

615.329
ศ ๕๕๕๗
ร.๓

พฤติกรรมมารดาในการให้สภาพจิตใจและสถานะสุขภาพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

ปริญญาโท

ของ

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ

19 ก.พ. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

ตุลาคม 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผศ. นภาพร มีธมมางกูร)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์วิริษา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภาพร มีชอมานุกร อาจารย์วิริษา สว่างศ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม อาจารย์รัตรี ฉันทขล แพทย์หญิงวารภรณ์ แสงทิวสิน เกษัชกร นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ และคุณรุ่งทิภา อิศวีรานนท์ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก นายแพทย์อนันต์ สุวัฒน์วิโรจน์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเด็ก คุณกิ่งรัก ตันตระกูล หัวหน้าฝ่ายวิชาการ คุณพิศมัย ชรรมชาติ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่งเสริมสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณวาณี แม่ณัฏา คุณอริษา สัตยานิพนพาน และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณพิศัยสิทธิ์ ลายเงิน คุณชาญ นราบัวและเจ้าหน้าที่ตึกนรีศรา โรงพยาบาลเด็กทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลืองานด้านคอมพิวเตอร์ และการจัดทำแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทนง วีระแสงพงษ์ คุณดรณี เจริญเขตต์ คุณวรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ และผู้ร่วมงานหน่วยผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ คุณพ่อ ผู้ล่วงลับไปแล้ว คุณแม่ ครู อาจารย์ ทุกท่าน ที่กรุณาอบรมสั่งสอนผู้วิจัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1. บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
นิยามคำศัพท์เฉพาะ	6
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	53
การวิจัยในต่างประเทศ	53
การวิจัยในประเทศ	55
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	59
3. วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	62
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	62
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	64
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	68
วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล	68
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	75
ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	75
ผลการศึกษาค้นคว้า	76

5. บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	104
บทย่อ	104
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	104
วิธีดำเนินการวิจัย	104
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	105
อภิปรายผล	107
ข้อเสนอแนะ	114
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	115
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	122
ประวัติย่อของผู้วิจัย	138

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1. เปรียบเทียบปัญหาเชชไอวี (HIV) และแบคทีเรียดื้อยา	3
2. จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามอายุแรกเกิด-อายุ 4 ปี	63
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร	76
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	77
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	78
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	79
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้	80
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขนาดครอบครัว	81
9. จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ..	82
10. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติใน การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี	83
11. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนก ตามจำนวนบุตร	84
12. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการ ใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตาม จำนวนบุตร	85
13. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติใน การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนก ตามอายุ	86
14. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการ ใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอายุ...	87
15. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติใน การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนก ตามระดับการศึกษา	88
16. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการ ใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามระดับ การศึกษา	90

17. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามระดับการศึกษา	91
18. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร อายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามระดับการศึกษา	92
19. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามระดับการศึกษา ..	93
20. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอาชีพ	94
21. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำ 4 ปี จำแนกตามระดับอาชีพ	95
22. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร อายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามอาชีพ	96
23. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามอาชีพ	97
24. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามรายได้	98
25. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำ 4 ปี จำแนกตามรายได้ ..	99
26. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามรายได้	100
27. ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามขนาดครอบครัว	101
28. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำ 4 ปี จำแนกตามขนาดครอบครัว	102
29. ค่าสหสัมพันธ์หาคู่ระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก	103

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. พฤติกรรมด้านพหุภีฬลึย	13
2. พฤติกรรมด้านจิตฬลึย	15
3. พฤติกรรมด้านทักษะฬลึย	16
4. กระบวนการเปลี่นแปลงพฤติกรรมสุขภาพ.....	19
5. กลวิธีทางสุขภาพ	52
6. กรอบแนวความคิด	59

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สาขาวิชานะและสาขาด้านจุลชีพเป็นสาขาที่ถูกค้นพบมากกว่าศตวรรษแล้ว สาขานี้ นับเป็นอาวุธอันทรงพลังในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียอื่นเป็นต้นตอของโรคติดเชื้อ ในวงการแพทย์ไทยสาขาวิชานะและสาขาด้านจุลชีพนับเป็นสาขาที่มีบทบาทมากที่สุด เนื่องจากปัญหาโรคติดเชื้อยังเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก ๆ ของประเทศไทยโดยเฉพาะโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลกทำให้ต้องมีการใช้บริการสาธารณสุขมากที่สุด อัตราป่วยในสถานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเด็ก พบว่ามีประมาณ 20-40 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนสูงมาก และพบว่าในเด็กอายุ 4 ปีแรกจะเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ถึงปีละ 5-8 ครั้ง มีการใช้ยาต่าง ๆ โดยไม่จำเป็นโดยเฉพาะสาขาวิชานะและสาขาด้านจุลชีพ นอกจากจะทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของชาติแล้ว ยังทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อโรคธรรมดา และเกิดการติดเชื้อใหม่ ๆ ดื้อต่อการรักษามากขึ้น (ประมวญ สุนากร. 2532 : 7-8)

นอกจากนี้จากการสัมมนาในระดับชาติครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2532) ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ยาปฏิชีวนะและสาขาด้านจุลชีพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน คือ

1. กลุ่มเขตเมือง เศรษฐฐานะดี มักได้รับการดูแลและการรักษาโดยผู้บริบาลสุขภาพ บางครั้งเกินความจำเป็น ทำให้สิ้นเปลืองเศรษฐกิจและเด็กอาจมีอันตรายจากการใช้ยาโดยเฉพาะสาขาวิชานะและสาขาด้านจุลชีพ

2. กลุ่มชนบทห่างไกล เศรษฐฐานะไม่ดี มารดาส่วนใหญ่ไม่รู้หรือไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพ บางครั้ง มีโรคแทรกซ้อนหรือมีอันตรายถึงชีวิตได้ (กองวัมโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2532 : 11)

โดยทั่วไปเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย มารดามักรู้สึกพึงพอใจเมื่อแพทย์สั่งยาปฏิชีวนะหรือสาขาด้านจุลชีพในการรักษา หรือบางครั้งมารดาอาจซื้อยาปฏิชีวนะหรือสาขาด้านจุลชีพใช้เอง โดยขาดความรู้หรือไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกรซึ่งอาจเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะหรือสาขาด้านจุลชีพ

ในเด็กเกินความจำเป็น นอกจากไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย หรือปัญหาการแพ้ยา (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ. 2537 : 1)

จากปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กทั้งของแพทย์และมารดาพบว่ายาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กเป็นยาที่มีการบริโภคสูงสุด พบว่าร้อยละ 50-60 ของค่าใช้จ่ายในการซื้อยาในแต่ละวัน เป็นยาต้านจุลชีพอย่างน้อยปีละ 300 ล้านบาท (จิตร สิทธีอมร. 2537 : 15) ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลเด็ก พบว่าในปี พ.ศ. 2537 ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กมีอัตราการบริโภคสูงสุดเช่นเดียวกัน โดยมีมูลค่า 7,029,001 บาท (รายงานสถิติ โรงพยาบาลเด็ก. 2537 : 101)

จากรายงานการบริโภคยาในประเทศไทยของคณะกรรมการอาหารและยาโดยนายแพทย์ มรกต กรเกษม กล่าวว่ามารดามักใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กอย่างไม่เหมาะสมกับอาการและโรค เช่น อาการไข้หรือการถ่ายอุจจาระเหลวในเด็ก มารดามักซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้รักษาอาการไข้หรืออาการถ่ายอุจจาระเหลว นอกจากเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านเศรษฐกิจแล้วยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา ซึ่งนายแพทย์จิตร สิทธีอมร (2537 : 15) มีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านจุลชีพในเด็กที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา ในขณะที่เดียวกันในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กมากเกินไปจนก่อให้เกิดปัญหาแบคทีเรียดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่เช่นเดียวกัน ปัญหาการติดเชื้อ เอชไอวี (HIV) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ข้อเปรียบเทียบปัญหาเอชไอวี (HIV) และแบคทีเรียดื้อยา

	เอชไอวี (HIV)	แบคทีเรียดื้อยา
การรักษา : แผล/รักษาไม่ได้	+	+
การแพร่ผู้อื่น ๆ ในสังคม	+	+
พฤติกรรมสร้างปัญหา	การสำล่อนทางเพศ	พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน
เป้าหมาย การควบคุม	การบริการทางเพศ	การใช้ยาของประชาชน
อุปสรรค ความยากลำบาก ในการควบคุม	พฤติกรรมทางเพศของผู้ชาย การควบคุมสถานบริการทางเพศ	พฤติกรรมของประชาชนในการใช้ยาใหม่โดยขาดความรู้
ผลที่เกิดขึ้น	การระบาดของเอชไอวี (HIV)	การระบาดของแบคทีเรียดื้อยา

(สอมพร ศิรินาวิน.2537 : 5)

โดยปกติมนุษย์เราเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการดูแลรักษาตนเองก่อนไปพบแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการดูแลรักษาตนเองในเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์ ประกอบกับประเทศไทยมีร้านขายยาอยู่เป็นจำนวนมาก กระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน ประชาชนสามารถซื้อยามาใช้เองโดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ นอกจากนี้ในเรื่องการจำหน่ายยา บางร้านขายยาไม่มีเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ประชาชน ดังนั้น การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรของมารดาก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาอาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง การขาดความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร การขาดความรับผิดชอบของผู้จำหน่ายยา ฯลฯ ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรที่ทราบกันโดยทั่วไป จากการศึกษาของทัศนีย์ เขียวขจี เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดน้ำเชื่อมแห้งของผู้ปกครอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก (2537. 103-107) พบว่าร้อยละ 92 ของผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดน้ำเชื่อมแห้งผิดอย่างน้อย 1 วิธี เช่น การใช้น้ำร้อนหรือน้ำเดือดผสมยาปฏิชีวนะชนิดน้ำเชื่อมแห้ง หรือการรับประทานยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพไม่ครบจำนวนตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีข้อมูลสนับสนุนว่า ยากลุ่มที่เด็กได้รับจนเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตเป็นอันดับแรกและสำคัญคือยาปฏิชีวนะคิดเป็นร้อยละ 25 (ภักดี โปธิศิริ. 2532 : 14)

ดังนั้นปัญหาเรื่องพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้า และทำการวิจัย โดยทำการศึกษาดูแปรต่าง ๆ เช่น จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร เพื่อนำผลจากการศึกษาค้นคว้าไปใช้เป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่มารดาที่พบบุตรมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก รวมถึงการให้ความรู้แก่มารดาในแผนกผู้ป่วยในขณะรับการรักษา และเมื่อแพทย์อนุญาตให้เด็กกลับบ้านทั้งยังใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ทำให้มารดามีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรที่ถูกต้องและเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ดีในระยะยาว

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตน ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ตามตัวแปรต่อไปนี้
 - 2.1 จำนวนบุตร
 - 2.2 อายุ
 - 2.3 ระดับการศึกษา
 - 2.4 อาชีพ
 - 2.5 รายได้
 - 2.6 ขนาดของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนและใช้ในการจัดโปรแกรมให้สุขศึกษาของโรงพยาบาลเด็กในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพแก่ผู้ปกครองที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเสนอผู้เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาของโรงพยาบาลเด็ก ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก
3. เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้า เสนอแนะแก่งานเวชกรรมสังคมเพื่อใช้ในการปรับปรุงโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กอย่างเหมาะสมกับสภาพความต้องการ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เป็นมารดาของบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี เคยได้รับยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ เป็นผู้ให้การดูแลเลี้ยงดูบุตรเป็นหลัก และสามารถอ่านออกเขียนได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ มารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ประมาณ 11,667 คนต่อเดือน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 389 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของยามานะ (Yamane. 1967 : 581)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดา ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร หมายถึง การกระทำหรือ ความพร้อมที่จะกระทำของมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร แสดงออกมาในรูปแบบ

ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร หมายถึง การระลึกถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

1.2 เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร หมายถึง ความคิดเห็นของมารดาในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

1.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ตามแบบสอบถามจำลองสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง แผนกตรวจโรคทั่วไปทุกชนิด ซึ่งบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ สามารถรับยาหรือรับคำแนะนำไปปฏิบัติตามที่บ้านได้

3. โรงพยาบาลเด็ก หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานที่ให้การรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แก่เด็กแรกเกิดถึงอายุ 18 ปี ตั้งอยู่เลขที่ 420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ใกล้โรงพยาบาลราชวิถี ตรงข้ามโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลเด็ก. 2537 : 1)

4. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมดของมารดา

4.1 มีบุตร 1 คน

4.2 มีบุตร 2 คน

4.3 มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า

5. อายุ หมายถึง อายุเต็มของมารดา แบ่งเป็น 5 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

2537 : 1) คือ

5.1 ต่ำกว่า 21 ปี

5.2 21-30 ปี

5.3 31-40 ปี

5.4 41-50 ปี

5.5 มากกว่า 50 ปี

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา แบ่งเป็น 4 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173-174) คือ

6.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

6.2 ประถมศึกษา

6.3 มัธยมศึกษา

6.3.1 มัธยมศึกษาตอนต้น

6.3.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า

6.4 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

6.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่มารดาทำอยู่ อาชีพของผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 7 ประเภท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2)

7.1 นายจ้าง หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจที่ตนเองเป็นเจ้าของโดยจ้างบุคคลตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไปมาทำงานในฐานะลูกจ้าง

7.2 ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจของตนเองหรือร่วมกับผู้อื่น ไม่จ้างบุคคลอื่นในฐานะลูกจ้าง

7.3 ลูกจ้างเอกชน หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้าง ซึ่งไม่ใช่หน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

7.4 ลูกจ้างรัฐบาล หมายถึง ผู้ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

7.5 ผู้ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง หมายถึง ผู้ซึ่งทำงานเกษตรในไร่นา หรือสมาชิกของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

7.6 ผู้กำลังหางานทำ หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ทำงานใด ๆ ทั้งสิ้นในรอบ 1 ปีที่แล้ว แต่หางานทำโดยติดต่อหรือส่งใบสมัครขอทำงาน

7.7 ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานในเชิงเศรษฐกิจ หมายถึง แม่บ้าน

8. รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว แบ่งเป็น 5 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79) คือ

- 8.1 ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน
- 8.2 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน
- 8.3 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน
- 8.4 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน
- 8.5 20,001 บาทขึ้นไป

9. ขนาดของครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกในครอบครัวซึ่งหมายรวมทั้ง พ่อ แม่ และญาติทั้ง 2 ฝ่าย โดยแบ่งขนาดของครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ (สมาคมคหเสรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2525 : 185-186.)

- 9.1 ครอบครัวขนาดเล็ก มีบุคคลในครอบครัวต่ำกว่า 5 คน
- 9.2 ครอบครัวขนาดกลาง มีบุคคลในครอบครัว 5-7 คน
- 9.3 ครอบครัวขนาดใหญ่ มีบุคคลในครอบครัวมากกว่า 7 คน

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก สัมพันธ์กับการแก้ปัญหาพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า มีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ลีทซีโซค วรานสันติกุล (2529 : 9-11) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจมีทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรม นามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ มักเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถเห็นได้ชัด ส่วนพฤติกรรมภายนอกแสดงออกให้ผู้อื่นเห็นจากทางวาจาและการกระทำ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันษา กาญจนบุรานนท์ (2532 : 97) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น ซึ่งรวมเจตคติ ค่านิยม ความรู้ บางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 155) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

มานิต มานิตเจริญ (2528 : 652, 985) กล่าวว่าพฤติกรรมคือ การปฏิบัติตัว กริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม

บลูม (Bloom. 1971 : 65-197) กล่าวว่าพฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ จากความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในทางสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้สามารถอธิบายสาเหตุและประเมินได้ว่าการปฏิบัติสิ่งใดดีหรือไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัยหรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่มีความสนใจ ความชอบไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยมที่ติดถืออยู่ แบ่งออกได้เป็นขั้นตอน คือ การรับ การตอบสนองการให้ค่า การจัดกลุ่มค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ติดถือ รวมไปถึงความเชื่อความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ พฤติกรรมด้านนี้จะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการให้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา โดยมีด้านพุทธิพิสัย และด้านจิตพิสัย มาเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง พฤติกรรมด้านการปฏิบัติจึงนับว่าเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เช่น การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

กู๊ด (Good. 1959 : 55-65) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และเกิดขึ้นภายนอก (Overt Behavior) ที่คาดหวังให้ผู้เรื้อรมหรือเกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพนี้ รวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่จะสามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

ชนวรรัตน์ อิมสมบูรณ์ (2532 : 11) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ หรือบุคคลอื่นแล้วแต่กรณีรวมถึงการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติทั้งหลายที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

สุชาติ โสภประสูตร (2525 : 44) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมที่ครูสามารถสังเกตได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 156-162) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมของบลอม (Bloom) ว่าพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain)
3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

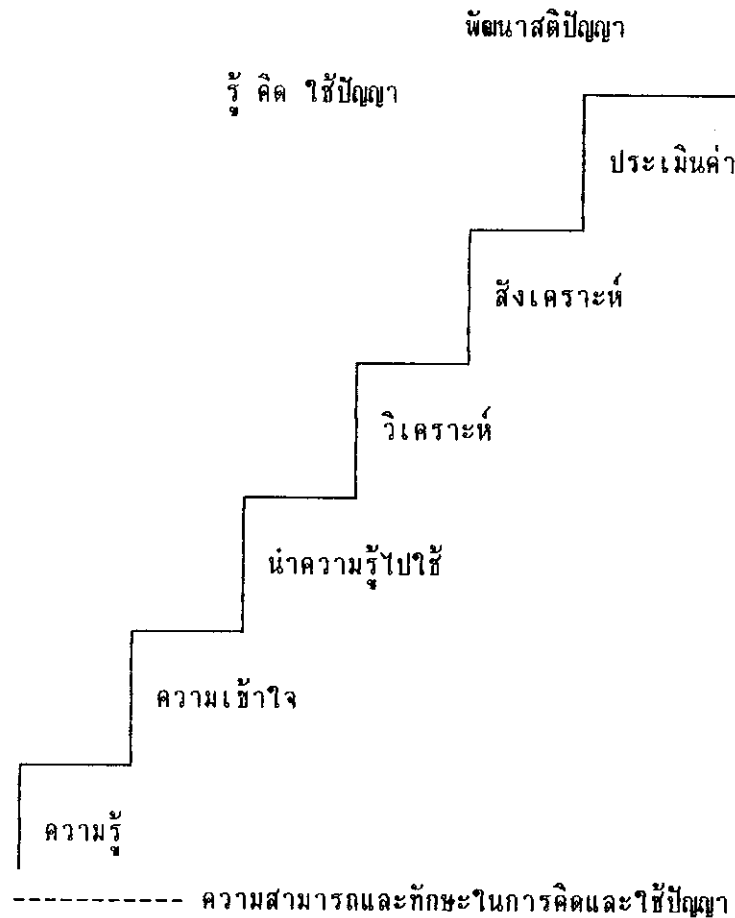
1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถของสติปัญญาระดับแรกรู้ว่าผู้อื่นสื่อสารอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือความสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่าง ๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ใหม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้ หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย

(ประกาเพ็ญ สุวรรณ. 2532:156)

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษ

ในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้ภาษาในของคณนั้นยากต่อการที่จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก และขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมจิตพิสัยมีดังนี้

- 2.1 การรับรู้
- 2.2 การตอบสนอง
- 2.3 การให้ค่า
- 2.4 การจัดกลุ่มค่า
- 2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่นับถือ

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้านั้นหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของ สภาวะจิตใจขั้นแรกที่จะนำไปสู่สภาวะจิตใจขั้นต่อไป แต่เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เดิม หรืออาจจะได้จากการเรียนรู้ชนิดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ จากประสบการณ์เดิมนี้อาจจะมี สภาวะจิตใจในขั้นของการรับหรือการให้ความสนใจอยู่พร้อมแล้ว โดยที่ไม่ต้องถูกกระตุ้นให้เกิดขั้นได้ การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้ บุคคลจะมีสภาวะจิตใจ 3 ลักษณะคือ

2.1.1 เกิดความตระหนัก ถูกผิด หรือเกิดความรู้สึกว่าสิ่งหนึ่งมีเหตุการณ์หนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือการได้ถูกผิดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น

2.1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้น

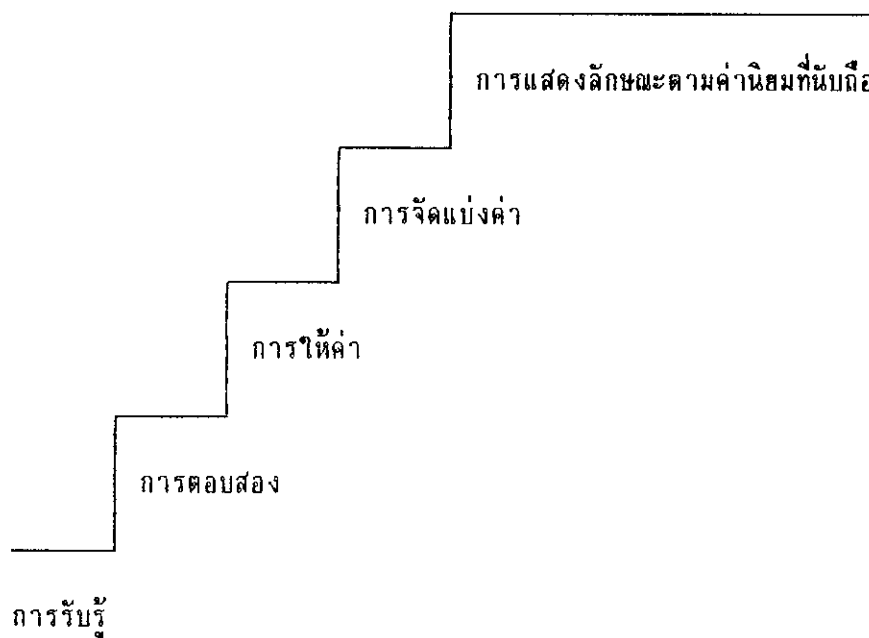
2.1.3 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ โดยบางบุคคลจะเลือกรับในสิ่งที่ทำความพอใจมาให้ และจะไม่รับในสิ่งที่เขาไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่งบุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้นเกิดความนิยมเต็มใจ และพอใจ ที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคลนั้นมีเจตคติหรือค่านิยม ต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้า นั้น ๆ อย่างไร

2.3 การให้ค่าเป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้สิ่งนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 การจัดกลุ่มค่า คือบุคคลเกิดค่านิยมต่าง ๆ ขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นนั้นจะมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็นจะต้องจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมในขั้นนี้อาจจะแสดงให้เห็นได้โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือคิดกฎต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรมจรรยาและทางด้านหลักประชาธิปไตย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

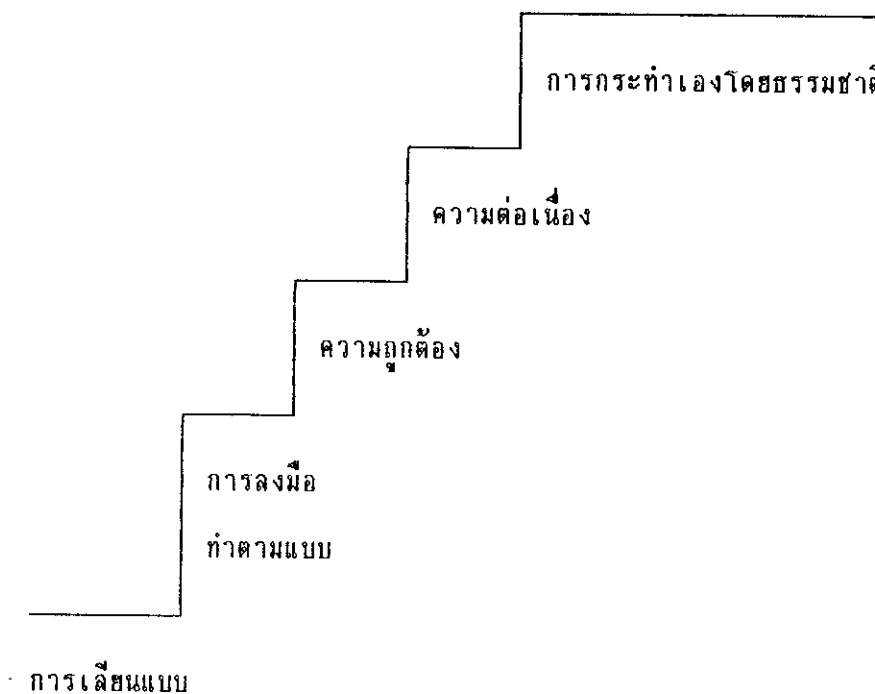


ภาพประกอบ 2 พฤติกรรมด้านจิตพิสัย

(ประกาศเฝ้าฯ สุวรรณ. 2532:156)

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วน

ประกอบคือ ทางด้านความรู้ เจตคติและเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ทางด้าน
 สุขภาพ ถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี
 แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งมีลำดับ
 ขั้นตอนของการเกิด 5 ขั้น จากจุดเริ่มต้นไปจนถึงขั้นเป็นทักษะอย่างแท้จริงคือ การเลียนแบบ การ
 ลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความต่อเนื่อง การกระทำเองโดยธรรมชาติ ดังปรากฏตามภาพ
 ประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย

(ทวีสิทธิ์ สิริถิกร. ม.ป.ป:308)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 173-185) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมนั้น นอกจาก
 พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

เป็นปัจจัยที่อยู่ภายใต้จิตใจของบุคคลที่มีต่อการเกิดและความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยความต้องการแรงจูงใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

2. ปัจจัยทางด้านสังคม คนเราจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้จากสังคมทำให้มีการประพฤติปฏิบัติสืบต่อกันมา คือ

2.1 ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกมีความสำคัญมากในการถ่ายทอดแบบการประพฤติปฏิบัติ ตลอดจนความเชื่อ และพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติ เพราะสังคมนี้นี้ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุคคลอื่นที่จะปลูกฝังแนวความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติให้แก่เด็ก

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็กอย่างใกล้ชิด เช่น ครู เพื่อนฝูง หรือ บุคคลอื่น ๆ ที่แวดล้อมอยู่ในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมาก

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย กลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาดັกก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีผลดีต่อสุขภาพ

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับการศึกษามีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำ จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพไม่ถูกต้องโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย และแสวงหาการรักษา

5. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ต้องเพียงพอ และเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141-150) คือ

5.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษา

บุคคลมีความเชื่อและเจตคติคอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแหล่ง ทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม

5.2 ความสะดวกในการใช้ยา การจัดยาให้แก่ผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติตนในการรับประทานยาของผู้ป่วย

เลน และคนอื่น ๆ (Lane and Others. 1971 : 1861-1868) กล่าวว่า การใช้ที่ใส่ยาที่มีที่ปิดเพื่อกันไม่ให้เด็กเปิดได้ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาน้อยลงกว่ากลุ่มที่ใช้ที่ใส่ยาที่เปิดง่าย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ เมื่อบุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดสอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 587-588) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค
2. พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย

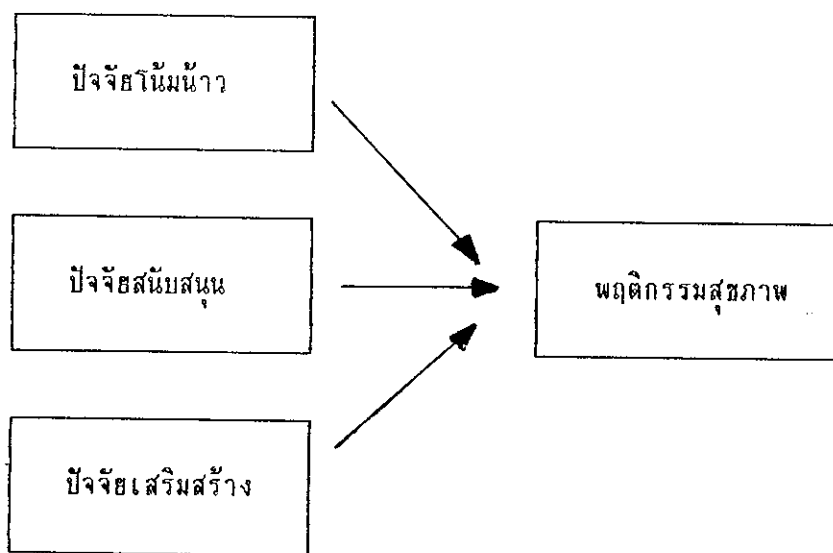
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งชนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยในมโน (Predisposition Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติ การ

เกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นได้ ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสิ่งแวดล้อมที่ต่าง ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการส่งเสริมอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

(ชนวรรธน อัมสมบูรณ์. 2528:24-26.)

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 3 เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของ
คนได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

นักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมส่วนมากมีความเชื่อว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความ
สัมพันธ์กัน เช่น

คอลลินส์ และมิลเลอร์ (ซงซีย ศิริทัฬห. 2529 : 16-17; อ้างอิงมาจาก Callins
and Miller. 1969 : 2538) กล่าวว่า เจตคติ เกิดจากการเรียนรู้และการเรียนรู้จะต้อง
สัมพันธ์กับหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคม ประกอบกับมีความคิดเกี่ยวกับตนเองอยู่ด้วย

สุชาติ โสภประยุทธ (2525 : 48) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้น โดยอิสระมักจะเกิดขึ้นรวม ๆ กันและพึ่งพา
อาศัยกัน

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้
และเจตคติ จะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้

ชัชชัย ชัยจิราฉายกุล (2527 : 38-41) กล่าวว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
จะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระมัก
จะเกิดขึ้น รวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะช่วยเป็นช่องทาง
สร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่น ๆ ด้วยเสมอการพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจึงเป็นการพัฒนา
พฤติกรรมอย่างอื่นไปด้วยโดยทางอ้อม

จากแนวความคิดดังกล่าวสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการ
ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถาวร

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในเด็ก

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึง สารที่ได้จากการสกัดจากราพันธ์ต่าง ๆ มีผล
ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2525 : 43) หรือหมายถึงสารที่

สร้างชั้นโศยจุลชีพชนิดหนึ่ง ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือทำลายจุลชีพอีกกลุ่มหนึ่ง (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2527 : 18) ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobials) มีความหมายกว้าง หมายรวมถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นตามขบวนการทางเคมีด้วย (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2525 : 43) เป็นกลุ่มที่ ออกฤทธิ์ต่อจุลชีพ ดังนั้น ยาต้านจุลชีพจึงรวมถึงยาปฏิชีวนะและยาที่ได้จากการสังเคราะห์ทางเคมี ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งหรือทำลายจุลชีพด้วย (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2527 : 18)

ดังนั้นยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ จึงหมายถึงสารที่สกัดได้จากจุลชีพหรือจากการสังเคราะห์ขึ้นมา มีฤทธิ์ยับยั้งหรือทำลายจุลชีพ มีฤทธิ์ในการรักษา 2 แบบ คือ

1. ยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลชีพ (Bacteriostatic) เมื่อหยุดยาหรือเมื่อร่างกายอ่อนแอจะทำให้เกิดโรคได้อีก
2. ทำลายและฆ่าเชื้อจุลชีพโดยตรง (Bactericidal)

กลไกการออกฤทธิ์มีหลายรูปแบบคือ

1. ชัดขวางการสร้างผนังเซลล์ (Inhibit Cell Wall Synthesis)
2. รบกวนการทำงานของเยื่อหุ้มเซลล์ (Alter Membrane Permiability)
3. ชัดขวางการสังเคราะห์โปรตีน (Inhibit Protein Synthesis)
4. ต่อด้านการเผาผลาญภายในเซลล์ (Antimetabolites)

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ เป็นยาที่ใช้กันบ่อย ในการรักษาโรคทั่ว ๆ ไป และมักมีผู้ใช้ยานี้โดยไม่มีเหตุผลสมควร ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดอันตรายและเป็นเหตุให้สิ้นเปลืองเงินซื้อยามาจากต่างประเทศปีละมาก ๆ โดยใช่เหตุ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2527 : 41-42)

การออกฤทธิ์อย่างเลือกเฟ้นของยาต้านจุลชีพ (Selectivity of Action) ยาต้านจุลชีพที่ดี ควรเป็นยาซึ่งออกฤทธิ์เฉพาะตัวจุลชีพ แต่ไม่มีผลต่อร่างกายผู้ใช้ยาการออกฤทธิ์อย่างเลือกเฟ้น (Selective) นี้ เกิดเนื่องจากการเข้าหมายของการออกฤทธิ์มีอยู่เฉพาะตัวจุลชีพ เช่น ยากลุ่ม เพนนิซิลลิน (Penicillins) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อการสังเคราะห์ เปปติโดกรีซแคน

(Peptidoglycan) ในผนังเซลล์ของแบคทีเรีย แต่ไม่มีโครงสร้างนี้ในเซลล์สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม หากกลุ่มนี้จึงใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัย ฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ (สมาใจ นครชัย. 2531 : 1-5)

โดยปกติแล้วในคนมีเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 พวก

1. พวกที่ทำให้เกิดโรค
2. พวกที่ไม่ทำให้เกิดโรค

ถ้ากินยาปฏิชีวนะเข้าไป ยาก็จะไปฆ่าเชื้อแบคทีเรียทั้ง 2 พวก ถ้าฆ่าแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรค ก็จะหายจากอาการและโรคได้ ถ้าฆ่าเชื้อแบคทีเรียอีกพวกหนึ่งก็จะทำให้เกิดผลเสียได้ คือ แบคทีเรีย พวกที่อยู่ในร่างกายแล้วมีประโยชน์เป็นตัวช่วยให้พวกที่ทำให้เกิดเชื้อโรคไม่ให้เกิดโรค เรียกกุมเชิงอยู่ก็ได้

ยิ่งกว่านั้นเชื้อแบคทีเรียบางอย่าง จะช่วยสังเคราะห์วิตามินเคให้ร่างกายได้อีกด้วย ถ้าแบคทีเรียพวกนี้ตายเสียก็จะเสียประโยชน์ (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2525 : 25)

คุณสมบัติของยาด้านจุลชีพที่ดี

พอล ฮาร์ท (Paul Ehrlich) ผู้นำคนสำคัญของวงการเคมีบำบัด ได้ระบุถึงลักษณะของยาด้านจุลชีพที่ดีว่า ควรจะมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ให้ผลดีในการทำลายเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค
2. ถูกดูดซึมได้ง่าย และสามารถให้ทางปากได้
3. ออกฤทธิ์ได้ดีในเนื้อเยื่อและน้ำต่าง ๆ ทั่วร่างกาย
4. มีพิษและผลข้างเคียง หรือฤทธิ์ไม่พึงประสงค์น้อยหรือมีค่า ดรรชนีการรักษา

(Therapeutic Index)^{*1} สูง

5. ไม่มีปัญหาของการดื้อยาดังนั้น

*1 Therapeutic Index เป็นตัวเลขที่บอกให้รู้ถึง ความเป็นพิษของยา เมื่อใช้ในการรักษาว่ามีพิษมากหรือน้อยเพียงใด

จากคุณสมบัติทั้งหมดดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามียาหลายชนิดที่มีคุณสมบัติ 4 ข้อแรก แต่ปัญหาการดื้อยา ยังไม่สามารถที่จะทำให้หมดไปได้ ดังนั้นจึงได้มีการพยายามพัฒนาทางด้านจุลชีพชนิดใหม่ขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อที่จะแก้ปัญหาการดื้อยาของเชื้อ ซึ่งการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมและระมัดระวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดปัญหาเรื่องการดื้อยาลงไปได้ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาใดที่มีคุณสมบัติที่ต้องการครบถ้วนได้ จึงเกิดมีการผลิตยาต้านจุลชีพเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเหตุผลที่สำคัญในการผลิตยาใหม่นั้นมีต่าง ๆ กัน พอสรุปได้ดังนี้

1. เพื่อให้ได้ยาต้านจุลชีพชนิดใหม่ที่มีความคงทนต่อกรดในกระเพาะ
2. เพื่อให้ได้ยาใหม่ ซึ่งมีความคงทนต่อเอนไซม์ (Enzyme) ที่จะมาทำลายยา
3. เพื่อให้ได้ยาใหม่ที่มีขอบเขตในการทำลายเชื้อ แบคทีเรียชนิดต่าง ๆ ได้กว้าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเชื้อประเภทแกรมลบ

4. เพื่อให้ได้ยาใหม่ที่ถูกกำจัดออกจากร่างกายไม่เร็วเกินไปนัก ทั้งนี้เพื่อจะได้

ไม่ต้องให้ยาบ่อยครั้ง

5. เพื่อให้ได้ยาใหม่ที่ไม่ทำให้เกิดอาการแพ้ยา (Hypersensitivity

Reactions)

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกใช้ยาต้านจุลชีพ

1. ขอบเขตในการออกฤทธิ์ทำลายเชื้อจุลินทรีย์ (Antimicrobial Spectrum)

ต้องพิจารณาว่า ยาตัวใหม่มีคุณสมบัติครอบคลุมเชื้อได้มากกว่ายาเก่าที่มีอยู่แล้วหรือไม่ มีบ่อยครั้งที่ยาใหม่ ไม่ได้ฆ่าเชื้อได้ดีกว่ายาที่มีอยู่เดิมเลย และถ้ายาตัวใหม่มีขอบเขตในการออกฤทธิ์กว้างกว่าก็ควรจะไปด้วยว่าเชื้ออะไรบ้าง ที่ยาตัวใหม่ได้ผลในการรักษาดีกว่า

2. คุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics Properties)

ควรทราบถึงความสามารถในการดูดซึมของยาว่า สามารถดูดซึมผ่านเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้ดีเพียงใด สามารถให้ทางปากได้หรือไม่ และมีองค์ประกอบอะไรบ้างที่ทำให้การ

ดูดซึมของยาเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบ ค่ากึ่งชีวิตระดับยาในเลือด การกระจายสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะในการผ่านเข้าไปในสมอง คุณสมบัติในการรวมตัวกับโปรตีน (Protein) ในเลือด ตลอดจนการทำลายยาและการขับถ่ายออกจากร่างกาย ถ้าข้อมูลเหล่านี้จะช่วยพิจารณาว่า ควรจะให้ยาในขนาดเท่าใด บ่อยแค่ไหน โดยวิธีใด

3. ประสิทธิภาพในการรักษา

ควรทราบว่ายาใหม่นั้นได้ทดลองในคนแล้วได้ผลดีในโรคอะไรบ้าง และได้ผลดีเพียงใดต้องพิจารณาดูด้วยว่า ผลการวิจัยนั้นน่าเชื่อถือเพียงใด

4. ความทนต่อยา พิษ อาการที่ไม่พึงประสงค์

ควรทราบว่ายาใหม่นั้นมีพิษต่ออวัยวะใดและมีผลที่ไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาอย่างไรบ้าง ควรระลึกไว้ด้วยว่า พิษของยาบางอย่างมักจะปรากฏให้เห็นชัดก็ต่อเมื่อใช้ยาไปแล้ว เป็นระยะเวลานานพอสมควรในผู้ป่วยจำนวนมาก ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรติดตามการรายงานผลการรักษาและอาการพิษอยู่เสมอ

5. ราคา

โดยทั่วไป ยาใหม่มักจะมีราคาแพงกว่ายาเก่ามาก ต้องคำนึงถึงด้วยว่ายาใหม่นั้นคุ้มกับราคาที่แพงมากขึ้นหรือไม่ ถ้ายาเก่าที่มีอยู่แล้วยังใช้ได้ผลดีเท่ากันในการรักษา ก็ไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะเลือกยาดัวใหม่ (ถ้าพล ศรวิวัฒน์กุล.2527 : 5-7)

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพให้ถูกต้อง โดยอาศัยหลักและวิธีการดังนี้

1. ใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพถูกต้องกับโรค
2. ใช้ยาถูกขนาด การใช้ยาของแต่ละคนมีขนาดยาไม่เท่ากัน เช่น เด็กทารก เด็กผู้ใหญ่คนแก่ จะมีขนาดยาไม่เท่ากัน
3. ใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพถูกเวลา ต้องใช้ให้ครบตามที่กำหนด รับประทานตามเวลาของอาหาร

- 3.1 สา ก่อนอาหารหมายถึงก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง อาจจะถูกชิมได้ดีขณะท้องว่าง
 - 3.2 สา หลังอาหารหมายถึงหลังอาหาร 15 นาที
 - 3.3 หลังอาหารทันทีหรือพร้อมอาหาร ส่วนมากเป็นยาที่ระคายเคืองต่อเยื่ออาหาร
 4. ใช้ยาถูกวิธีหรือถูกทาง
 - 4.1 ยาเม็ดหรือแคปซูล ไม่ควรเคี้ยวเม็ดยาหรือแกะแคปซูล
 - 4.2 ยาน้ำ มีทั้งชนิดยาน้ำใสและยาแขวนตะกอน ก่อนใช้ยาต้องเขย่าขวดก่อนใช้ทุกครั้ง เพื่อให้ตัวยากระจายทั่วขวด ยาน้ำควรใช้ช้อนวงที่มีขนาดมาตรฐานที่ติดมากับขวดยา
 - 4.3 ยาผง ต้องละลายน้ำก่อนรับประทาน ห้ามรับประทาน ลักษณะผงแห้งแล้วดื่มน้ำตาม เพราะยาผงบางอย่างจะไม่ละลายแต่จะพองตัว เกิดการอุดตันที่หลอดอาหารได้
- (พรเพ็ญ เปรมโยธิน.2534 : 1-5)

ปัจจัยที่เป็นปัญหาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในเด็ก

1. ปัจจัยจากเด็กและครอบครัว

พ่อแม่เด็กอาจมีความรู้ไม่เพียงพอในโรคที่เด็กเป็น หรือสนใจต่อพัฒนาการของเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กได้รับยาไม่ถูกต้อง อาจได้มากไปน้อยไปหรือไม่ได้เลย เช่น เด็กท้องเสีย พ่อแม่มักจะซื้อยาปฏิชีวนะหรือสารระงับอาการ แทนการให้น้ำและเกลือแร่ทดแทนการเสียน้ำและเกลือแร่ทางอุจจาระ
2. ปัจจัยเนื่องมาจากยา

มียาอยู่หลาย ๆ ประเภทหรือหลายตำรับ จำหน่ายในท้องตลาด อาจมีความไม่เหมาะสมหรือไม่ปลอดภัยที่จะใช้ในเด็ก ขนาดที่ระบุอาจไม่เหมาะสม เพราะมักเป็นขนาดของผู้ใหญ่ สูตรของยาไม่เหมาะสม
3. ปัจจัยจากผู้สั่งจ่ายยา

บางครั้งผู้สั่งจ่ายยาเองก็ให้ความสำคัญกับการให้ยา เพื่อการบำบัดรักษามากเกินไป ควรหรือบริษัทฯ มีบทบาทต่อการสั่งจ่ายยาของแพทย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจมีผลทำให้แพทย์เลือกไม่เหมาะสมสำหรับเด็กหรือให้ยาแก่เด็กเกินความจำเป็น

ตัวกำหนดในการตอบสนองต่อยาในเด็ก

การให้ยาในเด็กต้องมีความรู้ ความเข้าใจขบวนการที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อยา ซึ่งแตกต่างกันมาก ในช่วงเวลาของการเจริญเติบโตของเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีแรก ควรเข้าใจขบวนการต่าง ๆ ดังนี้

1. ขบวนการดูดซึมของยา

ผลการศึกษา การดูดซึมยาในเด็กและผู้ใหญ่ในกรณียาน้ำ (Liquid) ไม่แตกต่างกันมากนักแต่การศึกษาดังกล่าวอาจไม่เพียงพอ

2. ขบวนการการกระจายยา

ตัวกำหนดสำคัญในการกระจายยา คือ อัตราการดูดซึม (Rate of Absorption) อัตราการซึมผ่านของเยื่อเมมเบรน (Membrane) ของหลอดเลือดทั้งในเซลล์และนอกเซลล์ การรวมตัวของยากับพลาสมา โปรตีน (Plasma Protein) และเนื้อเยื่อ (Tissues) ซึ่งแตกต่างกันในเด็กและผู้ใหญ่ การจับตัวยากคือ โปรตีน (Protein) ในเด็กจะน้อยกว่าผู้ใหญ่

3. ขบวนการเปลี่ยนแปลงยา ดับเป็นอวัยวะสำคัญในการเปลี่ยนแปลงยา เมื่อยาเข้าสู่ร่างกาย การเปลี่ยนแปลงยานั้นขึ้นอยู่กับ ขนาดของตับและประสิทธิภาพ การทำงานของระบบเอนไซม์ (Enzyme) ขนาดของตับอาจไม่เป็นสัดส่วน โดยตรงกับอายุเด็ก อัตราการเผาผลาญ (Metabolic Rate) ในเด็กจะสูงกว่าผู้ใหญ่ ดังนั้น อัตราการเปลี่ยนแปลง หรือกำจัดยาออกจากร่างกายเด็ก จึงมีมากกว่าและอัตรานี้จะลดลงเมื่อเด็กโตขึ้น

4. ขบวนการขจัดยาออกจากร่างกาย

ยาส่วนใหญ่ถูกขจัดออกโดยการขับถ่ายทางปัสสาวะ ไตถือเป็นอวัยวะสำคัญของการขับถ่ายดังกล่าว (ภักดี โพธิศิริ. 2532 : 10-12)

การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเด็กแรกเกิด หรือเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ถ้าไม่รู้จักยาหรือแพทย์ไม่ได้แนะนำแล้ว ไม่ควรใช้เองโดยเด็ดขาด หากจะใช้ควรปรึกษาผู้รู้ เพราะแม้แต่แพทย์เอง ก็จะใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพแก่เด็ก เมื่อจำเป็นและรู้อาการแน่นอนเท่านั้น (กำพล ศรีวิวัฒนกุลและคนอื่นๆ. 2524:9)

ปัญหาสำคัญที่พบในการให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพชนิดรับประทานแก่เด็กมี 2 ประการ คือ

1. กินไม่ได้เพราะกินยากหรือกินแล้วอาเจียนเพราะพยาธิสภาพของโรค
2. ผู้ใหญ่ลืมให้ยาหรือให้ไม่ถูกต้องทั้งขนาดและจำนวนครั้ง

การให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพชนิดกินแก่เด็กนั้นมีปัญหาสำคัญที่มักพบเสมอ 2 ประการ คือ ให้กินไม่ได้เพราะกินยากหรือกินแล้วอาเจียน เพราะพยาธิสภาพของโรค และผู้ใหญ่ลืมให้ยาหรือให้ไม่ถูกต้องทั้งขนาดและจำนวนครั้ง สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล ซึ่งบ่อยครั้งทำให้แพทย์เข้าใจว่า การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง หรือเลือกให้ยาไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อ แม้ว่ากรให้ยาโดยการกินจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด (ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องให้ยาคี) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ในบางรายอาจมีข้อบกพร่องที่จะต้องให้ยาที่สำคัญต่อการรักษาโดยการฉีด

ยาแต่ละชนิดจะถูกดูดซึมจากกระเพาะอาหารได้มากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาแต่ละตัว นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กัโรคบางชนิด ภาวะของกระเพาะที่ว่างหรือมีอาหารอยู่ และวัยของเด็กด้วย เช่น ทางเดินอาหารของทารกแรกเกิดจะดูดซึมยาบางชนิดได้ไม่ดี เพนิซิลลินวี (Penicillin V) ถูกดูดซึมได้ดีขณะท้องว่าง

เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายแล้ว กระจายไปสู่ส่วนต่าง ๆ มากน้อยต่างกัน ตามคุณสมบัติของยา และพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในที่ต่าง ๆ เช่น แอมพิซิลลิน (Ampicillin) จะผ่านเข้าสู่น้ำไขสันหลังได้ดี ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบและลดลง เมื่อพยาธิสภาพของโรคดีขึ้น ยาที่ละลายในน้ำ (Water Soluble) จะผ่านเข้าสู่ส่วนที่เป็นของเหลวที่อยู่ภายนอกเซลล์ (Extracellular Fluid) ผู้ป่วยที่ร่างกายขาดน้ำ (Dehydrations) หรืออยู่ในภาวะช็อก (Shock) จึงมีระดับยาสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะบวมน้ำ (Edema) ยาที่ให้ในขนาดปกติจึง อาจเกิดเป็นพิษขึ้นได้ ถ้าเด็กขาดน้ำมาก ๆ เช่น Salicylate

ยาส่วนใหญ่ถูกเผาผลาญ (Metabolized) ที่ตับ ฉะนั้นวัยและสภาพของตับระดับและการทำงานของ เอนไซม์ กลูโคโรนิล ทรานเฟอร์เรส (Enzyme Glucoronyl Transferase)

จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพนี้ เช่น การเกิดเกรย์ ซินโดรม (Gray Syndrome) จากคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenicol) ในทารกแรกเกิด หรือการเกิดตับวาย (Liver Failure) จากการใช้ยาที่มีพิษต่อตับในผู้ป่วยตัวเหลือง (Jaundice) นอกจากนี้สภาพการเป็นกรดต่างของร่างกาย ก็อาจจะมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาบางชนิด เช่น อะดรีนาลีน (Adrenalin) อาจไม่ได้ผลในผู้ป่วยมีอาการหอบ (Asthma) ที่มีภาวะเป็นกรด (Acidosis)

เช่นเดียวกัน ไตก็เป็นอวัยวะสำคัญซึ่งต้องคำนึงถึงในการใช้ยา เพราะเป็นอวัยวะที่จับยาออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ในทารกแรกเกิดที่มีอัตราการกรองผ่าน (Glomerular Infiltration Rate) ต่ำหรือในเด็กที่ไตผิดปกติ หรืออยู่ในภาวะขาดน้ำ จึงต้องระวังในเรื่องขนาดของยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาที่มีพิษต่อไต เช่น ยาในกลุ่ม Aminoglycosides ซึ่งจะต้องลดขนาดหรือยาในช่วงเวลาที่ห่างขึ้น (ฉวีวรรณ จุลฉานนท์. 2528 : 1-5)

รูปแบบของยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพ (Dosage Forms of Drugs)

1. รูปแบบที่เป็นของเหลว (Liquid Dosage Form)

รูปแบบของยาคือจำเป็นต้องมีภาชนะบรรจุที่เหมาะสม การกินยาต้องใช้เครื่องวัดที่มีขีดบอกปริมาตร (เช่น ถ้วยตวง) ลักษณะของเหลวจะแตกต่างกันไป บางชนิดเป็นน้ำใส เวลาใช้ไม่จำเป็นต้องเขย่าเหมือนชนิดยาน้ำผสมหรือชนิดยาน้ำแขวนตะกอน รูปแบบยาที่เป็นของเหลวมีดังนี้ คือ

1.1 ยาน้ำเชื่อม (Syrup) เป็นยาที่มีน้ำตาลละลายผสมอยู่ ใช้สำหรับรับประทาน มีรสหวานอาจแต่งกลิ่น สี รส ให้น้ำใช้ยิ่งขึ้น เหมาะสำหรับเป็นยาเด็ก ได้แก่ ยาน้ำแก้ไอ ลดน้ำมูก พวักยาน้ำวิตามิน ยาแก้แพ้ เป็นต้น

1.2 ยาน้ำเชื่อมแห้ง (Dry Syrup) ยาที่ละลายตัวได้ในน้ำเวลาจะใช้ต้องเติมน้ำตามที่กำหนดไว้ แล้วเขย่าให้เข้ากันจึงจะได้ยาน้ำเชื่อม ยานี้มักต้องเก็บในที่เย็น และใช้ให้หมดภายใน 7 วัน ถ้าเกินกำหนดให้ทิ้งไปเป็นพวกยาปฏิชีวนะ เช่น เพนนิซิลลิน แอมพิซิลลิน โคลิสติน อะม็อกซิซิลลิน คล็อกซาซิลลิน เป็นต้น

2. รูปแบบที่เป็นของแข็ง (Solid Dosage Form) ได้แก่ ยาดังต่อไปนี้

2.1 ยาแคปซูล (Capsule) เป็นรูปของยาที่มีเปลือกหุ้มเป็นพวกเจลาติน ลักษณะอาจแข็งหรืออ่อนนิ่มบรรจุอยู่เปลือกหุ้มนั้นจะช่วยให้ยากลบรสของยาได้ เช่น คลอแรมเฟนิคอล ซึ่งมีรสขมมาก (ก่าพล ศรีวัฒนกุล. 2527 : 3-5) (ชะอรสิน สุขศรีวงศ์. 2532:13)

ข้อแนะนำการให้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีวินในเด็ก

1. ควรแน่ใจว่ามีความรู้ในเรื่องของยาที่จะใช้นั้นพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนาดใช้ และฤทธิ์ข้างเคียง และคำนึงเสมอว่า ยาส่วนมากยังไม่มีการศึกษาในเด็กเพียงพอ
2. พยายามให้ยาให้น้อยชนิดเท่าที่จำเป็นจริง ๆ
3. ทามประวัติการแพ้ยาและโรคหรือภาวะผิดปกติที่ผู้ป่วยอาจจะมีอยู่ เช่น G6PD Deficiency ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบ เป็นต้น
4. คำนึงถึงฤทธิ์ยาคู่กันและกัน (Drug Interaction) เพราะผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิดโดย

ยาผสมจะมีตัวยาอยู่มากกว่าหนึ่งอย่าง แพทย์สั่งยาให้มากกว่าหนึ่งชนิดได้รับยาจากแพทย์ผู้อื่นอยู่แล้ว เช่น เพื่อรักษาโรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ เป็นต้น

ยาน้ำบางชนิดจะมีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน เช่น ในรูปของอีลิคเซอร์ (Elixir) สปริต (Spirit) และทิงเจอร์ (Tincture) แอลกอฮอล์เป็นตัวที่ทำให้เกิดฤทธิ์ของยาคู่กันและกัน (Drug Interaction) ได้มากที่สุด

ยาผสม (Combination Drug) มีข้อเสียที่ขนาดของยาแต่ละชนิดอาจไม่ตรงต่อความต้องการ หรือมียาที่เกินความจำเป็น แต่ก็มีข้อดีบ้างที่อาจช่วยให้การให้ยานแก่เด็กสะดวกขึ้น

5. เลือกยาที่มีประสิทธิภาพดี และราคาเขา และควรสนับสนุนการใช้ยาผลิตได้ในประเทศไทย

6. คำนึงถึงความสะดวกในการปฏิบัติและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเสมอ ยาเม็ดมีอายุการใช้งานนานกว่ายาน้ำ กินได้ขนาดที่แน่นอน และราคาถูกกว่า ถ้าเด็กกินได้ จึงควรเลือกชนิดเม็ดมากกว่าชนิดน้ำ

7. ยาปฏิชีวนะที่เป็นยาฆ่าหรือยาผง เมื่อผสมน้ำแล้ว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเก็บไว้ในตู้เย็นหรือกระติกน้ำแข็ง เพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพก่อนใช้ยาหมดตามกำหนด

- เน้นให้ผู้ป่วยกินให้ครบตามจำนวนที่ต้องการ
- ยาที่ออกฤทธิ์เพียง 4-6 ชั่วโมงหลังกิน ควรแบ่งมื้อยาตามนั้นหรือในช่วงเวลาที่ใกล้เคียง

8. ซ้อนชาหรือซ้อนกาแฟ ที่ใช้ตามบ้านในเมืองไทยโดยทั่วไป มีความจุประมาณ 3 มล. หรือน้อยกว่า (1 ซ้อนชามาตรฐานเท่ากับ 5 มล.) และ 1 ซ้อนโต๊ะ ก็มักมีความจุไม่เกิน 12 มล. (มาตรฐานเท่ากับ 15 มล.) ดังนั้น ในการสั่งยาเป็นซ้อนชาหรือซ้อนโต๊ะจึงควรคำนึง ถึงข้อเท็จจริงนี้ด้วย และอาจแก้ปัญหาโดยวัดปริมาณจากแก้วชา หรือใช้กระบอกฉีดยาแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กซึ่งใช้ยาในปริมาณน้อย

9. ผู้ปกครองบางคนมักนำยาทุกชนิดที่ได้มาผสมรวมกัน แล้วให้เด็กกินทีเดียวเพื่อความสะดวก วิธีนี้อาจทำให้ยาบางประเภทเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือถูกทำลายไป หรือมีผลต่อการดูดซึมของยา นอกจากนี้บางคนอาจให้ยาโดยผสมกับนมในช่วงแล้วให้ดูดกิน ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการดูดซึม และอาจได้ยาไม่ครบขนาดที่ต้องการจึงควรชี้แจงให้ได้ทราบด้วย

10. ยาที่ให้กินก่อนอาหารเพื่อต้องการให้ถูกดูดซึมได้ดี ควรให้ประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงก่อนกินอาหาร สำหรับยาที่ระคายกระเพาะ หรือมีฤทธิ์ข้างเคียงสูง หรือถูกทำลายโดยน้ำย่อยที่เป็นกรด และต้องการให้ยาในขณะที่กระเพาะมีอาหารอยู่ควรให้พร้อมหรือหลังอาหารไม่เกินครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมกินอาหารในระหว่างเจ็บป่วย ผู้ปกครองอาจเข้าใจผิด และงคให้ยาที่ฉลากระบุว่า ก่อนอาหาร หรือหลังอาหารไป แพทย์ควรอธิบายให้เข้าใจด้วย (ฉวีวัฒน์ จุณณานนท์. 2528 : 1-5)

การใช้ยาในเด็ก จะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นกับความชำนาญในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนความรู้ทางเภสัชกรรม เภสัชศาสตร์ ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ร่วมกับความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็ก โดยทั่วไป

ข้อควรคำนึงในการให้ยาเด็ก

1. ใช้ยาเมื่อมีข้อชี้บ่งและใช้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ใช้ยาบ่อยเกินความจำเป็น

2. เลือกใช้ยาที่แพทย์ผู้รักษาค้นเคย เหมาะสมกับโรคและผู้ป่วย โดยพิจารณาจากอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ประวัติการแพ้ยา ประสิทธิภาพและราคาขาดลดจนเศรษฐกิจของพ่อแม่ หรือผู้ปกครองเด็ก
3. ต้องทราบเภสัชวิทยา เภสัชจลนศาสตร์ พิษของยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้
อย่างดี
4. ต้องทราบขนาดยา วิธีการให้และระยะเวลาที่จะให้ยา
5. ควรคำนึงถึงภาวะโภชนาการ ภาวะทางสรีรวิทยาหรือกรรมพันธุ์ของเด็กแต่ละคน ว่าอาจมีผลต่อการดูดซึมยา การเผาผลาญในร่างกาย (Metabolism) และพิษของยาเกินขนาด เช่น เด็กพวก Down's Syndrome จะไวต่อยาพวงอะโทรปีน (Atropine) เด็กที่ขาดเอนไซม์ (Enzyme) G6PD จะเกิด การแตกของเม็ดเลือดแดง(Hemolysis)ถ้าได้รับยาพวกซัลฟา (Sulfa)
6. ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดต้องคำนึงถึง ปฏิกริยาระหว่างยา (Drug Interaction)
7. แนะนำวิธีการใช้ยาให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ราษฎรมีแนวโน้มจะไม่ปฏิบัติตาม ต้องอธิบายให้ทราบถึงความรุนแรงของโรค ความจำเป็นในการใช้ยา ผลเสียของการไม่ปฏิบัติตาม และพยายามให้ยาน้อยชนิดเพื่อป้องกันความสับสน

ขนาดของยาในเด็ก

สูตรต่าง ๆ ที่นำมาใช้คำนวณเพื่อหาขนาดของยาที่เหมาะสมในเด็ก วิธีการคำนวณอาจกระทำได้ด้วย

1. การใช้พื้นที่ผิวหนึ่งของเด็ก
2. การใช้น้ำหนักตัวของเด็ก
3. การใช้อายุเด็ก
4. การใช้อัตราการเผาผลาญในร่างกายเปรียบเทียบกับขนาดของผู้ใหญ่

ขนาดของยาจะสัมพันธ์กับพื้นที่ผิวของเด็ก ตลอดระยะเวลาการเจริญเติบโตของเด็กการใช้พื้นที่ผิวหนังของเด็ก ในการคำนวณจึงน่าจะเป็นวิธีที่ใกล้เคียงมากที่สุด

ในกรณีที่ให้ยาในเด็กเป็นระยะเวลาสั้นและใช้น้ำหนักตัวเด็กในการคำนวณควรคำนึงถึงขนาดของยาตามน้ำหนักตัวที่สัมพันธ์กับอายุด้วย (ภักดี โพธิศิริ, 2532 : 12-13)

ขนาดยาที่ใช้ในเด็กโดยทั่วไปคำนวณจาก น้ำหนักตัวของเด็ก เพราะเป็นวิธีที่สะดวกและแม่นยำ แต่ในกรณีที่เป็นการให้ยาอันตราย เช่น ยาที่ใช้ในเคมีบำบัด (Chemotherapy) ซึ่งต้องการความละเอียดแม่นยำที่สุดต้องคำนวณขนาดยาโดยใช้พื้นที่ผิวของร่างกาย (Body Surface Area) ของเด็กเป็นหลัก ส่วนการคำนวณยาโดยใช้ อายุหรือน้ำหนักตัว เทียบจากขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่ เป็นวิธีที่ไม่ละเอียด ไม่ควรใช้โดยไม่จำเป็น และไม่ควรรใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และห้ามใช้วิธีนี้กับยาอันตราย เช่น มอร์ฟีน (Morphine) อะดรีนาลีน (Adrenalin)

ข้อควรคำนึงในการคำนวณขนาดยาที่ใช้ในเด็ก

1. ขนาดสูงสุด (Maximal Dose) ที่คำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวของเด็กเป็นหลัก ถ้าเกินขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ ต้องให้ขนาดเท่ากับที่ใช้ในผู้ใหญ่
 2. เด็กอายุน้อย (ยกเว้นทารกแรกเกิด) มีอัตราการเผาผลาญ (Metabolic Rate) สูงจึงต้องการปริมาณยามากกว่าผู้ใหญ่ เมื่อเทียบตามน้ำหนักตัว
 3. เด็กอ้วนมีอัตราการเผาผลาญ (Metabolic Rate) ต่ำ เพราะไขมันมีการเผาผลาญช้า Metabolically Inert Tissue อาจต้องใช้ Ideal Body Weight มาคำนวณในบางกรณี
 4. เด็กที่บวม ต้องคิดขนาดยาจากน้ำหนักตัวก่อนบวมหรือน้ำหนักซึ่งน้อยกว่าที่ซึ่งได้ขณะบวม
 5. เด็กที่มีอัตราการเผาผลาญ (Metabolic Rate) ของร่างกายจะสูงขึ้น ประมาณร้อยละ 10 ต่ออุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส (นวลจันทร์ ปรายพล, 2535 : 3)
- การใช้ยาในเด็กต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดหรือเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ถ้าไม่รู้จักยา หรือแพทย์ไม่ได้แนะนำแล้ว ไม่ควรใช้เองโดยเด็ดขาด หากใช้ก็ควรปรึกษาผู้รู้ เพราะแม้แต่แพทย์เอง ก็จะใช้ยากับเด็กเมื่อจำเป็นและรู้อาการแน่นอนเท่านั้น (กำพล ศรีวัฒนกุล และคนอื่นๆ 2524 : 9)

ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพสำหรับเด็กที่สำคัญและควรรู้จัก

ในจำนวนยาต้านจุลชีพ ชนิดใหม่ที่ออกสู่ท้องตลาดด้วยกันแล้ว ยาจำพวกเพนนิซิลลิน (Penicillin) นับได้ว่ามีจำนวนมากที่สุด ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 จนถึงปัจจุบัน มียาในกลุ่มนี้แล้วอย่างน้อย 46 ตัว

1. Penicillins เป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ โดยยับยั้ง การสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ดังนั้น จึงไม่มีผลต่อเชื้อที่ไม่แบ่งตัว หรือไม่มีผนังหุ้มเซลล์เพนนิซิลลิน เป็นยาที่ใช้ได้ผลดีสำหรับโรคที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus, Gonococcus, Treponema, Clostridium, Diphtheria และพวกแบคทีเรียที่ไม่อาศัยออกซิเจน (Anaerobic Bacteria) ส่วนใหญ่ยาในกลุ่ม Penicillins มีอยู่หลายประเภท อาจแบ่งเป็นชนิด กิน ฉีด (กำแพง ศรีวัฒนกุล. 2525 : 18-19)

ยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนนิซิลลิน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. The Natural Penicillin : เป็นยาเพนนิซิลลินที่ได้จากการสกัดจากแหล่งธรรมชาติ เช่น Penicillin G.
2. The Acid - Resistant Penicillin : เป็นยาพวกเพนนิซิลลิน ที่มีความทนต่อกรดในกระเพาะสูง สามารถให้ยาทางปากได้ เช่น Penicillin V.
3. The Penicillinase - Resistant Penicillin : เป็นยาพวกเพนนิซิลลิน ที่มีความทนการทำลายของ เอนไซม์เพนนิซิลลินเนส (Enzyme Penicillinase) ที่สร้างขึ้นมาโดยเชื้อจุลชีพ สามารถใช้ได้กับเชื้อที่ต่อต้านยาเพนนิซิลลินธรรมดา ตัวอย่างเช่น Cloxacillin และ Dicloxacillin
4. The Broad - Spectrum Penicillin : เป็นเพนนิซิลลินที่มีขอบเขตในการทำลาย เชื้อโรคกว้างกว่าเพนนิซิลลินธรรมดา เช่น Ampicillin และ Carbenicillin ในการที่จะนำยาพวกเพนนิซิลลินไปใช้บำบัดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ หลายด้านด้วยกัน เช่น ชนิดของเชื้อโรคที่จะทำการบำบัด คุณสมบัติของยาที่จะนำไปใช้ และ

ตัวผู้ที่ใช้ยาคีนั้น ๆ เป็นต้น ในที่นี้จะขอกล่าวรวม ๆ กันไปเลยตามประเภทของยาปฏิชีวนะ ยาพวกเพนิซิลลินไม่ว่าจะเป็นพวกที่ได้มาโดยตรงจากธรรมชาติหรือธรรมชาติกึ่งสังเคราะห์ก็ตาม สามารถใช้ได้ผลเต็มที่ก็ต่อเมื่อถูกนำไปใช้อย่างเหมาะสม ยาพวกเพนิซิลลินมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียตัวกลม (Cocci) ที่เป็นกรัมบวกและกรัมลบ เช่น พวก Streptococci ในกรุป A, C, G, H, L และ M และพวก Staphylococcus aureus, Corynebacterium diphtheriae, Clostridia, Actinomyces israelii, Streptobacillus moniliformis, Pasteurella multocida และ Listeria monocytogenes. ยาพวกเพนิซิลลินไม่มีฤทธิ์ต่อ amoebae, plasmodia, fungi และ virus. ยาพวกเพนิซิลลินจะออกฤทธิ์ห้ามไม่ให้มีการสังเคราะห์สารที่เป็นองค์ประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้แบคทีเรียไม่สามารถเจริญเติบโตได้ การนำยาไปใช้จะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของยาดังนั้น เช่น ยาพวก เพนิซิลลิน จี (Penicillin G) เป็นยาที่ไม่ทนต่อการแตกในกระเพาะ หรือยาพวกเพนิซิลลิน วี (Penicillin V) ทนต่อการแตกในกระเพาะอาหารแต่ไม่ทนต่อการทำลายของเอนไซม์เพนิซิลลินเนส (Enzyme Penicillinase) ที่แบคทีเรียสร้างขึ้นมา เป็นต้น เมื่อเราคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้แล้วจะทำให้สามารถเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาจะสูงตามไปด้วย (สุกชาติพิสัย จันทรสกุล. 2527 : 67) หรืออาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่คือ

1. กลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์แคบมีผลต่อเชื้อแบคทีเรียกรัมบวก และถูกทำลายด้วยเอนไซม์เพนิซิลลินเนส ได้แก่ เพนิซิลลิน จี (Penicillin G) เพนิซิลลิน วี (Penicillin V)
2. กลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้างมีผลต่อเชื้อแบคทีเรียทั้งชนิดกรัมบวกและกรัมลบ แต่ผลต่อกรัมบวกดีออกกว่า เพนิซิลลิน วี (Penicillin V) ได้แก่ Ampicillin, Amoxycillin, Carbenicillin
3. กลุ่มที่ทนต่อเอนไซม์เพนิซิลลินเนส มีฤทธิ์ต้านจุลชีพแคบ เจาะจงต่อเชื้อ S. aureus และ S. epidermidis ที่ผลิตเอนไซม์เพนิซิลลินเนส ได้แก่ Cloxacillin, Methicillin, Oxacillin, Nafcillin, Dicloxacillin.

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

1. อาการพิษที่พบบ่อย ได้แก่ การแพ้ยา ซึ่งมีอาการแสดงออกให้เห็น เช่น ผื่นคัน ไข้หวัดเป็นจำ ๆ ถ้าแพ้มาก อาจถึงช็อกหรือหมดสติซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ เป็นกลุ่มอาการแพ้ยาหรือภาวะภูมิคุ้มกันไว
2. มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องอืด

ข้อแนะนำ

1. ให้รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้อาหารลดการดูดซึมยา
 2. ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้ เครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง ทำให้ยาแตกตัวและสลายตัว เป็นผลให้การดูดซึมและฤทธิ์ของยาลดน้อยลง (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2536 : 41-54)
2. **ยาในกลุ่ม Cephalosporins** ยากลุ่มนี้มี 3 รุ่น ตามขอบเขตประสิทธิภาพต่อแบคทีเรีย
- 2.1 รุ่นที่ 1 ได้แก่ Cefazolin (Cephazolin), Cephalexin และ Cefaclor มีฤทธิ์ต่อเชื้อ Staphylococcus และ Streptococcus เหมือน antistaphylococcal penicillins นอกจากนี้มีฤทธิ์ต่อ E. coli, Klebsiella pneumoniae และ Proteus mirabilis ได้บ้าง ยา Cefaclor มีฤทธิ์ต่อ H. influenzae ด้วย ยากลุ่มนี้มักใช้แทน Cloxacillin เมื่อผู้ป่วยแพ้ Penicillin ที่ไม่ใช่ลมพิษ (Urticaria) หรือ ภาวะแพ้รุนแรง (Anaphylaxis)
 - 2.2 รุ่นที่ 2 ได้แก่ Cefuroxime, Cefamandole, Cefoxitin ยา 2 ชนิดแรกคล้ายยา รุ่นที่ 1 แต่มีฤทธิ์ต่อ H. influenzae และมีฤทธิ์ต่อแบคทีเรียแกรมลบด้วย Cefamandole ทนทานต่อการถูกทำลายโดยเอนไซม์ (enzyme) จากแบคทีเรียมียาน้อยกว่า Cefuroxime ส่วน Cefoxitin เท่านั้น ได้ผลน้อยต่อ S. aureus และ H. influenzae แต่ได้ผลดีต่อ Anaerobes รวมทั้ง Bacteroides fragilis.
 - 2.3 รุ่นที่ 3 ได้แก่ Cefotaxime, Ceftriaxone, Cefoperazone, Ceftazidime มีฤทธิ์กว้างขวางต่อแบคทีเรียแกรมลบ ยา 2 ชนิดหลังเท่านั้นที่ได้ผลต่อ

Pseudomonas aeruginosa ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแกรมลบเช่นเดียวกับ Aminoglycosides ไม่มีพิษต่อหูและไต แต่ราคาแพงกว่า Aminoglycosides มาก ยา Ceftazidime ไม่มีฤทธิ์ต่อแบคทีเรียแกรมลบ ส่วน Cefotaxime และ Ceftriaxone มีขอบเขตของประสิทธิภาพต่อแบคทีเรียเหมือนกัน แต่แตกต่างกันทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ที่สำคัญคือ Ceftriaxone มีครึ่งชีวิต (Half-life) ยาวกว่า (สำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ. 2537 : 3-4)

ยาพวก Cephalosporin สามารถใช้ได้กับเชื้อพวก Staphylococci, Enterococci, Klebsiella, Aerobacter และ Proteus โดยเฉพาะกับพวกเชื้อเหล่านี้เป็นกรั่มบวก สาขากลุ่มนี้ทนต่อ เอนไซม์เพนิซิลลินเนส (Enzyme penicillinase) จึงใช้ได้กับเชื้อที่ต้านยาเพนิซิลลิน โดยทั่วไปจะใช้รักษาโรคติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ สาเหตุเกิดขึ้นจากทางเดินอาหารได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงนิยมใช้ยาพวกนี้โดยการฉีดเป็นส่วนใหญ่

อาการพิษ

อาการพิษที่พบบ่อยเมื่อใช้ยาประเภทนี้ ได้แก่ การแพ้ยา ท้องร่วง ปวดศีรษะและเป็นไข้ ถ้าใช้ยาพวก Cephaloridine ในขนาดที่สูงกว่า 4 กรัมต่อวัน อาจจะทำให้ไตพิการได้

ข้อแนะนำ

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการแพ้ยา กรณีมีประวัติแพ้เพนิซิลลิน มีโอกาสแพ้ยา Cephalosporin ได้
2. รับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
3. สาขากลุ่ม Aminoglycosides แบ่งเป็น 3 รุ่น
 - 3.1 รุ่นที่ 1 ได้แก่ Streptomycin, Kanamycin
 - 3.2 รุ่นที่ 2 ได้แก่ Gentamicin, Tobramycin
 - 3.3 รุ่นที่ 3 ได้แก่ Netilmicin, Amikacin (สำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ.

Streptomycin เป็นยาปฏิชีวนะพวก Oligosaccharide หรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าพวก Aminoglycoside ตัวแรกที่ค้นพบ โดยสกัดมาจากเชื้อราพวก Actinomycetes โดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก Genus Streptomyces ในเชื้อราดังกล่าวนอกจากจะสกัด Streptomycin ได้แล้ว ยังสามารถสกัดยาปฏิชีวนะอื่น ๆ ได้อีก 4 ชนิดคือ Kanamycin, Neomycin, Paromomycin และ Gentamycin ฮาดังกล่าวกำลังเป็นที่นิยมใช้มากในวงการแพทย์ปัจจุบัน การดูดซึมของยาทั้ง 5 ชนิด ดังกล่าวในลำไส้เล็กเป็นไปได้ช้าและไม่สมบูรณ์นัก ขอบเขตในการทำละลายเชื้ออาจจะกว้างกว่ายาพวกเพนิซิลลิน จึงเหมาะที่จะใช้รักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อได้ดีโดยการให้ยาทางเส้นเลือดดำ (Parenteral route) (สูทชาติพิพย์ จันทรสกุล.2527 : 9)

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

1. พิษต่อหู : หูอื้อ หูหนวก
2. พิษต่อไต : ภาวะไตวายได้
3. ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง

4. ฮากลุ่ม Tetracyclines

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

1. พิษต่อตับ
2. พิษต่อไต
3. บริหารโดยการกินอาจทำให้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เบื่ออาหาร
4. ผลต่อกระดูกและฟัน ไม่ควรใช้ในหญิงมีครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี จะ

รักษาไม่หาย

5. เกิดภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อราในลำไส้ ช่องปาก

ข้อแนะนำ : 1. ไม่ควรใช้ในหญิงมีครรภ์ เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี ผู้ป่วยโรคไต

2. รับประทานยาพร้อมอาหาร เพราะยาระคายเคืองกระเพาะอาหาร

และยามีฤทธิ์เป็นกรด

3. ไม่ให้ดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม เช่น เด็ก ไอศกรีม เนย เพราะทำให้ โนมเลกุลยาใหญ่ขึ้น ลดการดูดซึม

4. ชาลดกรดทำให้ยาดูดซึมลดลง

5. ดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยให้การดูดซึมดีขึ้น

6. หลีกเลี่ยงการตากแดด

5. ากลุ่ม Chloramphenicol

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

1. กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดลดลง เกิดโรคโลหิตจางชนิด Aplastic anemia

2. อาการช็อคหายใจเมื่อหยุดยา

3. ในทารกแรกเกิด ตับยังไม่เจริญเต็มที่ เกิดอาการกลุ่ม Gray Syndrome เด็กแน่นท้องไม่ดูดนม ตัวเย็น ช็อค (Shock) ตายได้

ข้อห้ามใช้

1. หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร

2. ไม่ควรใช้ในการรักษาขวยบีแรก

3. ผู้ป่วย G6PD เกิดขึ้นจากการแตกของเม็ดเลือดแดง (Haemolytic anemia)

(วิไลนา พันธุ์ศักดิ์. 2536 : 70-72)

6. กลุ่ม Macrolides สาต้นแบบ คือ Erythromycin แบ่งออกเป็น 3 รุ่น คือ

- รุ่นที่ 1 Erythromycin เป็นสาต้นแบบ ส่วน Midicamycin ทำให้เกิด

อาการจุกเสียดท้องได้น้อยกว่า miotin

- รุ่นที่ 2 Spiramycin, Roxithromycin (Rulid) ไม่แตกต่างจากรุ่นที่ 1

- รุ่นที่ 3 Clarithromycin (Klacid) ได้ผลต่อ Atypical mycobacterium

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

ยาในกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีอาการพิษที่รุนแรงปรากฏให้เห็น อาจพบการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน

ข้อแนะนำ

ไม่ได้รับประทานยาพร้อมอาหาร เพราะลดการดูดซึมของยา บางครั้งอาจให้รับประทานยาหลังอาหารทันที

7. กลุ่ม Sulfonamides (Cotrimoxazole)

ปัจจุบันนี้ยาในกลุ่มนี้เสื่อมความนิยมลง เนื่องจากมีการค้นพบยาต้านจุลชีพกลุ่มอื่นที่ปลอดภัยและใช้ขนาดรักษาต่ำ

พิษและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

1. แพ้ยาได้บ่อย จากการได้รับยาครั้งแรก อาจเล็กน้อยหรือรุนแรงมาก เกิดทั้งระบบทางเดินอาหาร มีแผลและมีเลือดออก เรียกว่า สตีเวน จอห์นสัน ซินโดรม (Stevens Johnson Syndrome)
2. พิษต่อไต ฮาดกตะกอนในไต อาจปัสสาวะเป็นเลือด
3. ผู้ป่วย G6PD อาจทำให้เม็ดเลือดแดงแตก
4. เด็กทารกแรกเกิดที่ได้รับยาหรือมารดาได้รับยา อาจเกิดเคอเนิกเตอริส (Kernicterus) ปัญญาอ่อนได้

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กเล็ก

ข้อแนะนำ

1. ดื่มน้ำหลังรับประทานยา

2. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำผลไม้ วิตามินซีและชาลดกรด เพราะทำให้ยาตกตะกอนมากขึ้น ควรรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เป็นด่าง เช่น ลูกพรุน ถั่ว แครอท เพื่อช่วยละลายยา

3. ผู้ป่วยเบาหวานระวัง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) (วัฒนาพันธุ์ศักดิ์. 2536 : 74-77)

8. ากลุ่ม Monobactam เช่น Aztreonam ใช้กับเชื้อที่ดื้อต่อ beta-lactam มีฤทธิ์กว้างต่อแบคทีเรียแกรมลบ

9. ากลุ่ม Carbapenam ได้แก่ Imipenam

10. ากลุ่ม Nitroimidazoles Metronidazole เป็นมาตรฐานแบบในการรักษาการติดเชื้อโปรโตซัว (สำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ. 2537 : 4,8)

11. ากลุ่ม Reserve Group

ยาปฏิชีวนะในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการบำบัดรักษาเหมือนกับ Erythromycin ถึงแม้โครงสร้างทางเคมีต่างกัน เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีพิษอย่างรุนแรง ฉะนั้นจึงไม่นิยมนำมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคทั่ว ๆ ไป ที่เรียก Reserve group เพราะยาในกลุ่มนี้จะสงวนไว้ใช้เฉพาะกับโรคติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงมาก และมักใช้แต่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Vancomycin, Novobiocin, Rifampicin

Vancomycin เป็นยาที่สงวนไว้ใช้เฉพาะกับโรคที่เกิดจากเชื้อ Staphylococcus และใช้ยาอื่นไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น อาการพิษที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยานี้คือ ผิวหนังเป็นผื่นแดง ไข้สูง หูตึง ไตพิการ เส้นเลือดดำอุดตันบริเวณฉีดยา ใช้รักษา MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus) และ Ampicillin-Resistant enterococci เป็นยาที่มีราคาแพงมาก

Novobiocin ใช้ได้ดีกับเชื้อ Staphylococci ที่คือยาพวกเพนนิซิลลิน อาการพิษที่เกิดจากการใช้ยานี้ได้แก่ ผิวหนังเป็นผื่นแดง ไข้สูง ดีซ่าน จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ (สุทธาทิพย์ จันทรสกุล. 2527 : 11)

ข้อแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ

1. ควรรับประทานยาต้านจุลชีพให้ครบขนาด และระยะเวลาที่ให้ (อย่างน้อย 5-7 วัน) เพื่อให้ยาสามารถทำลายเชื้อได้ และไม่ทำให้เชื้อดื้อยาได้ง่าย ไม่ควรใช้ยาโดยพร่ำเพรื่อ
2. ควรรับประทานยาในกลุ่มเพนนิซิลลิน ขณะท้องว่าง คือก่อนอาหาร 1 ชั่วโมงหรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง (ยกเว้น Amoxycillin ซึ่งอาหารไม่ลดการดูดซึมยา จึงรับประทานหลังอาหารได้)
3. อาจรับประทานยาในกลุ่ม Tetracycline หลังอาหาร เพื่อลดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน และไม่ควรรับประทานร่วมกับนม ชาลดกรดหรือยาบำรุงเลือด เพราะจะลดการดูดซึมยา ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี ห้ามใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพ (ผงยามีสีน้ำตาล เพราะจะเป็นพิษต่อไต)
4. ควรดื่มน้ำตามมาก ๆ เมื่อรับประทานยาในกลุ่มซัลฟา เช่น Cotrimoxazole (พรเพ็ญ เปรมโยธิน. 2534:37)

การเกิดอันตรายจากยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ

การเกิดอันตรายจากยา แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. ปัจจัยที่เกิดจากยา (Drug - Related Factors)
2. ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วย (Patient - Related Factors)
3. ปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม (Environment Factors)

1. ปัจจัยที่เกิดจากยา (Drug - Related Factors) มีดังนี้

- 1.1 ขนาดของยาที่ใช้ (Dose) บางครั้งมีความจำเป็นที่ต้องใช้ในขนาดสูง ๆ
- 1.2 รูปแบบยาที่ใช้ (Formulation) ยาที่ใช้ชื่อสามัญเดียวกัน แต่ต่างผู้ผลิต

อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่แตกต่างกันได้ สาเหตุสำคัญเกิดจากความแตกต่างในกรรมวิธีการผลิต วัตถุดิบหรือส่วนประกอบอื่น ๆ ที่ใช้

1.3 วิธีการใช้ยา (Drug Administration) มักเกิดจากวิธีฉีดยาเข้าเส้นเลือด เช่น รับประทาน Penicillin เกิดการแพ้ แบบอะนาฟิแลกติก ช็อก (Anaphylactic Shock)

2. ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (Patient - Related Factors)

2.1 พันธุกรรม (Genetic) เช่นชาวฮิว มักมีปลายประสาทเสื่อมสภาพ (Peripheral Neuropathy) จาก Isoniazid เนื่องจากตัวผู้ป่วยทำลายยาได้ช้า

2.2 เพศ (Sex) โดยทั่วไปในหญิง ชาย ความเป็นพิษของยามักไม่แตกต่างกัน ยกเว้นยาบางชนิด หญิงมักเป็นพิษได้ง่าย เช่นพิษจาก Digoxin การตกเลือด จาก Heparin

2.3 วัย (Age) เด็กวัยเด็กหรือทารกและผู้สูงอายุ มักเกิดอันตรายจากยาได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากพัฒนาการของระบบอวัยวะที่ใช้ในการกำจัดยายังไม่สมบูรณ์ ในเด็กและทารก ในขณะที่ผู้สูงอายุ ระบบดังกล่าวกำลังเสื่อมลง

2.4 พยาธิสภาพ (Pathological State) ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคไตหรือตับ จะมีโอกาสเกิดอันตรายจากยาได้ง่ายกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

2.5 การตั้งครรภ์และการให้นมบุตร (Pregnancy and Lactation) ยาจกทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย หรือระบบขับถ่ายทำงานได้น้อยลง

2.6 ประวัติการแพ้ยาครั้งก่อน ๆ (Previous Adverse Reaction) ผู้ที่เคยแพ้ยาชนิดหนึ่งแล้ว มักมีโอกาสแพ้ยาชนิดอื่น ๆ ได้มากกว่าคนอื่น

3. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factors)

3.1 สิ่งแวดล้อม (Environment) การถูกแสงแดดมาก ก็อาจทำให้ผู้ใช้ Tetracycline เกิดแพ้แสง (Photosensitivity) ได้ง่ายขึ้น

3.2 อาหารและเครื่องดื่ม (Food and Beverages) การรับประทานยาที่มีฤทธิ์กดสมองร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะเสริมฤทธิ์ในการกดสมอง ทำให้เกิดอันตรายได้ง่าย

3.3 การใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Polypharmacy) มีโอกาสเกิดอันตรายได้ง่ายกว่าการใช้ยาชนิดเดียว

อันตรายจากยา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นแม้ยาจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อมนุษย์มาก แต่การใช้ยาไม่ถูกต้องในบางครั้ง อาจก่อให้เกิดผลเสีย (วงศ์วิวัฒน์ กัศนียกุล. 2531 : 3-10)

อาการข้างเคียงเนื่องมาจากยา

อาการข้างเคียงเนื่องมาจากยาจะเกิดกับเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดโดยปกติ อาการข้างเคียง จะเกิดขึ้นในช่วงอาทิตย์แรก หรืออาทิตย์ที่สองหลังได้รับยา แพทย์อาจจะหยุดยา และให้ยาใหม่ และสังเกตอาการข้างเคียงนั้น ๆ การกระทำดังกล่าว บางครั้งไม่ควรทำเพราะอาจเกิดอันตรายต่อเด็กได้ง่าย

อาการข้างเคียงของยามักจะสัมพันธ์ โดยตรงกับขนาดของยาที่ให้อาการข้างเคียงมักจะ เป็นอาการแพ้ยา

พิษเนื่องมาจากยา (ภักดี โพธิศิริ.2532 : 14-15)

ยาในกลุ่มที่เด็กได้รับจนเกิดอันตรายพอจะแยกเป็นเปอร์เซ็นต์ได้ดังนี้

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. ยาปฏิชีวนะ | 25 เปอร์เซ็นต์ |
| 2. ยาคุมกำเนิดและยอร์โมน | 15 เปอร์เซ็นต์ |
| 3. ยานกัปวดลดไข้ | 10 เปอร์เซ็นต์ |
| 4. ยาโรคหัวใจ | 10 เปอร์เซ็นต์ |

การแพ้ยา (Drug Allergy)

การแพ้ยา เป็นภาวะที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อยา เกิดเนื่องจากเคยได้รับ ยานั้นนั้นหรือได้รับสารที่มีสูตรคล้ายคลึงกับยานั้นมาก่อน แล้วเกิดการกระตุ้นร่างกายให้สร้าง ภูมิคุ้มกันทางอิมมูโนวิทยาขึ้น เรียกว่า สิ่งต่อต้าน (Antibody) เวลาที่ใช้ในการสร้างสิ่งต่อต้าน ประมาณ 7-14 วัน เมื่อร่างกายได้รับยาซ้ำอีกครั้งหนึ่งจะเกิดการทำปฏิกิริยาได้สารประกอบ เชิงซ้อนขึ้น สารประกอบเชิงซ้อนนี้เองจะกระตุ้นให้เซลล์ในร่างกายหลั่งสารบางชนิด เช่น ฮีสตามีน (Histamine) ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ อาการแพ้ที่เกิดจะเกี่ยวข้องกับแทบทุกระบบร่างกาย มีตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิต อาการแพ้ที่เกิดไม่มี

ลักษณะที่คล้ายคลึงกับฤทธิ์ของฮาเลส แต่จะมีอาการที่ต่างกันออกไปเหมือนกับการแพ้สารทั่ว ๆ ไป ลักษณะอาการแพ้ยาจะแตกต่างกันไป ในคนอาการแพ้ส่วนใหญ่จะเกิดที่ผิวหนัง ขณะที่ในหนูตะเภา อาการแพ้จะเกิดที่หลอดลมมากกว่า

ยาที่ใช้ทั่วไปจะไม่มีคุณสมบัติเป็นสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ หรือสิ่งเร่งเร้า (Antigen) โดยตรง (ยกเว้นยาที่มีส่วนประกอบเป็นโปรตีนอยู่แล้ว เช่น เอนไซม์ (Enzyme) ต่าง ๆ ยาที่ได้รับเข้าไปนี้จะทำหน้าที่คล้าย ๆ เป็นสะพานเชื่อม (Hapten) คือทำหน้าที่เป็นสารที่จับกับโปรตีนในร่างกายแล้ว กระตุ้นให้เกิด สิ่งเร่งเร้า ขึ้นอีกทีหนึ่ง ซึ่งนับว่าเป็นโรคตัวอย่างหนึ่ง ที่ยาไม่ใช่ตัวกระตุ้นโดยตรง

บางครั้งตัวยาเองก็ไม่ได้เป็นตัวทำให้เกิดการแพ้ยาโดยตรง มันจะเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในรูปอื่น ๆ ก่อน เช่น เพนนิซิลลิน จะถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกายได้เป็นกรดเพนนิซิลลิน ทำหน้าที่เป็นสิ่งเร่งเร้า (กำพล ศรีวัฒนกุล.2527 : 32)

องค์ประกอบที่ทำให้แพ้ยา

การเกิดการแพ้จะมากหรือน้อยขึ้นกับสิ่งต่อไปนี้

1. ชนิดของยา มียาเพียงไม่กี่ตัวเท่านั้นที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ได้ ที่เห็นชัดเจนคือ เพนนิซิลลิน ซัลโฟนาไมด์ และยาที่เป็นโปรตีน (ซีรัมแก่พิษงู)
2. วิธีการให้ยา การแพ้ยาเกิดได้จากการให้ยาทุกชนิด แต่อัตราในการเกิดไม่เท่ากัน การกินจะทำให้แพ้น้อย ในขณะที่การสัมผัสจะทำให้เกิดอาการแพ้ได้ง่ายที่สุด ผู้ที่ทำงานตามโรงงาน ยา สารเคมีต่าง ๆ มักจะมีอาการผื่นคัน อักเสบตามผิวหนังอยู่เสมอ เนื่องจากต้องสัมผัสกับฝุ่นของยา การใช้ยาทา พวกขี้ผึ้งเพนนิซิลลิน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพ้ยาได้อย่างง่ายเช่นกัน การฉีดจะทำให้เกิดการแพ้อย่างรวดเร็วรุนแรง แก้ไขได้ยากที่สุด การฉีดเพนนิซิลลินคนไข้อาจมีอาการตาเขมัวได้ ถ้ามิได้เตรียมยาแก้และหลอดฉีดไว้พร้อม ๆ กัน
3. พันธุกรรมของผู้ได้รับยา การเกิดการแพ้ยาจะเกี่ยวข้องกับลักษณะของแต่ละบุคคล คนที่มีประวัติเป็นลมบ่อส ๆ หรือเป็นหืดจะมีโอกาสแพ้ยามากกว่าคนทั่วไป (เพราะบุคคลเหล่านี้

เป็นโรคแพ้สารต่าง ๆ อยู่แล้ว) นอกจากนี้ ความไวในการถูกกระตุ้นให้แพ้ของแต่ละบุคคลก็ไม่เท่ากัน บางคนแพ้ยาตัวเดียวบางคนแพ้หลายตัว ขณะที่บางคนไม่แพ้ยาอะไรเลย

4. การได้รับการกระตุ้นมาก่อนและการเกิดปฏิกิริยาไขว้ของยาในกลุ่มเดียวกัน การได้รับการกระตุ้นมาก่อนเป็นสิ่งสำคัญมากโดยมากคนไข้มักจำไม่ได้ว่าตัวเองเคยได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์มาก่อนหรือไม่ เมื่อได้รับยาอีกครั้งจึงเกิดอาการแพ้โดยไม่รู้ตัวการได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์หลาย ๆ ชนิด จะทำให้เกิดความสับสนและจำไม่ได้ว่าเคยได้รับยาอะไรไปบ้าง สารกระตุ้นการแพ้บางครั้งไม่ได้เกิดจากยาตัวเดียวกัน แต่เกิดจากยาในกลุ่มเดียวกันก็ได้ เช่น ฮากลุ่มซัลฟา ทุกตัวสามารถทำให้เกิดการแพ้ได้ทั้งสิ้น

การได้รับสารกระตุ้นการแพ้จากสิ่งแวดล้อมโดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการแพ้ได้ เช่น น้่านมวัวจากวัวที่เคยได้รับยาพวกเพนนิซิลลิน ยานี้จะถูกขับออกมาในน้่านมและเรากินยานี้เข้าไปโดยไม่รู้ตัว เมื่อมารับเพนนิซิลลิน โดยตรงก็เกิดอาการแพ้ขึ้นได้

การใช้ยาเพนนิซิลลินนาน ๆ อาจทำให้เกิดการแพ้ได้ในระยะเวลาหนึ่งเวลาใดก็ได้ (เราไม่สามารถทราบได้เลยว่าจะแพ้ในช่วงเวลาใด)

ชนิดของการแพ้ยา

การแพ้ยาแบ่งได้ 2 ชนิด

1. การแพ้ยาที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จะเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาสร้างโปรตีนชนิดหนึ่งในเลือดโดยโปรตีนนี้จะไปจับกับ มาสต์ เซลล์ (Mast Cell) เมื่อได้รับยาครั้งต่อมา มาสต์ เซลล์ (Mast Cell) จะถูกกระตุ้นทำให้เซลล์แตกและหลั่งสารพิเศษที่ทำให้ร่างกายแสดงอาการแพ้ เช่น ฮีสตามีน (Histamine) เซโรโทนิน (Serotonin) และเฮปาริน (Heparin) ในขณะที่ร่างกายจะสร้างสิ่งต่อต้านโปรตีนนี้ เมื่อร่างกายได้รับยาครั้งใหม่อีก สิ่งต่อต้านนี้จะไปจับกับยาซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างสิ่งเร้าและสิ่งต่อต้าน (Antibody Reaction) ขึ้นในกระแสเลือดเกิดอาการรุนแรง ถ้าทำการทดสอบอาการแพ้ทางผิวหนัง อาการนี้จะแสดงขึ้นทันที แบ่งได้ 2 แบบ

1.1 อะนาฟิแล็กซิส (Anaphylaxis) พบน้อยแต่มีอาการรุนแรงถึงชีวิต ทำให้หลอดลมตีบ บวมบริเวณกล่องเสียง (หายใจไม่ได้) เส้นเลือดขยายตัวมาก ทำให้ความดันโลหิต

ลดลง หมดสติและตายในที่สุด ส่วนใหญ่มักตายเนื่องจากทางเดินหายใจตีบตัน ร่างกายขาดออกซิเจนอาการที่เกิดจะเกิดอย่างรวดเร็วมาก ต้องรีบทำการรักษา ตัวอย่างสารที่ทำให้เกิดอาการเช่นนี้ คือ ยาที่ใช้ฉีดทุกชนิด (ฉีดเข้าเส้น เข้ากล้ามเนื้อ ฯลฯ) ยาที่เป็นชีวสาร เช่น ซีรัมจากม้า ยาที่เป็นโปรตีน สารที่ใช้ฉีดเข้าเส้นในการเอกซเรย์ และเพนนิซิลลิน

1.2 อาการแพ้อื่น ๆ อาการไม่รุนแรงเท่าชนิดแรกอาจมีผื่นคันและบวม ตัวอย่างเช่น มอร์ฟีน โคเคน

อาการไข้ที่เรียกฟีเวอร์ ซิคเนสส์ (Fever Sickness) ถ้าเกิดบ่อย ๆ จะทำให้เกิดเส้นเลือดอักเสบ ไตอักเสบ

ไข้จากยา ยาประเภทซัลโฟนาไมด์ ทำให้มีไข้สูงได้ มักเกิด 1-3 สัปดาห์ ภายหลังจากการให้ยา การที่มีไข้เช่นนี้ทำให้มีความสับสนนึกว่าไข้กลับได้ ต้องแยกให้ออกระหว่างอาการไข้จากการแพ้ยาหรือไข้กลับ ถ้าไข้จากการแพ้ยา เราหยุดยา 2-3 วัน อาการไข้จะลดลง

หอบหืด คัดจมูก ส่วนใหญ่เกิดจากยาประเภทแอสไพรีน ควินิน

2. อาการแพ้ชนิดกึ่งช่วง

ภายหลังได้รับยา 24-48 ชั่วโมง ร่างกายจึงจะตอบสนองการทดสอบอาการแพ้

2.1 อาการทางผิวหนัง ยาจะทำหน้าที่เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารต่อต้านออกมา ทำให้มีผื่นแดง อักเสบ ตัวอย่างเช่น เพนนิซิลลิน และซัลโฟนาไมด์

2.2 เม็ดเลือดขาวลดลง จะเกิดได้ 2 กรณี

ก. ถ้าเกิดจากการรบกวนการทำงานของไขกระดูก ใช้สตีรอยด์ไม่ได้ผล

ข. ถ้าการทำลายเม็ดเลือดขาวที่ส่วนปลายอาการเช่นนี้จะหายไปเมื่อหยุดให้ยาใช้สตีรอยด์ช่วย อาจให้ยาปฏิชีวนะช่วยป้องกันการติดเชื้อจากการขาดเม็ดเลือดขาวได้

2.3 โลหิตจาง ยังไม่ทราบขอบเขตการที่แน่นอนจากอาการแพ้หรือไม่ตัวอย่าง เช่น คลอแรมเฟนิคอล เฟนิลบิวตาโซน และคีคีที จะไปก่อกวนการทำงานของไขกระดูก ทำให้อัตราการตายสูงมากและการฟื้นจากอาการแพ้เป็นไปอย่างช้า ๆ ถ้าตรวจพบแต่เนิ่น ๆ จะช่วยโดยการรักษา ให้เลือด ให้ยาปฏิชีวนะ และแอนโดรเจน (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2527 : 33-34)

อันตรายจากการแพ้ยาปฏิชีวนะ (ชะวีย์ รัตพงศ์. 2522 : 513-514)

1. อาการแพ้ (Allergy)

การแพ้เพนนิซิลินมี 2 แบบคือ

- 1.1 ปฏิกริยาแพ้อย่างรุนแรงเฉียบพลัน พบน้อย มักเกิดในผู้ที่เคยได้รับยาเพนนิซิลินมาก่อน แต่เกิดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยตายได้ในเวลาไม่กี่นาที
- 1.2 ปฏิกริยาภูมิแพ้ที่เกิดหลังจากใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง (พรเพ็ญ เปรมโยธี. 2534 : 36)

2. การดื้อยาของเชื้อ เชื้อจะเปลี่ยนแปลงตัวทำให้ยาที่เคยออกฤทธิ์ได้กลับไม่สามารถกวดการเจริญหรือไม่สามารถทำลายมันได้ จึงเป็นปัญหายิ่งยากมากในการรักษาโรคติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งแบคทีเรียกรัม-ลบ บางชนิด เพราะเชื้อพวกนี้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิดในเวลาเดียวกันได้

3. เกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อน ขณะที่ยังบริหารอยู่อย่างเต็มที่และสม่ำเสมอ ก็อาจจะเกิดโรคติดเชื้อใหม่แทรกซ้อนได้ (Superinfection) โดยที่เป็นเชื้อตัวใหม่เข้ามาอีกหรือเชื้อที่อยู่ในร่างกายแล้วนั้นเองเกิดเป็นพิษขึ้นที่หลังโดยที่

3.1 เป็นการติดเชื้อชนิดอื่นขณะใช้ยาปฏิชีวนะ (Mixed Infection Antibiotic) กวดการเจริญของเชื้อเพียงชนิดเดียวเชื้ออีกชนิดหนึ่งจึงเติบโตขึ้นรวดเร็ว และแสดงอาการของโรคขึ้น

3.2 ยาปฏิชีวนะไปกวดการเจริญเติบโต หรือไปทำลายเชื้อแบคทีเรียเฉพาะถิ่น (Bacterial Flora) โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียอย่างกว้าง (Broad spectrum Antibiotics) ทำให้เชื้ออื่นที่ดื้อต่อยานั้นเจริญงอกงามอย่างรวดเร็ว และเป็นพิษต่อร่างกาย

3.3 อาจจะเป็นเชื้อใหม่ที่เข้าไปในร่างกาย ขณะบริหารยาปฏิชีวนะอยู่และทนต่อยาได้ ที่พบบ่อยคือ S. aureus, Candida albicans, E. coli, Proteus, Pseudomonas แบคทีเรียพวกนี้ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

โรคติดเชื้อแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้มักจะเกี่ยวข้องกับขนาดยาของยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาที่ใช้ยา พบว่ายิ่งขนาดมากและระยะเวลาที่ใช้ยาวนาน ก็ยิ่งเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย

4. ขาดวิตามินบางอย่างได้เช่น วิตามินเค และ กรดโฟลิก
5. พิษและฤทธิ์แทรกแซงของยาปฏิชีวนะบางชนิด (ที่เป็นพิษเฉพาะของยานั้น) จะไปช่วยเพิ่มอาการบางอย่างของผู้ป่วยซึ่งมีอยู่ก่อนให้เป็นมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีโลหิตจาง (Aplastic anemia) ไตอักเสบ ตับอักเสบ ฯลฯ
6. ยาบางชนิดผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้ และทำให้เกิดพิษและฤทธิ์แทรกแซงในเด็ก

การแก้ไขและการป้องกันการแก้ไข

การแก้ไข

กรณีที่มีอาการแพ้เพียงเล็กน้อย เช่น ผื่นคันจุ่มก ถ้าเราหยุดให้ยาอาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ ลดลงหมดไปใน 2-3 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการผื่นคันมากอาจให้ยาแก้แพ้ (Antihistamine) ได้ แต่ยาที่ให้ไม่มีได้รักษาอาการเกิดโดยตรง เป็นเพียงระงับอาการที่จะเกิดขึ้นอีก

ถ้าอาการแพ้รุนแรงมากและเกิดทันทีทันใด

ควรปฏิบัติดังนี้

1. พยายามลดการดูดซึมของยา ในรายที่ได้รับใหม่ ๆ การดูดซึมยังไม่หมด อาจทำให้อาเจียนหรือให้กินถ่าน (Activated charcoal) ช่วยดูดซึมยา
2. ช่วยหายใจ แม้จะไม่ได้ผลเต็มที่แต่ก็ควรทำพร้อม ๆ กัน เพราะช่วงนี้คนไข้จะขาดออกซิเจน
3. ให้อะดรีนาลีน (Adrenalin) เพื่อช่วยขยายหลอดลมและเพิ่มความดันโลหิต ยานี้ควรมีเอาไว้ประจำสถานพยาบาล เพราะเป็นสิ่งจำเป็นมากในการรักษาอาการแพ้ยา บางครั้งอาจเพิ่มชนิดพ่นเพื่อลดอาการบวมของกล่องเสียงและหลอดลมและกันการหดตัวของหลอดลมด้วย การใช้ยาแก้แพ้ในกรณีนี้ไม่ได้ผล เพราะอาการรุนแรงมากยาออกฤทธิ์ไม่ดีและยาแก้แพ้อาจทำให้เกิดหลอดลมตีบตันยิ่งขึ้นด้วย

4. กรณีที่มีอาการอักเสบตามที่ต่าง ๆ อาจใช้ยาแก้อักเสบประเภทสเตียรอยด์
5. ถ้าการสร้างเม็ดเลือดขาวถูกยับยั้ง ร่างกายจะติดเชื้อได้ง่าย บางครั้งเราจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะช่วยป้องกัน แบบนี้จำเป็นต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์

การป้องกัน

หนทางที่ดีที่สุดคือพยายามป้องกันมิให้เกิดอาการแพ้ขึ้นมา เพราะถ้าอาการแพ้เกิดรุนแรงมากอาจจะแก้ไขไม่ทันการ

ทางป้องกันอาจทำได้ดังนี้

1. งดยาใช้ยา คนไข้ที่เคยแสดงอาการแพ้ชนิดนั้นมากก็ไม่ควรจะใช้ยาชนิดนั้นอีก รวมทั้งยาในกลุ่มเดียวกันและยาที่มีสูตรโครงสร้างใกล้เคียงกันด้วย ต้องแนะนำผู้ป่วยสังเกตและจำชื่อเอาไว้ไม่ให้ซ้ำอีก
2. ก่อนที่จะให้ยาที่มักทำให้เกิดอาการแพ้บ่อย ๆ เช่น เพนนิซิลลิน ควรมีการซักประวัติคนไข้ก่อนว่าเคยแพ้ชนิดนี้หรือไม่ โดยเฉพาะรายที่มีประวัติแพ้สารต่าง ๆ หอบหืดหรือแพ้ยามาแล้ว การจ่ายยาต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ อาจมีการทดสอบก่อนว่าแพ้หรือไม่
3. ในรายที่จำเป็นที่จะต้องให้ยาที่เคยแพ้ อาจกระตุ้นให้ร่างกายลดการต่อต้านลง เรียก ดีเซนซิไทเซชัน (Desensitization) โดยการให้ยาชนิดที่แพ้ครั้งละน้อย ๆ เป็นระยะเวลาหนึ่ง พร้อม ๆ กับให้ยาแก้แพ้ไปด้วย จนร่างกายปรับตัวเองได้ และไม่แพ้แล้วจึงจะให้ยานั้นในขนาดปกติได้ ประเภทนี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์

สิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือการใช้ยาพ่นเพื่อ บางครั้งพบว่ามีการใช้เพนนิซิลลินในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือในชนบทเราพบว่า ชาวบ้านนำขี้ผึ้งเพนนิซิลลินไปใช้ทาหน้า แห้ง แขน ขา กันแดดเวลาหน้าหนาวหรือตอนเกี่ยวข้าวกันอย่างแพร่หลายโดยไม่จำเป็น ซึ่งจะชักนำให้เกิดอาการแพ้ถึงตายได้ทั้งสิ้น โปรดแนะนำให้เลิกใช้ ถ้าต้องการขี้ผึ้งทาหน้าแห้งแฉก แนะนำให้ใช้วาสลีนทาก็ได้ผลเช่นเดียวกัน และไม่มีอันตรายด้วย (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2527 : 34-35)

อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่หมดอายุ

โดยทั่วไปแล้วยาปฏิชีวนะก็เป็นยาที่มีอันตรายอยู่แล้ว บ่อยครั้งที่เราจะเห็นข่าวในหนังสือพิมพ์หรือจากการบอกเล่ากันถึงข่าวที่ว่า ผู้ที่ซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง เกิดการแพ้ยาขึ้น บางคนเป็นลมหมดสติ บางคนเกิดผื่นขึ้นตามผิวหนัง บางคนท้องเดินอาเจียน บางคนถึงแก่ความตาย นั่นเป็นอาการพิษที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อร่างกายจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีความรู้ แต่ถ้ายาที่ใช้ นั้นเป็นยาที่หมดอายุ เกิดการสลายตัวไปเป็นสารชนิดอื่นแล้ว อันตรายที่เกิดขึ้นเป็นทวีคูณ คือ นอกจากยาจะไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคแล้ว ยังอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายกับ ร่างกายได้ ตัวอย่างเช่น ยาพวก Tetracycline จากการศึกษาทางคลินิคพบว่า เมื่อคนไข้ ได้รับยา Tetracycline ที่หมดอายุแล้วเข้าสู่ร่างกาย คนไข้จะรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะ ออกมาในปริมาณมาก (Polyuria) คนไข้จะรู้สึกกระหายน้ำตลอดเวลา และถ้ามีทำการตรวจ ปัสสาวะจะพบว่า มี serum โปรตีน และน้ำตาล ปนออกมาในปัสสาวะมากผิดปกตินอกจากนั้นปริมาณ amino acid ในปัสสาวะก็จะมีระดับสูงกว่าปกติมาก อาการที่ปรากฏให้เห็นเหล่านี้เป็นอาการ ของโรคที่เรียกว่า Fanconi's Syndrome อาการเหล่านี้จะหายไปหลังจากคนไข้หยุดใช้ยา ประมาณ 1 เดือน คนที่กินยาพวก Tetracycline ที่หมดอายุแล้วติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ อาจ ทำให้เนื้อเยื่อของผิวหนังบางส่วนตายไป ทำให้กลายเป็นแผลเป็นขึ้น (Lupus Erythematosus) และอาจจะแพ้แสงแดดได้ง่าย ถูกต้องแสงแดดเพียงเล็กน้อยจะมีอาการของแพ้แสงแดด (sun-burn) เกิดขึ้น (สุกชาติพิทย์ จันทรสกุล. 2527 : 16)

ปัญหาจากการใช้ยา

1. ซื้อยากินเอง

คณะกรรมการอาหารและยา (2527 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยและสำรวจทั่วประเทศพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เลือกการรักษาด้วยตนเอง โดยการพึ่งร้านขายยาทั่วไป 60.5 เปอร์เซ็นต์รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน 23 เปอร์เซ็นต์ นับว่าเป็นปัญหาและก่อให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

2. กินยาไม่ครบจำนวน มักพบว่าหลังจากอาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดกินยาเนื่องมาจากความไม่รู้ ความเคยชินผิด ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมา นับเป็นปัญหาก่อให้เกิดอันตรายรุนแรง

3. วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง

4. ใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค

พิสวาท หุติยะโพธิ์ และคนอื่น ๆ (2519 : 73-74) ได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า มีการนำยาปฏิชีวนะมาใช้เป็นยาแก้ปวดลดไข้ นับเป็นการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรคและอันตรายมาก และเป็น การสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ

5. ใช้ยาค่ากว่ามาตรฐาน ทำให้ได้ขนาดของยาไม่เพียงพอต่อการรักษา ถ้าใช้ยามดอายุแล้วมาใช้ในการรักษา นอกจากไม่ได้ผลแล้วยังอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ด้วย พบว่ามีการนำยาเสื่อมคุณภาพมาขายในราคาถูกกว่าราคาจริง

สุชศึกษากับการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและสถานด้านจุลชีพในเด็ก

สุชศึกษาเป็นกระบวนการของการจัดประสบการณ์ให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรฐานรวมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพเมื่อเกิดขึ้นแล้ว และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพ (สมจิตต์ สุพรรณทิสันและกันษา กาญจนบุรานนท์.2532 : 22)

สมจิตต์ สุพรรณทิสันและกันษา กาญจนบุรานนท์.2532 : 22. ได้เสนอมาตรการแก้ไขปัญหาสุขภาพดังนี้

1. มาตรการด้านการรักษา

เมื่อบุคคลมีปัญหาด้านการเจ็บป่วยจะไปรับบริการด้านการรักษามาตรการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ คือ การให้การรักษาหากผู้ป่วยบางคนหายจากอาการเจ็บป่วย แสดงว่ามาตรการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นประสบผลสำเร็จ แต่เป็นมาตรการที่แก้ไขปลายเหตุ เพราะบางรายมาตรการแก้ไขปัญหาสุขภาพนี้อาจใช้ไม่ได้ผลเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคอาจเสียชีวิตได้

2. มาตรการด้านการศึกษา

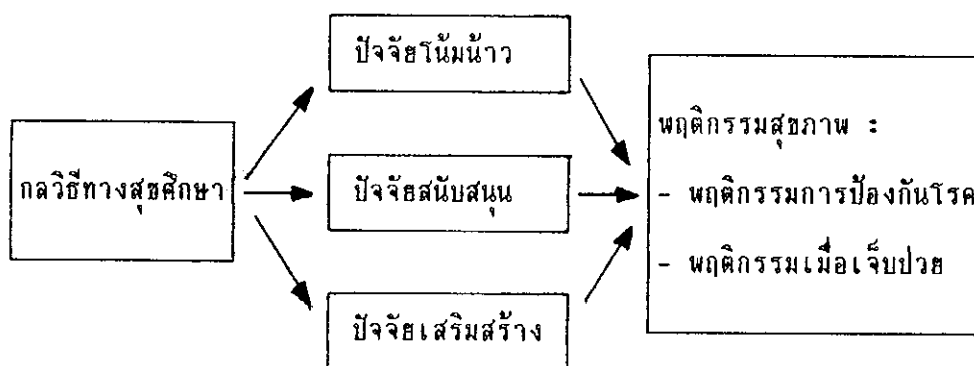
มุ่งไปในทางป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ทำให้เกิดซ้ำอีกในสาเหตุเดิม โดยยึดหลักที่ว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ เมื่อวัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มาตรการทางการศึกษานี้ถือเป็นมาตรการที่ใช้ได้ผลดีที่สุดในระยะยาว และระบบ การให้การศึกษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะระบบการศึกษาที่มีชั้นเรียนและ ไม่มีชั้นเรียน

มาตรการด้านการศึกษานี้หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมย่อมได้ผลคุ้มค่า โดยเฉพาะกับเด็กนักเรียนและเยาวชน ซึ่งจะมีชีวิตอีกยาวนาน แต่อย่างไรก็ตามมาตรการด้าน การศึกษาต้องใช้เวลา

3. มาตรการด้านกฎหมาย หมายถึงทุกอย่างทั้งระเบียบ กฎ ข้อบังคับ ประกาศของ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของบุคคล ที่ทำออกมาในรูปให้บุคคลกระทำหรืองดเว้นการ กระทำเพื่อป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์ (2528 : 131-133) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า การที่ จะทำให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล การให้ความรู้อย่างเดี๋ยวมักอาจทำให้เกิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยในเรื่องที่ต้องการได้ต้องใช้กลวิธี ทางสุขภาพดังกล่าวประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กลวิธีทางสุขภาพ

(ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์. 2528: 24-26)

- ปัจจัยโน้มน้าว เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ เจตคติและค่านิยมของ บุคคลปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ส่วนใหญ่มักได้จากการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยกลวิธีทางสุขศึกษาแบบต่าง ๆ เช่น การได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กในสถานบริการ

- ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้มีบริการอุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบพฤติกรรมอยู่เพียงพอ และมีโอกาสใช้บริการหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จัดหาไว้ให้ได้อย่างทั่วถึง เช่น ปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก ได้แก่ สถานบริการทางการแพทย์ การให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ

- ปัจจัยเสริมสร้าง เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในกระบวนการสุขศึกษา ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการกระทำของบุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งในทางตรงและทางอ้อม เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก กลุ่มเป้าหมายคือผู้ปกครอง ปัจจัยเสริมสร้างที่สำคัญ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น พยาบาล เภสัชกร นักสุขศึกษา สื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กอย่างเหมาะสมตามเป้าหมาย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

การวิจัยในต่างประเทศ

มาร์คแลนด์และดักลาส (Markland and Douglas. 1976:168-169) ทำการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดคือเด็กในครอบครัวที่บิดามารดามีการรับฟังข่าวสารต่างๆ มากสอดคล้องกับการศึกษาของวินิคอฟฟ์และแบร์ (Winikoff and Baer. 1980:105-117) ที่พบว่า การให้ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับนมมารดาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์และไปฝากครรภ์ มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

อายุได้ มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

เบรคเคนริดจ์และคนอื่นๆ (Breckenridge and others. 1966:28) ทำการศึกษาพบว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีภาวะทางร่างกายพร้อมจริง แต่จะไม่มีภาวะทางอารมณ์ หรือได้รับการศึกษามาอย่างเพียงพอที่จะเผชิญต่อความรับผิดชอบ ภาระอันเกิดจากการแต่งงาน และรับบทบาทการเป็นมารดาสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์คแลนด์และดักกลาส (Markland and Douglas. 1976:168-169) ทำการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป เด็กจะได้รับวัคซีนครบตามกำหนด

ระดับการศึกษา ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

มาร์คแลนด์และดักกลาส (Markland and Douglas. 1976:168-169) ทำการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดคือ เด็กในครอบครัวที่บิดา มารดาได้รับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่นๆ (Maiman and others. 1982:2, 97) ทำการศึกษาพบว่าการศึกษาของมารดาสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้ยารักษาโรคและการใช้บริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของซีลวิน (Selwyn. 1990:870-888) ทำการศึกษาพบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมที่ทำให้มีอัตราการเกิดโรคติดต่อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง

รายได้ ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

คาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966:246, 249-266) ทำการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของสตีลและแมคบรูม (Steel and Mc.Broom. 1972:391-392) ทำการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติการป้องกันสุขภาพ เมื่อรายได้สูงเอื้ออำนวยให้สามารถดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายมีเวลาเอาใจใส่ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender. 1982:161-162) ทำการศึกษาพบว่า ผู้มีรายได้สูงจะสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ และเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่นๆ (Maiman and others. 1982:2,97) ทำการศึกษาพบว่ารายได้ของมารดาสัมพันธ์กับเจตคติในการใช้ยารักษา

โรคและการใช้บริการทางการแพทย์

การวิจัยในประเทศไทย

จรรยา สุวรรณทัต (2524:86) ทำการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเล่นของเด็กของแม่ที่มีรายได้น้อยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับการที่มารดามีโอกาสเข้าถึงสื่อมวลชนต่างๆ โดยเฉพาะวิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือเกี่ยวกับการดูแลและเลี้ยงดูเด็กและโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของวชิรา กลสิโกศลและคนอื่นๆ (2528:168-169) ที่พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอนามัยชุมชนเรื่องการดูแลทารก ทำการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ

จำนวนบุตร ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมาเร็งเม็ดเลือดขาว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุภา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536:106-117) ที่พบว่า จำนวนบุตรไม่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

อายุ ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

วัลภา ผิวทน (2527:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่า อายุของมารดาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วง สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต ว่องวาณิช (2535:88-91) ทำการศึกษาพบว่าอายุของบิดามารดาไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก

ระดับการศึกษา ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

วัลภา ผิวทน (2527:อค์สำเนา) ทำการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับ
ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ
อังคณา จิราจินต์ (2530:อค์สำเนา) ทำการศึกษาพบว่ามารดาที่ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรม
เกี่ยวกับการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้อง
กับการศึกษาของอรพินทร์ โภษาเจริญ (2531:71-79) ทำการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา
ของมารดามีผลต่อพฤติกรรมเรื่องพฤติกรรมของทารก สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา พงศ์สงวน
สินและคนอื่นๆ (2531:55) ที่พบว่าระดับการศึกษาของประชาชนมีผลต่อการรักษาโรคติดเชื้อด้วย
ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พิษยสันธิและคนอื่นๆ (2531:42-51) ที่พบว่าพ่อแม่ที่มี
ระดับการศึกษาสูง มีการปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนดีกว่าพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ
สอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์วิวัฒน์ ทศนัยกุล (2531:56-57) ทำการศึกษาพบว่า สิ่งที่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเด็กคือระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต รุ่ง
วานิช (2535:88-91) ทำการศึกษาพบว่าการศึกษาของบิดามารดาสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อ
เฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย พิทักษาวรากร (2536:
89-90) ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่
มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริยุพา สนั่น เรื่องศักดิ์ (2536:106-117) ทำการ
ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดาส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งศรี
ปรีชาบริสุทธิ์ และคนอื่นๆ (2537:56) ทำการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการใช้ยารักษา
โรคเด็กของประชาชนในกลุ่มชุมชนแออัด 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ
สมใจ ยิ่งศักดิ์มงคลและสิญชัย ใบไพศาล (2537:55) ทำการศึกษาพบว่าการศึกษาที่มีผลต่อความ
รู้เรื่องการรักษาอาการโรคติดเชื้อของประชาชนกลุ่มชุมชนแออัด สอดคล้องกับการศึกษาของ
พรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13) ทำการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมี
พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาในหญิงมีครรภ์และหลังคลอดต่างกัน

อาชีพ ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

อังคณา จีราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พิธิสสินธ์และคนอื่นๆ (2531:42-51) ทำการศึกษาพบว่าพ่อและแม่ที่วิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนดีกว่าพ่อและแม่กลุ่มกรรมกร ช่างหรือแม่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต ว่องวานิช (2535:88-91) ทำการศึกษาพบว่าอาชีพของมารดาไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย นิตกษาวรากร (2536:89-90) ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล จันทจริยธรรมและคนอื่นๆ (2537:57) ทำการศึกษาพบว่าอาชีพของผู้ใช้บริการร้านขายยามีผลต่อการปฏิบัติในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13) ทำการศึกษาพบว่าอาชีพไม่สัมพันธ์กับเจตคติในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในหญิงมีครรภ์และหลังคลอด

รายได้ ได้มีผู้วิจัยจำนวนหลายท่านทำการศึกษาไว้ดังนี้

วัลภา พิวทน (2527:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ศุภศิลป์ (2527:ข) ทำการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวต่อปีของมารดาเด็กสูงจะมีเจตคติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จีราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ทำการศึกษาพบว่ามารดาที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติในการดูแลบุตรเมื่ออุจจาระร่วงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุพา สนั่นเรืองศิลป์ (2536:106-117) ทำการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย นิตกษาวรากร (2536:89-90) ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมีเจตคติในการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ โกศล จันทจริยธรรมและคนอื่นๆ (2537:37) ทำการศึกษา

พบว่ารายได้ของผู้ใช้บริการมีผลต่อเจตคติของการใช้บริการจากร้านขายยา

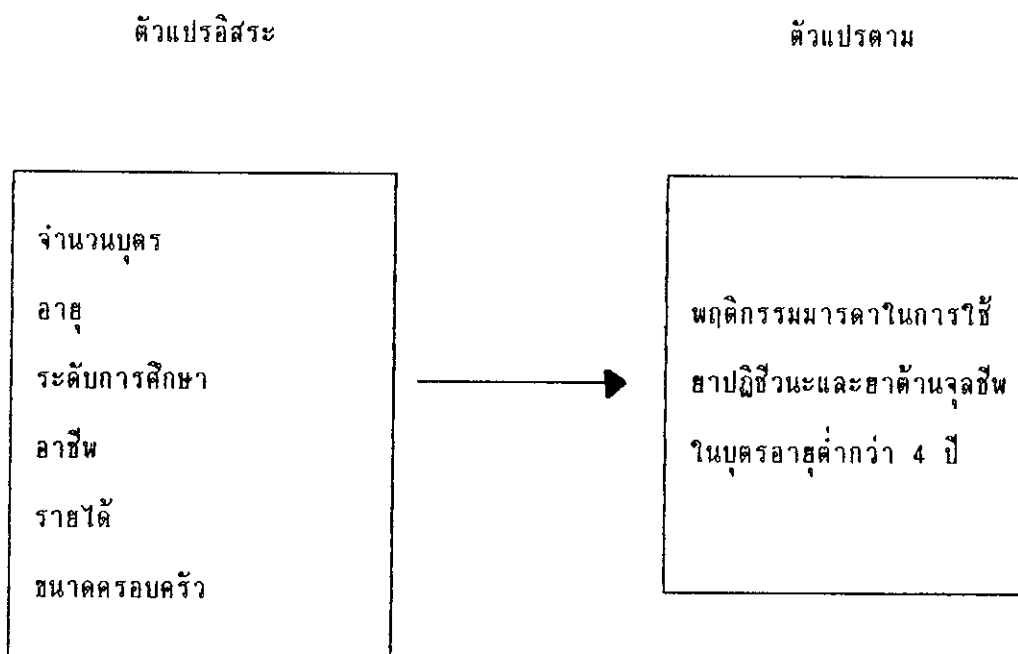
ขนาดของครอบครัวได้มีผู้วิจัยทำการศึกษาไว้ดังนี้

อ้อมจิต ว่องวาณิช (2553:91) ทำการศึกษาพบว่าขนาดของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

ความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ

รัตนา ทองสวัสดิ์และคนอื่นๆ (2531:11) ทำการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัว น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะ และขาดานจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวความคิด

สมมติฐานในการค้นคว้า

1. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน
2. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน
3. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน
4. มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน
5. มารดาที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน

18. มารดาที่อยู่ในขนาดครรภ์ต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน

19. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ มารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก และเคยได้รับยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ประมาณเดือนละ 11,667 คน โดยศึกษาจากรายงานสถิติโรงพยาบาลเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ย้อนหลัง 1 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2537 (ตุลาคม 2537 - กันยายน 2538) ปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามอายุแรกเกิด-อายุ 4 ปี

ช่วงอายุ	รวม
0 - 27 วัน	155
1 - 11 เดือน	4,283
1 ปี	3,000
2 ปี	1,050
3 - 4 ปี	3,179
รวม	11,667

(สถิติโรงพยาบาลเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก. 2537:102)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่าอายุ 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) พิจารณาความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 389 คน ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม (ในครั้งนี เท่ากับ .05)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของมารดา ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มีลักษณะเป็นแบบทดสอบแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) มี 3 ตัวเลือก จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบทดสอบวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 13 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ
2. สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของมารดาตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ด้านความรู้ด้านเจตคติและการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก
3. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบทดสอบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เกษีชกร พยาบาล อาจารย์พยาบาล อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางสถิติ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Construct Validity) แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กในแบบทดสอบตอนที่ 2

ถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบผิด จะได้ 0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การประเมินผลดังนี้ เกณฑ์การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ สำหรับประชาชนทั่วไป ใช้เกณฑ์ 50 เปอร์เซ็นต์ ของคะแนนทั้งหมด ตัดสินว่า มารดามีความรู้ และต่ำกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ถือว่า ยังมีความรู้ไม่เพียงพอ (นิภา มนูญปิจุ. 2528 : 80)

2. ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรในแบบสอบถามตอนที่ 3 มีคำถามที่เป็นเจตคติในเชิงนิมานและคำถามที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

2.1 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิมาน มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

2.2 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

เกณฑ์การประเมินผลด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร ใช้เกณฑ์ที่ปรับมาจากเกณฑ์ของเบส (Best. 1983 : 255) มีเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.36 - 3.00	หมายถึง	ดีมาก
	1.68 - 2.35	หมายถึง	ค่อนข้างดี
	1.00 - 1.67	หมายถึง	ควรปรับปรุง

3. ด้านการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

3.1 ข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิมาน (Positive) ให้คะแนนดังนี้คือ

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0

3.2 ข้อความที่มีลักษณะเชิงนิเสธ (Negative) ให้คะแนนดังนี้คือ

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	2

แบบทดสอบวัดพฤติกรรมมารดาด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กใช้เกณฑ์ที่ปรับมาจากเกณฑ์ของเบส (Best. 1983 : 255) มีเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอยู่ในระดับดีมาก
	1.00 - 1.99	หมายถึง	มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอยู่ในระดับพอใช้
	0.00 - 0.99	หมายถึง	มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอยู่ในระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Tryout) กับมารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนก ผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลเด็ก ที่เป็นประชากรแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

2. นำแบบทดสอบที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว มาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

2.1 แบบทดสอบความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรใช้เทคนิค 27 เปอร์เซนต์ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ หาค่าอำนาจจำแนก (r) หาค่าความยาก (P) โดยแบ่งเป็นกลุ่มสูง 50 เปอร์เซนต์ กลุ่มต่ำ 50 เปอร์เซนต์ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 180-181) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ค่าระดับความยากง่ายอยู่ในช่วง .2-.8 ได้แบบทดสอบจำนวน 14 ข้อ

นำแบบทดสอบที่คัดเลือกได้จากข้อ 2.1 มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตร KR_{20} (Kuder-Richardson Formular 20) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 168-169) ได้ค่าความเชื่อมั่น .72

2.2 แบบทดสอบเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ของเอดเวิร์ด (Edwards. 1957 : 152-154) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) เลือกข้อที่มีค่าที (t) ตั้งแต่ 1.75 หรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 185-186) ได้แบบทดสอบเจตคติจำนวน 7 ข้อ และแบบทดสอบการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ จำนวน 13 ข้อ

นำแบบทดสอบเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัต (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 132.) แบบทดสอบเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65 และแบบทดสอบการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบก่อนเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองและขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวไปมอบให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก
3. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามมารดาที่พำนักอยู่ต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ในเวลาราชการ วันละ 21 คน
4. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2539 ถึง 2 เมษายน 2539 ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืนคิดเป็นร้อยละ 100.00

วิธีการจัดการกระทำกับข้อมูล

เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้ 389 ฉบับ
2. นำแบบทดสอบฉบับที่สมบูรณ์ มาตรวจให้คะแนน ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลผลเพื่อพิจารณาผลการวิจัยและทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

4. นำคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มาทำให้เป็นค่าที่ปกติ (Normal T-score) เพื่อจัดข้อมูลของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก และนำไปวิเคราะห์ต่อไป

5. แยกบันทึกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตัวแปรที่ต้องการศึกษา

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติ เอฟ (F-test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 ถ้าหากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่

7. เปรียบเทียบค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์คำนวณค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่มีตัวทำนายมากกว่า 2 ตัวแล้วทดสอบนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส พีพี+ (Statistical Package for the Social Science Personal Computer+)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หାର้อยละ โดยการใชสูตร (ประคอง กรรณสูตร.2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน หาร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา
สายยศ. 2536 : 59)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{n}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา
สายยศ. 2536 : 64)

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติใช้ในการหาคคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัย
ดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ เรียกว่า Face Validity ซึ่งสามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์ออกมา
ในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม
พฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณา
ความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ตั้งขึ้นหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ

ΣR แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ค่าความยากและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและต่อต้านจุลชีพในเด็ก โดยใช้เทคนิค 50 เปอร์เซนต์ แบ่งเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ (ลิวน ศาสยศและอังคณา ศาสยศ. 2536 : 180-181)

2.3 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ทั้งฉบับ โดยใช้สูตร KR_{20} (Kuder-Richardson Formular 20) โดยใช้สูตร (ลิวน ศาสยศ และอังคณา ศาสยศ. 2536 : 168-169)

$$r_{kk} = \frac{N}{n-1} \left[1 - \frac{\Sigma pq}{S_x^2} \right]$$

เมื่อ	r_{cc}	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	S^2_c	แทน	ค่าความแปรปรวนของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	$1 - p$

2.4 แบบทดสอบเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็กนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้เทคนิค 25 เปอร์เซ็นต์ของเอ็ดเวิร์ด (Edward, 1957 : 152-154) แบ่งเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) จากสูตร (ลิวัน ศาสยศ และอังคณา ศาสยศ, 2536 : 185-186)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S^2_H}{n_H} + \frac{S^2_L}{n_L}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ
	\bar{X}_H	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
	\bar{X}_L	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ
	S^2_H	แทน	ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง
	S^2_L	แทน	ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มต่ำ
	n_H	แทน	จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง
	n_L	แทน	จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

2.5 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในเด็ก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{s^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อสอบ
S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
S_s^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) โดยใช้สูตร (ลิวน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 95-98)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าการแจกแจงของ F

MS_b แทน ความแปรปรวน (Mean-Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ความแปรปรวน (Mean-Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าหากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls test) ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 231-237)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

- เมื่อ q แทน q -Statistic จากตาราง
- MS_{\sim} แทน ค่า Mean-Square ภายในกลุ่ม
- \tilde{n} แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

4. หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและธาตุนิวเคลียสในบุตรของมารดาด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 7 โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์คำนวณค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่มีตัวทำนายมากกว่า 2 ตัว เมื่อได้ค่าสหสัมพันธ์แล้วทดสอบนัยสำคัญ เพื่อพิจารณาตัวทำนายแต่ละตัวมีความเชื่อมั่นทางสถิติ โดยใช้การทดสอบค่าเอฟ (F-test) (ฉ้วน สายยศ และอังคณา สายยศ.2536: 75-77)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-Distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
r	แทน	สหสัมพันธ์หาคอม
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะ และฮาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ตามตัวแปร จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและฮาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก จำแนกตามตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 3 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ของมารดา

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3-9

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	ร้อยละ
มีบุตร 1 คน	203	52.20
มีบุตร 2 คน	149	38.30
มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า	37	9.50
รวม	389	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า มารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนมากมีบุตร 1 คน คือมีจำนวน 203 คนคิดเป็นร้อยละ 52.20 มีบุตร 2 คนมีจำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.30 และมีบุตร 3 คนหรือมากกว่า จำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 9.50 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 21 ปี	53	13.60
21-30 ปี	207	53.20
31-40 ปี	112	28.80
41-50 ปี	14	3.60
มากกว่า 50 ปี	3	0.80
รวม	389	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่ามารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คือมีจำนวน 207 คนคิดเป็นร้อยละ 53.20 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.80 อายุต่ำกว่า 21 ปี จำนวน 53 คนคิดเป็นร้อยละ 13.60 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 14 คนเป็นร้อยละ 3.60 และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.80 ตามลำดับ

ตาราง 5 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	22	5.66
ประถมศึกษา	166	42.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	18.25
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	70	17.99
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	38	9.77
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	5.66
รวม	389	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่ามารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษาคือมีจำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 42.67 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 18.25 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 70 คนคิดเป็นร้อยละ 17.99 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่ามีจำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 9.77 ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีจำนวนเท่ากันคือ 22 คนคิดเป็นร้อยละ 5.66 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
นายจ้าง	15	3.86
ผู้ประกอบการกิจส่วนตัว	39	10.03
ลูกจ้างเอกชน	115	29.56
ลูกจ้างรัฐบาล	70	17.99
ผู้ที่ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง	32	8.23
ผู้กำลังหางานทำ	1	0.26
แม่บ้าน	117	30.07
รวม	389	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่ามารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนมากมีอาชีพแม่บ้าน คือมีจำนวน 117 คนคิดเป็นร้อยละ 30.07 รองลงมา เป็นลูกจ้างเอกชนจำนวน 115 คนคิดเป็นร้อยละ 29.56 ลูกจ้างรัฐบาล จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.99 ประกอบธุรกิจส่วนตัว จำนวน 39 คนคิดเป็นร้อยละ 10.03 ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.23 เป็นนายจ้าง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.86 และกำลังหางานทำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 ตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	184	47.30
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	138	35.48
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	31	7.97
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	19	4.88
20,001-บาทต่อเดือนขึ้นไป	17	4.37
รวม	389	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า มารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน คือมีจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 รองลงมามีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.48 รายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 7.97 รายได้ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 รายได้ 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.37 ตามลำดับ

ตาราง 8 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขนาดครอบครัว

ขนาดครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวขนาดเล็ก	275	70.70
ครอบครัวขนาดกลาง	77	19.80
ครอบครัวขนาดใหญ่	37	9.50
รวม	389	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า มารดาที่พบบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ส่วนมากอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก คือมีจำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 รองลงมาคือ อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดกลาง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 และอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ น้อยที่สุดคือ มีจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.50 ตามลำดับ

ตาราง 9 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
มีเพียงพอ	366	94.10
ไม่มีเพียงพอ	23	5.90
เจตคติ		
ดีมาก	224	57.60
ค่อนข้างดี	155	39.80
ควรปรับปรุง	10	2.60
การปฏิบัติ		
ดีมาก	92	23.65
พอใช้	296	76.09
ควรปรับปรุง	1	0.26

จากตาราง 9 แสดงว่า มารดาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 94.10 มีความรู้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 5.90

ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา พบว่ามีเจตคติดีมาก คิดเป็นร้อยละ 57.60 รองลงมาได้แก่ระดับค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 39.80 และมีมารดาที่มีเจตคติที่ควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 2.60

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 76.10 รองลงมาเป็นระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 23.65 และควรปรับปรุง ร้อยละ 0.26

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏตามตาราง 10-27

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

ด้าน	คะแนนเต็ม	\bar{X}	S	ระดับ
ความรู้	14	10.08	2.11	มีเพียงพอ
เจตคติ	3	2.38	0.32	ดีมาก
การปฏิบัติ	2	1.74	0.25	พอใช้

จากตาราง 10 แสดงว่า มารดาที่พาบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพอยู่ในระดับมีความรู้เพียงพอ มีเจตคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีอยู่ในระดับดีมาก และมีการปฏิบัติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
บุตร 1 คน	203	10.1970	2.0174	2.3828	0.3297	1.7507	0.2461
บุตร 2 คน	149	10.0430	2.2114	2.3988	0.2930	1.7398	0.2692
บุตร 3 คน หรือมากกว่า	37	9.6216	2.1389	2.2819	0.3846	1.7089	0.2372

จากตาราง 11 แสดงว่ามารดาที่มีบุตร 1 คน มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มากที่สุด รองลงมาคือมารดาที่มีบุตร 2 คน และน้อยที่สุด คือมารดาที่มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า

ด้านเจตคติมารดาที่มีบุตร 2 คนมีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาได้แก่มารดาที่มีบุตร 1 คนและน้อยที่สุด ได้แก่มารดาที่มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า

ส่วนด้านการปฏิบัติมารดาที่มีบุตร 1 คน มีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตร อายุต่ำกว่า 4 ปีอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่มารดาที่มีบุตร 2 คน และน้อยที่สุด ได้แก่มารดาที่มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามจำนวนบุตร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	2	10.7883	5.3941	
				1.2172
ภายในกลุ่ม	386	1710.5793	4.4316	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.4108	0.2054	
				1.9825
ภายในกลุ่ม	386	39.3941	0.1036	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.563	0.281	
				0.4347
ภายในกลุ่ม	386	24.986	0.647	
รวม	388	25.0423		

จากตาราง 12 แสดงว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 ที่ว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอายุ

จำนวนบุตร	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
ต่ำกว่า 21 ปี	53	9.9057	1.9341	2.3801	0.2964	1.7402	0.2420
21-30 ปี	207	9.8986	2.1620	2.3768	0.3354	1.7350	0.2679
31-40 ปี	112	10.4375	2.0436	2.3814	0.3124	1.7603	0.2322
41-50 ปี	14	10.2857	2.2678	2.3571	0.3577	1.7473	0.2603
มากกว่า 50 ปี	3	11.6667	1.1547	2.5714	0.1429	1.6154	0.3525

จากตาราง 13 แสดงว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาคือมารดาที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และน้อยที่สุดคือ มารดาที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี

ด้านเจตคติมารดาที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาได้แก่มารดาที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่มีช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี

ส่วนการปฏิบัติ มารดาที่มีอายุ 31-40 ปี มีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพอยู่ในระดับสูง รองลงมาได้แก่มารดาที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	30.8834	7.7209	
				1.7538
ภายในกลุ่ม	384	1690.4842	4.4023	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	1194	0.2099	
				0.2845
ภายในกลุ่ม	384	40.2855	0.1049	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.961	0.024	
				0.3697
ภายในกลุ่ม	384	24.9462	0.0650	
รวม	388	25.0423		

จากตาราง 14 แสดงว่า มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4,5 และ 6 ที่ว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามระดับการศึกษา

จำนวนบุตร	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		ต่ำกว่าประถมศึกษา	22	9.8182	2.0386	2.3571	0.2916
ประถมศึกษา	166	9.4578	2.1731	2.2995	0.3363	1.7039	0.2585
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	10.5775	1.9173	2.4547	0.2593	1.7291	0.2390
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	70	10.3429	1.8873	2.4367	0.3378	1.7857	0.2436
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	38	10.7895	1.9474	2.4586	0.2917	1.8401	0.2065
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	11.4091	1.7636	2.4416	0.3237	1.7727	0.3118

จากตาราง 15 มารดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรต่ำกว่า 4 ปีดีที่สุดในรองลงมาคือมารดาที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และน้อยที่สุด ได้แก่มารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เจตคติมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี พบว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีเจตคติดีมากรองลงมาได้แก่มารดาที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น น้อยที่สุด ได้แก่ มารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ส่วนด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี นั้นพบว่า มารดาที่จบการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมาได้แก่มารดาที่จบการศึกษามัธยมศึกษาในระดับตอนปลายหรือเทียบเท่า และคะแนนการปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 16 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	5	146.1607	29.2321	7.1076**
ภายในกลุ่ม	383	1575.2069	4.1128	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	5	2.0277	0.4055	4.0473**
ภายในกลุ่ม	383	38.3772	0.1002	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	5	0.7728	0.1546	2.4391*
ภายในกลุ่ม	383	24.2695	0.0634	
รวม	388	25.0423		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{5,383} = 2.21$)

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{5,383} = 3.02$)

จากตาราง 16 แสดงว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน โดยมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8,9 และ 10 จึงนำความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keules test) ดังปรากฏตามตาราง 17, 18 และ 19

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
	9.8182	9.4578	10.5775	10.3429	10.7895 11.4091	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9.8182	-	0.3604	0.7593	0.5247	0.9713 1.5909
ประถมศึกษา	9.4578	-	-	1.1197**	0.8851**	1.3317** 1.9513**
มัธยมศึกษาตอนต้น	10.5775	-	-	-	0.2346	0.2120 0.8316
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10.3429	-	-	-	-	0.4466 1.0662
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	10.7895	-	-	-	-	0.6196
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11.4091	-	-	-	-	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าและมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสารต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสารต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า		
	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า		
	\bar{X}	2.3571	2.2995	2.4547	2.4367	2.4586	2.4416
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.3571	-	0.0576	0.0976	0.0789	0.1015	0.0845
ประถมศึกษา	2.2995	-	-	0.1552**	0.2072**	0.2291	0.2121
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.4547	-	-	-	0.0180	0.0039	0.0131
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2.4367	-	-	-	-	0.0219	0.0049
หรือเทียบเท่า							
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2.4586	-	-	-	-	-	0.0170
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.4416	-	-	-	-	-	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 แสดงว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าและมัธยมศึกษาตอนต้น มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสารต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
	\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
	1.7413	1.7039	1.7291	1.7857	1.8401	1.7727	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.7413	-	0.0374	0.0122	0.0444	0.0988	0.0314
ประถมศึกษา	1.7039	-	-	0.0252	0.0818	0.1362*	0.0418
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.7291	-	-	-	0.0566	0.1110	0.0436
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.7857	-	-	-	-	0.0544	0.0130
หรือเทียบเท่า							
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1.8401	-	-	-	-	-	0.0674
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.7727	-	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติกับการการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		นางจ้าง	15	10.2000	2.2741	2.4000	0.3549
ผู้ประกอบการกิจส่วนตัว	39	9.5641	2.0364	2.3993	0.3487	1.6785	0.2057
ลูกจ้างเอกชน	115	10.2435	2.0884	2.3565	0.2982	1.7211	0.2499
ลูกจ้างรัฐบาล	70	10.8857	2.0820	2.4796	0.3209	1.8319	0.2387
ผู้ทำงานให้แก่ครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าจ้าง	32	9.1875	1.8039	2.4063	0.3207	1.7043	0.2785
ผู้กำลังหางานทำ	1	11.0000	0.0000	2.5714	0.0000	1.9231	0.0000
แม่บ้าน	117	9.8376	2.0801	2.3236	0.3267	1.7574	0.2552

จากตาราง 20 แสดงว่ามารดาที่กำลังหางานทำมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มากที่สุด รองลงมาได้แก่มารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลและน้อยที่สุดได้แก่ มารดาที่ทำงานให้กับครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

ด้านเจตคติ มารดาที่กำลังหางานทำ มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มากที่สุดได้แก่มารดาที่กำลังหางานทำ รองลงมาคือมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาล และน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่เป็นแม่บ้าน

ด้านการปฏิบัติ มารดาที่กำลังหางานทำมีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาล และน้อยที่สุดได้แก่ มารดาที่เป็นนางจ้าง

ตาราง 21 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้
 ภาษีชื้อและเสียด้านจลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	6	92.32	15.3867	3.6081*
ภายในกลุ่ม	382	1629.0476	4.2645	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	6	1.2093	0.2016	1.9644
ภายในกลุ่ม	382	39.1956	0.1026	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	6	1.1391	0.1899	3.0341**
ภายในกลุ่ม	382	23.9032	0.0626	
รวม	388	25.0423		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{6,382} = 2.10$)

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{6,382} = 2.80$)

จากตาราง 21 แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11 ที่ว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน

ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัตินั้นผลปรากฏว่า มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keules test) ดังปรากฏตามตาราง 22 และ 23

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาค้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	นายจ้าง — X	ผู้ประกอบการ ธุรกิจส่วนตัว	ลูกจ้าง เอกชน	ลูกจ้าง รัฐบาล	ผู้ทำงานให้ กับครอบครัว ไม่ได้รับค่าจ้าง	ผู้กำลัง หางาน ทำ	แม่บ้าน	
	10.2000	9.5641	10.2435	10.8857	9.1875	11.0000	9.8376	
นายจ้าง	10.2000	-	0.6359	0.0435	0.6857	1.0125	0.8000	0.3624
ผู้ประกอบการ ธุรกิจส่วนตัว	9.5641	-	-	0.6794	1.3216*	0.3766	1.4359	0.2735
ลูกจ้าง เอกชน	10.2435	-	-	-	0.6422*	1.0560	0.7565	0.4059
ลูกจ้าง รัฐบาล	10.8857	-	-	-	-	1.6982*	0.1143	1.0481*
ผู้ทำงานให้ กับ ครอบครัวไม่ได้ รับค่าจ้าง	9.1875	-	-	-	-	-	1.8125	0.6507
ผู้กำลัง หางาน ทำ	11.0000	-	-	-	-	-	-	1.1624
แม่บ้าน	9.8376	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพเป็นลูกจ้างรัฐบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน ลูกจ้างเอกชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	นายจ้าง X	ผู้ประกอบ ธุรกิจส่วน ตัว	ลูกจ้าง เอกชน	ลูกจ้าง รัฐบาล	ผู้ทำงานให้ กับครอบครัว ไม่ได้รับค่าจ้าง	ผู้กำลัง ทำงาน	แม่บ้าน	
	1.6103	1.6785	1.7211	1.8319	1.7043	1.9231	1.7574	
นายจ้าง	1.6103	-	0.0682	0.1108	0.2216**	0.9400	0.3128	0.1471
ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว	1.6785	-	-	0.0426	0.1534**	0.0258	0.2446	0.0789
ลูกจ้างเอกชน	1.7211	-	-	-	0.1108**	0.0168	0.2020	0.0363
ลูกจ้างรัฐบาล	1.8319	-	-	-	-	0.1276	0.8319	0.0745
ผู้ทำงานให้กับ ครอบครัวไม่ได้ รับค่าจ้าง	1.7043	-	-	-	-	-	0.2188	0.0531
ผู้กำลังทำงานทำ แม่บ้าน	1.9231	-	-	-	-	-	-	0.1657
	1.7574	-	-	-	-	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพลูกจ้างรัฐบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่เป็นนายจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัว และลูกจ้างเอกชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและสถานจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามรายได้

รายได้	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	184	9.8098	2.1198	2.3293	0.3257
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	138	10.2246	2.0182	2.4006	0.3242	1.7659	0.2622
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	31	10.3548	2.4839	2.5300	0.2507	1.7543	0.2152
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	19	10.2632	1.9956	2.4286	0.3012	1.7854	0.3368
มากกว่า 20,001 บาทต่อเดือน	17	11.1765	1.6672	2.4202	0.3330	1.8190	0.1803

จากตาราง 24 แสดงว่าคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสถานจุลชีพในบุตรต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด เป็นมารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 20,001 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นมารดาที่มีรายได้ ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน และน้อยที่สุดเป็นมารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

ด้านเจตคติมารดาที่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือนมีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสถานจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาได้แก่มารดาที่มีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน และน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

ส่วนการปฏิบัติมารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 20,001 บาทต่อเดือนมีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและสถานจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากที่สุด รองลงมาเป็นมารดาที่มีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน และน้อยที่สุดได้แก่มารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

ตาราง 25 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้
 ยาปฏิชีวนะและสถานจุดชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	39.7374	9.9344	2.2685
ภายในกลุ่ม	384	1681.6302	4.3792	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	1.3028	0.3257	3.1986 *
ภายในกลุ่ม	384	39.1021	0.1018	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	0.3907	0.0977	1.5216
ภายในกลุ่ม	384	24.6516	0.0642	
รวม	388	25.0423		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{4,384} = 3.00$)

จากตาราง 25 แสดงว่ามารดาที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 13 และ 15 ที่ว่ามารดาที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน

ส่วนเจตคตินั้นผลปรากฏว่ามารดาที่มีรายได้ต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 14 จึงนำไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keules test) ดังปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามรายได้

รายได้	ต่ำกว่า	5,001-	10,001-	15,001-	20,001
	X	5,001	10,000	15,000	20,000
		บาทต่อ	บาทต่อ	บาทต่อ	บาทต่อ
		เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
		2.3293	2.4006	2.5300	2.4286
					ขึ้นไป
					2.4202
ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน	2.3292	-	0.0714*	0.2008*	0.0994
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	2.4006	-	-	0.1294	0.0280
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	2.5300	-	-	-	0.1014
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	2.4286	-	-	-	-
20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	2.4202	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่ามารดาที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างจากมารดาที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 27 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามขนาดครอบครัว

ขนาดครอบครัว	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		ครอบครัวขนาดเล็ก	275	10.0255	2.0830	2.3771	0.3156
ครอบครัวขนาดกลาง	77	10.1039	2.1434	2.3562	0.3647	1.7473	0.2370
ครอบครัวขนาดใหญ่	37	10.4595	2.2185	2.4440	0.2793	1.7796	0.2666

จากตาราง 27 แสดงว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็กมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.0255, 2.3771 และ 1.7362 ตามลำดับ มารดาที่อยู่ในครอบครัวขนาดกลางมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.1039, 2.3562 และ 1.7473 ตามลำดับ มารดาที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.4595, 2.4440 และ 1.7796 ตามลำดับ

ตาราง 28 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้
ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี จำแนกตามขนาดครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	2	6.1878	3.0939	
				2.2685
ภายในกลุ่ม	386	1715.1798	4.4435	
รวม	388	1721.3676		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.1973	0.0986	
				0.9469
ภายในกลุ่ม	386	40.2076	0.1042	
รวม	388	40.4049		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	2	0.0636	0.0318	
				0.4912
ภายในกลุ่ม	384	24.9787	0.0647	
รวม	388	25.0423		

จากตาราง 28 แสดงว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในขนาดครอบครัวต่างกัน มีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16, 17, และ 18 ที่ว่ามารดาที่อยู่ในขนาดครอบครัวต่างกัน มีความรู้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 29 ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

พฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก	r	t
ความรู้กับเจตคติ	.1533	3.052**
ความรู้กับการปฏิบัติ	.2379	4.818**
เจตคติกับการปฏิบัติ	.1843	3.689**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=2.576)

จากตาราง 28 แสดงว่าความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติและเจตคติกับการปฏิบัติของมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก มีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตน ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ตามตัวแปรคือ จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัวที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นมารดาที่พาบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มา รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก จำนวน 389 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบ ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง มี 4 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของมารดา ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ของมารดา แบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตามตัวแปร จำนวนบุตร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัว

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance)

3.2 ถ้าหากผลการทดสอบ ตามข้อ 3.1 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls test)

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดาที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)

สรุปผลการค้นคว้า

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตร 1 คน มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.2 มารดาส่วนมากมีอายุระหว่าง 21-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 53.2 ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.7 มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงมาเป็นลูกจ้างเอกชนคิดเป็นร้อยละ 29.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.3 และส่วนมากอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็กมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.7

ส่วนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ผลปรากฏว่า

1. มารดาที่มีความรู้อยู่ในระดับเพียงพอ มีเจตคติอยู่ในระดับดีมากและมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี อยู่ในระดับพอใช้
2. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน
3. มารดาที่มีอายุต่างกันมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน
4. มารดาที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าและ มีประถมศึกษาตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนด้านเจตคติพบว่ามารดาที่ระดับการศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมารดาที่มีระดับการศึกษามีธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าและระดับมีประถมศึกษาตอนต้นจะมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีดีกว่ามารดาที่ระดับการศึกษาประถมศึกษา ส่วนด้านการปฏิบัติพบว่ามารดาที่ระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ามารดาที่ระดับการศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา
5. มารดาที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่ทำงานให้แก่ครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน และลูกจ้างเอกชนตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติพบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีดีกว่ามารดาที่เป็นลูกจ้างเอกชน ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวและนายจ้างตามลำดับ
6. มารดาที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีรายได้

10,001-15,000 บาท ต่อเดือน และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ดีกว่า มารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้และการปฏิบัติที่พบว่าเป็นแตกต่างกัน

7. มารดาที่อยู่ในขนาดครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน

8. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้การปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน เชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก มีรายละเอียดผลการศึกษาค้นคว้าดังต่อไปนี้

1. ในด้านความรู้ มารดาส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 94.1 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี อยู่ในระดับเพียงพอ (คะแนนเฉลี่ย 10.08 จากเกณฑ์ 7.00) ด้านเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ร้อยละ 57.6 มีเจตคติอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.38 จากเกณฑ์ 2.36-3.00) ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรต่ำกว่า 4 ปี นั้น ร้อยละ 76.1 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 1.74 จากเกณฑ์ 1.00-1.99) ความรู้และเจตคติที่อยู่ในระดับเพียงพอและดีมากนั้น เนื่องมาจากประชาชนทั่วไป มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สารนิเทศ จากสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อบุคคล นิทรรศการ รวมทั้งนโยบายด้านการสาธารณสุขมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในรูปแบบเอกสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ มีการให้คำแนะนำด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพแก่มารดา โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักศึกษารวมถึงมีการจัดนิทรรศการให้ประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับรู้อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คแลนด์และดักกลาส (Markland and Douglas. 1976:168-169.) ที่พบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดคือเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีการรับฟังข่าวสารมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวินนิคอฟฟ์และแบร์ (Winikoff and Baer.1980:105-117) ที่พบว่าทำให้ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับนมมารดาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อพฤติกรรมมารดาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา สุวรรณทัต(2524:86) ที่พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของแม่

ที่มีรายได้น้อยมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับการที่มารดามีโอกาสเข้าถึงสื่อมวลชนต่าง ๆ โดยเฉพาะวิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือเกี่ยวกับการดูแลเลี้ยงดูเด็กและโทรทัศน์สอดคล้องกับการศึกษาของวชิรา กลีโกศลและคนอื่น ๆ (2528:168-169) ที่พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอนามัยชุมชน เรื่องการดูแลทารก ทำการเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ

2. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 แสดงว่า จำนวนบุตรไม่มีผลเกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติดังกล่าว จึงสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรีษา ปทุมวัน (2524:อัดสำเนา) ที่พบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหัดเรื้อรังเม็ดเลือดขาว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุภา สนั่นเรื่องศักดิ์(2536:106-117) ที่พบว่าจำนวนบุตรไม่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

3. มารดาที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4, 5 และ 6 แสดงว่าอายุของมารดาไม่มีผลเกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติดังกล่าว จึงสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาภา ผิวทน(2527:อัดสำเนา) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์(2530:อัดสำเนา) ที่พบว่าอายุของมารดาไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของของระบบทางเดินหายใจในเด็ก

4. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 7 โดยมารดาที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าและมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ดีกว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นความจริงที่ว่าการศึกษาสามารถพัฒนาประชาชนให้มีความรู้กว้างขวางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คแลนด์และดักลาส (Markland and Douglas.1976:168-169) ที่พบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนดคือเด็กในครอบครัวที่บิดามารดาได้รับการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่น ๆ (Maiman and others. 1982:2,97) ที่พบว่า การศึกษาของ

มารดาสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค และการใช้บริการทางการแพทย์สอดคล้องกับการศึกษาของซีลีน (Selwyn, 1990:870-888) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษา มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอังกฤษ จีราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ที่พบว่ามารดาที่ระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินทร์ โพธาเจริญ (2531:71-79) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อความรู้เรื่องพฤติกรรมของทารกสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา พงศ์สงวนสินและคนอื่น ๆ (2531:55) ที่พบว่าระดับการศึกษาของประชาชนมีผลต่อการรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเอง สอดคล้องกับ วงศ์วิวัฒน์ ทศนิยมกุล (2531:56-57) ที่พบว่าสิ่งที่มีผลต่อความรู้เรื่องการใช้ยารักษาโรคเด็กคือระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต ว่องวาณิช (2535:88-91) ที่พบว่าการศึกษาของมารดาสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษาวรากร (2536:89-90) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสุภา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536:106-117) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาส่งผลให้มารดามีความรู้ในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งศรี ปรีชาบริสุทธิ์ และคนอื่น ๆ (2537:56) ที่พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการใช้ยารักษาโรคเด็กของประชาชนในกลุ่มชุมชนแออัด 4 แห่ง ในกรุงเทพฯ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ่งศักดิ์มงคลและสิญชัย ไบไพศาล (2537:55) ที่พบว่าการศึกษา มีผลต่อความรู้เรื่องการรักษาอาการโรคติดเชื้อของประชาชนกลุ่มชุมชนแออัด สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในหญิงมีครรภ์และหลังคลอดแตกต่างกัน

5. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 8 โดยมารดาที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าต้น มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่น ๆ (Maiman and Others, 1982:2, 97) ที่พบว่า การศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการใช้ยารักษาโรคและการใช้บริการทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของซีลีน (Selwyn, 1990:870-880) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษา มีเจตคติที่ทำให้อัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของ

ระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติในการดูแล เมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์วิวัฒน์ ทศนัยกุล (2531:56-57) ที่พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพล ต่อเจตคติในการใช้ยารักษาโรคเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536:106-117) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาส่งผลต่อเจตคติในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของนิพนธ์ นิตทวารากร (2536:89-90) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกัน มีเจตคติในการใช้ยาแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13) ที่พบว่าหญิงมีครรภ์และมารดาหลังคลอดที่การศึกษาต่างกันมีเจตคติในการใช้ยาแตกต่างกัน

6. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 โดยพบว่า มารดาที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่ามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจึงสอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่นๆ (Maiman and others. 1982:2,97) ที่พบว่า การปฏิบัติของมารดาในการใช้ยารักษาโรคและการใช้บริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับการศึกษาของมารดาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของซีลวิน (Selwyn. 1990 : 870-888) ที่พบว่า มารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีการปฏิบัติที่ทำให้อัตราการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา ผิวทน (2527:อัดสำเนา) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติในการดูแลบุตร เมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พิชัยสินทและคณะ (2531:42-51) ที่พบว่าพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนดีกว่าพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินทร์ โทษาเจริญ (2531:71-79) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารทารกแรกเกิดดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์วิวัฒน์ ทศนัยกุล (2531:56-57) ที่พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536:106-117) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาส่งผลต่อการปฏิบัติในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13)

ที่พบว่าหญิงมีครรภ์และมารดาหลังคลอด ที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมแตกต่างกัน

7. มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 โดยมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาล มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่เป็นลูกจ้างเอกชน มารดาเป็นแม่บ้าน มารดาที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว และมารดาที่ทำงานให้แก่ครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าจ้าง แสดงว่าอาชีพของมารดาเอื้ออำนวยให้มารดามีความรู้ในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ หรือเนื่องมาจากมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาล ซึ่งหมายรวมถึงข้าราชการนั้นส่วนหนึ่งเป็นผู้มีการศึกษา คือมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลจะมีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าขึ้นไป และนอกจากนี้มารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันทั้งในด้านสังคมและการทำงาน ทำให้มารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ามารดาที่เป็นลูกจ้างเอกชน ซึ่งส่วนมากเป็นมารดาที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม งานก่อสร้าง และมารดาที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว จากการสอบถามพบว่าคือผู้มีอาชีพค้าขายผลไม้ อาหาร ช่างเสริมสวย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ามารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาล มีโอกาสที่จะได้รับความรู้มากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพอื่นๆ จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีมากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างเอกชน แม่บ้าน มารดาที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวและมารดาที่ทำงานให้แก่ครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าจ้างด้วย จึงสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530: อดิศำเนา) ที่พบว่ามารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันสอดคล้องกับพิศมัย พัททิกขารากร (2536: 89-90) พบว่าผู้ปวยที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ปวยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ปวยที่มีอาชีพอื่นๆ

8. มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 11 ทั้งนี้เจตคติเป็นความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับความรู้ในระดับหนึ่งแล้ว การที่มีเจตคติไม่แตกต่างกันอาจเป็นไปได้ว่าการรณรงค์เกี่ยวกับการใช้ยาในสื่อต่างๆ ปัจจุบันกระทำกันอย่างเต็มที่และโดยเฉพาะสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ซึ่งประชาชนทั่วไป อาชีพใดๆ ก็ตามก็มีโอกาสได้รับเท่าเทียมกันอยู่แล้ว ดังนั้นแม้มารดาจะประกอบอาชีพต่างกัน แต่เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพก็ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมจิต ว่องวานิช (2535: 88-91) ที่พบว่าอาชีพ

ของมารดาไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุประดิษฐ์ (2538:13) ที่พบว่าอาชีพไม่สัมพันธ์กับเจตคติในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในหญิงมีครรภ์และหลังคลอด

9. มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 โดยมารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีดีกว่า มารดาที่มีอาชีพเป็นนางจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัวและลูกจ้างเอกชน แสดงว่ามารดาที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลส่วนใหญ่มีความมั่นคงทางด้านการงานและทำงานประจำในเวลาราชการ แม้ว่าจะไม่ได้อยู่บ้านดูแลบุตรด้วยตนเองตลอดเวลา แต่ความเอาใจใส่บุตรน่าจะมากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพอื่น ซึ่งอาจจะทำงานไม่เป็นเวลาที่แน่นอน หรืองานบางอย่างอาจจะเป็นงานที่ยุ่งยากจนไม่มีเวลาที่จะดูแลบุตร ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ที่พบว่ามารดาอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พิษสัยสินธ์และคนอื่นๆ (2531:42-51) ที่พบว่าพ่อและแม่ นักวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทต่างๆ ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนดีกว่าพ่อและแม่กลุ่มกรรมกร ช่าง หรือแม่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย พิกทชาวรากร (2536:89-90) ที่พบว่าผู้พ่ออาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล ฉันทจวิษธรรมและคนอื่นๆ (2537:57) ที่พบว่าอาชีพของผู้ใช้บริการร้านขายยามีผลต่อการปฏิบัติในการใช้ยา

10. มารดาที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 และ 15 แต่สอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา ผิวทน (2527:อัดสำเนา) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคและสอดคล้องกับการศึกษาของศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536:106-117) ที่พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

11. มารดาที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14 กล่าวคือมารดาที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือนและมารดาที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

ดีกว่ามารดาที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาทต่อเดือน โดยทั่วไปรายได้นั้นมีความสัมพันธ์กับอาชีพ กล่าวคือ ผู้ที่มีอาชีพประจำมั่นคง เช่น ลูกจ้างรัฐบาลถึงแม้จะมีรายได้อยู่ในช่วงปานกลาง แต่คนกลุ่มนี้ก็จะเป็นผู้ที่มีเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงพบว่ามารดาที่มีรายได้น้อยกว่า มีเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966:246,249-266) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของสตีลและแมคบริม (Steele and Mc. Broom. 1972:391-392) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติการป้องกันสุขภาพ เมื่อรายได้สูงที่เอื้ออำนวยให้สามารถดูแลตนเองลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย มีเวลาเอาใจใส่ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของไมแมนและคนอื่นๆ (Maiman and others. 1982:2,97) ที่พบว่ารายได้ของมารดาสัมพันธ์กับเจตคติในการใช้ยารักษาโรคและการใช้บริการทางการแพทย์สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender. 1982:161-162) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอและเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ศุภศิลป์ (2527:1) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อปีของมารดาเด็กสูง จะมีเจตคติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530:อัดสำเนา) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้น้อยกว่า มีเจตคติในการดูแลบุตรเมื่อบุตรอุจจาระร่วงแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย พัทธการ (2536:89-90) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า มีเจตคติในการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล ฉันทจริยธรรมและคนอื่นๆ (2537:57) ที่พบว่ารายได้ของผู้ใช้บริการมีผลต่อเจตคติของการใช้บริการจากร้านขายยา

12. มารดาที่อยู่ในขนาดครอบครัวต่างมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 16, 17 และ 18 แสดงว่าขนาดของครอบครัวไม่มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต ว่องวาณิช (2535:9) ทำการศึกษาพบว่าขนาดครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

13. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันในเชิงนิมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 19 แสดงว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีในระดับดีก็จะทำให้มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุ

ต่ำกว่า 4 ปีอยู่ในระดับดีด้วย จากผลการวิจัยพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับเพียงพอ มีเจตคติดีมาจากการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งทั้งความรู้ เจตคติและการปฏิบัติผ่านตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ จึงสัมพันธ์กันในด้านความรู้กับเจตคติ เจตคติกับการปฏิบัติและความรู้กับการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา ทองสวัสดิ์และคณะอื่น ๆ (2531:11) พบว่าความรู้ กัสนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่เสนอแนะดังนี้

1. จัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และมีการให้สุศึกษา เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพอย่างจริงจังในสถานบริการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารดาในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี
2. ฝ่ายสุศึกษาของโรงพยาบาลพิจารณาความสำคัญของการแนะนำมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการสอนสุศึกษา
3. จัดหาอุปกรณ์ในการสอนสุศึกษา เพื่อกระตุ้นจูงใจในการให้สุศึกษาแก่มารดา จัดหาหนังสือ สไลด์ วิดีทัศน์ ภาพยนตร์ประกอบการสอน
4. ผลิตเอกสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ พร้อมทั้งอันตราขจากกาการใช้ยาไม่ถูกต้อง แจกผู้มาใช้บริการอย่างเพียงพอและเหมาะสม
5. จัดบริการให้คำปรึกษาปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพแก่มารดา โดยนักสุศึกษา พยาบาลและเภสัชกร
6. จัดนิทรรศการถาม ตอบปัญหาด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพแก่มารดาผู้มาใช้บริการ
7. ปรับปรุงการสอนสุศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพให้ทันสมัยและน่าสนใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และยาต้านจุลชีพ
2. ศึกษาพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรวัยต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในบุตรแต่ละวัย
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพที่ไม่ถูกต้องของมารดา เพื่อทราบปัญหาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ
4. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติก่อนและหลังให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงการสอนสุขศึกษา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองวิมลโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2532.
- กำพล ศรีวัฒนกุลและคนอื่นๆ. คู่มือยาประชาชน. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการหนังสือ-ข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2524.
- _____. คู่มือยาประชาชน. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการหนังสือ-ข่าวสารทางการแพทย์และสาธารณสุข, 2525.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. การเลือกใช้ยาใหม่ คู่มือการใช้ยาเล่ม 2. กรุงเทพฯ : วรวิภากรพิมพ์ จำกัด, 2525.
- _____. คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : เมดาร์ท จำกัด, 2527.
- โกศล ฉันทจริยธรรมและคนอื่นๆ. เอกสารการใช้ยาระดับต่างๆ. กรุงเทพฯ : องค์การเภสัชกรรม, 2537.
- คณะกรรมการอาหารและยา. ปัญหาจากการใช้ยา. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- จิตร ลีท้ออมร. "หลักการใช้อาต้านจุลชีพ," วารสารผู้สั่งใช้ยา. 9(2) : 15; เมษายน - มิถุนายน 2537.
- จรรยา สวรรรทัต. "แบบฉบับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่กำลังเปลี่ยนแปลงของครอบครัวรายได้น้อยที่อยู่ในตัวเมือง, ในรายงานการวิจัย ฉบับที่ 24 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.
- จวีวัฒน์ จุณยานนท์. การใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์, 2528.
- ชนิดา พงศ์สงวนสินและคนอื่นๆ. เอกสารการใช้ยาระดับต่างๆ. กรุงเทพฯ : องค์การเภสัชกรรม, 2537.
- ชะวดี รัตพงศ์. ตำราเภสัชวิทยา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- ชะอรลิน สุขศรีวงษ์. ฮาน่ารู้. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2532.
- ทัศนีย์ เขียวขจี. "พฤติกรรมการใช้ยา Antibiotic Dry Syrup ของผู้ปกครอง ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก," กุมารเวชสารก้าวหน้า. 1(2) : 103 - 107; กันยายน - ธันวาคม 2537.
- ทวีสิทธิ์ ลีท้อกร. หลักและการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : อักษรพัฒนา, ม.ป.ป.
- ชงชัย สิริทัพบ. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดนครสวรรค์ระหว่างโรงเรียนในโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอนกับโรงเรียนนอกโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529. อัดสำเนา.

- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. "การประเมินผลงานสหศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์
อย่างเป็นระบบ," วารสารสหศึกษา. 8(29) : 21 - 32; มกราคม - เมษายน
2528.
- _____. "การประเมินผลงานสหศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,"
สหศึกษา. 8(29) : 24 - 26; เมษายน - พฤษภาคม 2528.
- _____. "การวางแผนและประเมินงานสหศึกษา," ในรายงานการประชุมสัมมนาวิชาการ
สหศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการสหศึกษา เพื่อพัฒนาสหภาพ. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528.
- _____. "การสอนสหศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสหภาพ," สหศึกษา - พลศึกษา - สันทนาการ.
5(4) : 11 - 15; ตุลาคม - ธันวาคม 2532.
- ถวิชัย ชัยจิราภากุล. จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตรแนวคิดและ
แนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2527.
- _____. การพัฒนาหลักสูตรจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. เอกสารโรเนียวเก็บเล่ม มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2527.
- นวลจันทร์ ปราบพาล. หลักการใช้อาในเด็ก. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2535.
- นิภา มนูญปัจ. การวิจัยทางสหศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ในเอกสารการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยา. หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2525.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- _____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสหภาพ และสหศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- _____. "พฤติกรรมสหภาพ," ในเอกสารการสอนชุดวิชาสหศึกษา หน่วยที่ 1 - 7.
หน้า 155 - 185. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
2532.
- ประมวญ สุนากร. โรคติดเชื้อเฉียบพลันของทางเดินหายใจชนิดรุนแรงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
: การศึกษาหาลำเหตุ และอาการทางคลินิก. กรุงเทพฯ : ดีไซน์, 2532.
- พรเพ็ญ เปรมโยธิน. ปัญหาจากการใช้อา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- พรทิพย์ สุประดิษฐ์. การพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาทางสาธารณสุขมูลฐาน.
กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ,
2538.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2531.
- พิสวาท หุติยะโพธิ์ และคนอื่น ๆ. ปัญหาจากการใช้อา. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข,
2519.

- พิสมัย พัทธกษารากร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินต์งานพิมพ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี พิชัยสินธุ์และคนอื่นๆ. "การปฏิบัติบทบาทของพ่อและแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน". วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 27(3):42-51; 2531.
- ภักดี โปษศิริ. การใช้ยาอย่างถูกต้องในเด็ก. กรุงเทพฯ : ดี เอส แอล การพิมพ์, 2532.
- มานิต มานิตเจริญ. พจนานุกรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2528.
- รุ่งศรี ปรีชาบริสุทธิ์และคนอื่นๆ. เอกสารการใช้ยาระดับต่างๆ. กรุงเทพฯ : องค์การเภสัชกรรม, 2537.
- รัตนา ทองสวัสดิ์และคนอื่นๆ. การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.
- รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลเด็ก 2537. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเด็ก, 2537.
- รายงานสถิติโรงพยาบาลเด็กปีงบประมาณ 2537. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเด็ก, 2537.
- ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.
- วงศ์วิวัฒน์ กาศินกุล. อันตรายจากการใช้ยา หลักการเบื้องต้นและวิธีการศึกษา. ขอนแก่น : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531.
- วชิรา กลีโกลและคนอื่นๆ. "ศึกษาผลของการได้รับและไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลอนามัยชุมชนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก." ใน เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสหศึกษา แห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่องการสหศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ. หน้า 168-169. กรุงเทพฯ : กองสหศึกษา, 2528.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. การบริหารยาโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์, 2527.
- เภสัชวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออ่านาภาษาใน-ภาษาของตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศิริสุภา สนั่น เรื่องศักดิ์. อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระของมารดาและบุตร ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- สมจิตต์ สุพรรณทิสันและกันษา กาญจนบุรานนท์. "สหศึกษากับสุขภาพ" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสหศึกษา หน่วยที่ 1 - 7. หน้า 22. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

- สมใจ ยิงศักดิ์มิ่งคลและสัญญาชัย ใบบทศาสตร์. เอกสารการใช้ยาระดับต่างๆ. กรุงเทพฯ : องค์การเภสัชกรรม, 2537.
- สมใจ นครชัย. เภสัชวิทยา เล่ม 2. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529.
- สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย. ตำราพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ : วิบูลย์กิจ, 2525.
- สยามพร ศิรินาวิน. "แบคทีเรียดื้อยา : ปัญหาและแนวทางแก้ไข," วารสารผู้สั่งใช้ยา. 9(4):5; ตุลาคม - ธันวาคม 2537.
- สำนักงานระบาดวิทยาแห่งชาติ. การใช้ยาต้านจุลชีพ. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2537.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535 ที่วราชอาณาจักร. 2535. หน้า 2.
- _____ . สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. 2537. หน้า 1.
- _____ . สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. 2537. หน้า 173 - 174.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529.
- สุชาติ โสภประสูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุกชาติพิทย์ จันทรสกุล. ความคงทนของยาในกลุ่ม Penicillin ใน Dry Syrup Stability of Penicillins for Oral Suspension. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. "บอกเล่าเก้าสิบ," วารสารผู้สั่งใช้ยา. 9(2) : 1; เมษายน - มิถุนายน 2537.
- อรพินทร์ โพธาเจริญ. การศึกษาการบริบาลทารกแรกเกิดของมารดาในภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. อัดสำเนา.
- อ้อมจิต ว่องวานิช. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา. (88-91)
- อังคณา จิราจินต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรมีอาการป่วย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- Best, John W. Research in Education. 4th ed. New Delhi : Printice Hall of India, 1983.

- Bloom, Benjamin S., Hasting J. Thomas and George F. Madans. Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hill Book Company, 1971.
- Breckenridge and others. Child Development. 5th Ed. Philadelphia : W.B. Company, 1966.
- Edward, Alen Louis. Statistical Analysis. New York : Reinhart Company Inc., 1957.
- Good, Carter V. Dictionary of Education. New York : McGraw-Hill Company, 1959.
- Kasl VS. and Cobb S. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior". Arch environ Health. 12(1):246,249-266;1966.
- Lane, M. F. and others. "Child Resistan Medicine Containers : Experience in the Home," American Journal of Public Health. 61 : 1861 - 1868; 1971.
- Maiman LA and others. Effect of sociodemographic and attitudinal Factors on mother-Initiated Medication Behavior for Children. Public Health report. 1982. Abstract.
- Markland Robert E and Douglas E Duran. "An Investigation of Sociopsychological factors Affecting Infant Immunization". American Journal of Public Health. 66(2):168-169;1976.
- Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practic. Connecticut : Appleton-Century-Crafts, 1982.
- Selwyn BJ. "The Epidemiology of Acute Respiratory Tract Infection in Young Children : Comparison of Findings from Serveral Developing Countries". in Review of infectious Diseases. p. 870-888. Chicago : The University of Chicago Press, 1990.
- Steele, J.L. and McBroom, W.H. "Conceptual and Empirical Dimesions of Health Behavior". Journal of Health and Social Behavior. (13): 391-392;1972.
- Winikoff B and Baer EC. "The Obstetrician's opportunity : Translating breast is best from theory to practice, "American Journal of Obstetrics and Gynecology. 138(1):105-117; January, 1980.
- Yamane, Taro. Statistics an Introductory. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1007/0581

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

23 มกราคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกศึกษศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มา
รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

ทั้งนี้ขออยู่ในการควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี

ประธาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ แพทย์หญิงวารภรณ์ แสงทิวสิน เกษัชกรหญิงนันท์ลักษณ์
สถาพรนานนท์ และคุณรุ่งทิว อิศวินานนท์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ
การวิจัย พร้อมทั้ง ขอให้มารดาที่นำบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มาทำการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และ
แผนก หู คอ จมูก โรงพยาบาลเด็ก ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2539
เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใดๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/0824

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 มกราคม 2539

เรื่อง ขอลาขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับ
บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

ทั้งนี้อยู่ในการควบคุมดูแลของ

ผศ. จันทมาศ เทพชัยศรี

ประธาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์

กรรมการ

สิ่งที่นิตินิพนธ์ขอความอนุเคราะห์คือขอเชิญ อ.ราตรี จันทกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการ
วิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใดๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริวิภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. อาจารย์ดร. อรพินทร์ ชูชม | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 2. แพทย์หญิง วราภรณ์ แสงทวีสิน | นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลเด็ก |
| 3. อาจารย์ รাত্রี ฉันทชล | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรกรรม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเทพ |
| 4. เกษีกรหญิง นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ | เกษีกรประจำโรงพยาบาลเด็ก |
| 5. นางสาว รุ่งทิวา อิศวินานนท์ | พยาบาลวิชาชีพ 6 ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเด็ก |

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามและแบบทดสอบ

ค่าสถิติแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามและแบบทดสอบ

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของมารดา
- ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก และนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไปศึกษาเปรียบเทียบ ตามตัวแปรต่างๆ ที่กำหนดไว้ในการวิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความรู้ความ คิดเห็น และการปฏิบัติให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตรงความเป็นจริงที่สุด

การนำเสนอข้อมูลในลักษณะข้อมูลส่วนรวม ใช้ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามและการตรวจรักษาแต่อย่างใด ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ
 นิสิตปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต เอกสุขศึกษา
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของมารดา

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. จำนวนบุตร

- 1. มีบุตร 1 คน
- 2. มีบุตร 2 คน
- 3. มีบุตร 3 คนหรือมากกว่า

2. อายุ

- 1. ต่ำกว่า 21 ปี
- 2. 21-30 ปี
- 3. 31-40 ปี
- 4. 41-50 ปี
- 5. มากกว่า 50 ปี

3. ระดับการศึกษา

- 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 2. ประถมศึกษา
- 3. มัธยมศึกษา
 - 3.1 มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 3.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
- 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- 5. ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า

4. อาชีพ

- 1. นายจ้าง หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจที่ตนเองเป็นเจ้าของโดยจ้างบุคคลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปมาทำงานในฐานะลูกจ้าง
- 2. ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจของตนเองหรือร่วมกับผู้อื่นไม่จ้างบุคคลอื่นในฐานะลูกจ้าง
- 3. ลูกจ้างเอกชน หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้าง ซึ่งไม่ใช่หน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- 4. ลูกจ้างรัฐบาล หมายถึง ผู้ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- 5. ผู้ทำงานให้แก่ครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง หมายถึง ผู้ซึ่งทำงานเกษตรในไร่ นา หรือสมาชิกของครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง
- 6. ผู้กำลังหางานทำ หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้ทำงานใดๆ ทั้งสิ้นในรอบ 1 ปีที่แล้ว แต่หางานทำโดยติดต่อหรือไปสมัครขอทำงาน
- 7. ผู้ไม่ได้ปฏิบัติงานในเชิงเศรษฐกิจ หมายถึง แม่บ้าน

5. รายได้

- 1. ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน
- 2. 5,001-10,000 บาทต่อเดือน
- 3. 10,001-15,000 บาทต่อเดือน
- 4. 15,001-20,000 บาทต่อเดือน
- 5. 20,001 บาทขึ้นไป

6. ขนาดของครอบครัว

- 1. ครอบครัวขนาดเล็ก มีบุคคลในครอบครัวต่ำกว่า 5 คน
- 2. ครอบครัวขนาดกลาง มีบุคคลในครอบครัว 5-7 คน
- 3. ครอบครัวขนาดใหญ่ มีบุคคลในครอบครัวมากกว่า 7 คน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร
คำชี้แจง จงวงกลมรอบข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. ยาแก้อักเสบ หมายถึง

- ก. ยาที่ใช้รักษาโรคทุกชนิด
- ข. ยาที่มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตหรือฆ่าแบคทีเรีย, ไวรัส, เชื้อรา ฯลฯ
- ค. ยาที่ฆ่าเชื้อไวรัส, แบคทีเรีย

2. ยาแก้อักเสบที่ต้องกินก่อนอาหารควรกินเวลาใด

- ก. กินก่อนอาหาร 30-60 นาที
- ข. กินก่อนอาหาร 15 นาที
- ค. กินยาแล้วกินก่อนอาหารทันที

3. ท่านจะให้ลูกกินยาแก้อักเสบเมื่อใด

- ก. เมื่อมีไข้
- ข. ตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร
- ค. เมื่อมีไข้และมีอาการชัก

4. อาการต่อไปนี้ อาการใดควรใช้ยาแก้อักเสบ

- ก. มีไข้
- ข. เจ็บคอ คอแดง มีไข้
- ค. อาการท้องเสีย

5. หากลูกของท่านกินยาาก กินแล้วอาเจียน ท่านจะทำอย่างไร

- ก. ให้เท่าที่ให้ได้
- ข. ให้ปริมาณมากกว่าแพทย์กำหนด เพื่อทดแทนยาที่ขาดหายไป
- ค. ให้ปริมาณตามแพทย์สั่ง แต่ค่อย ๆ ให้จนครบตามจำนวนที่กำหนด

6. หากลูกของท่านกินยาาก และมีอาการหลายชนิด รวมทั้งยาแก้อักเสบรวมอยู่ด้วย ท่านจะทำอย่างไร

- ก. ผสมยาในนมให้ลูกดูดพร้อมกับนม
- ข. ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 2.5 ซีซี ค่อย ๆ หยอดยาให้ลูกกิน
- ค. ปิดจมูกกรอกใส่ปาก เพื่อให้ลูกได้ยาตามแพทย์สั่ง

7. ท่านไม่ควรนำยาทุกอย่างมารวมกันให้ลูกกินในครั้งเดียว เพราะอะไร
- ยาบางตัวอาจมีปฏิกิริยาต่อกัน
 - เด็กอาจกินไม่หมด ทำให้ได้ยาไม่ครบตามจำนวนและขนาดที่ต้องการ
 - ถูกทั้ง ก. และ ข.
8. ทำไมท่านต้องระมัดระวังการใช้ยาแก้อักเสบ
- อาจเกิดการแพ้ยา
 - อาจเกิดการดื้อยา
 - ถูกทั้ง ก. และ ข.
9. ในการใช้ยาแก้อักเสบ ควรใช้ยาอย่างน้อยที่สุดกี่วัน
- เมื่อหายจากโรค
 - เมื่ออาการดีขึ้น ควรหยุดยาโดยเร็วที่สุด
 - 5-7 วัน หรือตามคำแนะนำของแพทย์
10. ทำไมจึงต้องใช้ยาแก้อักเสบตามแพทย์สั่ง
- เพื่อให้ยาสามารถทำลายเชื้อโรคได้
 - ไม่ทำให้เชื้อดื้อยา
 - ถูกทั้ง ก. และ ข.
11. ยาแก้อักเสบบางตัวให้กินก่อนอาหาร เพราะอะไร
- เพื่อไม่ให้อาหารลดการดูดซึมของยา
 - ยาบางตัวถูกทำลายด้วยกรด
 - ให้ยาไปทำลายเชื้อโรคได้เร็วขึ้น
12. ควรหยุดให้ยาแก้อักเสบเมื่อไร
- ไม่มีอาการของโรคแสดงให้เห็น
 - ลืมนินยา 2-3 ครั้ง จึงหยุดยา
 - กินยาตามคำแนะนำของแพทย์จนครบจำนวน
13. ยาแก้อักเสบที่ดี มีคุณสมบัติอย่างไร
- รักษาโรคติดเชื้อให้หายขาดได้ ออกฤทธิ์ต่อแบคทีเรียได้ดี ไม่มีผลข้างเคียงต่อร่างกาย
 - ทำลายแบคทีเรีย มีผลข้างเคียงต่อร่างกายต่ำ
 - เกิดการแพ้ได้น้อย
14. ทำไมจึงไม่ควรเปลี่ยนยาแก้อักเสบเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
- อาจใช้ยาไม่ตรงกับโรคที่เป็นอยู่
 - อาจทำให้แพ้ยา หรือ เชื้อดื้อต่อยา
 - ก. และ ข.

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ยาแก้อักเสบถือเป็นยาดีที่สุด			
2. ยาแก้อักเสบที่ดีต้องมีราคาแพง			
3. ถ้าลูกเป็นไข้ ยาแก้อักเสบช่วยให้ลูกหายไข้ได้ดี			
4. ควรรับประทานยาครบตามแพทย์สั่งแม้จะหายจากโรคแล้ว			
5. ถ้าเพิ่มขนาดยาแก้อักเสบที่แพทย์สั่ง จะช่วยให้ลูกหายเร็วขึ้น			
6. ยาแก้อักเสบชนิดน้ำเชื่อมแห้งที่ยังไม่ผสมน้ำ สามารถเก็บไว้ได้นานไม่หมดอายุ			
7. ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้อักเสบทุกครั้ง			

ตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย J ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน เพียงช่องเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านใช้ยาแก้อักเสบชนิดช่องสำเร็จรูปที่มีขายอยู่ทั่วไป			
2. เมื่อลูกเจ็บป่วยท่านจะซื้อยาจากร้านขายยามาใช้ก่อนพาลูกไปพบแพทย์			
3. ท่านพาลูกไปพบแพทย์ เมื่อลูกเจ็บป่วยทุกครั้ง			
4. ท่านเก็บยาแก้อักเสบที่เหลือใช้ในการเจ็บป่วยครั้งต่อไป			
5. ท่านใช้น้ำเค็มผสมยานางแก้อักเสบ			
6. ท่านให้ยาแก้อักเสบมากกว่าแพทย์สั่ง เพื่อให้หายเร็วขึ้น			
7. ท่านลืมหูลูกกินยาแก้อักเสบ			
8. เมื่อลูกป่วยท่านซื้อยาแก้อักเสบจากร้านขายยามาให้กับลูกกิน			
9. ท่านผสมยาแก้อักเสบในนมเพื่อให้ลูกกิน			
10. เมื่อลูกเป็นหวัดหรือดำซอจาระเหลว ท่านจะซื้อยาแก้อักเสบมากให้ลูกกิน			
11. ท่านสังเกตการแพ้ยา เช่น มีผื่นขึ้นหลังการใช้ยาแก้อักเสบ			
12. เมื่อลูกมีอาการดีขึ้น ท่านหยุดการใช้ยาแก้อักเสบทันที			
13. ในระหว่างที่ลูกเป็นไข้ ท่านเคยซื้อยาแก้อักเสบมาใช้เพื่อให้ลูกหายไข้เร็วๆ			

ภาคผนวก ค

ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ค่าสถิติแสดงค่าความฮาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
วัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดาที่มารับ
บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

ข้อ	ค่าความฮาก (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1.	0.27	0.40
2.	0.63	0.83
3.	0.70	0.33
4.	0.67	0.40
5.	0.7	0.33
6.	0.67	0.40
7.	0.60	0.40
8.	0.60	0.27
9.	0.77	0.33
10.	0.73	0.40
11.	0.80	0.27
12.	0.67	0.40
13.	0.60	0.53
14.	0.57	0.20

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตร
อายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา เท่ากับ 0.72

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (t) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามวัดเจตคติ
 เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1.	1.88
2.	2.82
3.	3.95
4.	2.73
5.	2.2
6.	2.52
7.	2

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตร
 อายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา เท่ากับ 0.65

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (t) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถามวัดการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและฮาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1.	2.65
2.	3.16
3.	2.90
4.	1.94
5.	1.81
6.	1.82
7.	2.3
8.	2.79
9.	1.85
10.	3.32
11.	3.04
12.	1.81
13.	2.04
14.	1.86
15.	3.07
16.	1.9

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและฮาด้านจุลชีพในบุตร
อายุต่ำกว่า 4 ปีของมารดา เท่ากับ 0.81

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ
เกิดวันที่	22 เดือน กรกฎาคม พุทธศักราช 2509
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	50/131 หมู่ที่ 3 ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ กรุงเทพฯ 10270
สถานที่ทำงาน	หน่วยผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) โรงพยาบาลเด็ก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 6
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีกรุงเทพ
พ.ศ. 2539	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พุดิกรรรมมารดาในการใช้ยาปฏิชีวนะและยาด้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีที่มารับบริการ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก

บทคัดย่อ
ของ
ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
ตุลาคม 2539

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของ มารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีที่พาบุตรมารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็ก ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ จำนวนบุตร อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดครอบครัว รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปีด้วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พาบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 389 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ เอฟ (F-test) และสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation)

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดามีความรู้ที่อยู่ในระดับเพียงพอ มีเจตคติอยู่ในระดับดีมาก และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี อยู่ในระดับพอใช้
2. มารดาที่มีจำนวนบุตร อายุ และขนาดครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่แตกต่างกัน
3. มารดาที่มีการศึกษาต่างกันมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านการปฏิบัติพบว่ามารดาที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. มารดาที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับส่วนด้านเจตคติพบว่าไม่แตกต่างกัน
5. มารดาที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพ ในบุตรอายุต่ำกว่า 4 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
6. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและยาต้านจุลชีพของมารดาในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE MOTHERS' BEHAVIOR IN ANTIBIOTIC AND ANTIMICROBIAL USING FOR
LESS THAN 4 YEARS OLD CHILDREN WHO ATTENDED THE OUT PATIENT
DEPARTMENT OF THE CHILDREN'S HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

SIRILUCK THAVONVATTANA

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 1996

The purposes of this work were to study the relationships among the knowledge on antibiotics and antimicrobial drugs, the Attitude and the drug's practice of the mothers of less than 4-years old children attending the Out Patient Department of the Children's Hospital. The variables were their numbers of children, ages, educational levels, occupations, incomes and types of family.

The sample size was 389 mothers who were selected by simple random sampling. All of the data were obtained by questionnaires and analysed for percentages, arithmetic means, standard deviations, F-test and multiple correlation.

The results were as follows.

1. The mother's knowledge on the drugs was good. The attitude towards the drugs was very good and the using practice in their children was at moderate level.

2. the mothers who had different numbers of children, ages and types of families had no significant differences in the knowledge, the attitude and the drug's practice in their children.

3. The mothers who had different educational levels had significant differences in the knowledge ($p < .01$) and the attitude in antibiotic and antimicrobial drugs ($p < .01$) and also had significant difference in the drugs's practice in their children ($p < .05$).

4. The mothers who had different occupations had significant differences in the knowledge and the attitude in antibiotic and antimicrobial drugs ($p < .05$) and $p < .01$, respectively), but there was no significant difference in the attitude.

5. The mothers who had different incomes had different attitude towards the antibiotic and antimicrobial drugs but there were no significant difference in the knowledge and the drug's practice in their children.

6. There were positive relationships between the knowledge and the attitude, the knowledge and the drug's practice and the attitude and drug's practice in the mothers in their children ($p < .01$)