



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ณัฐพร	นิจธรรมสกุล*	Nuttaporn	Nidthumsakul*
อัมภารณ	นนทมาตย์**	Ampawan	Nonthamat**
นครินทร์	ประสิทธิ์***	Nakarin	Prasit***
สุรัชย์	พิมหา***	Surachai	Phimha***
นพรัตน์	เสนาฮาด***	Nopparat	Senahad***
ภูวนาถ	ศรีสุธรรม****	Puwanart	Sresutham****

Abstract

In some situations, the tendency to use antibiotics is excessive or unreasonable. As a result, drug resistance is now on the rise. Therefore, the correct use of antibiotics requires knowledge and understanding as a basis, and recommendation of correct medications to families, reducing problems of drug resistance that may occur in the long term. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence and risk factors associated with antibiotic use behavior of populations in Health Region 8 in the upper northeastern region. The study used secondary data from the Health and Welfare Survey in 2021, conducted by the National Statistical Office. The sample group consisted of 1,778 individuals. Statistical analysis included both descriptive and inferential statistics, specifically multiple logistic regression, presenting adjusted odds ratios, and 95%CI.

The study revealed that the prevalence of antibiotic use behavior was 10.69% (95% CI:0.09-0.12). Risk factors associated with antibiotic use behavior included: had an illness in the past month (AOR = 5.52, 95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001); had an emergency in the past month (AOR = 3.90, 95%CI: 3.63-15.54, p-value = 0.006); those who have illnesses that require hospital treatment but do not go to hospital (AOR = 7.51, 95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001); those who stop using antibiotics when their symptoms improve (AOR = 3.11, 95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001); those who stop using antibiotics by themselves (AOR = 2.45, 95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001); and those who received advice from medical professionals regarding antibiotic use (AOR = 5.07, 95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001).

Therefore, relevant organizations should plan to promote the development of policies, especially in health education, to foster informed health decision-making and effective antibiotic use.

Keywords: Risk factors; Drug consumption behavior; Antibiotics

* Corresponding author, Public health officers, Sakon Nakhon Provincial Health Office;

e-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

** Graduate student, Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**** Graduate student, Public Health Administration Programs, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received 5 June 2024; Revised 24 August 2024; Accepted 19 September 2024



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็นหรือไม่สมเหตุผล ทำให้ปัจจุบันมีการดื้อยาสูงขึ้น ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เป็นพื้นฐาน และเพื่อแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับคนในครอบครัว ลดปัญหาเชื้อดื้อยาที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,778 คน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression โดยนำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 10.69 (95% CI:0.09-0.12) และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (AOR = 5.52, 95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (AOR = 3.90, 95%CI: 3.63-15.54, p-value =0.006) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา (AOR = 7.51, 95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น (AOR = 3.11, 95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดทานยาปฏิชีวนะเอง (AOR = 2.45, 95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ (AOR = 5.07, 95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพัฒนานโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลให้ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการบริโภค ยาปฏิชีวนะ

* ผู้เขียนหลัก เจ้าพนักงานสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร e-mail: nuttaporn.n@kkumail.com

** นักศึกษาหลักสูตรการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** นักศึกษาหลักสูตรวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเป็นปัจจัยสี่และเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ซึ่งปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (SDG 3: Good Health and Well-being) ที่มุ่งส่งเสริม รักษา บรรเทา บำบัด และป้องกันโรคเพื่อให้คนในสังคมมีสุขภาพที่ดี ซึ่งใน SDG3.8 กล่าวถึงเป้าหมายเรื่องการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและสมเหตุผล ในราคาที่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ แต่เนื่องจากความต้องการและอุปทานของการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย การกระจายยาสู่ผู้ใช้อย่างไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและสังคมโดยกว้าง (United Nations, 2015) จากการวิเคราะห์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2593 ในทุก ๆ 3 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตเพราะเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ 1 คน หรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งจะอยู่ในทวีปเอเชีย

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนขึ้น ภายใต้การทำงานของคณะทำงานพัฒนาระบบเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งแก้ไขปัญหาเชิงระบบทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน (CDC, 2020) ดังนั้นนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง (Gerald, 1991) ซึ่งการพัฒนา นโยบายที่สามารถสนับสนุนการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างสังคมที่มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งเป็นแผนระยะ 5 ปี โดยมีเป้าหมายหลักในการลดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยา หลังจากสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรก และประเทศไทยยังได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2565-2570 โดยยังคงยึดหลักการสำคัญของแผนฉบับแรก แต่มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งประเด็นสำคัญในแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 คือ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งในมนุษย์และสัตว์ และการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักเรื่องเชื้อดื้อยาแก่ประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Ministry of Public Health, Thailand, 2022)

ยาปฏิชีวนะจะมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วยเมื่อใช้ยาอย่างมีความรับผิดชอบ แต่ก็ค่อนข้างมีเอกลักษณ์เฉพาะในกลุ่มยาเนื่องจากการใช้ยาในผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในอนาคตหากมีการดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งการที่เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ หรือแบคทีเรียที่เคยไวต่อยาปฏิชีวนะนานหนึ่ง กลายเป็นดื้อยาระดับสูงในเวลาต่อมา ทำให้ยาระดับสูงไม่สามารถรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดนั้นได้ผลดีอีกต่อไป การใช้ยาดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดื้อยาด้านจุลชีพ (Fernandez, 2020) ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นปัญหาระดับโลกและไม่มีข้ออ้างว่าการดื้อยาจะทุเลาลง ทำให้ผู้ติดเชื้อที่ดื้อยารักษาที่มีอยู่นั้นมีโอกาสที่จะรักษาหายลดลง และมักพบในประเทศที่ประชากรมีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Lim et al., 2016) ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความเข้าใจและการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาทั้งทางบวกและทางลบ โดยเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งด้านพฤติกรรม ความเข้าใจ ความรอบรู้ความเชื่อและทัศนคติ รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพย่อมส่งผลให้เกิดแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามหากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการ



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวังมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมากเกินไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อการรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Coenen et al., 2002) ดังนั้นการปฏิบัติตามการรักษาขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้ป่วย ความเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงแพทย์และเภสัชกร นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุของผู้ป่วย เพศ ชชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ สุขอนามัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน ล้วนส่งผลต่อความเหมาะสมของการรักษาและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย (Barbosa & Levy, 2000) ด้วยเหตุนี้การดื้อยาปฏิชีวนะจึงสร้างความเสียหายมหาศาลให้กับผู้ป่วยและระบบการดูแลสุขภาพได้ เมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่ผลกระทบร้ายแรง (de Almeida Filho, 2001)

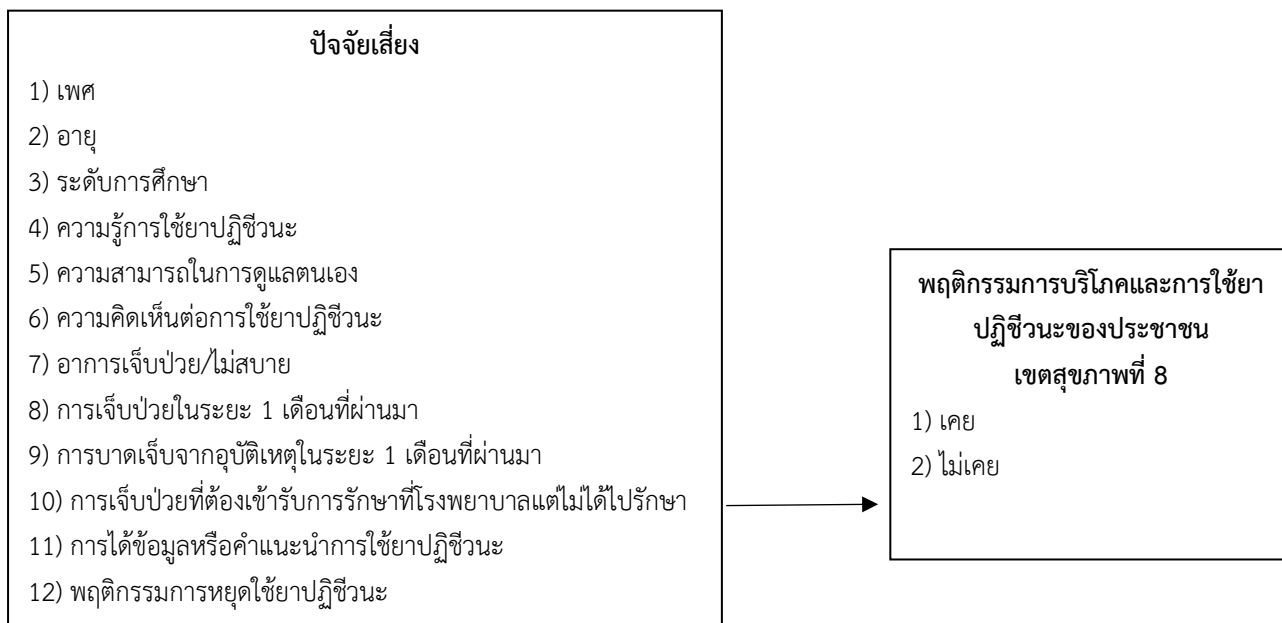
เขตสุขภาพที่ 8 ครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 875 แห่ง ซึ่งจากรายงานภาพรวมในระดับเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า โดยภาพรวมมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลผลในโรคติดเชื้อทางระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 19.48 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 20 แต่เมื่อแยกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่ามีจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ บึงกาฬ หนองบัวลำภู และนครพนม โดยมีร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเท่ากับ 25.13, 21.86 และ 22.14 ตามลำดับ (Health Region 8 Office, 2024) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 8 การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค และการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค และการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมอันจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ อาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา และการได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่มาจากการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office [NSO], 2021) เพื่อให้ทราบความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 ของประเทศไทย โดยจำนวนกลุ่มที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ลงทะเบียนการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 221 คน, จังหวัดสกลนคร จำนวน 302 คน, จังหวัดนครพนม จำนวน 275 คน, จังหวัดเลย จำนวน 279 คน, จังหวัดหนองคาย จำนวน 242 คน, จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 230 คน และ จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 229 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,778 คน (NSO, 2021) ในการศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามการสำรวจอนามัยและสถิติการ พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2) สามารถสื่อสาร อ่านออก และเขียนได้ 3) ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการสำรวจอนามัยและสถิติการ และมีเกณฑ์ในการคัดออกดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่มีทะเบียนอาศัยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 8 ของประเทศไทย 2) แบบสอบถามที่มีข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทดสอบ (Power of test analysis) จากประชากรที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 67,770 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 1,778 คน ในการวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทดสอบในครั้งนี้ ปัจจัยหลักที่ศึกษาถูกนำมาใช้ในการทดสอบ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (Overfitting) ดังแสดงในตารางที่ 1 ที่ใช้อำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง (Power of test) บนพื้นฐานการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สูตรการปรับขนาดตัวอย่าง ที่วิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

หลายตัวแปร (Multivariable analysis) (Hsieh et al., 1998) ซึ่งเพียงพอในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวๆหลายตัวแปร (Multivariable analysis)

Power	N	Pent N X = 1 (R)	P0	P1	Odds Ratio	ρ	Alpha	Beta
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.50	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.60	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.70	0.05	0.00000
1.00000	1,778	20.00	0.220	0.590	5.102	0.80	0.05	0.00000

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) อายุ มีระดับการวัดเป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale) และระดับการศึกษาสูงสุด มีระดับการวัดเป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไปรับบริการทางสาธารณสุข เป็นคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไปรับบริการทางสาธารณสุข เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และการขาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับการประเมินสถานะสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินสถานะสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ ทำได้ มีค่าเท่ากับ 1 และ มีปัญหา มีค่าเท่ากับ 2 ส่วนอาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ มี มีค่าเท่ากับ 1 และไม่มี มีค่าเท่ากับ 2

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ เป็นคำถามเกี่ยวกับยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย

- ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 1 และ ไม่เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 2



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

- ความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีการแปรความหมายค่าคะแนนความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ มีจำนวน 5 ข้อ
คะแนนเต็ม 5 คะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน 3.34-5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 1.67-3.33 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1.00-1.66 คะแนน

- พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) แล้วสร้างรหัส
ของตัวแปร (Variable code) คือ เมื่ออาการป่วยดีขึ้น มีค่าเท่ากับ 1 การรับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ
มีค่าเท่ากับ 2 และหยุดรับประทานเอง มีค่าเท่ากับ 3

- การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ มีระดับการวัดเป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale)
แล้วสร้างรหัสของตัวแปร (Variable code) คือ ไม่ได้รับ มีค่าเท่ากับ 1 และ ได้รับ มีค่าเท่ากับ 2

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยนักวิจัยยึด
หลักการดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอโดยใช้ภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล
จริงของเจ้าของข้อมูล รวมทั้งสถานที่พักอาศัย การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวส่วนบุคคล และได้รับ
อนุญาตทางจริยธรรมสำหรับการศึกษานี้มาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประเทศไทย (HE672001)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาพฤติกรรมบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 นี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ
(secondary data) ที่มาจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National
Statistical Office [NSO], 2021)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัย-
ขอนแก่น) โดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยา
ปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค
และการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis)
โดยเริ่มจากนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสู่สมการและพิจารณาความสำคัญทางด้านเนื้อหาโดยผู้วิจัยเอง จากนั้นดูผล
ความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระ 1 ตัว วิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate analysis) โดยใช้
Simple logistic regression เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว โดยคำนึงถึง ผลกระทบจากตัวแปร
อื่น ๆ ที่เหลือกำหนด p-value for entry (Pe) < 0.25, p-value for remove (Pr) > Pe (Hosmer et al.,
2013) จะถูกคัดเข้าในโมเดลเริ่มต้น (Initial model) ตามด้วยการวิเคราะห์เพื่อหาโมเดลหรือตัวแบบในการ
ทำนายพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก
แบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) เพื่อให้สามารถควบคุมผลกระทบระหว่างกลุ่ม (Clustering
effect) ในแต่ละจังหวัด และภูมิภาคในประเทศ โดยผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่สนใจศึกษา และตัวแปรร่วมที่มี
ความสัมพันธ์เข้าสู่โมเดลแล้วทำการขจัดออก โดยวิธี Backward elimination จากนั้นประเมินความเหมาะสม
ของโมเดล แล้วนำเสนอเป็นค่า Adjusted OR (Adj. OR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.05)
(Bundit, 2000)



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.44 มีอายุระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 40.55 ค่าเฉลี่ย 51.16 (SD = 14.00) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 55.12 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 98.26 มีความสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 92.91 เห็นด้วยต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 98.31 ไม่มีอาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย ร้อยละ 72.38 ไม่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 87.12 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 98.43 ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา ร้อยละ 97.58 ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 25.53 และมีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น ร้อยละ 64.45 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	1,039	58.44
ชาย	739	41.56
2. อายุ		
อายุต่ำกว่า 18 ปี	11	0.62
อายุมากกว่า 18-25 ปี	44	2.47
อายุมากกว่า 25-45 ปี	352	19.80
อายุมากกว่า 45-60 ปี	721	40.55
อายุ 60 ปีขึ้นไป	650	36.56
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.16 (14.00)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	54 (15:91)	
3. ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	24	1.35
ก่อนประถมศึกษา	200	11.25
ประถมศึกษา	980	55.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	172	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ	172	9.67
มัธยมศึกษาตอนปลายสายอาชีพ	29	1.63
อนุปริญญา	41	2.31
ปริญญาตรี	142	7.99
สูงกว่าปริญญาตรี	18	1.01
4. ความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ		
มาก	1,125	63.27
ปานกลาง	622	34.98
ต่ำ	31	1.74



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations
in Health Region 8
ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778) (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
5. ความสามารถในการดูแลตนเอง		
ทำได้	1,652	92.91
มีปัญหา	126	7.09
6. ความคิดเห็นต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ		
เห็นด้วย	1,748	98.31
ไม่เห็นด้วย	30	1.69
7. อาการเจ็บป่วย/ไม่สบาย		
ไม่มี	1,287	72.38
มี	491	27.62
8. การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	1,549	87.12
มี	229	12.88
9. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	1,750	98.43
มี	28	1.57
10. การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา		
ไม่มี	1,735	97.58
มี	43	2.42
11. การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ		
ไม่ได้รับ	1,324	74.47
ได้รับ	454	25.53
12. พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ		
เมื่ออาการป่วยดีขึ้น	559	31.44
รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ	1,146	64.45
หยุดรับประทานเอง	73	4.11

พฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 10.69 (95% CI: 0.09-0.12) ดังตารางที่ 3



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,778)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยา ปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8	จำนวน	ร้อยละ	95% interval conference
ไม่ใช้	1,588	89.31	0.87-0.90
ใช้	190	10.69	0.09-0.12

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วย 5.52 เท่า (95%CI: 3.75-8.13, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 3.90 เท่า (95%CI: 3.63-15.54, p-value 0.006) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา 7.51 เท่า (95%CI: 1.34-3.04, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ 3.11 เท่า (95%CI: 2.18-4.42, p-value < 0.001) กลุ่มที่มีพฤติกรรมการหยุดรับประทานยาปฏิชีวนะเอง มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ 2.45 เท่า (95%CI: 1.13-5.30, p-value < 0.001) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ 5.07 เท่า (95%CI: 3.58-7.16, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 (n = 1,778)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
1. การเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา						<0.001
ไม่มี	1,549	7.75	1	1	1	
มี	229	30.57	5.03	5.52	3.75-8.13	
2. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา						0.006
ไม่มี	1,750	10.23	1	1	1	
มี	28	39.29	3.92	3.90	1.38-11.11	
3. การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้ไปรักษา						<0.001
ไม่มี	1,324	9.74	1	1	1	
มี	454	48.84	6.30	7.51	3.63-15.54	

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุระดับ (Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8 (n = 1,778) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ	Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
4. พฤติกรรมการหยุดใช้ยาปฏิชีวนะ						
รับประทานครบตามที่แพทย์แนะนำ	1,146	6.54	1	1	1	<0.001
เมื่ออาการป่วยดีขึ้น	559	18.60	3.11	3.11	2.18-4.42	
หยุดทานเอง	73	15.07	2.47	2.45	1.13-5.30	
5. การได้ข้อมูลหรือคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะ						
ไม่ได้รับ	1,246	5.89	1	1	1	<0.001
ได้รับ	78	24.67	5.15	5.07	3.58-7.16	

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 8 อยู่ที่ร้อยละ 10.69 (95% CI: 0.09-0.12) แสดงให้เห็นว่าประชาชนประมาณ 1 ใน 10 คนในเขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่น่ากังวล เมื่อเทียบกับเป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ที่กำหนดให้ลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงร้อยละ 20-30 (Tangcharoensathien et al., 2017) ความชุกที่พบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเร่งดำเนินการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในเขตสุขภาพที่ 8 ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2565-2569 (Ministry of Public Health, Thailand, 2022) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคยาปฏิชีวนะของประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 อาจเกิดขึ้นได้จากทัศนคติต่อการรักษา เช่น ความเชื่อว่าจะต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้แก่ประชาชน การควบคุมการกระจายยา และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในสถานพยาบาลทุกระดับ ซึ่งประเทศไทยมีแนวโน้มของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 6.30 พ.ศ. 2564 ร้อยละ 6.86 และ พ.ศ. 2566 ร้อยละ 8.80 (Tomson & Sterky, 1986) ซึ่งอาจอธิบายได้จากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย แต่หากเปรียบเทียบกับภูมิภาคเอเชียแล้วนั้น ประเทศไทยมีความชุกของการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าทุกประเทศ ตามการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะของแต่ละประเทศ ประกอบด้วย ประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 11.7% และประเทศศรีลังกา ร้อยละ 11.0% (Kamata et al., 2018) เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจเป็นพื้นฐานเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับคนในครอบครัว ซึ่งปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ และมีผลในการรักษาโรคหวัดหรือไข้หวัดใหญ่ (Zawahir et al., 2021) ความเข้าใจดังกล่าวจึงทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิด เช่น การซื้อยามา



ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

รับประทานเอง การหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น การร้องขอยาจากแพทย์ และการใช้ยาที่ผิดข้อบ่งชี้ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้เท่านั้นจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคคลและสามารถ นำความรู้เหล่านั้นไปบอกต่อเพื่อให้ครอบครัว สังคม และชุมชน มีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล (Gualano et al., 2015; Miyano et al., 2022; Pauzi et al., 2024)

ยิ่งไปกว่านั้นในยุคปัจจุบันมีการเข้าถึงร้านขายยา และประชาชนสามารถซื้อยาได้ตามพื้นที่ชุมชน (Hassan et al., 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งพบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจซื้อยาปฏิชีวนะมาบริโภคเองแบบไม่ผ่านการวินิจฉัยโรครวมทั้งการหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้การรับประทานยาปฏิชีวนะไม่ได้ประสิทธิผลและอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยง ต่อการแพ้ยาและเกิดการดื้อยาของการติดเชื้อในครั้งต่อไป นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดแล้วยังพบว่า การขาดความรู้จากอุบัติเหตุ เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเลือกใช้ยาไดคลอกซาซิลลิน (Dicloxacillin) ซึ่งเป็น ยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) ที่แพทย์สั่งจ่ายเพื่อรักษาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcal (Kiel et al., 2020) ดังนั้นจึงทำให้การบริโภคยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Valladales-Restrepo et al., 2023; Vella et al., 2021) ประกอบกับในยุคปัจจุบันมี การเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้อย่างแพร่หลายตามร้านค้าและร้านยาเภสัชกรรมตามชุมชน ประชาชนจึงเลือกใช้ยา ปฏิชีวนะเพื่อรักษาการอักเสบของบาดแผลโดยขาดการประเมินที่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อว่าสามารถรักษาอาการ อักเสบให้หายเร็วขึ้น

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือเป็นบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชน ทั้งในส่วนของ เจ้าหน้าที่ผู้จ่ายยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องและสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ประชาชน หากประชาชนได้รับคำแนะนำที่ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถ ตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง จะนำไปสู่การใช้ยาได้อย่างสมเหตุสมผล อย่างไรก็ตามหากความตระหนักด้าน สุขภาพไม่มากพอ ย่อมทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Chanla-or, 2023; Kallu et al., 2024; Traikumdan, 2022) นอกจากนี้การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปมักจะเชื่อมโยงกับ การใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในกลุ่มอาเซียน และประเทศที่กำลังพัฒนาที่ พบว่า มีการสั่งยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นบ่อยครั้ง (Sihavong et al., 2006; Taylor et al., 2003) หากสิ่งนี้ เกิดขึ้นในประเทศไทยย่อมส่งผลให้งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงขึ้น ดังนั้นหากประชาชนเขตสุขภาพที่ 8 ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์จนเกิดความเข้าใจและสามารถ ประเมินผลอาการเจ็บป่วยได้จะช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถลดการจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ด้วยเหตุนี้การพัฒนาความรู้เรื่องการใช้ยา ปฏิชีวนะและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน จึงเป็นรากฐานที่สำคัญ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อมูลทุติยภูมิได้มาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในแง่ของตัวแปรปัจจัยที่นำมาใช้ในการ ศึกษาและความสมบูรณ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ในการศึกษานี้จึงไม่สามารถครอบคลุมตัวแปรที่สำคัญอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแผนและสร้างนโยบายสุขภาพ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขปัญหาการบริโภคยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะสาเหตุจากการขาดความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนเพื่อให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผลมากขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และบุคลากรทางการแพทย์ในความตระหนักการจ่ายยาที่เหมาะสม

3. ควรมีการสร้างองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกภาคส่วนและเกิดการบูรณาการร่วมกันเพื่อสร้างนโยบายดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ตอบสนองภารกิจการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะการลดภาระในการใช้ยาปฏิชีวนะ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการป้องกันการดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองเป็นแบบอย่างที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจหยุดใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเองของประชาชน
2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน
3. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบในการลดปัจจัยเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ในการใช้ฐานข้อมูล จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ประเทศไทย และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

References

- Barbosa, T. M., & Levy, S. B. (2000). The impact of antibiotic use on resistance development and persistence. *Drug Resistance Updates*, 3(5), 303-311. <https://doi.org/10.1054/drup.2000.0167>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bundit, T. (2000). *Analysis of data in health research using logistic regression*. Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Operating schools during COVID-19: CDC's considerations: Operating schools during COVID-19*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/92308>
- Chanla-or, N. (2023). Prevalence and factors associated with the sale of dangerous drugs in grocery stores within Muang Lamphang District, Lamphang Province. *Journal of Health and Consumer Protection*, 3(2), 147-160. (in Thai)
- Coenen, S., Michiels, B., Van Royen, P., Van der Auwera, J. C., & Denekens, J. (2002). Antibiotics for coughing in general practice: A questionnaire study to quantify and condense the reasons for prescribing. *BMC Family Practice*, 3, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-3-16>



- de Almeida Filho, N. (2001). For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400002>
- Fernandez, R. M. (2020). SDG3 good health and well-being: Integration and connection with other SDGs. In W. Leal Filho, T. Wall, A. M. Azul, L. Brandli, & P. G. Özuyar (Eds.), *Good health and well-being* (pp. 629-636). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95681-7_64
- Gerald, M. C. (1991). National drug policy and rational drug use: A model curriculum for developing countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(Suppl. 2), 95-99. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(91\)90119-t](https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90119-t)
- Gualano, M. R., Gili, R., Scaioli, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2015). General population's knowledge and attitudes about antibiotics: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24(1), 2-10. <https://doi.org/10.1002/pds.3716>
- Hassan, Y., Abd Aziz, N., Sarrieff, A., Darwis, Y., & Ibrahim, P. (1994). Comprehension of antibiotic instructions in an outpatient Malaysian practice. *Hospital Pharmacy*, 29(1), 48-50.
- Health Region 8 Office. (2024). *Report on antibiotic use situation in Health Region 8 for the year 2024*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623-1634. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980730\)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S)
- Kallu, S. A., Kebede, N., Kassa, T., Wubaye, A. M., Kainga, H., Mekonnen, H., & Simuunza, M. C. (2024). Knowledge, attitudes, practices, and risk perception of antimicrobial use and antimicrobial resistance among dairy farm owners/workers in Addis Ababa, Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 17, 1839-1861. <https://doi.org/10.2147/IDR.S453570>
- Kamata, K., Tokuda, Y., Gu, Y., Ohmagari, N., & Yanagihara, K. (2018). Public knowledge and perception about antimicrobials and antimicrobial resistance in Japan: A national questionnaire survey in 2017. *PLOS ONE*, 13(11), e0207017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207017>
- Kiel, A., Catalano, A., Clark, C. M., Wattengel, B. A., Mason, J., Sellick, J., & Mergenhausen, K. A. (2020). Antibiotic prescribing in the emergency department versus primary care: Implications for stewardship. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(6), 789-795.e2. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.03.016>



- Lim, Y. J., Osman, A., Salahuddin, S. N., Romle, A. R., & Abdullah, S. (2016). Factors influencing online shopping behavior: The mediating role of purchase intention. *Procedia Economics and Finance*, 35, 401-410. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)00050-2)
- Ministry of Public Health, Thailand. (2022). *Thailand's national strategic plan on antimicrobial resistance 2022–2026* (2nd ed.). <https://spd.moph.go.th/public-health-resources-report/>
- Miyano, S., Htoon, T. T., Nozaki, I., Pe, E. H., & Tin, H. H. (2022). Public knowledge, practices, and awareness of antibiotics and antibiotic resistance in Myanmar: The first national mobile phone panel survey. *PLOS ONE*, 17(8), e0273380. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273380>
- National Statistical Office (NSO). (2021). Health and Welfare Survey Report [Internet]. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505170315_44270.pdf
- Pauzi, Z. M., Hassan, B. A. R., Neo, C. F., Mohammed, A. H., Blebil, A., & Dujaili, J. (2024). Antibiotic use and resistance in a tertiary care hospital: Knowledge and attitude among patients of orthopaedic and surgical wards in Malaysia. *Journal of Pharmacy and Health Services Research*, 15(1), rmab068. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmab068>
- Sihavong, A., Lundborg, C. S., Syhakhang, L., Akkhavong, K., Tomson, G., & Wahlström, R. (2006). Antimicrobial self medication for reproductive tract infections in two provinces in Lao people's democratic republic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2), 182-186. <https://doi.org/10.1136/sti.2005.016352>
- Tangcharoensathien, V., Sattayawutthipong, W., Kanjanapimai, S., Kanpravidth, W., Brown, R., & Sommanustweechai, A. (2017). Antimicrobial resistance: From global agenda to national strategic plan, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(8), 599–603. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179648>
- Taylor, J. A., Kwan-Gett, T. S. C., & McMahon, E. M. (2003). Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children. *Pediatrics*, 111(5 Pt 1), e548-e554. <https://doi.org/10.1542/peds.111.5.e548>
- Tomson, G., & Sterky, G. (1986). Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries. *Lancet*, 2(8507), 620-622. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)92438-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)92438-4)
- Traikumdan, P. (2022). Factors associated with antibiotics used working age group in Chaloe Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*, 28(1), 62-69. (in Thai)
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>



Risk Factors Associated with Antibiotic Use Behavior of Populations in Health Region 8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 8

- Valladales-Restrepo, L. F., Aristizábal-Carmona, B. S., Giraldo-Correa, J. A., Acevedo-Medina, L. F., Valencia-Sánchez, L., Acevedo-López, D. T., Gaviria-Mendoza, A., Machado-Duque, M. E., & Machado-Alba, J. E. (2023). Antibiotic management of uncomplicated skin and soft tissue infections in the real world. *Microorganisms*, 11(6), 1369. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11061369>
- Vella, V., Galgani, I., Polito, L., Arora, A. K., Creech, C. B., David, M. Z., Lowy, F. D., Macesis, N., Ridgway, J. P., Uhlemann, A. C., & Bagnoli, F. (2021). Staphylococcus aureus skin and soft tissue infection recurrence rates in outpatients: A retrospective database study at 3 US medical centers. *Clinical Infectious Diseases*, 73(5), e1045-e1053. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1717>
- Zawahir, S., Lekamwasam, S., Halvorsen, K. H., Rose, G., & Aslani, P. (2021). Self-medication behavior with antibiotics: A national cross-sectional survey in Sri Lanka. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 19(10), 1341-1352. <https://doi.org/10.1080/14787210.2021.1911647>