

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะ แก่เด็กวัยเรียน

Factors Influencing Parents' Behavior Regarding Antibiotic Use for Their School Aged Children

ชรินทร์ ขวัญเนตร, Ph.D.^{1*} ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.²

Chararin Kwannate, Ph.D.^{1*}, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กวัยเรียนและอาศัยในเขตเทศบาลเมืองบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 200 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กวัยเรียน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก แบบสอบถามอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .75-1, .60-1 และ .60-1 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสันของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กเท่ากับ .77 และสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กและพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก เท่ากับ .75 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า อายุของเด็กและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองได้ ร้อยละ 15.4 ($R^2 = .154$, $F_{(2,197)} = 17.90$, $p < .001$) โดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองมากที่สุด ($\beta = .35$, $t = 5.28$, $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง ดังนั้น ผู้บริหารและบุคลากรด้านสาธารณสุขควรมหาแนวทางในการจัดการสภาพแวดล้อมให้ส่งเสริมพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ยาปฏิชีวนะ เด็กวัยเรียน พฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ปกครอง

Abstract

The purpose of this study was to examine factors influencing parents' behavior regarding antibiotic use for their school aged children. A total sample of 200 parents who were caregivers of their school age children, live in the municipal Muang Bang Sri Muang, Nonthaburi Province from May to September, 2017. The instruments of the study consisted of the personal information record for parents and school aged children, the knowledge regarding antibiotic used for children questionnaire, the influences of environment on antibiotic used for children questionnaire, and the behavior regarding antibiotic use for children questionnaire. The content validity values (IOC) of three questionnaires were .75-1, .60-1 and .60-1 The reliability values of Kuder-Richardson

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้วิจัยหลัก (Corresponding Author) email: chararinp21@gmail.com

(KR-20) and Cronbach's alpha coefficient were .77, .75 and .83, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and Stepwise multiple regression.

The results showed that age of children and the influence of environment could statistically predict parents' behaviors regarding antibiotic use for children accounting for 15.4 percent of the variance ($R^2 = .154$, $F_{(2,197)} = 17.90$, $p = < .001$). Especially, the influence of environment was the best predictor of parents' behaviors regarding antibiotic use for children ($\beta = .35$, $t = 5.28$, $p = < .001$)

The findings recommended that the influence of environment was the significant factor on parents' behaviors regarding antibiotic use for children. Therefore, health care providers should find the processes for managing environment to promote parents' behaviors regarding antibiotic use for children correctly.

Keywords: Antibiotics, school aged children, behavior regarding antibiotic use, parent

ความสำคัญของปัญหา

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาในหลายประเทศทั่วโลกประมาณปีละ 700,000 ราย หากปัญหาการดื้อยาอย่างไม่ได้รับการแก้ไข มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีคนเสียชีวิตทั่วโลกจากการดื้อยาจำนวนสูงถึง 10 ล้านคน โดยทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตจำนวนมากที่สุดในโลก สูงถึง 4,730,000 คน รองลงมาคือแอฟริกา มีจำนวน 4,150,000 คน ทำให้เกิดผลกระทบเชิงเศรษฐกิจประมาณ 3,500 ล้านล้านบาท (100 trillion USD) (O'Neill, 2014) จากผลการสำรวจสะท้อนให้เห็นว่าหลายประเทศที่มีการเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในอัตราสูงได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์การใช้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียหลายกลุ่มเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการดื้อยาเพิ่มขึ้น (Youngster et al., 2017) สำหรับ

ประเทศไทย จากการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพจากข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1,023 แห่ง พบจำนวนการดื้อยาด้านจุลชีพ 87,751 ครั้ง และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 38,481 ราย ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการใช้ยาด้านจุลชีพประมาณ 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท (Phumart, Phodha, Thamlikitkul, Riewpaiboon, Prakongsai & Limwattananon, 2012) นอกจากนี้ มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ากลุ่มเด็กที่มีอายุระหว่าง 13 เดือนถึง 12 ปี มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวนสูงถึง 3,157 (ร้อยละ 7.02) และมากกว่าเด็กวัยอื่น โดยพบว่ายาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์สูงสุด คือ ยาต้านจุลชีพ ได้แก่ ceftriaxone และ amoxycillin (Food and Drug Administration, 2016) ซึ่งปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพด้านจุลชีพและการได้รับผลกระทบจากอาการไม่พึงประสงค์เป็นผลจากการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นยาด้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียที่มีการใช้อย่างแพร่หลายอย่างไม่สมเหตุผล ดังนั้น ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญและได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ให้เป็นนโยบายหลักของประเทศเพื่อบังคับการจัดการปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย (Thailand's National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2021)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กของผู้ปกครองระหว่างปี พ.ศ 2539 - 2559 พบว่า 41.7% ของผู้ปกครองในมองโกเลียให้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีใบสั่งยา ขณะที่ 14, 10 และ 6% ของผู้ปกครองในประเทศตุรกี กรีซ และไซปรัส ให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กด้วยตนเองโดยดูจากยาปฏิชีวนะที่เด็กเคยได้รับมาก่อนกับอาการของเด็กที่เคยเป็นมาก่อน (Cantarero-Arevalo, Hallas & Kaae, 2017) ซึ่งสาเหตุสำคัญของการดื้อยาด้านจุลชีพส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องของบุคคล โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กวัยเรียน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดื้อยาได้ตั้งแต่อายุน้อย ดังการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีการผสมยา และตวงยาให้เด็กรับประทานได้อย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 12 และ 31

ตามลำดับ และร้อยละ 31 ไม่มีการเขย่าขวดยา ก่อนให้เด็กรับประทาน (Saidum & Pratheepawanit, 2009) เช่นเดียวกับข้อมูลของฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลกองโกลาต จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ปกครองมีการผสมยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กไม่ถูกต้อง และมีการขอยาปฏิชีวนะเพิ่ม ทั้งที่เด็กได้รับยาปฏิชีวนะครบตามจำนวนที่ใช้รักษาแล้ว เนื่องจากยังขาดความเข้าใจในการใช้ยา (Sapsang, Phrompittayarat, Jariya & Nimpitakpong, 2016) ดังนั้น พฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองจึงเป็นสาเหตุของการติดต่อยาต้านจุลชีพในเด็กวัยเรียน ที่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ปกครอง

การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้นั้น พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยมีหลายด้าน ได้แก่ 1) อายุของเด็ก เมื่อเด็กอายุมากขึ้นทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กที่มีอายุน้อย ผู้ปกครองจะมีการระมัดระวังและดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมากกว่าเด็กที่มีอายุมากกว่า โดยเฉพาะในช่วงที่เด็กเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่มีอายุน้อยมากกว่าเด็กที่มีอายุมาก ($r = -0.30, p < .01$) (Rattanapibun, Kongsaktrakul & Patoomwan, 2011) และการศึกษาในประเทศจีนและมองโกเลีย พบว่าเด็กที่มีอายุมากขึ้นทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กมากขึ้น 1.146 และ 1.02 เท่า ตามลำดับ (Adj OR = 1.146, 95% CI: 1.037-1.266, $p < .05$ และ OR = 1.02; 95% CI: 1.01-1.04) (Yu, Zhao, Stalsby Lundborg, Zhu, Zhao & Xu, 2014; Togoobaatar, Ikeda, Ali, Sonomjamts, Dashdemberel, Mori & Shibuya, 2010), 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม หากผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จะมีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะกับเด็กอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้

ยาปฏิชีวนะ ($r = .215, p < .05$ และ $\beta = .410, t = 4.622, p < .001$ ตามลำดับ (Sookphaiboorn, Apinandacha & Chaisiri, 2016; Porisutiwutiporn & Hemchayat, 2014) และการศึกษาในมองโกเลีย ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ในระดับสูงจะมีการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กอย่างเหมาะสมมาก ผู้ปกครองที่มีความรู้ในระดับต่ำกว่า (OR = 0.7, 95% CI: 0.6-0.8) (Togoobaatar et al., 2010), 3) รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ด้านเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคล โดยครอบครัวที่มีรายได้มาก ผู้ปกครองจะมีทางเลือกในการดูแลรักษาในสถานบริการเอกชนที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เด็กได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยและดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กอย่างไม่เหมาะสมเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า (OR = 2.00, 95% CI: 1.05-3.83, $p = .035$) (Abobotain, Sheerah, Alotaibi, Joury, Mishiddi, Siddiqui & Bin Saeed, 2013), และ 4) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลอยู่สถานที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้บุคคลจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังการศึกษาพบว่าการอาศัยอยู่ในเขตชนบทที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากลำบาก ผู้ปกครองมีการให้ยาปฏิชีวนะกับเด็กเพิ่มขึ้น 1.643 เท่า (Adj OR = 1.643, 95% CI: 1.108-2.436, $p < .05$) มีการซื้อยาปฏิชีวนะโดยไม่มีใบสั่งยาเพิ่มขึ้นเพื่อให้กับเด็กเพิ่มขึ้นเป็น 6.264 เท่า (Adj OR = 6.264, 95% CI: 4.144-9.469, $p < .05$) รวมทั้งการมียาปฏิชีวนะเก็บไว้ที่บ้านทำให้ผู้ปกครองใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กเพิ่มขึ้นเป็น 2.792 เท่า (Adj OR = 2.792, 95% CI: 1.961-3.975, $p < .05$) และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ทำให้ผู้ปกครองใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กอย่างเหมาะสม (Adj OR = 0.639, 95% CI: 0.451-0.906), $p < .05$) (Yu et al., 2014) ดังนั้น การจำหน่ายยาปฏิชีวนะในร้านขายของชำ และร้านค้าปลีกในชุมชนอย่างแพร่หลาย จะส่งผลให้บุคคลสามารถซื้อยามารับประทานเองได้ง่ายและใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เช่น มีอาการเจ็บคอ ไข้หวัด และท้องร่วงเฉียบพลัน เป็นต้น (Khamsarn et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาของผู้รับบริการหรือประชาชนในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะในเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษาพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนที่อาศัยในเขตเมือง ได้แก่ อายุของเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ รายได้ของครอบครัว และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เนื่องจากพฤติกรรมให้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้องสามารถนำไปสู่การเกิดปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของเด็กวันเรียนจากการดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายเกินความจำเป็น ส่งผลให้ยาไม่สามารถต้านเชื้อแบคทีเรียได้ ต้องใช้ยาปฏิชีวนะตัวใหม่ทดแทน จึงเกิดปัญหาขาดยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรีย ทำให้การดื้อยากลายเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามต่อสุขภาพของคนทั่วโลกมากขึ้น (Ventola, 2015) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

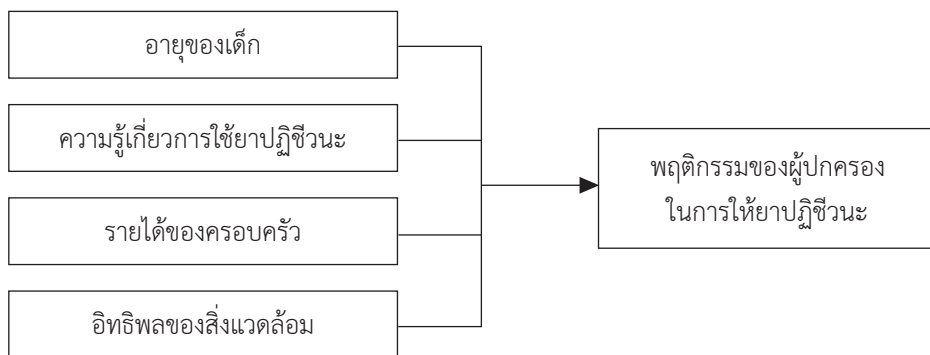
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน ได้แก่ 1) อายุของเด็ก เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กเพิ่มขึ้น ต่างจากเด็กที่มีอายุน้อยเมื่อเจ็บป่วยผู้ปกครองจะดูแลใกล้ชิดหรือพาเด็กไปตรวจรักษากับแพทย์ ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ดูแลมากกว่าเด็กที่มีอายุมากกว่า 2) ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะของผู้ปกครอง ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับดี จะมีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะกับเด็กอย่างเหมาะสม 3) รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมของบุคคล เมื่อผู้ปกครองมีรายได้น้อยทำให้มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมสำหรับเด็กมากขึ้น 4) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคม ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ปกครองใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กวัยเรียนและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบางศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ในช่วงระยะเวลาเดือน พฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กวัยเรียน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis ด้วยโปรแกรม G* power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับต่ำ (small effect size) เท่ากับ 0.10 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) ผลการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 191 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 225 ราย เพื่อใช้ในการมี การสูญเสียของข้อมูล จากนั้นสุ่มพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มอย่างง่าย จากหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองบางศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 หมู่จากทั้งหมด 9 หมู่ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรเด็กที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี ของละหมู่ โดยอ้างอิงข้อมูลจากรายงานประจำเดือน พฤษภาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ปกครองมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เด็กวัยเรียนที่อยู่ในปกครองมีอายุระหว่าง 6-12 ปี และ 3) ผู้ปกครองสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า มีข้อมูลที่กรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำนวน 10 ราย และข้อมูลผิดปกติ (outlier) จำนวน 15 ราย จึงตัดข้อมูลดังกล่าวออก ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว และของเด็กวัยเรียน ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายการออกฤทธิ์และข้อบ่งชี้ของยาปฏิชีวนะ วิธีการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก อาการไม่พึงประสงค์ และปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ จำนวน 14 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถูกต้อง (1 คะแนน) ไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ (0 คะแนน) ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครอง มีค่าช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน ในการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก โดยพิจารณาจากค่ากลางของระดับคะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 1.5 จากนั้นนำค่ากลางที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนแต่ละระดับ แล้วนำค่าที่ได้แปลงเป็นค่าคะแนนดิบ สามารถแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง 0.00-5.24 คะแนน ระดับพอใช้ 5.25-8.74 คะแนน ระดับดี 8.75-12.24 คะแนน และระดับดีมาก 12.25-14.00 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หมายถึงผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (IOC) อยู่ระหว่าง .75-1 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) เท่ากับ .77

3. แบบสอบถามอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของเด็กของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ อิทธิพลจากสื่อโฆษณาและบุคคลต่อการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ และเชิงลบจำนวน 3 ข้อ โดยให้ตอบระดับของความคิดเห็น 1 ระดับจากทั้งหมด 5 ระดับ ได้แก่ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยกำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 1-5 ตามลำดับ ค่าคะแนนของระดับความคิดเห็นต่ออิทธิพลของสิ่งแวดล้อมมีค่าช่วงคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ในการแบ่งระดับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาจากค่ากลางของระดับคะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 1.5 จากนั้นนำค่ากลางที่ได้

มาคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนแต่ละระดับ แล้วนำค่าที่ได้แปลงเป็นค่าคะแนนดิบ สามารถแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย 6-11.25 คะแนน ระดับปานกลาง 11.25-18.74 คะแนน ระดับมาก 18.75-26.24 คะแนน และระดับมากที่สุด 26.25-30.00 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (IOC) อยู่ระหว่าง .6-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการให้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันอันตรายหรือจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ และการเก็บรักษายาปฏิชีวนะ จำนวน 15 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และเชิงลบจำนวน 6 ข้อ ให้ตอบตามระดับการปฏิบัติ 1 ระดับจากทั้งหมด 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ โดยกำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 1-4 ตามลำดับ ค่าช่วงคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะโดยรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน ในการแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก โดยพิจารณาจากค่ากลางของระดับคะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 1.5 จากนั้นนำค่ากลางที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนแต่ละระดับ แล้วนำค่าที่ได้แปลงเป็นค่าคะแนนดิบสามารถแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง 15-22.50 คะแนน ระดับพอใช้ 22.50-37.40 คะแนน ระดับดี 37.50-52.40 คะแนน และระดับดีมาก 52.50-60.00 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กอย่างถูกต้องกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (IOC) อยู่ระหว่าง .6-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SDU-RDI 2017-002 รหัสโครงการวิจัย 002/2560 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2560 - วันที่ 3 พฤษภาคม 2561 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม หลังการนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกทำลายทั้งหมด เพื่อให้ผู้ปกครองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจแล้วลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในการเข้าร่วมในงานวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีข้อผูกมัด และไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หากถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิตเสนอต่อ นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการกองงานสวัสดิการสังคม ซึ่งผู้วิจัยมีการประชุมทีมผู้ช่วยวิจัยก่อนลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบและเข้าใจ โดยมีเจ้าหน้าที่กองงานสวัสดิการสังคม และผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่เป็นผู้ช่วยวิจัยในการลงพื้นที่ จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปี โดยให้ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดจำนวน 200 ราย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.99 ปี ($SD = 12.26$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 28.0) รองลงมาคือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 23.5) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย เท่ากับ 19,370.45 บาทต่อเดือน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก (ร้อยละ 83.0) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.0) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 8.70 ปี ($SD = 2.10$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.5) โดยมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 12.5) ส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ ภูมิแพ้ และโรคหืด (ร้อยละ 7.5 และ 2.5)

3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ เท่ากับ 7.05 ($SD = 2.07$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 11 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องมากที่สุด คือ การผสมด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วและอายุของยาปฏิชีวนะเมื่อถูกผสมแล้ว (ร้อยละ 78.5) รองลงมา คือ เด็กที่ได้รับบาดเจ็บและเกิดบาดแผลลอกเลือดออกไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 69.0) และข้อที่ตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เข้าใจว่ายาปฏิชีวนะ คือ ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียและไวรัส (ร้อยละ 77.0) รองลงมา คือ ยาปฏิชีวนะสามารถใช้รักษาโรคหวัดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้ (ร้อยละ 72.5) และเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะใช้เป็นยาแก้ไอ (ร้อยละ 66.0) ตามลำดับ

4. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 17.98 ($SD = 2.07$) โดยค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 26 คะแนนและต่ำสุดเท่ากับ 10 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และความสะดวกในการมารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลหรือคลินิก เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลมากที่สุด ร้อยละ 57.5 และ 48.5 ตามลำดับ ส่วนอิทธิพลของ

สิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสะดวกในการซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยาหรือร้านสะดวกซื้อ มีการอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อทางด้านสาธารณสุข และรับข้อมูลจากสื่อโฆษณาเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะทางโทรทัศน์ วิทยุและอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 32.5, 31.0 และ 30.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.5 ที่แสดงความไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำของญาติ หรือเพื่อน

5. พฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเท่ากับ 42.00 ($SD = 5.89$) โดยค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 58 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 27 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้แก่ พาลูกไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ ให้ลูกหยุดกินยาปฏิชีวนะทันทีเมื่อลูกเกิดอาการแพ้ยาปฏิชีวนะ ให้ลูกกินยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนครบตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 72.5, 68.5, และ 67.0 ตามลำดับ แต่ยังพบพฤติกรรมไม่ถูกต้องที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ หยุดให้ยาปฏิชีวนะเมื่อลูกมีอาการดีขึ้น และให้ยาปฏิชีวนะเมื่อลูกเป็นหวัดและมีน้ำมูก ร้อยละ 32.5 และ 25.0 ตามลำดับ พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้แก่ ให้ยาปฏิชีวนะเมื่อลูกมีอาการไอ/เจ็บคอท้องเสีย เป็นหวัดและมีน้ำมูก และซื้อยามบรรเทาอาการไอและเจ็บคอจากร้านสะดวกซื้อ/ในซูเปอร์มาร์เก็ตเมื่อลูกของคุณเจ็บคอ จำนวนร้อยละ 43.0, 41.0, 34.0 และ 34.0 ตามลำดับ และยังมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2 ที่ไม่อ่านใบกำกับยาก่อนใช้ยาปฏิชีวนะ และให้ลูกกินยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่องจนครบตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล

6. จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง ($r = .37, p < .001$) ส่วนอายุของเด็กมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง ($r = -.13, p < .05$ และ $r = -.19, p < .01$ ตามลำดับ) รวมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครอง ($r = .15, p < .05$) นอกจากนี้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 200)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุของเด็ก	1.00				
2. รายได้ของครอบครัว	-.01	1.00			
3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก	.15*	-.08	1.00		
4. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม	-.13*	.11	.01	1.00	
5. พฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็ก	-.19**	.08	-.02	.37***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน พบว่าอายุของเด็กและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,197)} = 17.90, p < .001$) โดยมี

อำนาจในการพยากรณ์เท่ากับร้อยละ 15.4 ($R^2 = .154$) ซึ่งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครองมากที่สุด ($\beta = .35, t = 5.28, p < .001$) (ดังตารางที่ 2) และสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าสถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน โดยวิธี Stepwise multiple regression (n = 200)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	Beta	t	p
Intercept	32.17	3.18		10.12	<.001
อายุของเด็ก	-.39	.19	-.14	-2.10	.037
อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม	.74	.14	.35	5.28	<.001

 $R^2 = .154, R^2_{adj} = .145, F_{(2,197)} = 17.90, p < .001$

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน = $32.17 + .74$ (อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม) - $.39$ (อายุของเด็ก)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{พฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน} = .35Z_{(อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม)} - .14Z_{(อายุของเด็ก)}$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องในระดับดี ($M = 42.00, SD = 5.89$) โดยพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กที่ไม่เหมาะสมเป็นประจำ ได้แก่ หยุดให้ยาปฏิชีวนะเมื่อเด็กมีอาการดีขึ้น และให้เด็กรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัดและมีน้ำมูก รวมทั้งยังพบว่าในบางครั้งผู้ปกครองมีการให้ยาปฏิชีวนะ

แก่เด็กเมื่อมีอาการไอ/เจ็บคอ ท้องเสีย เป็นหวัดและมีน้ำมูก และซื้อยามบรรเทาอาการไอและเจ็บคอจากร้านสะดวกซื้อ/ซูเปอร์มาร์เก็ตให้บุตรเพื่อลดอาการเจ็บคอ ทั้งนี้ที่เด็กมีอาการไอ เจ็บคอ เป็นหวัดและมีน้ำมูก และท้องเสียไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อไวรัสมากกว่าแบคทีเรีย (Chongtrakul, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์

จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.0 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำหรือร้านยา โดยไม่มีใบคำสั่งแพทย์ ได้รับยาจากแพทย์หรือเภสัชกร ใช้ยาปฏิชีวนะที่มีอยู่แล้วภายในบ้าน และรับยาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 47.5, 29.4, 22.5 และ 0.6 ตามลำดับ) (Yanti, 2017) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ของประชาชนจำนวน 27,762 คน พบว่า มีการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรกระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 62.7 โดยนำมาใช้รักษาโรคหรืออาการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไข้หวัดหรือไข้หวัดใหญ่ ไซ้ และเจ็บคอ ร้อยละ 27, 19.2 และ 16.8 ตามลำดับ และมีการหยุดใช้ยาต้านจุลชีพเมื่ออาการดีขึ้น ร้อยละ 25.3 (Chanvatik, Lekagul, Vongmongkol, Patcharanarumol, Thunyahan & Tangcharoensathien, 2018) และการศึกษาพบว่า ร้อยละ 41.7 ของผู้ปกครองในมองโกเลียให้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่มีใบสั่งยา และร้อยละ 14, 10 และ 6 ของผู้ปกครองในประเทศตุรกี กรีซ และไซปรัส ให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กด้วยตนเองโดยดูจากยาปฏิชีวนะที่เด็กเคยได้รับมาก่อนกับอาการของเด็กที่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กที่ไม่ถูกต้อง (Cantarero-Arevalo, Hallas & Kaae, 2017)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน จากการศึกษา พบว่า อายุของเด็กและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนได้ ร้อยละ 15.4 ($R^2 = .154, F_{(2,197)} = 17.90, p < .001$) ดังนี้

2.1 อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนมากที่สุด ($\beta = .35, t = 5.28, p < .001$) หมายความว่า ถ้าครอบครัวอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง เช่น สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข จะส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนอย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอาศัยอยู่ในเขตชนบทที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้

ยากลำบาก จะทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสให้ยาปฏิชีวนะกับเด็กเพิ่มขึ้น 1.643 เท่า (Adj OR = 1.643, 95% CI: 1.108-2.436, $p < .05$) และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ จะทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะกับเด็กที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็น 0.639 เท่า (Adj OR = 0.639, 95% CI: 0.451-0.906, $p < .05$) (Yu et al., 2014) แตกต่างจากการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธิวิมุฒิพร และมัณฑนา เหมชะญาติ (2014) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลของ ($\beta = -.064, t = -.749, p = .445$)

2.2 อายุของเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน ($\beta = -.14, t = -2.10, p = .037$) อธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนที่อายุน้อยผู้ปกครองจะมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมากกว่าเด็กที่มีอายุมาก เช่น เมื่อเจ็บป่วยจะพาไปตรวจรักษาที่สถานพยาบาล และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรมากกว่าการซื้อยาปฏิชีวนะมาให้เด็กรับประทานเอง ให้ความสนใจในการผสมยาและให้ยาอย่างถูกต้อง และรับประทานตามเวลาที่กำหนดไว้ เป็นต้น เนื่องจากเด็กที่มีอายุน้อย จะมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครองมากกว่า โดยเฉพาะในช่วงที่เด็กเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แชนภารัตนพิบูลย์, ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล และอัจฉริยา ปทุมวัน (2011) พบว่า อายุของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ($r = -0.30, p < .01$) โดยผู้ปกครองจะต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่มีอายุน้อยมากกว่าเด็กที่มีอายุมาก ซึ่งการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้ปกครองจะมีการใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กที่มีอายุมากเพิ่มขึ้นเป็น 1.146 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีอายุน้อย (Adj OR = 1.146, 95% CI: 1.037-1.266, $p < .05$) (Yu et al., 2014) และการศึกษาในมองโกเลียพบว่า ผู้ปกครองมีโอกาสให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กเพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก เป็น 1.02 เท่า (OR = 1.02; 95% CI: 1.01-1.04) (Togoobaatar et al., 2010)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครอง

ในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน หมายความว่า ระดับความรู้ในการให้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยเด็กเป็นวัยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ปกครองจะให้ความสำคัญกับดูแลเด็ก โดยเฉพาะในช่วงที่เด็กเจ็บป่วย ดังเห็นได้จากข้อมูลที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะเข้ารับคำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กจากแพทย์หรือเภสัชกร และเมื่อเด็กป่วย ผู้ปกครองจะพาไปรับบริการตรวจที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ร้อยละ 87.5 และ 85.5 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในมองโกเลีย พบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ในระดับสูง จะมีโอกาสให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กเป็น 0.7 เท่า (OR = 0.7, 95% CI: 0.6-0.8) (Togoobaatar et al., 2010) และการศึกษาของ Porisutiwutiporn and Hemchayat (2014) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ($\beta = .410, t = 4.622, p < .001$) นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อไวรัสได้ และสามารถรักษาโรคหวัดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้ ร้อยละ 77.0 และ 72.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ของประชาชนจำนวน 27,762 คน พบว่าประชาชนมีความเข้าใจคาดเคลื่อนว่ายาต้านจุลชีพสามารถฆ่าไวรัสได้ และใช้รักษาโรคหวัดได้ ร้อยละ 49.8 และ 52.3 ตามลำดับ และไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวถึงร้อยละ 30.8 และ 27.5 ตามลำดับ (Chanvatik et al., 2018)

2.4 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน หมายความว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่มากขึ้น ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมแก่เด็กที่ตนเองดูแลของผู้ปกครอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.29 ปี) และมีบุตรเป็นคนแรก (ร้อยละ 83) จึงมีความสนใจและความพร้อมในการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกรีซ พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีผลกับการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กของผู้ปกครอง (OR = 1.07, $p = .474$) (Panagakou,

Papaevangelou, Chadjipanayis, Syrogiannopoulos, Theodoridou & Hadjichristodoulou, 2012) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียที่พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยมีโอกาสให้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมแก่เด็กเป็น 2 เท่า (OR = 2.00, 95% CI: 1.05-3.83, $p = .035$) (Abobotain et al., 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ปกครอง

2. นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครอง โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง เช่น มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขผ่านจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้ปกครองเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้สะดวก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการให้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กอย่างสมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาคั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณบริหารจัดการงานวิจัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่กองงานสวัสดิการสังคม ผู้นำชุมชนของเทศบาลเมืองบางศรีเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีส่วนช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

Abobotain, A. H., Sheerah, H. A., Alotaibi, F. N., Joury, A. U., Mishiddi, R. M., Siddiqui, A. R., & Bin Saeed, A. (2013). Socio-demographic determinants of antibiotic misuse in children. A survey from the central region of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 34(8), 832-840.

- Cantarero-Arevalo, L., Hallas, M. P., & Kaae, S. (2017). Parental knowledge of antibiotic use in children with respiratory infections: a systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice, 25*(1), 31-49.
- Chanvatik, S., Lekagul, A., Vongmongkol, V., Patcharanarumol, W., Thunyahan, A., & Tangcharoensathien, V. (2018). Situation on antimicrobial use and knowledge on antimicrobials: A national health and welfare survey in Thailand 2017. *Journal of Health Systems Research, 12*(3), 420-436.
- Chongtrakul, P. (2011). *Rational drug use initiative and implementation* (3th ed.). Bangkok: Graphic and design publication. (In Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Food and Drug Administration. (2016). *Spontaneous reports of adverse drug reaction 2015* (pp. 8 and 11-12), Bangkok: Graphic and design publisher. (In Thai)
- Khamsarn, S., Nampoosak, Y., Busamaro, S., Tangkoskul, T., Seenama, C., Rattanaumpawan, P., ... & Thamlikitkul, V. (2016). Epidemiology of antibiotic use and antimicrobial resistance in selected communities in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand, 99*(3), 270-275.
- O'Neill, J. (2014). Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. *Review on antimicrobial resistance*. Retrieved from https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- Panagakou, S. G., Papaevangelou, V., Chadjiapanayis, A., Syrogiannopoulos, G. A., Theodoridou, M., & Hadjichristodoulou, C. S. (2012). Risk factors of antibiotic misuse for upper respiratory tract infections in children: results from a cross-sectional knowledge-attitude-practice study in Greece. *ISRN Pediatrics, 2012*, 685302.
- Phumart, P., Phodha, T., Thamlikitkul, V., Riewpaiboon, A., Prakongsai, P., & Limwattananon, S. (2012). Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand : A preliminary study. *Journal of Health Systems Research, 6*(3), 352-360. (In Thai)
- Porisutiwutiporn, S. & Hemchayat, M. (2014). Influencing factors of antibiotics use behavior of clients in Khlung hospital, Chantaburi, *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education, 31*(2), 114-127. (in Thai)
- Rattanapibun, K., Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2011). Parent participation in the care of hospitalized children. *Ramathibodi Nursing Journal, 17*(2), 232-247. (in Thai)

- Sapsang, S., Phrompittayarat, W., Jariya, W., & Nimpitakpong, P. (2016). The effect of the innovation of data providing combined with pictogram for antibiotic dry syrup utilization towards the understanding of parents having children with upper respiratory tract infection disease in Kongkrait hospital, Kongkrait district, Sukhothai province. *Proceedings of the national and international graduate research conference 2016 on January 15, 2016 at Pote Sarasin Building, Khon Kaen University*, 587-593. (In Thai)
- Saidum., S., & Pratheepawanit., N. (2009). Behavior and understanding of parents about dry syrup antibiotic use. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 19(suppl): S79-S89. (In Thai)
- Sookphai boon, S., Apinandacha, C., & Chaisiri, K. (2016). Antibiotics use behavior of patients in Srangsoke, Ban Mo district. Saraburi province. *Proceedings of the 3rd National Conference and Research Presentation "Toward the second decade: sustainability knowledgement on research integration" in June 17, 2016 at Nakhonratchasima College. Mueang Nakhonratchasima District, Nakhonratchasima Province*. (In Thai)
- Thailand's National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2021*. Retrieve August 21, 2018 from <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/04.pdf>. (In Thai)
- Togoobaatar, G., Ikeda, N., Ali, M., Sonomjamts, M., Dashdemberel, S., Mori, R., & Shibuya, K. (2010). Survey of non-prescribed use of antibiotics for children in an urban community in Mongolia. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(12), 930-936.
- Ventola, C. L. (2015). The antibiotic resistance crisis: Part 1: Causes and threats. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(4), 277-283.
- Yanti, N. (2017). Factors associated to antibiotic practice among public health students in a University, Phatum Thani. *Humanities and Social Science*, 7(2): 57-66.
- Youngster, I., Avorn, J., Belleudi, V., Cantarutti, A., Diez-Domingo, J., Kirchmayer, U., . . . Kim, S. C. (2017). Antibiotic use in children - A cross-national analysis of 6 countries. *Journal of Pediatrics*, 182, 239-244 e231.
- Yu, M., Zhao, G., Stalsby Lundborg, C., Zhu, Y., Zhao, Q., & Xu, B. (2014). Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 14, 112.