนั้นนำคะแนน ที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้อันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} \\ &= 1 \end{aligned}$$

โดยแบ่งระดับที่สนคติในแต่ละข้อคำถาม ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ทศคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ทศคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ทศคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามประเภท Rating scale 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบในสัดส่วนร้อยละ 50 ซึ่งใช้เกณฑ์ 5 ระดับและคำถามปลายปิด

วิธีวัดพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามด้วย Rating Scale คือการให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกการปฏิบัติที่ตรงกับวิถีปฏิบัติของตนเองมากที่สุดจากระดับปฏิบัติเป็นประจำหรือไม่เคยปฏิบัติมีทั้งหมด 5 ระดับ ต่อแบบสอบถามข้อนั้นๆ โดยคะแนนรวมรายชื่ออยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน

ระดับพฤติกรรมปฏิบัติทั้ง 5 ระดับของ Rating Scale จะมีตั้งแต่ปฏิบัติปฏิบัติเป็นประจำไปจนถึงไม่เคยปฏิบัติ สำหรับข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

สำหรับข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
- 2 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 4 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
- 5 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลผลของเบสท์ (Best 1981 : 184) ดังต่อไปนี้

การแปลความหมายของระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้วิธีรวมคะแนน และ คิดเป็นค่าเฉลี่ย การแปลผลจะใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น หลังจากนั้นก็ให้นำคะแนน ที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้อันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00 – 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับแย่
- 1.34 – 2.67 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้
- 2.68 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับดี

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity)

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) นำข้อคำถามไปพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านยา 1 ท่าน เกษษกร 1 ท่านและนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา เพื่อให้ได้คำถามที่สามารถสื่อความหมายได้ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

$$\text{สูตรคำนวณ CVI} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นตามประเด็นที่แจ้ง โดยเฉพาะประเด็นการเป็นตัวแทนหรือความเกี่ยวข้องในเนื้อหา โดยทำเป็นแบบวัด (Scale) มี ตัวเลือกเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ ถ้าประเมินความเกี่ยวข้อง คะแนน 4 หมายถึง เกี่ยวข้องมาก 3 หมายถึงเกี่ยวข้องพอควรหรือเกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้ 2 หมายถึง เกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้และ 1 หมายถึงไม่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้แล้วควรมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นเพิ่มเติมตามที่ได้ชี้แจงไว้ โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามงานวิจัยนี้เท่ากับ 1

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าแบบอิสระ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร คือ ประชาชนในตำบลแม่ระ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 (Polit & Hung, 1999) และหาความเชื่อมั่น(reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula 20 , KR-20) เท่ากับ 0.87

3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และนำเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว เพื่อขอ อนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอเชียงดาวแล้วผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจง กับกลุ่มตัวอย่าง ว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้อย่างตลอดเวลา โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการ รวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการ เท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในที่ปลอดภัย โดยบุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึง

3.5 วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะดำเนินการ แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มที่ศึกษาโดยมีขั้นตอน

1. ติดต่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง
3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เสนอต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
4. ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
5. อบรมผู้ช่วยนักวิจัยเรื่องวิธีการเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้
6. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำแบบสอบถาม
7. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงทำการเก็บ

8. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนเดินทางออกจากพื้นที่
9. นำผลที่ได้จากการทดสอบและวัดมาตรฐานวัดความสมบูรณ์ของการตอบ แล้วจึงนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์และวิธีการให้คะแนน
10. นำแบบสอบถามที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์แล้วนำมาจัดเรียง ตามลำดับแบบสอบถาม แล้วประมวลผลและวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้การวิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การประเมินความรู้ใช้การวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. การประเมินพฤติกรรมต่อการใชยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution)
5. ประเมินความสัมพันธ์ ของความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และและฟิชเชอร์ เอกแซคท์ (Fisher's exact test)

3.7 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัย แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 250 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่ มีนาคม – มิถุนายน 2565 โดยผลการศึกษานำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ
- 4.3 ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ
- 4.4 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ
- 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรม

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การรับยาเพื่อรักษาโรค การใช้ยาในการรักษา แสดงในตารางที่ 4.1 ถึงตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	80	32.00
หญิง	170	68.00
อายุ (ปี)		
< 30	16	6.40
31-40	23	9.20
41-50	41	16.40
51-60	69	27.60
>61	101	40.40
$\bar{x}=44.43$ S.D.=12.36 (อายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 72 ปี)		
Median = 43.50		
สถานภาพสมรส		
โสด	28	11.20
สมรส	165	66.00
หม้าย	39	15.60
หย่าร้าง/แยกทาง	18	7.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	2.80
ประถมศึกษา	127	50.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	11.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	12.80
อนุปริญญา	12	4.80
ปริญญาตรี	42	16.80
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.80

จากตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาโดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.00 เป็นเพศชาย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.00 เป็นเพศหญิง สำหรับด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.40 มีอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.60 มีอายุ อยู่ระหว่าง 51-60 ปี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.40 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.00 รองลงมา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15.60 สถานภาพสมรสหม้าย และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.20 สถานภาพสมรสโสด สำหรับระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.80 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.20 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	44	17.60
เกษตรกร	38	15.20
พนักงานบริษัท	2	0.80
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	38	15.20
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	54	21.60
รับจ้างทั่วไป	74	29.60
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
< 5,000	139	55.60
5,001-10,000	64	25.60
10,001-20,000	29	11.60
20,001-30,000	9	3.60
>30,001	9	3.60

\bar{X} = 8,260.20 S.D. = 11,911.508 Median = 5,000

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ (%)
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	198	79.20
ข้าราชการ	32	13.60
สวัสดิการส่วนท้องถิ่น	2	0.80
ประกันสังคม	14	5.60
จ่ายเอง/ไม่มีสิทธิการรักษา/ไม่ทราบ	2	0.80

จากตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.60 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.60 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รองลงมาพบกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ส่วนสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.20 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รองลงมาพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.60 สิทธิข้าราชการ และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.60 สิทธิการรักษาประกันสังคม

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข การให้คำปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข		
ไม่มี	180	72.00
มี	70	28.00
แพทย์	5	7.10
พยาบาล	17	22.90
เภสัชกร	1	1.40
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	48	68.60

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
การให้คำปรึกษา		
ไม่เคย	11	15.71
เคย	59	84.29
การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	1	1.70
การคัดกรองสุขภาพประจำปี	6	10.17
การใช้ยารักษาโรค	32	54.23
การดูแลสุขภาพทั่วไป	17	28.80
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย	1	1.70
โรคเบาหวาน	1	1.70
โรคมะเร็งปากมดลูก	1	1.70

จากตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.00 ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.00 มีความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.60 มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมากรุปตัวอย่างร้อยละ 22.90 มีความสัมพันธ์กับพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.10 มีความสัมพันธ์กับแพทย์ สำหรับการให้คำปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.29 เคยได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.23 ได้รับคำปรึกษาเรื่องการให้ยารักษาโรค รองลงมากรุปตัวอย่างร้อยละ 28.80 ได้รับคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.17 ได้รับคำปรึกษาเรื่องการคัดกรองสุขภาพประจำปี

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลการรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการ การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ข้อมูลทั่วไป (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
การรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการในระยะเวลา 3 เดือน		
ไม่ได้ใช้ยา	112	44.80
ใช้ยา*	138	55.20
โรคความดันโลหิตสูง	80	40.00
โรคเบาหวาน	21	10.50
โรคหัวใจ	2	0.50
โรคไขมันในเลือดสูง	26	13.00
โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก โครงร่าง	23	11.50
โรกระบบทางเดินอาหาร	8	4.00
โรคหอบหืด ภูมิแพ้	9	4.50
วางแผนครอบครัว	7	3.50
โรคโควิด 19	24	12.00
การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ได้ใช้ยา	78	31.20
ใช้ยา*	172	68.80
ยาแก้ปวด ลดไข้ คลายกล้ามเนื้อ	80	38.60
ยากุมกำเนิด	8	3.72
ยารักษาโรคเรื้อรัง	90	41.86
ยาปฏิชีวนะ	7	3.26
ยาบำรุงร่างกาย	27	12.56

*ใช้ยามากกว่า 1 โรค **รับยารักษาโรคมามากกว่า 1 รายการ

จากตารางที่ 4.4 แสดงข้อมูลการรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการ การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.80 ไม่ได้ใช้ยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.20 ได้ใช้ยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.00 รับยาโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.80 รับยากุมกำเนิด และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.80 รับยาโรคไขมันในเลือดสูง สำหรับการ ใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 68.80 มีการใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.86 รับประทานยาโรคเรื้อรัง รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.60 รับประทานแก้ปวด ลดไข้ คลายเส้น และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.56 รับประทานบำรุงร่างกาย โดยการรับประทานเพื่อรักษาโรคหรืออาการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาแสดงถึงชนิดของยาที่รักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง โดย การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นกัน

4.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วย การประเมินความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ เชื้อดื้อยา วิธีการใช้ยาอันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังแสดงในตารางที่ 4.5 ถึงตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะรายชื่อ (n=250)	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ
1. ยาปฏิชีวนะเป็นยารักษาโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	145	58.00	105	42.00
2. ยาปฏิชีวนะ สามารถลดไข้ แก้ปวดเมื่อยได้	83	33.20	167	66.80
3. ยาปฏิชีวนะสามารถรักษาโรคไข้วัดธรรมดาและไข้วัดใหญ่ได้	81	32.40	169	67.60
4. ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาอาการถ่ายเหลว และอาเจียน	153	61.20	97	38.80
5. ยาปฏิชีวนะสามารถรักษาอาการเจ็บคอเสียงแหบ ไม่มีไข้ได้	204	81.60	46	18.40
6. ยาปฏิชีวนะสามารถใช้รักษา น้ำกัดเท้า ส่องงฟูตเชื้อราที่ขาน้ำได้	115	46.00	135	54.00
7. ยาปฏิชีวนะมีทั้งแบบเม็ด ผง และน้ำ	210	84.00	40	16.00
8. ยาปฏิชีวนะที่แพทย์สั่งให้กิน “ก่อนอาหาร” ต้องกินและกินอาหารตามทันที เพื่อเพิ่มการดูดซึมยาในกระเพาะอาหาร	129	51.60	121	48.40
9. การกินยาปฏิชีวนะ ควรกินต่อเนื่องอย่างน้อย 5 วัน	176	70.40	74	29.60
10. หลีกเลี่ยงการกินยาปฏิชีวนะได้โดยไม่มีผลต่อทารกในครรภ์	58	23.20	192	76.80

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะรายข้อ (n=250)	ตอบถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ
11. เมื่อเกิดบาดแผลในร่างกายต้องกินยาปฏิชีวนะทุกครั้ง	89	35.60	161	64.40
12. ยาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมดตามที่แพทย์สั่ง แม้ว่าอาการจะหายแล้ว	207	82.80	43	17.20
13. ควรใช้น้ำร้อนผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับเด็ก	43	17.20	207	82.80
14. หากมีอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ เช่น มีผื่นคันบริเวณ ผิวหนังหน้าบวมควรหยุดยาและรีบปรึกษาแพทย์ทันที	247	98.80	3	1.20
15. การแพ้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้เสียชีวิตได้	193	77.20	57	22.80
16. เชื้อโรคคือยาส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะที่ ไม่เหมาะสม	211	84.40	39	15.60
17. สาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อ โรคคือยา เนื่องจากการใช้ ยาปฏิชีวนะที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครบตามแพทย์สั่ง	225	90.00	25	10.00
18. อาการคือยาปฏิชีวนะสามารถรักษาให้หายเองได้	76	30.40	174	69.60
19. เนื้อสัตว์ที่ได้จากฟาร์มที่ใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ อาจเป็น แหล่งของการได้รับยาปฏิชีวนะเข้าสู่ร่างกาย หากเรากิน เนื้อสัตว์นั้น	133	53.20	117	64.80
20. ยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค COVID-19	45	18.00	205	82.00

จากตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คำตอบที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.80 มีความรู้เรื่องหากมีอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ เช่น มีผื่นคันบริเวณผิวหนังหน้าบวมควรหยุดยาและรีบปรึกษาแพทย์ทันที รองลงมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.00 มีความรู้เรื่องสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อ โรคคือยา เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ต่อเนื่องไม่ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.40 มีความรู้เรื่องเชื้อโรคคือยาส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม สำหรับข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.80 ตอบว่าควรใช้น้ำร้อนในการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับเด็ก รองลงมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.00 ตอบว่ายาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค COVID 19 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.80 ตอบว่าหญิงตั้งครรภ์กินยาปฏิชีวนะโดยไม่มีผลต่อทารกในครรภ์

ตารางที่ 4.6 ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ	190	76.00
ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง	44	17.60
ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง	16	6.40

Mean=11.281 S.D.=2.259 IQR =2 Median=11.00

จากตารางที่ 4.6 แสดงข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.00 มีระดับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ รองลงมาพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.60 ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.40 ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง

4.3 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง การใช้อย่างสมเหตุผล ดังแสดงใน ตารางที่ 4.7 ถึง ตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อทศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ทศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ				$\bar{X} \pm SD$	แปลผล
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย		
1.เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่สบายแม้เพียงเล็กน้อยก็ควรกินยาปฏิชีวนะทุกครั้ง	20.0	27.20	38.80	14.0	2.47 (0.966)	ปานกลาง
2.เมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ไม่มีประโยชน์ที่จะกินยาปฏิชีวนะต่อจนหมด	13.20	36.40	22.0	28.4	2.66 (1.030)	ปานกลาง
3.ควรกินยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บคอหรือมีไข้เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการมากขึ้น	23.60	43.60	19.20	13.60	2.23 (0.961)	ปานกลาง
4. จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นทุกครั้ง	21.20	38.40	23.60	16.80	2.36 (0.997)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่ม ตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ				$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย		
	5. การกินยาปฏิชีวนะทำให้อาการปวด ฟันดีขึ้น	24.00	31.20	24.40		
6. การฉีดยาปฏิชีวนะจะทำให้อาการ เจ็บป่วยเร็วกว่าการกินยาปฏิชีวนะ	12.80	37.20	37.20	12.80	2.50 (0.875)	ปานกลาง
7. การเจ็บป่วยที่มีอาการคล้ายกัน สามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิด เดียวกันได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์	23.20	31.60	26.00	19.20	2.41 (1.046)	ปานกลาง
8. ยาปฏิชีวนะแบบแคปซูลสามารถแกะ เอาผงมาโรยแผล ฝี และหนอง เพื่อฆ่า เชื้อได้	18.00	44.40	23.60	14.00	2.34 (0.931)	ปานกลาง
9. รู้สึกไม่พอใจถ้าแพทย์หรือเภสัชกรไม่ จ่ายยาปฏิชีวนะแบบที่ท่านต้องการ	20.80	37.20	13.60	28.40	2.50 (1.113)	ปานกลาง
10. การใช้น้ำร้อนผสมยาปฏิชีวนะแบบ ผงสำหรับเด็ก จะช่วยให้ตัวละลายและ ออกฤทธิ์ได้ดี	19.60	34.00	33.40	13.20	2.40 (0.948)	ปานกลาง
11. ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อให้สามารถใช้อาปฏิชีวนะได้ เหมาะสมกับโรค	37.20	3.60	13.20	46.00	2.68 (1.374)	ปานกลาง
12. สามารถแบ่งปันยาปฏิชีวนะที่ใช้ ได้ผลดีให้คนที่ท่านรู้จักใช้ด้วย	17.20	33.60	34.00	15.20	2.47 (0.949)	ปานกลาง
13. ควรมียาปฏิชีวนะติดไว้ประจำที่บ้าน เพื่อที่สามารถกินได้ทันทีเมื่อมีอาการ เจ็บป่วย	12.40	42.0	25.20	20.40	2.54 (0.953)	ปานกลาง
14. หากไม่ได้กินยาปฏิชีวนะ อาการ เจ็บป่วยจะใช้เวลารักษานานกว่า	22.00	37.20	28.80	12.00	2.31 (0.947)	ปานกลาง
15. หากไม่เคยมีประวัติแพ้ยามาก่อนจะ ไม่แพ้ยาปฏิชีวนะ	23.60	40.00	22.80	13.60	2.26 (0.971)	ปานกลาง
16. การซื้อยาปฏิชีวนะที่เคยใช้แล้ว ได้ผลดีมากินเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่า การไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล	16.40	35.20	28.40	20.00	2.52 (0.991)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่ม ตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ				$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย		
	17. เมื่อกินยาปฏิชีวนะแล้วมีอาการ ท้องเสียร่วม เป็นเรื่องผิดปกติ	21.20	24.00	35.60		
18. เนื้อสัตว์ที่มาจากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ที่มี การใช้ยาปฏิชีวนะ หากเรากินเนื้อสัตว์ นั้นอาจทำให้ได้รับยาปฏิชีวนะเข้าสู่ ร่างกายด้วย	26.00	30.80	32.00	11.20	2.28 (0.975)	ปานกลาง
19. เชื้อโรคคือยาที่เกิดจากการกินยา ปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง เป็นเรื่องที่ไม่ เกี่ยวข้องกับตัวเรา	22.80	36.80	21.20	19.20	2.37 (1.038)	ปานกลาง
20. หากคนรู้จักมีอาการคล้ายจะเป็นไข้ โควิด-19 สามารถกินยาปฏิชีวนะเพื่อ บรรเทาหรือรักษาได้	16.40	35.60	26.40	21.60	2.53 (1.006)	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง ในประเด็น ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อให้สามารถใช้อาหารยาปฏิชีวนะได้เหมาะสมกับโรค (ค่าเฉลี่ย 2.68) รองลงมาเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ไม่มีประโยชน์ที่จะกินยาปฏิชีวนะต่อจนหมด (ค่าเฉลี่ย 2.66) และควรมียาปฏิชีวนะติดไว้ประจำที่บ้านเพื่อที่สามารถกินได้ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.54)

ตารางที่ 4.8 ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลปานกลาง	192	76.80
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมาก	58	23.20
รวม	250	100.00

Mean =2.232 S.D. = 0.423 IQR = 0.00 Median=2.00

จากตารางที่ 4.8 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.80 มีทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.20 มีทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาก

4.4 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังแสดงในตารางที่ 4.9 ถึง ตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ					$\bar{X} \pm SD$	พฤติกรรม
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย ปฏิบัติ		
	1. เมื่อเกิดอาการท้องเสีย จะกินยาปฏิชีวนะ	50.2	5.2	13.7	4.0		
2. หยุดกินยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติจากการกินยา	24.8	9.6	12.4	10.8	42.4	3.36 (1.665)	ดี
3. เมื่อมีอาการเจ็บคอหรือไอ จะซื้อยาปฏิชีวนะมากินเองหรือให้ผู้ที่ป่วยกิน	31.6	10.4	25.2	13.6	19.2	2.78 (1.494)	ดี
4. กินยาปฏิชีวนะเพิ่มเองโดยไม่ได้รับรักษาแพทย์หรือเภสัชกร เมื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น	48.8	7.2	6.0	6.8	31.2	2.64 (1.800)	พอใช้
5. กินยาปฏิชีวนะครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง แม้อาการจะหายก่อนก็ตาม	33.6	20.0	18.0	4.4	24.0	2.65 (1.561)	พอใช้
6. เปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะกินเอง เมื่อกินยาปฏิชีวนะ ตัวเดิมแล้วอาการไม่ดีขึ้นทันใจ	36.8	7.6	18.8	4.4	32.4	2.88 (1.699)	ดี

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ					$\bar{x} \pm SD$	พฤติกรรม
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
	7. ใช้ยาปฏิชีวนะผสมใน อาหารสัตว์ เพื่อป้องกันไม่ให้ สัตว์เจ็บป่วย	35.6	5.2	23.2	8.8		
8. หยุดกินยาปฏิชีวนะทันที เมื่อมีอาการดีขึ้น	44.0	7.6	21.2	11.2	16.0	2.48 (1.524)	พอใช้
9. อ่านฉลากยา ชื่อตัวยา สรรพคุณทุกครั้งก่อนการใช้ยา ทุกชนิด	42.4	9.6	5.6	2.8	39.6	2.88 (1.845)	ดี
10. กดเหล่า เบียร์ และเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างที่กินยา ปฏิชีวนะ	46.8	6.4	4.8	2.8	39.2	2.81 (1.874)	ดี
11. สังเกตวันหมดอายุบนแผง ยาทุกครั้งก่อนกิน	42.0	5.2	6.0	4.8	41.6	3.03 (1.986)	ดี
12. เมื่อมีบาดแผล ท่านจะใช้ยา ปฏิชีวนะไปโรย	38.8	9.6	12.4	7.6	31.6	2.84 (1.724)	ดี
13. เมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูก ใส จะเริ่มกินยาปฏิชีวนะทันที เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็ว ขึ้น	38.8	10.4	17.2	10.0	23.6	2.69 (1.617)	ดี
14. เลือกร้านขายยาปฏิชีวนะจาก ร้านขายยาที่มีเภสัชกร	24.4	18.4	16.0	7.2	34.0	3.08 (1.611)	ดี
15. ซื้อยาปฏิชีวนะจากการ คำแนะนำของญาติ เพื่อน หรือ คนรู้จัก	29.6	14.4	25.2	9.6	21.2	2.78 (1.495)	ดี
16. แจ้งเรื่องการแพ้ยาแก่ผู้จ่าย ยาหรือแพทย์ทุกครั้ง	38.4	11.6	7.6	3.2	39.2	2.93 (1.806)	ดี

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	ร้อยละ					$\bar{x} \pm S.D.$	พฤติกรรม
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
17. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ การใช้ยาปฏิชีวนะด้วยทุกครั้ง ที่ได้รับยาปฏิชีวนะจาก สถานพยาบาล	24.4	21.6	18.8	4.4	30.8	2.96 (1.574)	ดี
18. พยายามขอให้หมอสั่งจ่าย ยาปฏิชีวนะให้ แม่หมอจะแจ้ง ว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้	49.2	5.6	6.4	4.4	34.4	2.69 (1.833)	ดี
19. กินยาปฏิชีวนะ เพื่อ ป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อ ไข้โควิด-19 แม้วัยรู้สึก สบายดี	53.2	3.2	3.2	4.0	36.4	2.67 (1.887)	ดี
20. หากมีอาการคล้ายจะเป็น ไข้โควิด-19 สามารถกินยา ปฏิชีวนะเพื่อบรรเทาหรือ รักษาได้	50.0	6.8	2.8	3.6	36.8	2.70 (1.871)	ดี

จากตารางที่ 4.9 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกรายข้อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติดี ได้แก่ หยุดกินยาปฏิชีวนะทันที เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติจากการกินยา (ค่าเฉลี่ย 3.36) รองลงมาได้แก่ เลือกรักษาปฏิชีวนะจากร้านขายยาที่มีเภสัชกร (ค่าเฉลี่ย 3.08) และสังเกตวันหมดอายุบนแผงยาทุกครั้งก่อนกิน (ค่าเฉลี่ย 3.03) ส่วนกลุ่มตัวพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติพอใช้ ได้แก่ กินยาปฏิชีวนะครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง แม้อาการจะหายก่อนก็ตาม (ค่าเฉลี่ย 2.65) รองลงมา กินยาปฏิชีวนะเพิ่มเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เมื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.64) และ เมื่อเกิดอาการท้องเสีย จะกินยาปฏิชีวนะ (ค่าเฉลี่ย 2.52)

ตารางที่ 4.10 ข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับแย่	20	8.00
พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับพอใช้	106	42.40
พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับดี	124	49.60
รวม	250	100.00

Mean=48.762 S.D.=8.658 IQR =14.25 Median=48.76

จากตารางที่ 4.10 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.60 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติดี รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.40 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับพอใช้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.00 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติแย่

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองฉาย อำเภอเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ดังแสดงในตารางที่ 4.11 ถึง ตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.11 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	ระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ		P - value
	สมเหตุผลปานกลาง	สมเหตุผลมาก	
ระดับต่ำ 190 (76.00)	152 (80.00)	38 (20.00)	0.053
ระดับปานกลาง 44 (17.60)	31 (70.45)	13 (29.55)	
ระดับสูง 16 (6.40)	9 (56.25)	7 (43.75)	

จากตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P – value = 0.053)

ตารางที่ 4.12 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ			P – value*
	แย่	พอใช้	ดี	
ระดับต่ำ 190 (76.00)	16 (8.42)	87 (45.79)	87 (45.79)	
ระดับปานกลาง 44 (17.60)	4 (9.09)	16 (36.36)	24 (54.55)	0.055
ระดับสูง 16 (6.40)	0 (0.00)	3 (18.75)	13 (81.25)	

หมายเหตุ. Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P – value = 0.055)

ตารางที่ 4.13 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ			P – value*
	แย่	พอใช้	ดี	
สมเหตุผลปานกลาง 192 (78.80)	9 (45.00)	67 (63.21)	116 (93.55)	
สมเหตุผลมาก 58 (23.20)	11 (55.00)	39 (36.79)	8 (6.45)	0.001

จากตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติ
การใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า
ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของ
กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice; KAP เพื่อศึกษาความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเรื่องยาปฏิชีวนะ วิธีการใช้ยาปฏิชีวนะ ประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา และพฤติกรรมต่อการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งต่อตนเอง บุคคลในครอบครัวในปัจจุบัน ของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้เวลาในการศึกษาระหว่าง มีนาคม 2565 - มิถุนายน 2565 จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ตำบลแม่ณะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ได้เท่ากับ 0.84 (Polit & Hung, 1999) และหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-richardson formula 20, KR-20) เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน รวมทั้งผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้สรุปผลการศึกษาดังกล่าวตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 32.00 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.40 มีอายุมากกว่า 60 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.00 ด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ด้านอาชีพ ร้อยละ 29.60 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 55.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 79.20 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ด้านความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยความสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 72.00 ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข การให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.29 เคยได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุข การรับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการ การใช้ยา ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 44.80 ไม่ได้ใช้ยา ส่วนผู้ที่ได้ใช้ยา ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.00 รับยาโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า คำตอบที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.80 มีความรู้เรื่องหากมีอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ เช่น มีผื่นคันบริเวณผิวหนังหน้าบวมควรรหยุดยาและรีบปรึกษาแพทย์ทันที รองลงมาพบว่า ร้อยละ 90.00 มีความรู้เรื่องสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคคือยา เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ต่อเนื่องไม่ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง และร้อยละ 84.40 มีความรู้เรื่องเชื้อโรคคือยาส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม สำหรับข้อที่ตอบผิดพบว่า ร้อยละ 82.80 ตอบว่าควรใช้น้ำร้อนในการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับเด็ก รองลงมาพบว่า ร้อยละ 82.00 ตอบว่ายาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค COVID 19 และร้อยละ 76.80 ตอบว่าหญิงตั้งครรภ์กินยาปฏิชีวนะโดยไม่มีผลต่อทารกในครรภ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.00 มีระดับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ รองลงมาพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.60 ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.40 ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่าทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะในการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปานกลาง ในประเด็น ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้เหมาะสมกับโรค (ค่าเฉลี่ย 2.68) รองลงมาเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ไม่มีประโยชน์ที่จะกินยาปฏิชีวนะต่อจนหมด (ค่าเฉลี่ย 2.66) และควรมียาปฏิชีวนะติดไว้ประจำที่บ้านเพื่อที่สามารถกินได้ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.54) ระดับทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.80 มีทักษะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.20 มีทักษะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติได้ แก่ หยุดกินยาปฏิชีวนะทันที เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติจากการกินยา (ค่าเฉลี่ย 3.36) รองลงมาได้แก่ เลือกซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยาที่มี

เภสัชกร (ค่าเฉลี่ย 3.08) และสังเกตวันหมดอายุบนแผงยาทุกครั้งก่อนกิน (ค่าเฉลี่ย 3.03) ส่วนกลุ่มตัว
พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติพอใช้ ได้แก่ กินยาปฏิชีวนะครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง
เมื่ออาการจะหายก่อนก็ตาม (ค่าเฉลี่ย 2.65) รองลงมา กินยาปฏิชีวนะเพิ่มเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์
หรือเภสัชกร เมื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.64) และ เมื่อเกิดอาการท้องเสีย จะกินยา
ปฏิชีวนะ (ค่าเฉลี่ย 2.52)

จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ
49.60 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติดี รองลงมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.40 พฤติกรรมการ
ใช้ยาปฏิชีวนะระดับพอใช้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.00 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะระดับปฏิบัติแย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรู้และระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มีความสัมพันธ์กับ
ระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P – value = 0.053)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และระดับพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบล
เมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับ
ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P – value = 0.055)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติการใช้ยา
ปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความสัมพันธ์
ระหว่างระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างมี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

**ส่วนที่ 1 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมือง
งาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่**

ผลการศึกษาครั้งนี้ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ
76.00 มีระดับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ ($\bar{X} = 11.281$, S.D. = 2.259) (ตารางที่ 4.6) ทั้งนี้
เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 40.4 ทำให้ส่งผลต่อ
ความเข้าใจของข้อคำถามที่เป็นในเชิงวิชาการซึ่งมีความสับสน สอดคล้องกับการศึกษาของวสาวี กลิ่น
ขจรและคณะ(2554) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ แห่งหนึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ คิดเป็น
ร้อยละ 66.7 โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามเรื่องความรู้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ปฏิบัติชิวณะถูกต้องมากที่สุดร้อยละ 98.80 ได้แก่ ความรู้เรื่องหากมีอาการแพ้ยาปฏิบัติชิวณะ เช่น มีผื่นคัน บริเวณผิวหนังหน้าบวมควรรหยุดยาและรีบปรึกษาแพทย์ทันที และสอดคล้องด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.00 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิบัติชิวณะในเรื่อง ความหมาย สรรพคุณในการรักษาการผสม ยาสำหรับเด็กที่เป็นผงแห้งและระยะเวลาการเก็บรักษายาหลังผสม อาการแพ้ยาและวิธีปฏิบัติเมื่อแพ้ยา

ส่วนระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.80 มีทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.8) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปรีชา อินทร์พงศ์ (2565) ที่ทำการศึกษาคำความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ทัศนคติของการใช้ยาปฏิบัติชิวณะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 0.14$, S.D.= 0.17) นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของรวิวรรณ เผ่ากัณหา, ธัญญาสิริ รัชชสวัสดิ์และ กาญจนา อยู่เจริญสุข (2563) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการ ใช้ยาปฏิบัติชิวณะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลโดย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.96)

ส่วนระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.60 (ตารางที่ 4.10) แตกต่างจากการศึกษาของ สุกัลักษณ์ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และกวี ไชยศิริ (2559) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิบัติชิวณะในระดับที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 55.5 นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ รวิวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ (2563) ที่ศึกษาคำความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะอย่างสมเหตุผลของ นักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, S.D.= 1.17)

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาคำความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติการใช้ยาปฏิบัติชิวณะของประชาชนในพื้นที่ ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิบัติชิวณะไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติการใช้ยาปฏิบัติชิวณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P – value = 0.053) (ตารางที่ 4.11) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิจารณ์ พานิช (2548) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าในระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับที่ต่ำร้อยละ 76.00 (ตารางที่ 4.6) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีถึงร้อยละ 40.40 และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 50.80 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งกล่าวว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบริบทและ

กระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยความต้องการ โดยความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้เป็นชุดความรู้ที่มีการสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ ในระดับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเรื่องการเคยใช้ยาในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 68.80 ยาที่เคยใช้จะเป็นรักษาโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 41.86 ส่วนยาปฏิชีวนะเคยใช้ใน ช่วงระยะเวลา 3 เดือน พบเพียงร้อยละ 3.26 (ตาราง 4.4) จึงส่งผลให้ความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งระดับความรู้ดังกล่าวไม่ได้เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายโดยตรงทั้งหมด

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 (ตารางที่ 4.12) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะให้ครอบคลุมในเรื่องวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังอาการแพ้ยา การคือยารวมทั้งการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 (ตารางที่ 4.13) สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ (2563) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 68.60) มีความสัมพันธ์กับพยาบาล (ร้อยละ 22.90) และเคยได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 84.29) โดยได้รับคำปรึกษาเรื่องการใช้อาหารรักษาโรค (ร้อยละ 54.23)

5.3 ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับบุคคล และระดับชุมชน เช่น จากระดับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ต่ำสามารถนำข้อมูลมาวางแผนการพัฒนาความรู้ของประชาชน โดยด้านที่ต้องได้รับความรู้เพิ่มเติมจะเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะ อาทิ การใช้ยาที่ถูกต้อง การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผง การทานยาให้ต่อเนื่อง และนำข้อมูลความสัมพันธ์ของระดับ ทัศนคติและพฤติกรรม มาวางแผน ในระบบการเฝ้า

ระวังการใช้อย่างปฏิบัติที่ไม่สมเหตุผลในชุมชน โดย นำผลศึกษาที่วิเคราะห์ในพฤติกรรมรายชื่อนำมาวางแผนการเฝ้าระวังการใช้อย่างปฏิบัติ ให้เหมาะสมต่อพื้นที่ของตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษานี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการทำการศึกษา ดังนี้ ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนากระบวนการให้ความรู้เรื่องการใช้ปฏิบัติและยาคอื่นที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มให้เหมาะสม และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ปฏิบัติของประชาชนในตำบลเมืองงาย เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนพัฒนาความรู้ด้านการใช้ปฏิบัติของประชาชนในตำบลเมืองงายให้มีระดับที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ปฏิบัติที่เหมาะสม ต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). Health KPI. จาก

http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=36&lv=2&z=01&kpi_year=2560

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2560). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการเคียวด้านจุลชีพประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560–2564. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562 จาก

<http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf>

กัญจนพร ลิ้มผ่องใส. (2562). ทศนคติการรับรู้ประโยชน์การรับรู้ความง่ายต่อการใช้งาน และคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการบริษัทขนส่งอาหารออนไลน์ของร้านอาหารในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (การค้นคว้าอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2. (2559). สืบค้น 11

พฤษภาคม 2562, จาก http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2559Vol4No1_53.pdf

การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550. (2559). สืบค้น 2 กรกฎาคม 2562 จาก

https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/media16_5.pdf

เกศินี จุฑาวิจิตร. (2542). การสื่อสารเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครปฐม: สถาบันราชภัฏนครปฐม.

ไกรสร สวัสดิ์อารีย์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของโครงการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง.

โครงการ ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Antibiotic Smart Use Program). (2558). สืบค้น 11

พฤษภาคม 2562 จาก <http://newsser.fda.moph.go.th/rumthai/userfiledownload/asu90dl.pdf>

จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิระวัฒน์ รามสุข และเอมอร ชัยประทีป. (2555). การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, สืบค้น 2 มิถุนายน 2562 จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/25729/21852>

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์. (2542). ทศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม : การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.

เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล

ชูใจ คูหารัตนไชย. (2542). สถิติเบื้องต้น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเภสัชศาสตร์ ภาควิชาสถิติประยุกต์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร

ดาวรุ่ง คำวงศ์ และ ทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 7(3), 121-126.

ทวิศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาการจัดการ, 8(2), 84-102

ทิพวรรณ วงเวียน. (2557). ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ของผู้ป่วยนอกที่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562 จาก <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2014/11/final57-6.pdf>

ธนวรรธ ตั้งสินทรัพย์ศิริ. (2550). พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์.

นพคุณ ธรรมธัชชารี, นุชรินทร์ โทมามา และศุภลสิทธิ์ พรรณารุ โนนชัย. (2565). การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 16(3), 281

นิธิตา สุ่มประดิษฐ์. (2556). โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use: การศึกษาการขยายผลสู่ความยั่งยืนโดยการสร้างบรรทัดฐานใหม่ทาง. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4206/hs2133.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

บุญธรรม กิจปริดาภิรุตติ. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด. กรุงเทพฯ: เจริญผล.

บุบผา ศิริรัศมี, ศุภลักษณ์ สุขไพบลูย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, กวี ไซยศิริ (2559). พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในในจังหวัดนครปฐม. สืบค้น 2 กรกฎาคม 2562. จาก http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf

ปรีชา อินธพิงศ์. (2565). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online), 2(1), 62-70.

แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). (2553). รายงานสถานการณ์ระบบยา 2553 สถานการณ์เชื้อดื้อยาและปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์

พรรณนิภา ฤตวิรุฬห์. (2563). แบบที่เรียดื้อยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร

พัชราพรรณ กิจพันธ์ และ จันทรรัตน์ สิทธิวรนนท์. (2557). วิกฤตเชื้อดื้อยาสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล พิมพ์ประกาย คำคำ. (2557). วิกฤตยารักษาโรค เรื่องใหญ่ที่คนไทยมองข้าม. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562 จาก <https://www.hfocus.org/content/2014/03/6625>

- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2551). การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คำจำกัดความและกรอบความคิด. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้บัญชียาแห่งชาติ สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นนทบุรี
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2552). ฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้านสุขภาพและคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อุษาการพิมพ์.
- พิระศักดิ์ นาคี. (2537). ทักษะคิดของประชาชนต่อบทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ในการพัฒนาชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะจังหวัดนครปฐม. มหาวิทยาลัยรามคำแหง/กรุงเทพมหานคร.
- ภาณุมาศ ภูมาศและคณะ. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและด้านเศรษฐศาสตร์ จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 42(2), 117-120.
- ภาณุ วิริยานุทัย. (2558). ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภอแก่ง จังหวัดลำปาง. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562 จาก <http://tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wp-content/uploads/2015/07/58-14final.pdf>
- มลทา เพ็ชรสุวรรณ. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภอแก่ง จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา และคณะ. (2564). ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน แผลสดและโรคท้องร่วงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล จังหวัดอุบลราชธานี. เวชสารแพทย์ทหารบก. 74(4), 291-321.
- รวีวรรณ เผ่ากัณหาและคณะ (2564). ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(3), 143-150.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 : เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน, 2556
- วสาวิ กลิ่นขจร และคณะ. (2554). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. สืบค้นวันที่ 11 พฤษภาคม 2562. จาก <http://hpc6.anamai.moph.go.th/images/research/som1.pdf>
- วารสารDDC Watch. (2560). จับตาโรคและภัยสุขภาพ. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก <http://www.correct.go.th/meds/index/Download/หยุดเชื้อคือยา.pdf>
- วิกิพีเดียสารานุกรมเสรี. (2562). ยาปฏิชีวนะ. สืบค้น 22 กรกฎาคม 2562. จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/ยาปฏิชีวนะ>

- วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันส่งเสริมการจัดการ ความรู้เพื่อสังคม.
- วิลาสินี ปรายม่นตระกูล. (2553). ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาตนเองของประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิลาวัณย์ อุ่นเรือน, คลวิวัฒน์ แสนโสม. (2556). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในอาการ เจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง. สถาบันวิจัย มข. 3(3), 221-231.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2561). Antimicrobial Resistance (AMR, การดื้อยาของเชื้อโรค). สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=468>
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. (2556). เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ. เวชบัณฑิตยสาร, 2(6), 56-59
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. (2557). เชื้อโรคดื้อยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) และการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ ดื้อยาปฏิชีวนะ. เวชบัณฑิตยสาร, 7(1), 27.
- ศศิกา ไรจน์จรรย์. (2559). ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). จิตวิทยาสังคม ทฤษฎีและการปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์.
- ศุภลักษณ์ สุขไพบุลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, กวี ไชยสิริ. (2559). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโชค อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์อิสระ)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). ยาปฏิชีวนะจากดินสู่ดิน (Antibiotics: from soil to soil). วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(4), 451.
- สร้อยรักรักษ์ บุญมุสิก และคณะ. (2562). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(1), 25-36.
- สิริลักษณ์ รื่นรวย และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว. (2559). สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่3.
- สสส. (2561). ตายปีละเกือบ 4 หมื่น! เช็กพฤติกรรมเสี่ยง 'เชื้อดื้อยา' ความตายใกล้ตัว. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/46056-ตายปีละเกือบ%204%20หมื่น!%20เช็กพฤติกรรมเสี่ยง%20เชื้อดื้อยา%20ความตายใกล้ตัว.html>

- สิริลักษณ์ รื่นรวย และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว (2559) ,สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขต
สุขภาพที่3.วารสารเภสัชกรรมไทย ,9(1), 225-253.
- สุนิชา ชานวาทิก. (2560). การเฝ้าระวังการบริโภคยาต้านจุลชีพของประเทศไทย: รากฐานเพื่อการ
ควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(4), 593-607
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2553). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่
เกี่ยวข้อง. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก
http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf
- สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2548). การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.
สืบค้น 11 พฤษภาคม 2562. จาก
http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf
- The World Health Organization. (2014). Antimicrobial resistance: global report on surveillance.
From https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf;jsessionid=53464C0B62C138E9E93DCC8D5B91696C?sequence=1
- Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic/Antimicrobial Resistance. Available at: from
<https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>.
- Best, J. W. (1981). Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B.S. 1976. Human Characteristic and School Learning. New York : McGraw –Hill.
- Green LW, Kreuter MV. Health promotion planning: An educational and environmental approach.
California, USA. Mayfield Publishing Company, 1999.
- Kim, S. S., Moon, S., & Kim, E. J. (2011). Public knowledge and attitudes regarding antibiotic use
in South Korea. Journal of Korean Academy of Nursing, 41(6), 742-749.
- Mun, L. (1971). Norman, Introduction to Psychology. Boston: Houghton Muffin.
- O'Neill J. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: final report and recommendations.
from https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf/.
- International Journal of Medical Research & Health Sciences. (2017). Public Knowledge and
Behaviours Regarding Antibiotics Use: A Survey among the General Public, International
Journal of Medical Research & Health Sciences, 6(6), 2319-5886.
- World Health Organization. (2018). Antibiotic resistance. Retrieved Available from April 15, 2018.
From <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>.

World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components.

WHO Policy Perspectives on Medicines. No.5. Document

WHO/EDM/2002.3. Geneva, Retrieved January 14, 2021, from

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>

Holloway KA. Combating inappropriate use of medicines. Expert review of clinical pharmacology. 2011, 4(3), 35-48.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารเลขที่ ET006/2565

Document No. ET006/2022

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย
Certification of Approval


รับรองโดย

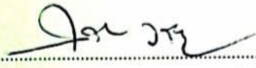
Issued By

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Committee of Research Ethics, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

โครงการวิจัย: ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
Title of Project: Knowledge Attitudes and Behaviors Regarding Antibiotics Use Among Residents in Mueang Ngai Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province
หัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาววนีย์ ศรีวิชัย
Principal Investigator: Miss Wanee Sreewichai
สังกัดหน่วยงาน: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Affiliation: Faculty of Public Health, Chiang Mai University

คณะกรรมการได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรมต่อโครงการวิจัยนี้
ในวันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567
The Committee has reviewed and approved this project on 15 May 2022 to 14 May 2024


รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
Associate Professor Dr. Waraporn Boonchieng
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chairperson Committee of Research Ethics in Faculty of Public Health, Chiang Mai University


ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
Emeritus Professor Suwat Chariyalertsak, MD., Dr.PH.
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Dean of Faculty of Public Health, Chiang Mai University

ภาคผนวก ข
เอกสารการพินิจสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมงานวิจัย
(Participant Information Sheet)

คำชี้แจง

เอกสารนี้จะให้ข้อมูลพื้นฐานของโครงการวิจัยที่ท่านควรศึกษาทำความเข้าใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากท่านอ่านเอกสารนี้และมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทน ท่านสามารถนำเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถหารือกับผู้ที่ท่านต้องการปรึกษาได้

ท่านมีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจว่าจะให้ความร่วมมือหรือไม่ หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน และเมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยหรือมีข้อคิดเห็น ข้อข้องใจ หรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนีย์ ศรีวิชัย เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 089-8387586 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน เบอร์โทรศัพท์ 081-7964687 ในช่วงเวลาราชการ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน)

รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

ภาษาไทย (Thai): ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ภาษาอังกฤษ (English): Knowledge, Attitudes and Behaviors Regarding Antibiotics Use Among Residents in Mueang Ngai Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province

2. ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ -สกุล : นางสาวนีย์ ศรีวิชัย

ตำแหน่ง : นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานที่ทำงาน : รพ.สต.บ้านเมืองงาย ต.เมืองงาย อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่

โทรศัพท์ : 089-8387586 E-mail : maiwane202@gmail.com

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ตำบลเมืองงาย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

4. เหตุผลที่อาสาสมัครได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นประชาชนในเขตตำบลเมืองงาย ซึ่งมีคุณสมบัติที่เหมาะสมตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ท่านใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ทราบเหตุผลความเป็นมาและรายละเอียดของโครงการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามของท่านจนเป็นที่เข้าใจ

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัวและเพื่อนของท่านได้ หากท่านสมัครใจเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมสำหรับเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และจะมอบสำเนาใบเซ็นยินยอมหรือใบพร้อมใจให้ท่านไว้ 1 ชุด หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการระดมการวิจัย

5. วิธีการหรือขั้นตอนการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขออนุญาตให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 20 ข้อ แบบประเมินด้านทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 20 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 25 - 30 นาที

6. จำนวนอาสาสมัครทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัย

ประชาชนในเขตตำบลเมืองงาย จำนวนทั้งหมด 250 คน

7. ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของท่านเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

8. สิ่งที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

9. ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ อาจทำให้ท่านเสียเวลา หรือเกิดความไม่สะดวกสบายในการตอบแบบสัมภาษณ์ หากท่านมีความรู้สึกอึดอัดใจที่จะให้ข้อมูลหรือไม่ต้องการให้ดำเนินการวิจัยในขั้นตอนใด ๆ ท่านอาจเลือกไม่ตอบคำถาม หยุดพัก หรือท่านสามารถยุติการวิจัยได้ตลอดเวลา

10. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จากท่านสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในพื้นที่ตำบลเมืองงาย และเป็นข้อมูลสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง

11. ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

12. ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้

13. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ข้อมูลด้านทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะ และข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ จะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนี้จะนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลทางวิชาการในการศึกษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ข้อมูลใดที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ จะไม่มีข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำตัวของท่าน ข้อมูลที่เป็นเอกสารจะถูกจัดเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีการปิดกุญแจอย่างมิดชิดและปลอดภัย ส่วนการจัดเก็บข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะถูกกำหนด

รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะถูกทำลายทั้งหมด

14. การเข้าร่วมและถอนตัวออกจากการวิจัย

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน

15. การติดต่อ

หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยนี้ รวมทั้งสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนีย์ ศรีวิชัย เบอร์โทรศัพท์ 089-8387586 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน เบอร์โทรศัพท์ 081-7964687

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 เบอร์โทรศัพท์ 053-942504 ในช่วงเวลาราชการ หรืออีเมลล์ phcmu.apply@cmu.ac.th หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้สามารถติดต่อประธานฯหรือผู้แทน ได้ตามสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ หรืออีเมลล์ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวนีย์ ศรีวิชัย)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	จำนวน 20 ข้อ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

CODE.....

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะ

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

จำนวน 20 ข้อ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นคำถามด้านปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาเลือกใส่เครื่องหมาย ลงใน ให้ตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุดหรือ
เต็ม ข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี.....เดือน
3. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกทาง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1. ไม่ได้เรียน / ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - 2. ประถมศึกษา(ป.1-ป.6)
 - 3. มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3)
 - 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)/ปวช./เทียบเท่า
 - 5. อนุปริญญา /ปวส./ปวท./เทียบเท่า
 - 6.ปริญญาตรี
 - 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน
 - 2. เกษตรกร (ไม่รวมรับจ้างทำงานเกษตร)
 - 3. พนักงานบริษัท
 - 4. ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
 - 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 6. รับจ้างทั่วไป (รวมถึงรับจ้างทำเกษตรกรรม)
 - 7. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้โดยเฉลี่ยของท่าน/เดือน ระบุ.....บาท (โดยประมาณ)
7. สิทธิการรักษาหลัก
 - 1. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) 2. ข้าราชการ
 - 3. สิทธิเบิกสวัสดิการท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. 4. ผู้มีปัญหาด้านะสิทธิ
 - 5. ประกันสังคมรพ.รัฐ /เอกชน 6. ต่างค่า
 - 7. จ่ายเงินเอง / ไม่มีสิทธิ 8. ไม่ทราบสิทธิของตนเอง

8. ท่านมีญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เป็นบุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย) หรือไม่

1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 10)
2. มี โปรดระบุ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1.แพทย์ 2.พยาบาล 3.เภสัชกร
- 4.ผดุงครรภ์ 5.เจ้าหน้าที่อนามัย 6.อื่นๆ (ระบุ).....

9. ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทเป็นบุคลากรสาธารณสุข (ตามที่ระบุในข้อ 8) เคยให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยต่างๆบ้างหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย (โปรดระบุเรื่องที่แนะนำ).....

10. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่มีอาการผิดปกติ 2. โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคเบาหวาน
4. โรคหัวใจ 5. โรคไขมันในเลือดสูง 6. โรคกระเพาะอาหาร
7. โรคภูมิแพ้ 8. โรคหอบหืด 9. โรคเกี่ยวกับผิวหนัง
10. โรคเกี่ยวกับกระดูก/กล้ามเนื้อ 11. อ่อนเพลีย 12. ถ่ายเหลว/ท้องร่วง
13. คุมกำเนิด 14. เพื่อบำรุงสุขภาพ 15. ยาลดไข้/แก้ปวด
16. อื่นๆ(โปรดระบุ).....

11. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาชนิดใดต่อไปนี้บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่ได้ใช้ยา 2. ยาแก้ปวด ลดไข้ คลายเส้น 3. ยาคุมกำเนิด
4. ยารักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ เก๊าต์ จิตเวช ไขมันสูง
5. ยาบำรุงร่างกาย วิตามิน เกลือแร่ 6. ยาปฏิชีวนะ(โปรดระบุชื่อยา).....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินด้านความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ 20 ข้อ

คำชี้แจง :แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ
โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้ว กรุณาเลือกใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ถูก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง

ผิด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง

ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจหรือไม่ทราบ

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ /ไม่ทราบ
1	ยาปฏิชีวนะเป็นยารักษาโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	ยาปฏิชีวนะ สามารถลดไข้ แก้ปวดเมื่อยได้		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	ยาปฏิชีวนะสามารถรักษาโรคไข้หวัดธรรมดาและไข้หวัดใหญ่ได้		<input checked="" type="checkbox"/>	
4	ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาอาการถ่ายเหลว และอาเจียน			
5	ยาปฏิชีวนะสามารถรักษาอาการเจ็บคอ เสียงแหบ ไม่มีไข้ได้		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	ยาปฏิชีวนะสามารถใช้รักษา น้ำกัดเท้า ส่องกงฟุต เชื้อราที่ขาหนีบได้		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	ยาปฏิชีวนะมีทั้งแบบเม็ด ผง และน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	ยาปฏิชีวนะที่แพทย์สั่งให้กิน “ก่อนอาหาร” ต้องกินและกินอาหารตามทันที เพื่อเพิ่มการดูดซึมยาในกระเพาะอาหาร		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	การกินยาปฏิชีวนะ ควรกินต่อเนื่องอย่างน้อย 5 วัน	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	หญิงตั้งครรภ์กินยาปฏิชีวนะได้โดยไม่มีผลต่อทารกในครรภ์		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	เมื่อเกิดบาดแผลในร่างกายต้องกินยาปฏิชีวนะทุกครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	ยาปฏิชีวนะต้องกินติดต่อกันจนหมดตามที่แพทย์สั่งแม้ว่าอาการจะหายแล้ว	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	ควรใช้น้ำร้อนในการผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับเด็ก		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	หากมีอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ เช่น มีผื่นคันบริเวณผิวหนัง หน้า	<input checked="" type="checkbox"/>		

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ /ไม่ทราบ
	บวม ปากบวม ควรหยุดยา และรีบพบแพทย์ทันที			
15	การแพ้ยาปฏิชีวนะอาจทำให้เสียชีวิตได้	✓		
16	เชื้อโรคคือยาส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม	✓		
17	สาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคคือยา เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครบตามแพทย์สั่ง		✓	
18	อาการคือยาปฏิชีวนะสามารถรักษาให้หายเองได้		✓	
19	เนื้อสัตว์ที่ได้จากฟาร์มที่ใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ อาจเป็นแหล่งของการได้รับ ยาปฏิชีวนะเข้าสู่ร่างกาย หากเรากินเนื้อสัตว์นั้น	✓		
20	ยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค COVID-19		✓	

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ 20 ข้อ

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อารมณ์ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่ เครื่องหมาย ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่าน

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านบางส่วน แต่ไม่ทั้งหมด

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่าน หรือไม่เห็นด้วยเลย

ข้อที่	คำถาม	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านเห็นว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่สบายแม้เพียงเล็กน้อยก็ควรกินยาปฏิชีวนะทุกครั้ง (-)				
2	เมื่อท่านหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ท่านเห็นว่าไม่มีประโยชน์ที่จะกินยาปฏิชีวนะต่อจนหมด (-)				
3	ท่านเห็นว่า ควรกินยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บคอหรือมีไข้เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการมากขึ้น (-)				
4	ท่านเห็นว่า จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นทุกครั้ง (-)				
5	ท่านเห็นว่า การกินยาปฏิชีวนะทำให้อาการปวดฟันดีขึ้น(-)				
6	ท่านเห็นว่า การฉีดยาปฏิชีวนะจะทำให้อาการเจ็บป่วยหายเร็วกว่าการกินยาปฏิชีวนะ(-)				
7	ท่านเห็นว่า การเจ็บป่วยที่มีอาการคล้ายกันสามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดเดียวกันได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์(-)				

ข้อที่	คำถาม	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
8	ท่านเห็นว่า ยาปฏิชีวนะแบบแคปซูลสามารถแกะเอาผงมาโรยแผล ฝี และหนอง เพื่อฆ่าเชื้อได้(-)				
9	ท่านรู้สึกไม่พอใจถ้าแพทย์หรือเภสัชกรไม่จ่ายยาปฏิชีวนะแบบที่ท่านต้องการ(-)				
10	ท่านเห็นว่า การใช้น้ำร้อนผสมยาปฏิชีวนะแบบผงสำหรับเด็ก จะช่วยให้ตัวยาละลายและออกฤทธิ์ได้ดี(-)				
11	ท่านเห็นว่า ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อให้สามารถใช้อยาปฏิชีวนะได้เหมาะสมกับโรค(+)				
12	ท่านเห็นว่า สามารถแบ่งปันยาปฏิชีวนะที่ท่านใช้ได้ผลดีให้คนที่ท่านรู้จักใช้ด้วย(-)				
13	ท่านเห็นว่า ควรมียาปฏิชีวนะติดไว้ประจำที่บ้าน เพื่อที่สามารถกินได้ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย(-)				
14	ท่านเห็นว่า หากไม่ได้กินยาปฏิชีวนะ อาการเจ็บป่วยจะใช้เวลารักษานานกว่าปกติ(-)				
15	ท่านเห็นว่า หากท่านไม่เคยมีประวัติแพ้ยามาก่อน ท่านก็จะไม่แพ้ยาปฏิชีวนะด้วย(-)				
16	ท่านเห็นว่า การซื้อยาปฏิชีวนะที่เคยใช้แล้วได้ผลดี มากินเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการ ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล(-)				
17	ท่านเห็นว่าเมื่อกินยาปฏิชีวนะแล้วมีอาการท้องเสียร่วม เป็นเรื่องผิดปกติ(+)				
18	ท่านเห็นว่า เนื้อสัตว์ที่มาจากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ หากเรากินเนื้อสัตว์นั้นอาจทำให้ได้รับยาปฏิชีวนะเข้าสู่ร่างกายด้วย(+)				
19	ท่านเห็นว่า เชื้อโรคคือยาที่เกิดจากการกินยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง เป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน(-)				

ข้อที่	คำถาม	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
20	ท่านเห็นว่า หากท่านหรือคนรู้จักมีอาการคล้ายจะเป็นไข้โควิด-19 สามารถกินยาปฏิชีวนะเพื่อบรรเทาหรือรักษาได้(-)				

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดของท่านไม่เห็นด้วยเลย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 4 แบบประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ 20 ข้อ (ให้ตอบตามที่ปฏิบัติจริง)

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โปรดอ่านข้อความให้ละเอียดแล้วเลือกตอบให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด
แล้วใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อคำถามเพียงข้อละ 1 คำตอบ

5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	เมื่อท่านเกิดอาการท้องเสีย ท่านจะกินยาปฏิชีวนะ(-)					
2	ท่านหยุดกินยาปฏิชีวนะทันที เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติจากการกินยา(+)					
3	เมื่อท่านหรือคนรู้จักของท่านมีอาการเจ็บคอหรือไอ ท่านจะซื้อยาปฏิชีวนะมากินเองหรือให้ผู้ที่ป่วยกิน(-)					
4	ท่านกินยาปฏิชีวนะเพิ่มเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เมื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น(-)					
5	ท่านกินยาปฏิชีวนะครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง แม้อาการจะหายก่อนก็ตาม(+)					

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
6	ท่านเปลี่ยนชนิดยาปฏิชีวนะกินเอง เมื่อกินยาปฏิชีวนะตัวเดิมแล้วอาการไม่ดีขึ้น ทันใจ(-)					
7	ท่านใช้ยาปฏิชีวนะผสมในอาหารสัตว์ เพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์เจ็บป่วย(-)					
8	ท่านหยุดกินยาปฏิชีวนะทันที เมื่อมีอาการดีขึ้น (-)					
9	ท่านอ่านฉลากยา ชื่อตัวยา สรรพคุณทุกครั้งก่อนการใช้ยาทุกชนิด(+)					
10	ท่านงดเหล้า เบียร์ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างที่กินยาปฏิชีวนะ (+)					
11	ท่านสังเกตวันหมดอายุบนแผงยาทุกครั้งก่อนกิน(+)					
12	เมื่อท่านหรือคนรู้จักของท่านมีบาดแผล ท่านจะใช้ยาปฏิชีวนะไปโรย(-)					
13	เมื่อท่านเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใส ท่านเริ่มกินยาปฏิชีวนะทันที เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น (-)					
14	ท่านเลือกซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยาที่มีเภสัชกร(+)					
15	ท่านซื้อยาปฏิชีวนะจากการคำแนะนำของญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก(-)					
16	ท่านแจ้งเรื่องการแพ้ยาของท่านแก่ผู้จ่ายยาหรือแพทย์ทุกครั้ง(+)					

ข้อที่	คำถาม	การปฏิบัติ				
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
17	ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยทุกครั้งที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานพยาบาล(+)					
18	ท่านพยายามขอให้หมอสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้ แม้หมอจะแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้ (-)					
19	ท่านกินยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แม้ว่าท่านยังรู้สึกสบายดี(-)					
20	ท่านเห็นว่า หากท่านหรือคนรู้จักมีอาการคล้ายจะเป็นไข้โควิด-19 สามารถกินยาปฏิชีวนะเพื่อบรรเทาหรือรักษาได้(-)					

บันทึกเพิ่มเติมจากการสังเกต ชนิด ลักษณะ ยาปฏิชีวนะที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

.....

****ขอบพระคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม****

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ง
ตารางแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรอายุมากกว่า 20 ปี	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (คน)
หมู่ 1	343	26
หมู่ 2	551	43
หมู่ 3	321	24
หมู่ 4	514	39
หมู่ 5	324	25
หมู่ 7	109	8
หมู่ 8	356	27
หมู่ 9	267	20
หมู่ 10	305	23
หมู่ 11	201	15
รวม	3,291	250

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์ ดร. ชิดชนก เรือนก้อน	ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. นายวรวัฒน์ เดชวงศ์ยา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
3. นางมยุรี ศรีรัตนพงศ์	เภสัชกรชำนาญการ(หัวหน้ากลุ่มงานเภสัช กรรมปฐมภูมิ) โรงพยาบาลเชียงดาว อำเภอ เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวณีย์ ศรีวิชัย

ประวัติการศึกษา

ปีการศึกษา 2546

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขชุมชน
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ปีการศึกษา 2551

วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2546

เจ้าพนักงานสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านปางมะเข
ต.ปึงโค้ง อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่

พ.ศ.2546-2550

เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
สถานีอนามัยบ้านไตรสภาวะคาม
ต.ปึงโค้ง อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่

พ.ศ.2550-2557

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านอรุโณทัย
ต.เมืองนะ อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่

พ.ศ.2557-2560

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสช.บ้านเมืองนะ
ต.เมืองนะ อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่

พ.ศ.2560-ปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านเมืองงาย
ต.เมืองงาย อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่