

แบบรายการประกอบการคัดเลือกบุคคล
ของ

ชื่อ	นางสาววิภาวดี พิพัฒน์กุล
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่	๒๑๙๖
กลุ่มงาน/ ฝ่าย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงาน/ กอง/ ศูนย์	ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

กรมอนามัย

ขออนุมัติตัวบุคคลให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่	๒๑๙๖
กลุ่มงาน/ ฝ่าย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงาน/ กอง/ ศูนย์	ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

สารบัญ

	หน้า
๑. แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก (เอกสารหมายเลข ๑)	
ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล	๑
ตอนที่ ๒ การตรวจคุณสมบัติของบุคคล	๓
๒. แบบประเมินคุณลักษณะของบุคคล (เอกสารหมายเลข ๒)	
ตอนที่ ๑ รายการประเมิน	๘
ตอนที่ ๒ สรุปความเห็นในการประเมิน	๑๒
๓. แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน (เอกสารหมายเลข ๓)	
ตอนที่ ๑ หน้าที่ความรับผิดชอบ	
๑. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน	๑๔
๒. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ตามที่ ก.พ. กำหนด)	๑๖
ตอนที่ ๒ ผลการปฏิบัติงาน และหรือผลสำเร็จของงาน	๑๘
ตอนที่ ๓ ผลงานที่ส่งประเมิน	
(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เรื่อง การศึกษารูปแบบการ	๒๒
แก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	
(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ	๒๕
มากขึ้น เรื่อง การศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	
ตอนที่ ๔ การรับรองผลงาน	๒๘
๔. เกณฑ์การตัดสินการคัดเลือกบุคคล	๓๐

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗

๓. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๘๐ %

ดำเนินการวิจัยบทที่ ๑-๕ โดยมีผู้ร่วมวิจัยช่วยเก็บข้อมูล

๔. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

๑. นางมลลิส แสนใจ	สัดส่วนของผลงาน	๗ %
๒. นางอุมาพร สังขฤกษ์	สัดส่วนของผลงาน	๗ %
๓. นางพัชราภรณ์ โตสงค์	สัดส่วนของผลงาน	๖ %

๕. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) คัดเลือกอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงและต่ำ พื้นที่ละ ๒ อำเภอ รวมทั้งสิ้น ๔ อำเภอ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขระดับ รพช. และ รพ.สต. จำนวน ๒๘ ราย และหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๓๗ ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗ วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่านโยบายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กไม่ได้เน้นถึงปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีแผนงานหรือโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะ แนวทางการจ่ายยาหลากหลายรูปแบบ และเป็นลักษณะปฏิบัติตามกันมา ในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย สื่อสารนโยบายในรูปแบบหนังสือราชการและประชุมชี้แจงในรูปคณะกรรมการ CUP Board ๓-๔ เดือน/ครั้ง มีระบบการกำกับประเมินผลการติดตามความก้าวหน้างานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในรูปแบบการนิเทศติดตามงาน ๑-๒ ครั้ง/ปี ติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลโดยการสอบถามความสม่ำเสมอการรับประทานยา การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ความสำคัญของวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางจากการบอกของเจ้าหน้าที่ รับรู้ถึงความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางที่มีผลต่อสมองของทารกในครรภ์ ทำให้ตัวเล็ก ไม่แข็งแรง และมีความพิการ ระบุว่าอาหารที่จำเป็น คือ อาหาร ๕ หมู่ โดยเฉพาะเนื้อ นม ไข่ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในอำเภอที่มีภาวะโลหิตจางต่ำจะรับรู้เพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน ไม่ทราบชื่อยาเนื่องจากเป็นภาษาอังกฤษ แต่ทราบว่า คือยาบำรุงบำรุงเลือด และแคลเซียม โดยสังเกตจากลักษณะของยาและเวลาที่รับประทาน และเชื่อว่าการรับประทานยาจะช่วยบำรุงเลือด บำรุงกระดูก บำรุงสมองของเด็ก โดยรับประทานตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และฉลากบนของยา อาการข้างเคียงจากยาส่วนใหญ่ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก แต่พยายามรับประทานให้ต่อเนื่องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด และฟื้นฟูความรู้วิชาการใหม่ๆ ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรมีการทบทวนสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนทางการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ที่สำคัญผู้บริหารควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานโดยกำหนดเป็นนโยบายสำคัญขององค์กร ตลอดจนมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์และกิจกรรมบริการ อันจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๖. บทนำ

องค์การอนามัยโลกสำรวจ พบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกสูงถึงร้อยละ ๔๑.๘ โดยพบมากที่สุดทวีปแอฟริกา ร้อยละ ๕๕.๘ รองลงมาเป็นทวีปเอเชีย ร้อยละ ๔๑.๖ (Benoist, McLean, Egli, & Cogswell, ๒๐๐๘) และในประเทศไทย ร้อยละ ๑๘.๔๐ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, ๒๕๕๔) ถือว่าสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง คลอดก่อนกำหนด แท้ง ตกเลือดหลังคลอด ทารกเจริญเติบโตช้า และทารกตายในครรภ์ (Cunningham et al., ๒๐๑๐) สาเหตุของโลหิตจางที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาดธาตุเหล็ก การขาดวิตามินต่างๆ การติดเชื้อ การเสียเลือดเฉียบพลัน โรคธาลัสซีเมีย ฯลฯ

ประเทศไทยมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะขาดธาตุเหล็กด้วยการจ่ายวิตามินเสริมธาตุเหล็กให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายแต่อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผล รวมทั้งรูปแบบของการดูแลและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นแนวทางชัดเจน

ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี จึงมีแนวคิดศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยเลือกจากพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงและต่ำ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของรูปแบบการดำเนินงาน ทั้งนี้หวังว่าจะนำผลการศึกษาไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อยอด เพื่อหารูปแบบการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

๗. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

๘. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗

พื้นที่เป้าหมาย คือ อำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูง ๒ อำเภอ และอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่ำ ๒ อำเภอ รวมทั้งสิ้น ๔ อำเภอ โดยพิจารณาจากอำเภอที่มีแนวโน้ม

ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ลดลงและเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑๐ เท่ากับ ร้อยละ ๓-๕ ต่อเนื่องกันย้อนหลัง ๓ ปี ก่อนการศึกษา (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖)

ประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย

๑) บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้ที่รับผิดชอบหลักในคลินิกฝากครรภ์ ผู้อำนวยการ รพ.สต. สาธารณสุขอำเภอ ผู้ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน สสอ. รวม ๔๐ ราย

๒) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๓๓ สัปดาห์ขึ้นไป หรือหญิงหลังคลอดไม่เกิน ๔๒ วัน ที่ฝากครรภ์ในสถานบริการของรัฐ โดยไม่มีความพิการทางสติปัญญา ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย หรือได้รับยา AZT ในขณะตั้งครรภ์ และมีค่าฮีมาโตคริต ๒ ครั้ง คือในการฝากครรภ์ครั้งแรกและในการตรวจครรภ์เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น ๔ กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ ๑ ฮีมาโตคริต ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ปกติ กลุ่มที่ ๒ ฮีมาโตคริต ครั้งที่ ๑ ปกติ แต่ครั้งที่ ๒ มีภาวะโลหิตจาง กลุ่มที่ ๓ ฮีมาโตคริต ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ มีภาวะโลหิตจาง กลุ่มที่ ๔ ฮีมาโตคริต ครั้งที่ ๑ มีภาวะโลหิตจาง แต่ครั้งที่ ๒ ปกติ รวม ๓๒-๔๘ ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ๓ ชุด คือ ชุดที่ ๑ สัมภาษณ์ผู้บริหาร ชุดที่ ๒ สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน ชุดที่ ๓ สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้โปรแกรม ACCESS เพื่อสะดวกในการเรียกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ แล้วมาพิจารณาเอาเนื้อหา (content) ที่แท้จริงจากข้อมูล

๙. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

ในการเก็บข้อมูลที่ทีมวิจัยสามารถสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการได้ไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด แต่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สามารถสัมภาษณ์ได้ตามเป้าหมาย แบ่งเป็น ผู้บริหาร ๑๕ ราย ผู้ปฏิบัติงาน ๑๓ ราย และหญิงตั้งครรภ์ ๓๗ ราย ซึ่งเป็นจำนวนขั้นต่ำจากที่ได้วางแผนเอาไว้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้บริการ

กลุ่มผู้บริหารประกอบด้วย จำนวนทั้งหมด ๑๕ คน ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ ๔๐ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๙๓.๓๓ รับผิดชอบงานแม่และเด็กล้นกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๕๓.๓๓ ส่วนในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งหมด ๑๓ คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๖๑.๕๔ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๙๒.๓๑ รับผิดชอบงานด้านแม่และเด็ก ๕-๑๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๔๖ ส่วนที่ ๒ รูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ทั้งในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงและต่ำมีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

๑. นโยบาย กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับงานตามนโยบายของจังหวัด ไม่ได้เน้นการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง เช่นเดียวกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน บอกว่ายังไม่มียุบายที่ชัดเจน

เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่เป็นนโยบายตามแผนปกติ โดยเน้นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

๒. แผนงานหรือโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่กำหนดแผนงานหรือโครงการเป็นภาพรวมของอำเภอ โดยการประชุมคณะกรรมการ MCH board เพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงยังไม่มีแผนงานหรือโครงการพิเศษเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจาง เนื่องจากไม่ได้เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ มีการจัดทำแผนงานในการแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจาง ด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

๓. การได้รับการสนับสนุนในแผนงาน/ โครงการต่างๆ ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลชุมชน (CUP) เพื่อดำเนินการเป็นภาพรวมทั้งอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งที่ของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล และบางแห่งอาจมีงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) เวชภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนหลัก คือ ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและแคลเซียม ส่วนสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ เกลือไอโอดีน สื่อการสอน แผ่นพับ เป็นต้น

๔. การบริหารจัดการในสถานบริการ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ๑-๒ คน ในโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์ ๑ คน และพยาบาล ๓ คน สัตว์ส่วนพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ประมาณ ๑ ต่อ ๘ ให้บริการสัปดาห์ละ ๒ วัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ ๑-๒ คน สัตว์ส่วนประมาณ ๑ ต่อ ๓ ให้บริการสัปดาห์ละ ๑ วัน

๕. แนวทางการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เกือบทั้งหมดไม่มีแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่ชัดเจน มีการใช้ธาตุเหล็กหลายชนิด ได้แก่ Obimin-AZ, Nataral, Triferdine, Ferrous Sulphate, Ferrous Fumarate, FBC และมีแนวทางการจ่ายยามากถึง ๑๕ แนวทาง

๖. ระบบการส่งต่อ ในเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากพบภาวะเสี่ยงจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัดตามลำดับ โดยมีการประสานงานทางโทรศัพท์ หรือเครือข่ายออนไลน์ล่วงหน้า

๗. การสื่อสารนโยบายในการแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางและการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่มีการสื่อสารนโยบายในรูปแบบหนังสือราชการ และการประชุมชี้แจงของคณะกรรมการ CUP board ๔-๖ เดือน/ครั้ง ในกรณีที่ไม่มีเป็นทางการจะมีการติดต่อทางเครือข่ายออนไลน์ เช่น E-mail, Line, Facebook

๘. การกำกับติดตาม ส่วนใหญ่มีการประชุมติดตามงานของ CUP board ทุก ๑ เดือน และการนิเทศงานโดย CUP board ๑-๒ ครั้ง/ปี มีการกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลโดยการสอบถามความสม่ำเสมอของการรับประทานยา เจาะฮีมาโตคริตซ้ำเมื่ออายุครรภ์ ๒๘-๓๒ สัปดาห์ หรือทุก ๑ เดือน จนกว่าจะปกติ

๙. การประเมินผล ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ มีการประเมินผลในภาพรวมของงานอนามัยแม่และเด็กในระดับอำเภอ และมีการนิเทศงานปีละ ๒ ครั้ง ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีเพียงการนิเทศติดตามงานปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. การจัดการข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จัดเก็บข้อมูลรายเดือน และสรุปเป็นภาพรวมรายปี โดยส่วนมากเก็บข้อมูลดิบไว้แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หรือนำข้อมูลทีวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์

๑๑. ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทราบว่า ความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางที่มีผลต่อมารดาและทารก คือ มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดของมารดาและทารก ทำให้เสียเลือดมากในระยะคลอด มีผลต่อสมองของเด็ก ทราบว่าอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง คือ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ เลือด ไข่แดง ผักใบเขียว วิตามินซีช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก ชา กาแฟ ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ไม่ควรรับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กพร้อมแคลเซียมหรือนม มีส่วนน้อยที่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าธาตุเหล็กไม่ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือยาชนิดใด อีกทั้งเข้าใจว่า Folic acid คือ ธาตุเหล็ก

๑๒. การปฏิบัติตามแนวทางของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะ มีการเจาะฮีมาโตคริตซ้ำเมื่ออายุครรภ์ ๒๘-๓๒ สัปดาห์ บางแห่งเจาะซ้ำทุก ๑ เดือน จนกว่าจะปกติ และแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และเน้นให้รับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กทุกวันคนละเวลากับแคลเซียม แต่มีบางส่วนที่ไม่ได้แนะนำว่าควรรับประทานยาเวลาใด มีส่วนน้อยที่ได้รับประทานพร้อมกันทั้งธาตุเหล็กและแคลเซียม

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ จำนวนทั้งหมด ๓๗ คน แบ่งเป็น อำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง ๑๗ คน และอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ ๒๐ คน ผลการศึกษาในอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง ในเรื่องอายุ พบว่ากลุ่มปกติส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๒๐-๒๙ ปี ร้อยละ ๑๗.๖๕ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง มีอายุระหว่าง ๒๐-๒๙ ปี ร้อยละ 23.53 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าในกลุ่มปกติเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๒ ร้อยละ ๒๓.๕๓ ส่วนในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑ ระดับการศึกษา พบว่าทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ ๑๗.๖๕ ลักษณะครอบครัว พบว่าในกลุ่มปกติเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ ๔๑.๑๘ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ ๓๕.๒๙ อาชีพ พบว่าในกลุ่มปกติเป็นแม่บ้าน ร้อยละ ๒๙.๔๑ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน ร้อยละ ๑๗.๖๕ เท่ากัน รายได้ พบว่าในกลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑ และ ๔๑.๑๘ ตามลำดับ

อำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ พบว่ากลุ่มปกติ ๘ คน และกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง ๑๒ คน ในเรื่องอายุ พบว่ากลุ่มปกติ อายุระหว่าง ๒๐-๒๙ ปี และ ๓๐-๓๙ ปี มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ ๑๕ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง มีอายุระหว่าง ๒๐-๒๙ ปี ร้อยละ ๓๐ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก และครั้งที่ ๒ มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๒๐ เท่ากัน และ ๒๕ ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่าในกลุ่มปกติจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๓๕ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และอุดมศึกษา จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ ๑๕ ลักษณะครอบครัว พบว่าในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ ๒๕ และ ๖๐ ตามลำดับ อาชีพ พบว่าในกลุ่มปกติส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ ๒๕ กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง

ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๕๐ เท่ากัน รายได้ พบว่าในกลุ่มปกติ และกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และ ๔๕ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๔ ลักษณะการได้รับการบริการและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

๑. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และพฤติกรรมการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ว่าตั้งครรภ์จากการขาดประจำเดือน ร่วมกับมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง จากนั้นจึงไปฝากครรภ์พร้อมสามี ประมาณครึ่งหนึ่งไปฝากทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ และส่วนหนึ่งไปฝากครรภ์ช้ากว่า ๑๒ สัปดาห์ เนื่องจากไม่มีเวลา หรือไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าควรรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ โดยเฉพาะเนื้อ นม ไข่ ซึ่งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ และอ่านจากสมุดสีชมพู

๒. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง และพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

๒.๑ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง

๑) การรับรู้การเป็นโรค ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะโลหิตจางจากการบอกของเจ้าหน้าที่ แต่บางรายเข้าใจคลาดเคลื่อนระหว่างภาวะโลหิตจางกับโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และบางรายที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางหรือไม่

๒) การรับรู้ความเสี่ยง เกือบทั้งหมดไม่ทราบความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางต่อมารดาและทารก โดยมากรับรู้ตามความเข้าใจของตนเองว่ามีผลต่อสมองของเด็ก ทำให้ทารกไม่แข็งแรง และบางส่วนที่เข้าใจผิดคิดว่าจะส่งผลให้ทารกตัวเหลือง เป็นโรคธาลัสซีเมีย และโรคเอ๋อ

๓) การรับรู้เกี่ยวกับอาหาร ส่วนใหญ่บอกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานเพื่อป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง และบางส่วนบอกว่าจำไม่ได้ หรือไม่ทราบ ในรายที่จำได้บอกว่าเจ้าหน้าที่แนะนำให้รับประทานตับ เลือด เครื่องใน แต่จำไม่ได้ว่าอาหารเหล่านี้จะมีผลดีอย่างไรบ้าง และควรรับประทานทุกวันจะช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวดี

๔) การรับรู้เกี่ยวกับยา ส่วนใหญ่ไม่ทราบชื่อยา เนื่องจากเป็นภาษาอังกฤษ แต่ทราบว่า คือ ยาบำรุงครรภ์ ยาบำรุงเลือด และแคลเซียม โดยสังเกตจากลักษณะของยา สี รูปร่าง เวลาที่รับประทาน และรับประทานยาเนื่องจากเชื่อว่าจะช่วยบำรุงเลือด บำรุงสมองของเด็ก บำรุงกระดูก ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำเกือบทั้งหมดเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ทราบว่ายาที่ได้รับคือ ยาบำรุงครรภ์หรือยาบำรุงเลือด และแคลเซียม ไม่ควรรับประทานยาทั้งสองชนิดพร้อมกัน ส่วนในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาบำรุงครรภ์กับยาบำรุงเลือดคือตัวเดียวกัน เกือบทั้งหมดไม่ทราบว่าวิตามินเสริมธาตุเหล็กไม่ควรรับประทานพร้อมแคลเซียมหรือนม

๒.๒ พฤติกรรมป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

๑) รูปแบบและพฤติกรรมมารับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ รับประทานตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และฉลากยา อาการข้างเคียงที่พบจากการรับประทานยา ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

อุจจาระเป็นสีดำ ฯลฯ ในรายที่มีอาการข้างเคียงจะเปลี่ยนเวลารับประทานยา เช่น รับประทานก่อน หรือหลังอาหาร 1/2-๑ ชั่วโมง หรือก่อนนอน ปัญหาอื่นๆ ที่พบคือ สัมรับประทานยา เป็นที่น่าสังเกตว่าในพื้นที่ที่มีภาวะโลหิตจางต่ำ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไม่สัมรับประทานยา รับประทานยาสม่ำเสมอแม้มีอาการข้างเคียง และรับประทานธาตุเหล็กคนละเวลากับแคลเซียม ทั้งนี้มีรูปแบบและพฤติกรรมการรับประทานยาทั้งสิ้น ๑๑ รูปแบบ

๒) การติดตามเรื่องการรับประทานยาของเจ้าหน้าที่ มีการติดตามการรับประทานยาของหญิงตั้งครรภ์โดยการซักถาม หากพบปัญหาจากการรับประทานยาหรือมีอาการข้างเคียงจากยา จะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ส่วนปัญหาเรื่องการสัมรับประทานยา ยังไม่พบแนวทางการติดตามและการแก้ไข ปัญหาที่ชัดเจน มีเพียงการเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาทุกวัน

๓) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง และรับประทานอาหารไม่แตกต่างจากก่อนการตั้งครรภ์ แต่รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ และอาหารบำรุงครรภ์ เช่น รับประทานไข่วันละ ๑ ฟอง ดื่มนมจืดวันละ ๑-๓ แก้ว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่รับประทานเนื้อสัตว์ได้หลากหลายชนิด แต่ไม่สามารถรับประทานได้ทุกวัน เนื่องจากต้องไปหาซื้อที่ตลาด ส่วนใหญ่รับประทานสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง มีบางรายไม่ชอบรับประทานตับ เลือด เครื่องในสัตว์ หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

๓. ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

๓.๑ การเข้าถึงแหล่งอาหาร หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่อัตราภาวะโลหิตจางต่ำ ส่วนใหญ่เข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย บ้านอยู่ใกล้ตลาด มีตลาดนัดในชุมชน บางแห่งมีรถเร่ขายอาหารเข้าไปในหมู่บ้านทุกวัน บางชุมชนเลี้ยงไก่ ปลุกผักไว้รับประทานเอง มีแหล่งน้ำและป่าธรรมชาติในชุมชน แต่ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงหญิงตั้งครรภ์เข้าถึงแหล่งอาหารยากกว่า ส่วนหนึ่งบ้านอยู่ไกลจากตลาด ในชุมชน บางแห่งมีตลาดนัดเปิดขายเพียง ๑-๒ วัน/สัปดาห์ มีส่วนหนึ่งที่หาอาหารตามแหล่งน้ำและป่าธรรมชาติในชุมชน และปลุกผักไว้รับประทานเอง

๓.๒ การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะมีสามีญาติพี่น้อง ช่วยจัดหาอาหารให้รับประทาน เตือนให้รับประทานอาหารให้ครบหมวดหมู่ และรับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กตามเวลา ญาติพี่น้องที่อยู่ต่างบ้านเมื่อมาเยี่ยมเยียนจะมีของมาฝาก และมีเพียง ๒ แห่ง ที่ได้รับการสนับสนุนอาหารเสริมจำพวก นม ไข่ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ยังไม่ทั่วถึง

๓.๓ ความคาดหวังต่อเจ้าหน้าที่และสถานที่ ส่วนใหญ่เห็นว่าบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีอยู่แล้ว ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม บางส่วนมีข้อเสนอแนะ เช่น ต้องการคำแนะนำเพิ่มขึ้น มีเวลาพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น ต้องการให้แจกอาหารเสริมหรือนม ให้บริการที่รวดเร็ว มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น มีการติดตามหลังคลอด เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่ ๑ รูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

๑. นโยบาย มีการดำเนินงานตามนโยบายของจังหวัด โดยเน้นตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และตามปัญหาของพื้นที่ ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจาง การแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจางจึงถูกสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมบริการของคลินิกฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรีย์ พันธุ์คำ และคณะ (๒๕๕๗) ที่พบว่าการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ตาม นโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ทั้งนี้หากผู้บริหารเป็นประธาน MCH board เป็นสูตินรีแพทย์ จะมีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายไปสู่การแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจางในภาพรวมของอำเภอได้

๒. แผนงานหรือโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจาง ส่วนใหญ่กำหนดแผนงานหรือโครงการเป็นภาพรวมของอำเภอ โดยมีการประชุมคณะกรรมการ MCH board เพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงยังไม่มีแผนงานเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจาง ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตรา ภาวะโลหิตจางต่ำมีการจัดทำแผนงานในการแก้ไขปัญหาลหิว โลหิตจาง แต่เป็นกิจกรรมด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam อ้างใน รัชณี มิตกิตติและคณะ (๒๕๔๔) ที่ได้นำเสนอว่าการตัดสินใจเพื่อการวางแผน จะมีการการใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อม จากนั้นจึงนำไปสู่การกำหนดจุดประสงค์ของโครงการ การกำหนดโครงสร้างของแผนงาน ขั้นตอนการดำเนินโครงการ การนำโครงการไปปฏิบัติ การประเมินกระบวนการ และการทบทวนโครงการ

๓. การได้รับการสนับสนุนในแผนงาน/ โครงการต่างๆ ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาล ชุมชน (CUP) เพื่อดำเนินการเป็นภาพรวมทั้งอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งที่ขอ งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล และบางแห่งอาจมีงบประมาณ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP) เวชภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนหลัก คือ ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กและ แคลเซียม ส่วนสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ เกลือไอโอดีน สื่อการสอน แผ่นพับ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิภา ภูวงศ์พันธุ์กุล (๒๕๕๖) ที่วิเคราะห์ว่าหากมีการจัดระบบบริการเครือข่ายที่ดี มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง คป สอ. ให้การสนับสนุน MCH board และผู้บริการให้การสนับสนุน ทั้งด้านนโยบายและทรัพยากร จะช่วยป้องกันการ เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ได้

๔. การบริหารจัดการในสถานบริการ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่ และเด็ก ๑-๒ คน ในโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์ ๑ คน และพยาบาล ๓ คน สัตว์ส่วนพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ ประมาณ ๑ ต่อ ๘ ให้บริการสัปดาห์ละ ๒ วัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ ๑-๒ คน สัตว์ส่วนประมาณ ๑ ต่อ ๓ ให้บริการสัปดาห์ละ ๑ วัน หากมีประชุมหรือมีกิจกรรมอย่างอื่น อาจส่งผล ให้กิจกรรมบริการช้าลง หรือระยะเวลาการให้บริการบางกิจกรรมอาจลดลง เนื่องจากการฝากครรภ์มีหลาย ขั้นตอน จากการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ชือเลื่อม, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุนนท์ และ สมชาย วิริภิมย์กุล (๒๕๕๓) พบว่าสถานบริการมีบุคลากรจำนวนจำกัด มีกิจกรรมการให้บริการหลายขั้นตอน ทำให้บางครั้งให้บริการไม่ทันกับจำนวนผู้รับบริการ หากมีประชุมหรืออบรมจะมีความวุ่นวายมาก และการศึกษา ของสุนทรีย์ พันธุ์คำ และคณะ (๒๕๕๗) พบว่าในสถานบริการที่มีบุคลากรเพียงพอ มีบางรายที่ขาดความ

กระตือรือร้น ขาดจิตบริการ และบางแห่งที่มีบุคลากรจำกัดแต่มีภาระงานมาก อาจส่งผลให้ได้งานในเชิงปริมาณ แต่ได้คุณภาพไม่เต็มที่

๕. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก กระทรวงสาธารณสุขแนะนำว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางควรได้รับธาตุเหล็กในขนาดของการรักษา คือ ธาตุเหล็ก ๖๐ มิลลิกรัม วันละ ๒-๓ ครั้ง ครั้งละ ๑ เม็ด จากนั้น ตรวจเลือดเพื่อหาค่าฮีโมโกลบินหรือ CBC หลังการรักษา ๔ สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล คือ ฮีโมโกลบินสูงขึ้นเกิน ๑ กรัมต่อเดซิลิตร แสดงว่าร่างกายตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก และถึงแม้ว่าค่าฮีโมโกลบินจะกลับสู่ปกติแล้ว ควรให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กขนาดรักษาทุกวันต่อไปอีก ๖๐ วัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) จากการศึกษาพบว่า มีการใช้ธาตุเหล็กหลายชนิด ได้แก่ Obimin-AZ, Nataral, Triferdine, Ferrous Sulphate, Ferrous Fumarate, FBC และมีแนวทางการจ่ายยามากถึง ๑๕ แนวทาง โดยเกือบทั้งหมดไม่มีแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นแนวทางที่ปฏิบัติตามกันมา หรือปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ส่วนหนึ่งแพทย์ไม่จ่ายยาเพิ่มเนื่องจากบอกว่าภาวะโลหิตจางเป็นภาวะปกติที่พบได้ในหญิงตั้งครรภ์ แพทย์บางส่วนจ่าย Folic acid เพิ่ม โดยให้เหตุผลว่าภาวะโลหิตจางเกิดจากหลายสาเหตุ และในประเทศไทยการตรวจซีรั่มเฟอร์ริตินเพื่อดูภาวะขาดธาตุเหล็กยังทำได้น้อยมากเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง จึงให้การรักษาควบคู่กันทั้งธาตุเหล็ก และ Folic acid

๖. ระบบการส่งต่อ ในเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากพบภาวะเสี่ยงจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัดตามลำดับ โดยมีการประสานงานทางโทรศัพท์ หรือเครือข่ายออนไลน์ล่วงหน้า จากการศึกษาพบว่าระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มีความคล้ายคลึงกันทุกแห่ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กที่เสนอแนะให้เครือข่ายบริการสุขภาพของแต่ละจังหวัดมีแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการสื่อสารในปัจจุบันเอื้อต่อการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ ทำให้สถานบริการปลายทางได้รับข้อมูลการส่งต่อที่รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น

๗. การสื่อสารนโยบายในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางและการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก จากการศึกษา พบว่า มีการสื่อสารนโยบายการดำเนินงานในรูปแบบหนังสือราชการ และการประชุมชี้แจงของคณะกรรมการแม่และเด็กในระดับอำเภอ ในกรณีที่ไม่เป็นทางการจะติดต่อทางเครือข่ายออนไลน์ เช่น E-mail, Line, Facebook ทั้งนี้ในการทำงานของเครือข่ายบริการด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้มีทีมที่หลากหลาย มีการสื่อสารทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อการทำงานที่สอดคล้องและประสานกันในทุกระดับ (เดชา แซ่หลี่, กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, สุกัญญา หังสพฤกษ์, ชิตสุภาวงศ์ ทิพย์เที่ยงแท้, ขาสีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์ และ ทศนีย์ ญาณะ, ๒๕๕๗)

๘. การกำกับติดตาม ส่วนใหญ่มีการประชุมติดตามงานในระดับของ CUP board ทุก ๑ เดือน และการนิเทศงานโดย CUP board ๑-๒ ครั้ง/ปี การดำเนินงานตามแผนงานหรือยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้นั้น ควรมีการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของงาน กระตุ้นและจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานรับเอากลยุทธ์ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (ดำรง วัฒนา, ๒๕๕๕)

๙. การประเมินผล ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ มีการประเมินผลในภาพรวมของงานอนามัยแม่และเด็กในระดับอำเภอ และมีการนิเทศงานปีละ ๒ ครั้ง ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีเพียงการนิเทศติดตามงาน ปีละ ๒ ครั้ง ทั้งนี้ควรมีระบบติดตามประเมินผลและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้บริหารมาเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจในการทำงาน และดูสภาพการทำงานจริง เพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที (เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และสมชาย วิริกรรมย์กุล, ๒๕๕๓)

๑๐. การจัดการข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จัดเก็บข้อมูลรายเดือน และสรุปเป็นภาพรวมรายปี โดยส่วนมากเก็บข้อมูลดิบไว้แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หรือไม่ได้นำข้อมูลที่วิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อง, ศิริกุล อิศรานุรักษ์, จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และสมชาย วิริกรรมย์กุล (๒๕๕๓) ที่ประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่า ยังไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ครบคลุม และสมบูรณ์ ตามข้อมูลตัวชี้วัด เนื่องจากยังไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดี ในทำนองเดียวกัน จากการดำเนินงานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการทบทวนสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนแนวทางการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี, ๒๕๕๗)

๑๑. ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทราบว่า ความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางที่มีผลต่อมารดาและทารก คือ มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดของมารดาและทารก ทำให้เสียเลือดมากในระยะคลอด มีผลต่อสมองของเด็ก อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง คือ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ เลือด ไข่แดง ผักใบเขียว ส่วนชา กาแฟ แคลเซียมหรือนมขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก อย่างไรก็ตามธาตุเหล็กในพืชจะดูดซึมได้เพียงร้อยละ ๒-๑๐ อีกทั้งเส้นใยอาหารมีผลให้ธาตุเหล็กดูดซึมได้น้อยลง ดังนั้น การรับประทานธาตุเหล็กจากเนื้อสัตว์จะดูดซึมได้ดีกว่า (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, ๒๕๕๐) และการรับประทานไข่โดยเฉพาะไข่แดงควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีร่วมด้วยเพื่อช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานแคลเซียมหรือนมห่างจากธาตุเหล็ก ๑-๒ ชั่วโมง เนื่องจากแคลเซียมจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่บางรายไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าธาตุเหล็กไม่ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือยาชนิดใด อีกทั้งเข้าใจว่า Folic acid คือธาตุเหล็ก อาจเนื่องมาจากในรายที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ไม่ได้ใช้เฟอร์รัส แต่ใช้ Folic acid เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง และหลีกเลี่ยงการเพิ่มธาตุเหล็กในกระแสเลือด จึงทำให้บางส่วนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า Folic acid คือธาตุเหล็ก

๑๒. การปฏิบัติตามแนวทางของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะ เป็นการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ ทั้งนี้สถานพยาบาลส่วนใหญ่เจาะฮีมาโตคริตซ์เมื่ออายุครรภ์ ๒๘-๓๒ สัปดาห์ บางแห่งเจาะซ้ำทุก ๑ เดือน จนกว่าผลเลือดจะปกติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ที่แนะนำให้ภายหลังการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ควรเจาะฮีมาโตคริตซ์ ๔ สัปดาห์ โดยให้ยาต่อเนื่องไปจนกระทั่งฮีมาโตคริตซ์หรือฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ และให้ยาขนาดรักษาต่อเนื่องไปอีก ๖๐ วัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และเน้นให้รับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กทุกวันโดยรับประทานคนละเวลากับแคลเซียม แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ไม่ได้ให้คำแนะนำว่าควรรับประทานยาเวลาใด มีส่วนน้อยที่รับประทานพร้อมกันทั้งวิตามินเสริมธาตุเหล็กและแคลเซียม ในการปฏิบัติงานการที่เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาอ่านหนังสือ หรือค้นคว้าความรู้วิชาการใหม่ๆ (สุนทรียพันธุ์คำ และคณะ, ๒๕๕๗) ทั้งนี้หากเจ้าหน้าที่มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีการอธิบายเหตุผลของแนวทางการรักษา จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและเห็นประโยชน์ของการดูแลตนเองมากขึ้น

ประเด็นที่ ๒ ลักษณะการได้รับบริการและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

๑. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และพฤติกรรมการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ว่าตั้งครรภ์จากการขาดประจำเดือน ร่วมกับมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง จากนั้นจึงไปฝากครรภ์พร้อมสามี ประมาณครึ่งหนึ่งไปฝากทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ และส่วนหนึ่งไปฝากครรภ์ช้ากว่า ๑๒ สัปดาห์ เนื่องจากไม่มีเวลา หรือไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าควรรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ โดยเฉพาะเนื้อ นม ไข่ ซึ่งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ และอ่านจากสมุดสีชมพู

๒. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง และพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

๒.๑ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง

๑) การรับรู้การเป็นโรค ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะโลหิตจางจากการบอกของเจ้าหน้าที่ แต่บางรายเข้าใจคลาดเคลื่อนระหว่างภาวะโลหิตจางกับโรคธาลัสซีเมีย และบางรายที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางหรือไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ทองวัฒน์ (๒๕๕๒) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจากการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพภายหลังการเจาะเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยหญิงตั้งครรภ์ยอมรับและเชื่อว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจริงตามคำวินิจฉัยของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามการที่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและโรคธาลัสซีเมีย อาจเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาเพื่อเจาะเลือดเจ้าหน้าที่จะใช้คำว่า “โลหิตจาง” และ “โลหิตจางธาลัสซีเมีย” หญิงตั้งครรภ์บางรายจึงมีความเข้าใจว่าทั้งสองอย่างเป็นภาวะเดียวกัน

๒) การรับรู้ความเสี่ยง เกือบทั้งหมดไม่ทราบความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางต่อมารดาและทารก โดยมากรับรู้ตามความเข้าใจของตนเองว่ามีผลต่อสมองของเด็ก ทำให้ทารกไม่แข็งแรง และบางส่วนเข้าใจว่าทำให้ทารกตัวเหลือง เป็นโรคธาลัสซีเมีย และโรคเอดส์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบผลกระทบของภาวะโลหิตจางอาจส่งผลให้ดูแลตนเองน้อยลง การศึกษาของศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (๒๕๔๑) พบว่าก่อนการทดลองหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๙๐ และ ๗๐ ตามลำดับ และภายหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค (รัชดา อุษยีนยงค์, ๒๕๕๐)

๓) การรับรู้เกี่ยวกับอาหาร ส่วนใหญ่บอกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง และบางส่วนบอกว่าจำไม่ได้ หรือไม่ทราบ ในรายที่จำได้บอกว่าเจ้าหน้าที่แนะนำให้รับประทานตับ เลือด เครื่องใน แต่จำไม่ได้ว่าอาหารเหล่านี้จะมีผลดีอย่างไรบ้าง และควรรับประทานไข่วันวันจะช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวดี การบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร เป็นคำกล่าวหรือข้อความที่บอกต่อๆ กันมา โดยที่บางคนอาจไม่ทราบว่าเมื่อรับประทานแล้วจะให้ประโยชน์หรือโทษอย่างไร (Kolasa, ๑๙๘๑)

๔) การรับรู้เกี่ยวกับยา กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก วันละ ๖๐ มิลลิกรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของเฟอร์รัสซัลเฟต หรือเฟอร์รัสฟูมาเรท ๒๐๐ มิลลิกรัม วันละ ๑ เม็ด เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบชื่อยา เนื่องจากเป็นภาษาอังกฤษ แต่ทราบว่า คือ ยาบำรุงครรภ์ ยาบำรุงเลือด และแคลเซียม โดยสังเกตจากสี รูปร่าง เวลาที่รับประทาน และรับประทานยาเนื่องจากเชื่อว่าจะช่วยบำรุงเลือด บำรุงสมองของเด็ก บำรุงกระดูก ทั้งนี้ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำเกือบทั้งหมดเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ทราบว่ายาที่ได้รับคือ ยาบำรุงครรภ์หรือยาบำรุงเลือด และแคลเซียม ไม่ควรรับประทานยาทั้งสองชนิดพร้อมกัน ส่วนในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาบำรุงครรภ์กับยาบำรุงเลือดคือตัวเดียวกัน เกือบทั้งหมดไม่ทราบว่ายาวิตามินเสริมธาตุเหล็กไม่ควรรับประทานพร้อมแคลเซียมหรือนม

๒.๒ พฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

๑) รูปแบบและพฤติกรรมการรับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ การรับประทานธาตุเหล็กพร้อมอาหารการดูดซึมจะลดลง ร้อยละ ๕๐-๗๕ เพื่อให้ได้ผลดีต่อการรักษาควรรับประทานธาตุเหล็กก่อนอาหารหรือขณะท้องว่าง และควรรับประทานธาตุเหล็กห่างจากแคลเซียมหรือนม ๑-๒ ชั่วโมง เนื่องจากแคลเซียมจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ในการศึกษาครั้งนี้พบรูปแบบและพฤติกรรมการรับประทานยาทั้งสิ้น ๑๑ รูปแบบ หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และดูแลากยา ส่วนใหญ่รับประทานยาหลังอาหารเช้าหรือนม ๕-๑๐ นาที บางส่วนรับประทานธาตุเหล็กตอนเช้า แคลเซียมตอนเย็น ส่วนหนึ่งรับประทานธาตุเหล็กก่อนอาหารเช้า ๕-๑๕ นาที บางรายรับประทานยาก่อนอาหาร ประมาณ ๓๐ นาที และดื่มนมห่างจากวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ๑/๒-๑ ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบจากการรับประทานยา ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อุจจาระเป็นสีดำ ยามีกลิ่นเหม็น ฯลฯ การศึกษาของนฤมล ทองวัฒน์ (๒๕๕๒) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานยาไม่ครบทุกมื้อเนื่องจากยามีกลิ่นเหม็น เม็ดใหญ่ รับประทานแล้วคลื่นไส้ อาเจียน พะอืดพะอม ปัญหาอื่นๆ ที่พบ คือ ลืมรับประทานยา ทั้งนี้ การเน้นย้ำของเจ้าหน้าที่ วางยาไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่าย ให้บุคคลใกล้ชิดเตือน หรือมีข้อความเตือน ช่วยแก้ไขปัญหการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นที่น่าสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีภาวะโลหิตจางต่ำ ส่วนใหญ่ไม่ลืมรับประทานยา รับประทานยาสม่ำเสมอแม้มีอาการข้างเคียง และรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กคนละเวลากับแคลเซียม

๒) การติดตามเรื่องการรับประทานยาของเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาของหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้รายบุคคลจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจปัญหาของตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง และนำไปปรับใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ สายแก้ว (๒๕๔๙) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้รายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ ($p < .05$) ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจเหตุผลของการรับประทานยา มีผลทำรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และอาจหยุดรับประทานยาเอง (Hyder, Persson, Chowdhury, & Ekstrom, ๒๐๐๒) จึงทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

๓) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง ๕ หมู่ เป็นประจำเพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การศึกษาในครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่แตกต่างจากก่อนการตั้งครรภ์ แต่พยายามรับประทานให้ครบ ๕ หมู่ และรับประทานอาหารบำรุงครรภ์ เช่น ไข่วันละ ๑ ฟอง นมจืดวันละ ๑-๓ แก้ว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่รับประทานเนื้อสัตว์ได้หลากหลายชนิด แต่ไม่สามารถรับประทานได้ทุกวัน มีบางรายไม่ชอบรับประทานตับ เลือด เครื่องในสัตว์ จากการศึกษาของสุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ (๒๕๓๓) พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมระวังเรื่องการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงครรภ์ งดอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์ เนื่องจากกลัวเด็กตัวโต คลอดยาก ในทำนองเดียวกันวิภาวดี พิพัฒน์กุล (๒๕๕๗) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะคิดว่าการรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ถือว่าเพียงพอ จึงไม่รับประทานยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก

๓. ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน และความคาดหวังต่อเจ้าหน้าที่และสถานที่ ไม่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่ำ เข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่า อาจเนื่องมาจากในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำกว่า มีการคมนาคมขนส่งสะดวก มีรถเร่เข้าถึงหมู่บ้าน มีแหล่งอาหารตามธรรมชาติ หรือปลูกพืชเลี้ยงสัตว์ไว้รับประทานเอง ส่วนในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง มีความลำบากในการเดินทาง หมู่บ้านมีร้านค้าน้อย ไม่มีสินค้าที่ต้องการ ไม่สามารถซื้อของได้ครั้งละมากๆ เนื่องจากไม่สะดวกในการเก็บ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา พัทธพรณสกุล (๒๕๔๐) ที่พบว่าการบริโภคอาหารของนักเรียนมีผลต่อการขาดสารอาหารและขาดธาตุเหล็ก โดยมีปัจจัยต่างๆ เป็นตัวขัดขวางการรับประทานอาหาร ได้แก่ การไม่มีอาหารรับประทาน และการหาซื้ออาหารค่อนข้างลำบาก นอกจากนี้การดำเนินชีวิตแบบพึ่งพาอาศัยกันของชุมชนชนบททำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมกันเป็นอย่างดี คอยเตือนให้รับประทานยาตามเวลา หาอาหารเพื่อบำรุงครรภ์ ซึ่งญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการเลือกรับประทานอาหารของครอบครัว จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น (เยาวเรศ ประภาษานนท์, ๒๕๔๐)

สำหรับข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คิดว่าระบบบริการทางสุขภาพดีอยู่แล้ว แต่มีบางส่วนที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเพิ่มขึ้น เนื่องจากจำไม่ได้ว่าเจ้าหน้าที่ให้

คำแนะนำอย่างไรบ้าง ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนซ้ำว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้มากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะเนื้อหาที่เข้ากับบริบทของหญิงตั้งครรภ์จะทำให้มีความสนใจ และจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น

๑๐. การนำไปใช้ประโยชน์

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

๑. ควรจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยอ้างอิงจากแนวทางการรักษาภาวะโลหิตจางและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปรับให้เป็นแนวทางการดำเนินงานเดียวกันทั้งจังหวัด และสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติให้ทั่วถึง พร้อมกับมีระบบการ coaching การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง

๒. หากยังไม่มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่จำเพาะสำหรับพื้นที่ สามารถใช้แนวทางการดำเนินงานของกรมอนามัย ทั้งนี้อาจต้องมีการฟื้นฟูความรู้วิชาการใหม่ๆ ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

๓. ในการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์เพื่อตรวจเลือด อาจเลี่ยงคำพูดเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย รวมถึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในอนาคต

๔. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรทบทวนสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

๑๑. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

ได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามเป้าหมาย ดังนั้นต้องประสานหน่วยงานพื้นที่เป้าหมายโดยตรง พร้อมระบุความชัดเจนในการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง การตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยซักถามนอกประเด็น ต้องมีความชัดเจนในการอธิบายและให้ข้อมูล การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามว่าไม่ทราบบางครั้งควรมีการเกริ่นนำเพื่อให้เข้าประเด็นเนื้อหาที่ผู้สัมภาษณ์ต้องการ การให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบทำให้เสียเวลาในการสัมภาษณ์ การขาดประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพในการเจาะประเด็นกับผู้ปฏิบัติทำให้เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่ครอบคลุม

๑๒. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามบริบทของสถานพยาบาล

๒. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้คำแนะนำหลายๆ รูปแบบเปรียบเทียบกัน เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบใดที่สามารถนำมาใช้ได้ผลจริงในบริบทของสถานพยาบาลที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก

๑๓. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ชาย โพธิ์ธิดา นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ นายแพทย์ยงยศ หัตถพรสวรรค์ และนายแพทย์ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และให้การสนับสนุนในการทำงานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ทุกท่านที่ร่วมดำเนินงานกับทีมวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยที่กรุณาให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำไปเป็นประโยชน์เพื่อการพัฒนาการงานส่งเสริมสุขภาพให้มี คุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

๑๔. เอกสารอ้างอิง

- นงเยาว์ สายแก้ว. (๒๕๔๙). ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ทองวัฒน์. (๒๕๕๒). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ : กรณีศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิมพา พชรพรรณสกุล. (๒๕๔๐). ประสิทธิภาพของการเสริมธาตุเหล็กทุกวันและสองวันต่อสัปดาห์ในเด็ก นักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภาวดี พิพัฒน์กุล. (๒๕๕๓). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กต่อ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (๒๕๔๑). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนทรีย์ พันธุ์คำ, เกษแก้ว เกตุพันธ์, อุมพร สังขฤกษ์, พชรภรณ์ โตสงค์, รุ่งนภา พึ่งน้ำ และมลลิว แสนใจ. (๒๕๕๗). ประเมินผลโครงการการจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม แบบมือ อาชีพ. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี.
- Hyder, S. M., Persson, L. A., Chowdhury, A. M., & Ekstrom, E. C. (๒๐๐๒). Do side-effects reduce compliance to iron supplementation? A study of daily and weekly dose regimens in pregnancy. *J Health Popul Nutr*, ๒๐(๒), ๑๗๕-๑๗๙.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาววิภาวดี พิพัฒน์กุล)

ผู้เสนอผลงาน

วันที่ / /

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริง
ทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางมลลือ แสนใจ)

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่ / /

(ลงชื่อ)

(นางอุมพร สังข์ฤกษ์)

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่ / /

(ลงชื่อ)

(นางพัชราภรณ์ โตสงค์)

ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่ / /

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกาญจนา แสงส่อง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการประเมินผลงานทางวิชาการ

สายงานพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

(ลงชื่อ)

(พญ.ทิพา ไกรลาศ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

(ลงชื่อ)

(นายเกษม เวชสุทธานนท์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

หมายเหตุ ๑. หากผลงานที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แอ็บบันทึกเสียง ฯลฯ ผู้เสนองาน อาจ
ส่งผลงานจริงประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการก็ได้
๒. จำนวนไม่เกิน ๑๕ หน้า

(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑. ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน-ตุลาคม ๒๕๕๙
๓. สรุปเค้าโครงเรื่อง

๓.๑ หลักการและเหตุผล

น้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มารดาที่มีน้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยในระหว่างตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และคลอดก่อนกำหนด ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ Schieve และคณะ (๒๐๐๐) พบว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มีผลโดยตรงต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ในทำนองเดียวกัน นิพธรณพร วรมงคล (๒๕๕๗) พบว่าอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ซึ่งดัชนีมวลกายน้อยในระยะก่อนการตั้งครรภ์มีสาเหตุมาจากภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ โดยการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ Institute of Medicine (IOM) ได้แนะนำเกณฑ์น้ำหนักที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์ของมารดาที่ตั้งครรภ์เดี่ยว ดังนี้ 1) BMI น้อยกว่า ๑๘.๕ kg/m^๒ ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ๑๒.๕-๑๘ กิโลกรัม ๒) BMI ๑๘.๕-๒๔.๙ kg/m^๒ ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ๑๑.๕-๑๖ กิโลกรัม ๓) BMI ๒๕-๒๙.๙ kg/m^๒ ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ๗-๑๑.๕ กิโลกรัม ๔) BMI มากกว่า ๓๐ kg/m^๒ ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ๕-๙ กิโลกรัม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจเกี่ยวโภชนาการ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้เหมาะสม มีการศึกษาของปิยธิดา สัมมาวรรณ ที่ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่เน้นการให้ความรู้และการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีดัชนีมวลกายปกติ มีผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ รัตนา เพชรพรรณ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกเอกชน พบว่าทารกในครรภ์กลุ่มทดลองมีการเจริญเติบโตดีกว่ากลุ่มควบคุม และไม่พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทั้งนี้งานวิจัยซึ่งมีข้อจำกัดที่แตกต่างกับหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี มีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งได้ร่วมกันวางระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จะสามารถ

เป็นตัวแทนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับใช้ในจังหวัดอื่นๆ ได้ในอนาคต

คำถามการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยจะส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดต่างจากการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนด และการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

๒) เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คุณสมบัติดังนี้ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 kg/m^2 อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์เดี่ยว ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน ๑๖ สัปดาห์ และไม่มีโรคประจำตัว

๓.๒ บทวิเคราะห์/แนวความคิดหรือแนวทางดำเนินการ/ข้อเสนอ

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคในคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี มักพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการตั้งครรภ์น้อย ไม่ได้สัดส่วน บางรายเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ตนเองชอบ ซึ่งเมื่อตั้งครรภ์ยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่นเดิม เพียงแต่รับประทานอาหารเพื่อบำรุงเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าไม่เพียงพอสำหรับการตั้งครรภ์ ทั้งนี้หากไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่จำเป็น ปริมาณที่ควรรับประทานในขณะตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม หญิงตั้งครรภ์อาจยังไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้น เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด รวมไปถึงมารดาอาจมีภาวะขาดธาตุเหล็กซึ่งมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารก จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะแนะนำตามสมุดสีชมพู ซึ่งอาจทำให้ไม่ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นมีข้อจำกัดอย่างไร สามารถปฏิบัติตามได้หรือไม่ ทั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการจะช่วยให้บุคลากรผู้ให้บริการมีแนวทางในการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่ยังไม่มีโภชนาการเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design)

ครั้งที่ ๑ (อายุครรภ์ ๑๖-๒๐ สัปดาห์) ประเมินพฤติกรรมการบริโภครายบุคคล เพื่อดูความเพียงพอของอาหารที่รับประทานแต่ละหมวดหมู่ จากนั้นให้คำแนะนำรายกลุ่ม (๒-๓ คน) ถึงความสำคัญของน้ำหนักมารดาต่อทารกในครรภ์ แนะนำปริมาณอาหารที่ควรรับประทานโดยใช้โมเดลอาหาร น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ให้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร ๗ วัน ไปบันทึกที่บ้าน และนำมาเมื่อฝากครรภ์ครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๒ (อายุครรภ์ ๒๐-๒๔ สัปดาห์) ให้คำแนะนำรายบุคคล โดยประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ตรวจสอบแบบบันทึกการรับประทานอาหาร ๗ วัน เพื่อดูความแตกต่างของอาหารที่รับประทานเปรียบเทียบ

กับพฤติกรรมการบริโภคครั้งที่ ๑ ประเมินการดูแลตนเองทั่วไปที่มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนัก เช่น อาชีพ การพักผ่อนความเชื่อ และบริบทต่างๆ ที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร จากนั้นให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบและตรงตามบริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ให้คำชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ดีหรือให้กำลังใจเพื่อเห็นว่าควรมีข้อปรับปรุง

อายุครรภ์ ๒๔-๓๒ สัปดาห์ ผ่าครรภ์ตามปกติของโรงพยาบาล ประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นครั้งที่ ๓ (อายุครรภ์ ๓๒-๓๖ สัปดาห์) ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดูแนวโน้มของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ชี้ให้เห็นว่าในช่วงไตรมาสที่สามน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากมารดาบริโภคอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้ทารกเจริญเติบโตได้ดี หากพบข้อที่ควรปรับปรุงให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ให้เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

ครั้งที่ ๔ (หลังคลอดไม่เกิน ๑ สัปดาห์) โทรศัพท์ติดตามน้ำหนักมารดา ก่อนคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกหลังคลอด

๓.๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ และขยายผลไปยังสถานบริการอื่นๆ ในโอกาสต่อไป

๓.๔ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์อย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

๒) อัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มลดลง

๓.๕ แนวคิดการพัฒนางานในอนาคต

๑) บุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลได้อย่างเป็นองค์รวม

๒) ควรมีการอบรมผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่น คนในครอบครัว อาสาสมัครชุมชน ให้สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยในชุมชน

๓) ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ให้มีความเข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางสาววิภาวดี พิพัฒน์กุล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ / /