

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือของผู้ดูแลในการให้ยารักษาโรคหัวใจแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี

เบญจวรรณ กาญจนประภาส, พบ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

เบญจวรรณ กาญจนประภาส, พบ.
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี 20000, ประเทศไทย
Email: benjawan.kjn@gmail.
com

Received: March 28, 2022;

Revised: April 30, 2022;

Accepted: July 17, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะโลหิตจางในเด็กเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการเสริมธาตุเหล็กให้เด็กไทยอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี แต่ความชุกของภาวะโลหิตจางในจังหวัดชลบุรียังคงสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือของผู้ดูแลในการให้ยารักษาโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มผู้ดูแลเด็กจำนวน 154 คนที่มารับบริการคลินิกเด็กดีในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2564 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.2 ไม่ร่วมมือในการให้ยารักษาโรคหัวใจ จากการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ดูแลไม่ได้รับประทานยา ($p < 0.01$) เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา ($p < 0.01$) และเด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร ($p = 0.04$)

สรุป: ความไม่ร่วมมือในการให้ยารักษาโรคหัวใจขึ้นกับปัจจัยหลายประการ คลินิกเด็กดีของสถานบริการปฐมภูมิควรวางแผนในการประเมินความร่วมมือของผู้ดูแลเรื่องการให้ยา รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้รับบริการต่อไป

คำสำคัญ: ความไม่ร่วมมือ ผู้ดูแล การเสริมธาตุเหล็ก เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี

ORIGINAL ARTICLE

Factors Affecting Caregiver Non-Adherence to Iron Supplementation In Six-Month To Five-Year-Old Children

Benjawan Karnjanaprapas, MD.

Social Medicine, Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand

Corresponding author :

Benjawan Karnjanaprapas, MD.,
Social Medicine, Chonburi
Hospital, Chon Buri District,
Chon Buri 20000, Thailand
Email: benjawan.kjn@gmail.com

Received: March 28, 2022;

Revised: April 30, 2022;

Accepted: July 17, 2023

ABSTRACT

Background: The most common cause of anemia in children is iron deficiency. Although the Ministry of Health has developed an iron supplementation program for six-month-old children to five-year-old children, the prevalence of anemia is still high in Chonburi. To study the factors affecting caregiver non-adherence to iron supplementation

Methods: A cross-sectional study was conducted among 154 caregivers visiting a well-baby clinic in Mueang Chonburi from July to September 2021. Data were collected using questionnaires. Factors affecting caregiver non-adherence to iron supplementation were analyzed by binary logistic regression.

Results: The results revealed that most caregivers (55.2%) had no adherence to iron supplementation. The factors affecting caregiver non-adherence ($p < 0.05$) were caregivers' forgetfulness ($p < 0.01$), the child's refusal of iron supplementation ($p < 0.01$), and gastrointestinal side effects ($p = 0.04$).

Conclusion: From this study, adherence to iron supplementation depended on multiple factors; therefore, well-baby clinics in primary care settings should be prompt to assess caregivers' adherence and provide sufficient knowledge.

Keywords: non-adherence, caregiver, iron supplementation, six months to five years old children

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเด็กไทย สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก^{1,2} เด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะทำให้มีปัญหาทางอารมณ์ การเรียนรู้ และมีพัฒนาการไม่เท่าเด็กปกติ³ ภาวะนี้สามารถป้องกันและรักษาได้โดยการให้เสริมธาตุเหล็กหรือเพิ่มปริมาณของธาตุเหล็กในโภชนาการอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทารกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว และไม่ได้รับอาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอเป็นปัจจัยที่ทำให้ความชุกของภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น⁴⁻⁶ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มีมาตรการเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยแนะนำให้ยมน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ทุกคนเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของยมน้ำเสริมธาตุเหล็กพบว่าทำให้ความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กลดลง⁷⁻¹¹

อย่างไรก็ตาม ความชุกของภาวะโลหิตจางในจังหวัดชลบุรียังคงสูง จากสถิติของกรมอนามัย พบมีการจ่ายยมน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ในจังหวัดชลบุรีสูงถึงร้อยละ 94.23 โดยจังหวัดชลบุรีมีการให้คำปรึกษาในการจ่ายยมน้ำเสริมธาตุเหล็กสูงถึงร้อยละ 88.84 นับว่ามีการให้คำปรึกษามากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 6 ในขณะที่ความชุกภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 เดือนถึง 2 ปีของเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ที่ร้อยละ 20.87 แต่ความชุกของภาวะโลหิตจางในจังหวัดชลบุรีกลับพบว่ามีมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 6 อยู่ที่ร้อยละ 26.19¹² ซึ่งถือเป็นปัญหาโลหิตจางระดับปานกลางตามการแบ่งเกณฑ์จาก องค์การอนามัยโลก^{13,14}

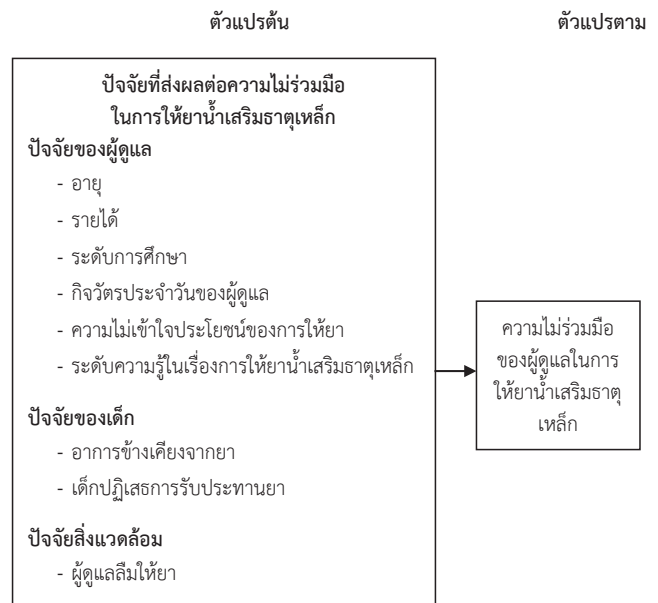
จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่พบความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก และความรู้ของมารดา โดยมากอยู่ที่ระดับต่ำ¹⁵⁻¹⁸ การศึกษาของ Christensen¹⁶ พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้ยา ได้แก่เด็กเกิดอาการข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร และมารดาลืมให้ยา รวมถึงพบว่ามารดาที่อายุมากและมีการศึกษาสูง จะมีความร่วมมือในการให้ยามากขึ้น ส่วน Bilenko¹⁷ ศึกษาพบว่าระดับรายได้ไม่ส่งผลต่อความร่วมมือ แต่ระดับความรู้ของมารดาส่งผลต่อความร่วมมือใน

การให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก ผู้วิจัยจึงดำเนินงานวิจัยนี้เพื่อทำการศึกษหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ดูแลเด็กวัย 6 เดือนถึง 5 ปี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไข และเสริมสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือของผู้ดูแลในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี

กรอบแนวคิด



วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ขอบเขตประชากร

ศึกษาในผู้ดูแลเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีที่มารับบริการคลินิกเด็กดีจากสถานพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 154 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากสูตรของ Thorndike¹⁹ คือ $n=10k+50$ (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา) โดยมีตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 140 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษา (inclusion criteria)

ผู้ดูแลเด็กวัย 6 เดือนถึง 5 ปีที่เป็นผู้ให้ยาเด็ก และได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- เด็กในความดูแลได้รับการวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง และได้รับธาตุเหล็กเพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง
- ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามเองได้ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้ทำการวิจัยให้อ่านให้ฟังได้
- ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลจำนวน 7 ข้อ และข้อมูลพื้นฐานของเด็กจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทาน เป็นมาตรวัดทางสายตา (visual analogue rating scale, VAS) ยาว 100 มิลลิเมตร ของ วันทนา มณีศรีวงศ์ กุล และคณะ²⁰ มีคำถาม 1 ข้อ ถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอของเด็กในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลร่วมมือในการให้ยา และคะแนนน้อยกว่า 80 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่ร่วมมือในการให้ยา

วันทนา มณีศรีวงศ์ กุล และคณะ²⁰ นำเครื่องมือนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าระดับคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่วัดจากมาตรวัดทางสายตามีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อไวรัสระดับต่ำ (HIV-RNA < 50 copies/mL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงชุดมาตรฐาน กังวาล และคณะ²¹ นำแบบสอบถามนี้ไปประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในเด็กโรคลมชัก มีการทดสอบความเที่ยงในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มี

คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ดูแล ทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้ประกอบด้วยคำถามจาก บุขบา อรรถาวิโร และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดี¹⁰ และคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ทั้งหมด 10 ข้อ โดยเลือกตอบ ถูก ผิด หรือ ไม่ทราบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน และแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า 6 คะแนน คือ ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60-79 หรือ 6-7 คะแนน คือ ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนนขึ้นไป คือ ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่า IOC ได้ 0.83 โดยผู้วิจัยได้ปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นั้นทำโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) ในผู้ดูแลเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำนวน 30 คน จากคลินิกเด็กดี ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลชลบุรี จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.75 และค่าความยากง่าย difficulty index ของคำถามทุกข้ออยู่ในช่วงของ 0.2-0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary

logistic regression) โดยแสดงสถิติเชิงอนุมาน คือ odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ SPSS version 20

ผลการศึกษา

จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 154 คน ร้อยละ 94.2 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กร้อยละ 79.9 เป็นมารดา รองลงมาเป็นปู่ตายาย และส่วนใหญ่เป็นคนดูแลเด็กเป็นหลัก ระดับการศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 29.2 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.9 ส่วนรายได้ในครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากอยู่ในช่วง 15,000-29,999 บาท ถึงร้อยละ 42.2 และผู้ดูแลร้อยละ 55.2 ไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก (ตารางที่ 1)

ข้อมูลของเด็กในความดูแลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย เป็นเพศหญิง ชายจำนวนเท่ากัน อายุอยู่ในช่วง 1 ปี-น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 61.7 ส่วนมากน้ำหนักเกิน 10 กิโลกรัม เด็กร้อยละ 58.4 มีน้ำหนักแรกคลอดเกิน 3,000 กรัม ขึ้นไป โดยมากไม่มีโรคประจำตัว เด็กร้อยละ 51.9 กินนมแม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 86.4 คลอดหลัง 37 สัปดาห์ เด็กส่วนใหญ่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมาเป็นระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลไม่ร่วมมือในการให้น้ำมากที่สุดคือ ลืมให้เด็กรับประทานยาร้อยละ 54.5 รองลงมาคือ กิจวัตรประจำวันไม่เอื้อต่อการให้น้ำ ร้อยละ 35.7 เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา ร้อยละ 27.3 เด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร ร้อยละ 10.4 และผู้ดูแลคิดว่ายาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่มีประโยชน์ต่อเด็ก ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) สำหรับระดับความรู้ในเรื่องยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและภาวะโลหิตจางของผู้ดูแล ร้อยละ 52.6 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.1 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.3 อยู่ในระดับสูง และคะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ที่ 5.07 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (median=5.0, SD=2.20) (ตารางที่ 4)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ดูแลด้วยสมการถดถอย

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน n=154 (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	145 (94.2)
ชาย	9 (5.8)
อายุ	
ไม่เกิน 20 ปี	16 (10.4)
21-40 ปี	114 (74.0)
41-60 ปี	22 (14.3)
61 ปีขึ้นไป	2 (1.3)
ความสัมพันธ์กับเด็ก	
แม่	123 (79.9)
พ่อ	8 (5.2)
ปู่ตายาย	19 (12.3)
อื่น ๆ	4 (2.6)
ดูแลเด็กเป็นส่วนใหญ่	
ใช่	141 (91.6)
ไม่ใช่	13 (8.4)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6 (3.9)
ประถมศึกษา	32 (20.8)
มัธยมศึกษาตอนต้น	45 (29.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36 (23.4)
อนุปริญญา/ปวส.	22 (14.3)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	13 (8.4)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63 (40.9)
รับจ้าง	29 (18.8)
เกษตรกร	1 (0.6)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	34 (22.1)
ข้าราชการ	5 (3.2)
พนักงานบริษัทเอกชน	22 (14.3)
รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน	
น้อยกว่า 15,000 บาท	58 (37.7)
15,000-29,999 บาท	65 (42.2)
30,000-49,999 บาท	23 (14.9)
50,000 บาทขึ้นไป	8 (5.2)
ความร่วมมือในการให้น้ำ	
ร่วมมือ	69 (44.8)
ไม่ร่วมมือ	85 (55.2)

โลจิสติกแบบไบนารีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ค่าสถิติ X² ใน step block และ model มีค่าเท่ากัน คือ 40.091 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า Cox & Snell R

ตารางที่ 2. ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน n=154 (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	77 (50.0)
ชาย	77 (50.0)
อายุ	
6 เดือน - น้อยกว่า 1 ปี	16 (10.4)
1ปี - น้อยกว่า 2 ปี	95 (61.7)
2 ปี- น้อยกว่า 3 ปี	28 (18.2)
3-5 ปี	15 (9.7)
น้ำหนักปัจจุบัน	
น้อยกว่า 10 กิโลกรัม	39 (25.3)
10 กิโลกรัมขึ้นไป	115 (74.7)
น้ำหนักแรกคลอด	
น้อยกว่า 2,000 กรัม	5 (3.2)
2,000-3,000 กรัม	59 (38.3)
มากกว่า 3,000 กรัม	90 (58.4)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	151 (98.1)
G6PD	2 (1.3)
ภูมิแพ้	1 (0.6)
ประวัติกินนมมารดา	
ครบ 6 เดือน	80 (51.9)
ไม่ครบ 6 เดือน	74 (48.1)
ประวัติการคลอด	
คลอดก่อน 37 สัปดาห์	21 (13.6)
คลอดหลัง 37 สัปดาห์	133 (86.4)
ระยะเวลาที่เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	
น้อยกว่า 6 เดือน	22 (14.3)
6 เดือน - 1 ปี	79 (51.3)
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	53 (34.4)

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลไม่ร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
กิจวัตรประจำวันไม่เอื้อต่อการให้ยา	55 (35.7)
เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา	42 (27.3)
คิดว่ายาไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กจึงไม่ได้ให้	6 (3.9)
เด็กมักเกิดผลข้างเคียงทางเดินอาหารหลังรับประทานยา	16 (10.4)
ลืมให้เด็กรับประทานยา	84 (54.5)

ตารางที่ 4. ระดับความรู้ของผู้ดูแล

	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	81 (52.6)
ระดับปานกลาง	54 (35.1)
ระดับสูง	19 (12.3)

square =0.23 และ Nagelkerke R square = 0.31 ผลการวิเคราะห์พบว่า มี 3 ตัวแปรที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การที่เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา ($OR = 5.50, p < 0.01$) เด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร ($OR = 4.00, p = 0.04$) และผู้ดูแลลืมให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ($OR = 5.80, p < 0.01$) ทั้ง 3 ตัวแปรทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสจะไม่ร่วมมือในการให้ยามากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีตัวแปรเหล่านี้ (ตารางที่ 5)

อภิปราย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากว่าครึ่งของผู้ดูแลร้อยละ 55.2 ไม่ร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Christensen¹⁶ และ Bilenko¹⁷ แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีมาตรการการให้เสริมธาตุเหล็กแต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือที่เพียงพอจากผู้รับบริการ ควรมีการส่งเสริมให้มีความร่วมมือในการให้ยาเพิ่มขึ้น โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการให้ยาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลลืมให้เด็กรับประทานยา เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา และเด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร โดยปัจจัยที่ผู้ดูแลลืมให้ยาพบมากที่สุด ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือเด็กไม่ยอมรับประทานยา ร้อยละ 27.3 แตกต่างจากการศึกษาของ Christensen¹⁶ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลขาดความร่วมมือมากที่สุดคือเด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร สำหรับระดับความรู้ของผู้ดูแลร้อยละ 52.6 อยู่ที่ระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 12.3 ที่มีระดับความรู้สูง และคะแนนเฉลี่ย 5.07 คะแนน อาจเป็นเพราะการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของระบบบริการสุขภาพยังไม่ดีพอ ซึ่งมีความสำคัญที่ต้องให้

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้ยากับความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก

ปัจจัย	ความร่วมมือ		B	OR	95% CI	p-value
	ร่วมมือ (ร้อยละ)	ไม่ร่วมมือ (ร้อยละ)				
อายุ						
ไม่เกิน 40 ปี	37.0	47.4	--	1 (ref)	--	--
มากกว่า 40 ปี	7.8	7.8	-0.09	0.91	0.30,2.70	0.87
รายได้						
น้อยกว่า 30,000 บาท	36.4	43.5	--	1 (ref)	--	--
30,000 บาทขึ้นไป	8.4	11.7	-0.56	0.57	0.21,1.54	0.27
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	12.3	12.3	--	1 (ref)	--	--
มัธยมศึกษา-อนุปริญญา	29.2	37.7	-0.30	0.74	0.29,1.88	0.52
ระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า	3.3	5.2	-0.84	0.43	0.08,2.20	0.31
กิจวัตรประจำวันไม่เอื้อต่อการให้ยา						
ใช่	11.7	24.0	0.73	2.07	0.89,4.79	0.09
ไม่ใช่	33.1	31.2	--	1 (ref)	--	--
เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา						
ใช่	6.5	20.8	1.70	5.50	2.19,13.84	< 0.01*
ไม่ใช่	38.3	34.4	--	1 (ref)	--	--
คิดว่ายาน้ำไม่มีประโยชน์						
ใช่	1.3	2.6	0.73	2.07	0.30,14.47	0.46
ไม่ใช่	43.5	52.6	--	1 (ref)	--	--
เด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร						
ใช่	3.2	7.1	1.39	4.00	1.06,15.07	0.04**
ไม่ใช่	41.6	48.1	--	1 (ref)	--	--
ผู้ดูแลลืมให้ยา						
ใช่	16.9	37.7	1.76	5.80	2.53,13.33	< 0.01*
ไม่ใช่	27.9	17.5	--	1 (ref)	--	--
ระดับความรู้						
ระดับต่ำ	22.1	30.5	--	1 (ref)	--	--
ระดับกลาง	16.9	18.2	0.38	1.46	0.64,3.34	0.37
ระดับสูง	5.8	6.5	0.22	1.25	0.35,4.46	0.73

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ดูแลเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับมากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การที่เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา (OR = 5.50, $p < 0.01$) เด็กเกิดอาการข้างเคียงทางเดินอาหาร (OR = 4.00, $p = 0.04$) และผู้ดูแลลืมให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (OR = 5.80, $p < 0.01$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษาของผู้ดูแล

ปัจจัยด้านกิจวัตรประจำวัน การที่คิดว่ายาไม่เกิดประโยชน์ และระดับความรู้ของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Christensen¹⁶ ที่พบว่าอายุมากขึ้นและระดับการศึกษาที่สูงอาจทำให้มีความร่วมมือเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Bilenko¹⁷ ซึ่งพบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลส่งผลต่อการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก

สาเหตุอาจเป็นเพราะประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ดูแล หรือจากคนในบ้านที่เคยเลี้ยงเด็กมาก่อนแต่ไม่เคยให้ยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก หรือความรู้สึกของผู้ดูแลว่าเด็กไม่ได้ป่วย จึงทำให้ไม่ได้มีความตั้งใจที่จะให้ยาอย่างครบถ้วน ทุกครั้งตามแพทย์สั่ง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการศึกษาวินิจฉัยแรก ๆ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการให้ ยาเสริมธาตุเหล็กและความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลใน จังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังคงพบความชุกของภาวะ โลหิตจางค่อนข้างสูง ส่วนข้อจำกัดของงานวิจัยคือไม่สามารถนับปริมาณยาน้ำที่เหลือของเด็กได้เนื่องจากการ เก็บวิจัยอยู่ในช่วงระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ทำให้มีการจำกัดปริมาณคนที่มารับบริการ ไม่สามารถ นัดหมายผู้ดูแลให้นำปริมาณยาน้ำที่เหลือมาให้ตรงตาม วันและเวลาที่กำหนดได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลกว่าครึ่งไม่ร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อความไม่ร่วมมือของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลลืมให้เด็กรับประทาน ยา เด็กปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา และเด็กเกิดอาการ ข้างเคียงทางเดินอาหาร ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิต จางและยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ดูแลเกินครึ่งอยู่ที่ ระดับต่ำ จากข้อมูลนี้สามารถนำไปส่งเสริมและพัฒนาแนว ทางเพิ่มความร่วมมือในการให้ยาของผู้ดูแล เพื่อป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นายแพทย์ธีรภัทร์ เขียรโชติ อาจารย์แพทย์สาขากุมาร เวชศาสตร์ แพทย์หญิงอาจารย์ สรเสริมสมบัติ อาจารย์ แพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด แพทย์หญิงสุรีย์พร ชิงนวรรณ และพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการคลินิกเด็กดี ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Powers J. Iron deficiency in infants and children < 12 years: Screening, prevention, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 2021 March 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than-12-years-screening-prevention-clinical-manifestations-and-diagnosis/print#>
2. Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeera-pattana W, Purttiponthane S, Yamborisut U, Boon-praderm A, et al. SEANUTS: The nutritional status and dietary intakes of 0.5–12-year-old Thai children. Br J Nutr. 2013;110 Suppl 3:S36-44.
3. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
4. Bangsombun S. Prevalence and related factors of iron deficiency anemia among infants age 6 months at health promoting hospital. Regional Health Promotion Center 3. Nursing Public Health and Education Journal. 2018;19:40-8.
5. Li Q, Liang F, Liang W, Shi W, Han Y. Prevalence of anemia and its associated risk factors among 6-months-old infants in Beijing. Front. Pediatr. 2019; 7:286. PubMed PMID: 31355169
6. Zuffo CR, Osório MM, Taconeli CA, Schmidt ST, da Silva BH, Almeida CC. Prevalence and risk factors of anemia in children. J Pediatr (Rio J). 2016;92:353-60.
7. Baker R, Greer F. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). Pediatrics. 2010;126:1040-50.
8. Aphikulchatkit Y. Prevalence of anemia and effectiveness of weekly iron supplementation in the prevention of anemia among infants aged 9-12 months in well baby clinic, Police General Hospital. Journal of The Police Nurses. 2020;12:161-70.
9. Brunken G, Muniz P, Silva S. Weekly iron supplementation reduces anemia prevalence by 1/3 in preschool children. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2004;7:210-9.
10. Autthawee B, Phongphetdit B. Control and prevention of iron deficiency anemia in children aged 6-12 months. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2020;30:82-93.
11. Duangpetsang J. Anemia in children aged 6-12 month in Well Child Clinic at Kaengkro hospital. Chaiyaphum Medical Journal. 2017;37(2):30-9

12. สรุปผลการดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือนถึง 2 ปี. ชลบุรี: กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2020.
13. Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control. WHO; 2001.
14. World Health Organization (WHO). Prevalence of anaemia in children under 5 years [Internet]. [cited 2021 March 17]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicator - details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-childrenunder-5-years\(-\),2020](https://www.who.int/data/gho/data/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-childrenunder-5-years(-),2020)
15. พชรวรรณ ลีลาภิรมย์ชัย. การศึกษาประสิทธิภาพผลการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก เปรียบเทียบกับกลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกวันกับทุกสัปดาห์ [วิทยานิพนธ์ วิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
16. Christensen L. Anemia and adherence to oral iron supplementation in a sample of children assisted by the public health network of Rosario, Santa Fe. Arch Argent Pediatr. 2013;111:288-94.
17. Bilenko N, Yehiel M, Inbar Y, Gazala E. The association between anemia in infants, and maternal knowledge and adherence to iron supplementation in southern Israel. Isr Med Assoc J. 2007;9:521-4.
18. Souganidis E, Sun K, de Pee S, Kraemer K, Rah J, Moench-Pfanner R, et al. Relationship of maternal knowledge of anemia with maternal and child anemia and health-related behaviors targeted at anemia among families in Indonesia. Matern Child Health J. 2012;16:1913-25.
19. Thorndike RM. Correlation Procedures for Research. New York: Gardner Press, 1978.
20. Maneesriwongul WL, Tulathong S, Fennie KP, Williams AB. Adherence to antiretroviral medication among hiv positive patients in Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;43 Suppl 1:S119-22.
21. Kangwal C, Kongsaktrakol C, Maneesriwongul W, Visudtibhan A. Factors related to medication adherence among children with epilepsy. Ramathibodi Nursing Journal. 2017;23:44-59.