

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

The Effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors of Pregnant
Women Having Iron Deficiency Anemia, Prachuapkirikhan Hospital

โดย

นางอารยา ภัคดีศรี

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

อารยา กัดศีร์ 2553: ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้าง
พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 165 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
กลุ่มละ 30 คน โดยใช้แบบแผนการทดลอง แบบทดสอบก่อนและทดสอบหลังทันที เครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสุขศึกษา และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ตรวจสอบ
คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน การทดสอบค่าที การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการทดสอบ
ค่าไคว์แควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้ โปรแกรมสุขศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มทดลอง มีปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้และเจตคติ
เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง
การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการ
ขาดธาตุเหล็ก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม
สุขศึกษา และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า
โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Araya Phaksorn 2010: The Effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors of Pregnant Women Having Iron Deficiency Anemia, Prachuapkirikhan Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 165 pages.

The purpose of the experimental research was to study the effectiveness of health education program for promoting self-care behaviors of pregnant women having iron deficiency anemia. The experimental design was pre test - post test Static Group Comparison Design. The sample by purposive sampling were consisted of 60 complicated pregnant women and random assignment into experimental group and comparison group. The questionnaire developed by the researcher and its quality was tested and accepted was used for collection the data 2 times, that were before training, after training. The analysis of data was done for percentage, mean, standard deviation, t – test, Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient and Chi – square test were applied for the analysis of data.

The Major finding indicated that. The experimental group had internal factor significantly higher knowledge, attitude, perception of susceptibility, severity, benefits and barriers, social support and self care behavior than before training and had these internal factors higher than the control group. The research indicated that the health education program for self-care behaviors of pregnant women having iron deficiency anemia was effective.

Student’s signature

Thesis Advisor’s signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยอย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
รองศาสตราจารย์หฤยา อารีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบ
โปรแกรมสุศึกษาและแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ทั้ง 6 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและ
ข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจ สอบแก้ไขข้อบกพร่อง ใ้งานวิจัยมีความถูกต้อง
สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาพลศึกษา สาขาสุศึกษา
และภาควิชาเทคโนโลยีทางการศึกษาที่ให้ความรู้ตามหลักสูตร อันเป็นพื้นฐานทางวิชาการที่
สามารถนำมาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงสุพรรณิ ประดิษฐ์สวางษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ประจวบคีรีขันธ์ คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอดทุกท่าน
ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสอบถาม
อย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณแม่และครอบครัวทุกคนที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุน
ทุกๆ ด้านตลอดมา ขอขอบพระคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสุศึกษาทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและ
ช่วยเหลือ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดมา
ไว้ ณ โอกาสนี้

อารยา ภัคดีศร

มกราคม 2553

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	10
อุปกรณ์และวิธีการ	66
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	78
ผลการวิจัย	78
ข้อวิจารณ์	99
สรุปและข้อเสนอแนะ	104
สรุป	104
ข้อเสนอแนะ	109
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	111
ภาคผนวก	115
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	116
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	118
ภาคผนวก ค โปรแกรมสุขศึกษา	136
ภาคผนวก ง คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	142
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	165

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	อัตรากำลังบุคลากรจำแนกตามประเภท ปีงบประมาณ 2551	12
2	อัตรากำลังข้าราชการจำแนกตามสายงาน ประจำปีงบประมาณ 2551	13
3	สถิติของผู้ป่วย เปรียบเทียบ 3 ปี (2549 - 2551)	13
4	ปริมาณของธาตุเหล็กในรูปของเกลือต่างๆ	25
5	แหล่งอาหารจากสัตว์ที่มีธาตุเหล็กสูง ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม	28
6	แหล่งอาหารจากไข่และพืชที่มีธาตุเหล็กสูง ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม	29
7	ชนิดของการเรียนรู้กับกลวิธีทางสุศึกษา	57
8	หลักการสอนหรือบรรยายหรือหลักการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้	58
9	จำนวนร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	80
10	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่วัดก่อนและหลังทดลองทันที	82
11	จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง	84
12	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง	85
13	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลัง ทดลอง	86
14	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

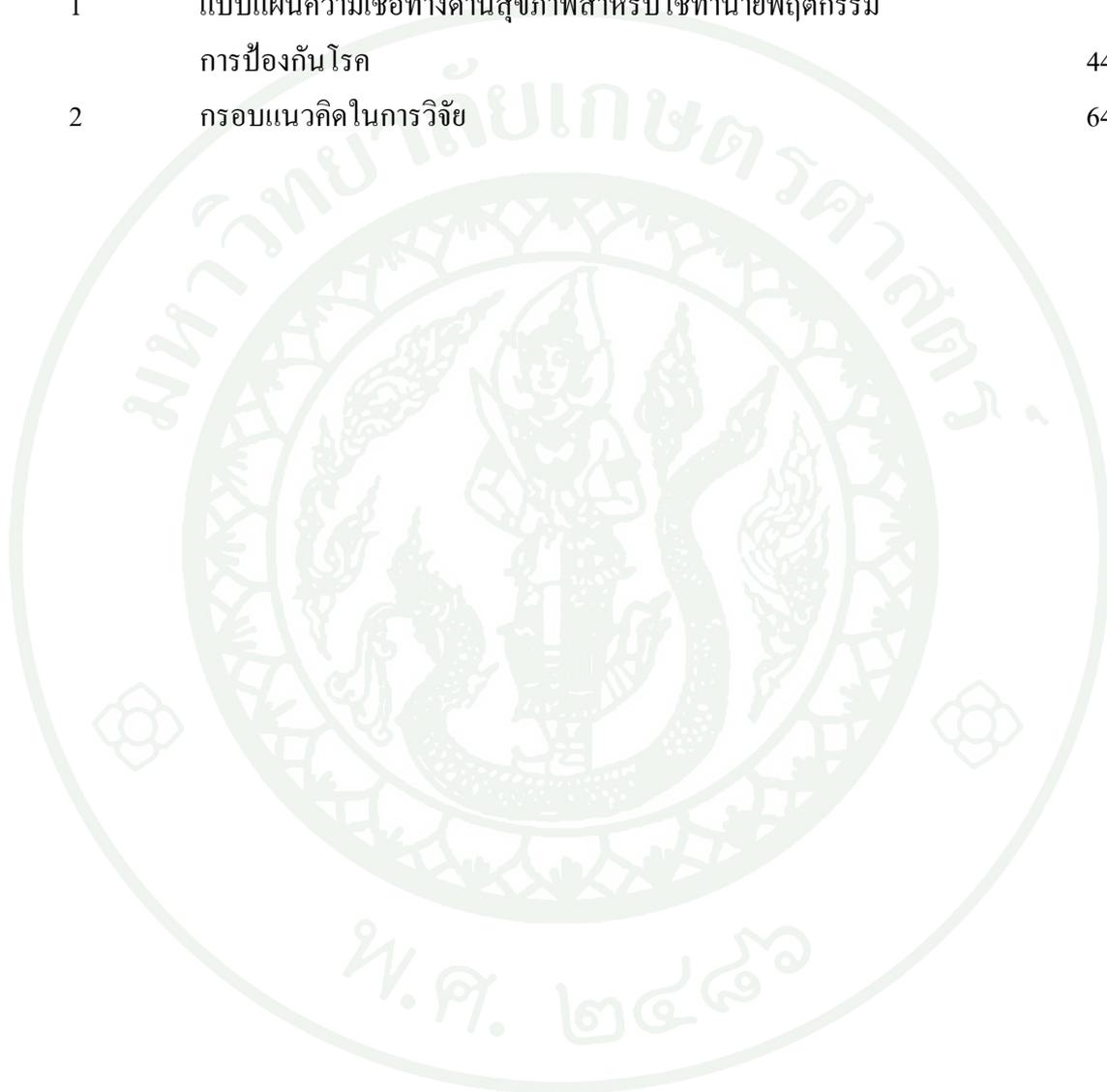
ตารางที่		หน้า
15	จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/ บุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง	88
16	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และ หลังทดลอง	89
17	ค่าเฉลี่ย ของระดับความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit) ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และ หลังทดลอง 4 สัปดาห์	90
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	91
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	92
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับระดับ ความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit) ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ	93
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคและ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับการทดลอง	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดี และอุปสรรค การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากร การแพทย์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่วัดก่อนและหลัง การทดลองทันทีในกลุ่มทดลอง	95
23	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดความรู้ เจตคติ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่วัด หลังการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	97
24	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ในกลุ่มทดลองที่วัดหลังการทดลอง 4 สัปดาห์	98
25	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่วัดหลัง การทดลอง 4 สัปดาห์	99

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค	44
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	64



**ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์**

**The Effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care
Behaviors of Pregnant Women Having Iron Deficiency Anemia,
Prachuapkirikhan Hospital**

คำนำ

ธาตุเหล็ก เป็นส่วนประกอบสำคัญของเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cell) โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างที่เรียกว่า “ฮีโมโกลบิน” (Hemoglobin) และยังเป็นส่วนประกอบของไมโอโกลบิน (Myoglobin) ในกล้ามเนื้อซึ่งทั้ง ฮีโมโกลบิน และ ไมโอโกลบิน ทำหน้าที่เป็นพาหะในการนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ โดยประมาณ 2 ใน 3 ของแร่ธาตุเหล็กในร่างกายจะอยู่ในฮีโมโกลบิน ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่ร่างกายไม่อาจสร้างขึ้นได้เอง ต้องได้รับจากอาหารเท่านั้น หากมนุษย์เราได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ หรือบริโภคอาหารเพียงพอแต่ระบบการดูดซึมของร่างกายไม่ดีก็สามารถทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะพร่องธาตุเหล็กและเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ ความต้องการธาตุเหล็กของแต่ละวัยจะแตกต่างกัน และกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ สตรีมีครรภ์ สตรีหลังคลอด สตรีมีประจำเดือน และเด็กในวัยเจริญเติบโต ผู้หญิงที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์จะมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายสามารถนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์อย่างเพียงพอ ส่วนสตรีหลังคลอดจะสูญเสียธาตุเหล็กไปกับเลือดขณะคลอด ดังนั้นร่างกายต้องการธาตุเหล็กมากกว่าปกติเช่นกัน สำหรับเด็กจะต้องการธาตุเหล็กโดยเฉลี่ย 1 มิลลิกรัมต่อวัน จึงเพียงพอต่อร่างกายที่กำลังเจริญเติบโต ผลเสียจากการขาดธาตุเหล็ก คือ เกิดภาวะโลหิตจาง ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ไม่เต็มที่ เป็นสาเหตุให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมก่อนวัย หัวใจมีการทำงานมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดออกซิเจน ทำให้หัวใจพยายามสูบฉีดโลหิตไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาจมีโอกาสเกิดหัวใจล้มเหลวก่อนวัยอันควรได้ ในหญิงมีครรภ์ ทำให้ทารกเจริญเติบโตช้า การพัฒนาของสมองและอวัยวะต่างๆ ไม่เต็มที่ ทำให้เด็กที่เกิดมาไม่สมบูรณ์ (ปรารธนา, 2545)

จะเห็นว่าธาตุเหล็กมีความจำเป็นต่อร่างกาย ถ้าได้รับไม่พอก็เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญของประชากรโลก ประมาณกว่า 500 – 600 ล้านคน เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย โดยกองโภชนาการ และ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2538 และครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2546 พบอัตราความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเกือบทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดได้แก่ กลุ่มทารก 6-11 เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ เด็กวัยเรียน เด็กวัยก่อนเรียน และหญิงตั้งครรภ์ โดยพบอัตราความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าร้อยละ 20 (กรมอนามัย, 2549) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงและควรรีบทำการแก้ไขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและมีมาตรการควบคุมและ ป้องกันโดยการกำหนดนโยบายและเป้าหมายงานอนามัยแม่และเด็กในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (2545-2549) และฉบับที่ 10 (2550-2554) ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไว้อย่างชัดเจนและมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ต้องมีการควบคุมกำกับ คือ อัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่เกินร้อยละ 10 แต่ที่ผ่านมาในการดำเนินงานภาพรวมของประเทศ ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2545 พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 12.67 และปีงบประมาณ 2550 พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 12.3 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2550) สำหรับโรงพยาบาลประจำบุรีรัมย์ มีอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อเทียบกับภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2551 พบร้อยละ 18.98, 19.35 และ 20.10 ตามลำดับ (สถิติงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำบุรีรัมย์, 2551) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลรักษา เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยต้องแก้ไขที่สาเหตุ ได้แก่ การเสริมธาตุเหล็ก การคัดเลือกและปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน (ธีระ, 2536) แต่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มีอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักในความสำคัญของการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และจากการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีการเพิ่มปริมาตรเลือด (blood volum) ประมาณร้อยละ 45 – 50 และเม็ดเลือดแดง (red blood cell mass) เพิ่มร้อยละ 33 ปริมาตรเลือดและเม็ดเลือดแดงจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 – 10 ของการตั้งครรภ์ และเพิ่มถึงระดับสูงสุดราวสัปดาห์ที่ 32 จากการเพิ่มขึ้นที่ไม่สมดุลกันระหว่างปริมาตรเลือดและเม็ดเลือดแดงทำให้ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงในระยะไตรมาสที่สอง (14 – 26 สัปดาห์) ของการตั้งครรภ์ (ธีระ, 2536) ฉะนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ ก็อาจจะทำให้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้น

ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนี้ ผลต่อมารดาในระยะตั้งครรภ์ 1. มีอาการทางหัวใจ คือ มี Cardiac output เพิ่มขึ้น ฟังได้ยินเสียง Murmur บริเวณหัวใจ (aorta) และ ยอดหัวใจ อาจกล่าวได้ว่าการเต้นผิดปกติของหัวใจ 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Per - eclampsia) ได้ถึง 2 เท่า 3. สุขภาพทั่วไปอ่อนแอ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ถ้ารุนแรงอาจทำให้เกิดการแท้งหรือ คลอดก่อนกำหนดได้ ระยะคลอด 1. อาจทำให้มีหัวใจวายได้เนื่องจากมี ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) 2. การตกโลหิต หรือเสียโลหิตเท่าคนปกติ แต่จะมีอาการแสดงของการตกโลหิตรุนแรงกว่าคือการช็อก (shock) ได้ง่ายแม้ว่าเสียโลหิตเพียงเล็กน้อย ระยะหลังคลอด 1. ทำให้ความต้านทานต่อการติดเชื้อลดลง โดยเฉพาะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ถึง 2 เท่า 2. มีการตกโลหิตหลังคลอดได้ง่าย เนื่องจากปริมาณเม็ดโลหิตในร่างกายน้อย ผลต่อทารก 1. ทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมารดาต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ อาจจะมีปัญหาการเจริญเติบโต และพัฒนาการ 2. น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติ เนื่องจากการนำสารอาหารจาก มารดาสู่ทารกได้น้อยลง 3. อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด ปอดไม่สมบูรณ์ ตัวเหลือง ติดเชื้อง่าย และอาจชกซ้ำจากการคลอด 4. ทารกมีภาวะโลหิตจาง พิการหรืออาจตายตั้งแต่ในครรภ์ หรือตายเมื่อแรกเกิด (มณีภรณ์, 2550)

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติตน ที่ถูกต้องในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ทารกที่คลอดมามีสุขภาพสมบูรณ์ เป็นเยาวชนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องต่อไปนี้ คือ

- 1.1 ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 1.2 เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 1.4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 1.5 การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 1.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต

ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์ ดังนี้

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปใช้เป็นแนวทางในการแนะนำและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. สามารถนำผลการวิจัย มาพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กในระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตามแนวนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินงานที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. กลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในระหว่างเดือน มิถุนายน 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2552

3. ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดตัวแปรที่สำคัญดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ

3.1.1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3.1.2 เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3.1.5 การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3.1.6 การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

3.3 ตัวแปรอธิบาย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ

นียมคำศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง การจัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ได้เกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการใช้ทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ด้วยวิธีการศึกษารายกลุ่ม โดยใช้เทคนิค การบรรยาย สาธิต อภิปรายกลุ่ม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลที่เกิดจากการจัดกิจกรรมทางกระบวนการสุขศึกษา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งสามารถวัดประสิทธิผลได้จากการเพิ่มขึ้นของคะแนน จากการวัดตัวแปรตามองค์ประกอบของตัวแปรและตัวแปรตามซึ่งเป็นผลจากการได้รับโปรแกรม

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะของร่างกายที่มีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ เนื่องมาจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ ใช้เกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างเข้าศึกษาจากค่าความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 33 (การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3,2550) ไม่มีโรคโลหิตจางชนิดอื่นโดยใช้เกณฑ์การประเมินจากผลการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางชนิดอื่น ขนาดเม็ดแดง (MCV) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 fl และ Dichorophenol indophenols precipitation ผล negative (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2550)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ความสามารถในการบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับสาระสำคัญของข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้องในด้าน การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการ และการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์

เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง คุณลักษณะทางจิตของบุคคล เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบแรก เป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก องค์ประกอบที่สอง เป็นความรู้สึกพอใจหรือต้องการที่จะป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และองค์ประกอบที่สาม เป็นแนวโน้มของการมุ่งกระทำพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ความรู้สึก ความเข้าใจ ความเชื่อ ของหญิงตั้งครรภ์ ถึงสาเหตุที่ทำให้ตนเองมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และความยากง่ายต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ความรู้สึก ความเข้าใจ ความเชื่อ ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับ อันตรายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก และรุนแรงจนอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตทั้งมารดาและหรือทารก

การรับรู้ผลดีของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ความรู้สึก ความเข้าใจ ความเชื่อ ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ทำให้ควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง อาการแทรกซ้อนทุเลาลง ไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และหรือทารก

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในทางลบ เช่น ความยากลำบาก การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย

การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่สามีและญาติ แพทย์และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ถูกต้อง

พฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตัวที่แสดงออก เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และดูการเปลี่ยนแปลงระดับความเข้มข้นของโลหิต

ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) หมายถึง ปริมาตรของเม็ดเลือดแดงคิดเป็นร้อยละของปริมาตรเลือดทั้งหมด ซึ่งได้จากการปั่นแยก มีประโยชน์ในการบอกความเข้มข้นของโลหิต เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของโลหิต ภายหลังจากได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ โดยกำหนดดังนี้ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ

การตรวจเอกสาร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนงานวิจัยมีสาระสำคัญได้ดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
2. ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อากาศ และการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีด้านสุขภาพ
 - 4.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 4.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. แนวคิดการนำกลวิธีทางสุขศึกษามาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย
 - 5.1 การเลือกวิธีการให้สุขภาพ
 - 5.2 การเลือกสื่อที่ใช้ในการให้สุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์, 2552) เป็นสถานพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) ขนาด 303 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 237 ถนนพิทักษ์ชาติ ตำบลประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีเนื้อที่ 26 ไร่ 1 งาน 55.4 ตารางวาให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งเป็นหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่ดูแลรับผิดชอบบริการระดับปฐมภูมิของสถานพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 16 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์

ประวัติ

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ได้เริ่มก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.2496 โดยกรมการแพทย์ เป็นผู้จัดซื้อที่ดินเอกชน และมอบให้โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ดำเนินการก่อสร้างเป็น โรงพยาบาลขนาด 50 เตียง ได้เริ่มเปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2498 เป็นต้นมา

52 ปี ที่ผ่านมามี โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ได้รับการพัฒนาในทุกๆ ด้านอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ด้วยความรู้ ความสามารถของผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกท่านด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรในโรงพยาบาล และด้วยการสนับสนุนของพี่น้องชาวจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้ร่วมกันบริจาคทุนทรัพย์ในการก่อสร้างอาคารและจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ มอบแก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์กำลังพัฒนาก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด และมีแผนที่จะก้าวต่อไปเพื่อ เป้าหมายสำคัญ คือ ประชาชนประทับใจ และผู้ให้บริการมีความสุข มีการปรับปรุงโครงสร้าง เครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งปรับปรุงระบบการบริหาร บริการ และวิชาการ จนได้รับการรับรองมาตรฐานในระบบ ISO 9002 จากบริษัท BVQI เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2544

ในปี 2550 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์กำลังก้าวต่อไปตามนโยบายคุณภาพที่กำหนดไว้ในอันที่จะ มุ่งมั่นให้บริการที่ตีบนมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของประชาชน บุคลากรทุกคน มีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ จากข้อมูลที่เป็นจริง ด้วยความเป็นกัลยาณมิตร ร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ญาติ/ประชาชน

ตลอดจนเครือข่าย โดยได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 27 กรกฎาคม 2548 ซึ่งเป็นหลักประกันถึงคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสำหรับประชาชน

วิสัยทัศน์

ในปี 2553 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์จะทำให้ประชาชนมั่นใจในคุณภาพบริการและมีสุขภาพดี โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

พันธกิจ

- บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ
- สร้างเสริมทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ และวิธีการบริหารกิจการ

บ้านเมืองที่ดี

ข้อมูลทรัพยากรบุคคล

ตารางที่ 1 อัตรากำลังบุคลากรจำแนกตามประเภท ปีงบประมาณ 2551

ประเภท	จำนวนบุคลากร		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ข้าราชการพลเรือนสามัญ	46	300	346	54.06
พนักงานราชการ	1	2	3	0.47
ลูกจ้างประจำ	39	75	114	17.81
ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ	60	117	177	27.66
รวม	146	494	640	100

ตารางที่ 2 อัตรากำลังข้าราชการจำแนกตามสายงาน ประจำปีงบประมาณ 2551

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	20	5.78
ทันตแพทย์	5	1.45
เภสัชกร	13	3.76
พยาบาล	243	70.23
ข้าราชการอื่น ๆ	65	18.79
รวม	346	100

ตารางที่ 3 สถิติของผู้ป่วย เปรียบเทียบ 3 ปี (2549 - 2551)

สถิติ	หน่วยนับ	ปี2549	ปี2550	ปี2551
ผู้รับบริการทุกประเภท	ราย	198,117	196,873	212,703
เฉลี่ยวันละ	ราย	693	688	744
ผู้ป่วยนอก	ราย	163,511	197,712	197,760
เฉลี่ยวันละ	ราย	572	628	691
ผู้ป่วยใน	ราย	18,387	15,809	15,644
เฉลี่ยวันละ	ราย	243	203	183
ผู้ป่วยจำหน่าย	ราย	16,111	13,556	13,602
จำนวนวันผู้ป่วยใน	วัน	88,562	74,207	66,752
เฉลี่ยอยู่โรงพยาบาลรายละ	วัน	5.50	5.47	4.91
อัตราการครองเตียง	%	80.08	67.10	60.36
จำนวนเด็กเกิดทั้งหมด	ราย	1,642	1,589	1,527
จำนวนคลอดทั้งหมด	ราย	1,625	1,578	1,501
เฉลี่ยวันละ	ราย	4.50	4.35	4.18
คลอดปกติ	ราย	1,225	1,203	1,051
คลอดผิดปกติ	ราย	400	375	450
คลอดผ่าตัด	ราย	355	316	400

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สถิติ	หน่วยนับ	ปี2549	ปี2550	ปี2551
ทารกเกิดมีชีพ	ราย	1,628	1,582	1,517
อัตราการเกิด ไร้ชีพ	/1,000	8.53	4.41	6.55
อัตราการตายปริกำเนิด	/1,000	13.40	13.22	10.48
อัตราการตายทารกแรกเกิด	/1,000	6.14	9.48	3.96
Refer in	ราย	21,867	19,444	21,285
Refer out	ราย	1,078	1,434	1,607
สัดส่วน Refer In ต่อ Refer Out	สัดส่วน	20.28	13.56	13.25

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์
การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการ และการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์

โลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

เม็ดเลือดแดงมีหน้าที่โดยตรงในการนำพาออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ โดยอาศัยฮีโมโกลบินในเซลล์เม็ดเลือดแดงเป็นตัวนำ ฮีโมโกลบินเป็นองค์ประกอบกว่าร้อยละ 90 ของเม็ดเลือดแดง (โดยน้ำหนักออกซิเจนสามารถซึมผ่านเมมเบรนของเม็ดเลือดแดงได้อย่างอิสระเมมเบรนนอกของเม็ดเลือดแดงมีพื้นที่ผิวใหญ่เกินกว่าความจำเป็นสำหรับห่อหุ้มองค์ประกอบภายใน ทำให้มันมีรูปร่างพิเศษ เป็น biconcave และสามารถเปลี่ยนแปลงรูปร่าง (deformability) ทำให้สามารถผ่าน capillaries ขนาดเล็กๆ ได้ทั่วร่างกาย (ธีระ, 2536)

ฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เป็น tetramer (ธีระ, 2536) ที่ประกอบด้วยโพลีเปปไทด์ของโกลบินสองสายที่เหมือนกัน 2 คู่ สายโกลบินจะถูกสร้างเป็น non-porphyrin ring ที่เรียกว่า heme ฮีโมโกลบินมีความแตกต่างกันหลายชนิด แล้วแต่ชนิดของสายโกลบินที่นำมาประกอบสายโกลบิน ถูกควบคุมการสร้างด้วยยีนส์ที่แตกต่างกันหลายๆ ยีนส์ ความผิดปกติของยีนส์สามารถก่อให้เกิดความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบินที่จะถ่ายทอดทางพันธุกรรม เม็ดเลือดแดงสร้างมาจากเซลล์ต้นในไขกระดูกที่เรียกว่ากันว่า stem cells สามารถสร้างขึ้นมาใหม่ได้เอง และจะ differentiate

ไปเป็นเซลล์จำเพาะของแต่ละ cell line แต่ละ cell line ถูกควบคุมการสร้างโดยฮอร์โมนที่มีความจำเพาะ erythropoietin เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากกลุ่มเซลล์พิเศษในไต ทำหน้าที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดแดง ฮีโมโกลบินในสตรีปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 12-17 กรัม/ดล. แต่ในขณะที่ตั้งครรภ์ระดับฮีโมโกลบินจะลดต่ำลงประมาณร้อยละ 10-15

โลหิตจาง (anemia) หมายถึงระดับฮีโมโกลบินลดลงอย่างผิดปกติ การลดของฮีโมโกลบิน 1-2 กรัม/ดล. ในครรภ์ปกติไม่ถือเป็นโลหิตจางเพราะเป็นเพียงผลของ hemodilution จากการที่พลาสมาเพิ่มขึ้นมากกว่าเม็ดเลือดแดงขณะตั้งครรภ์ โลหิตจางที่แท้จริงของการตั้งครรภ์ หมายถึงการสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลง (เช่นจากการขาดสารอาหารบางอย่าง) หรือจากการทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มผิดปกติ (เช่น ธาลัสซีเมีย) โลหิตจางพบได้บ่อยในระหว่างตั้งครรภ์ มีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 20-80 ขึ้นอยู่กับเศรษฐฐานะทางสังคมของประชากรเป็นส่วนใหญ่ ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะผิดปกติของเลือดที่พบบ่อยที่สุดในระยะตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละรายงาน คือพบตั้งแต่ร้อยละ 20-80 ของการตั้งครรภ์

โลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์ (ธีระ, 2536) ส่วนใหญ่จะถือเอาระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลงต่ำกว่า 10 กรัม/ดล. หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ว่าหมายถึงระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/ดล. ส่วน CDC ให้คำจำกัดความว่าโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เมื่อฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/ดล. ในไตรมาสแรกและระยะหลังคลอด และต่ำกว่า 10.5 กรัม/ดล. ในไตรมาสที่สอง แพทย์ส่วนมากยอมรับกันว่าในขณะที่ตั้งครรภ์จะต้องรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ให้เกิน 8 กรัม/ดล.

แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยโลหิตจาง ขั้นแรกสุดแพทย์ต้องยืนยันให้แน่ใจว่าเป็นโลหิตจางจริงๆ มิได้เกิดจากความผิดพลาดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลตรวจที่ดูจะไม่สอดคล้องกับลักษณะคลินิก ขึ้นต่อไปประเมินถึงความเสี่ยงที่อาจเป็นไปได้ทั้งต่อมารดาและทารก และสุดท้ายต้องค้นหาสาเหตุของโลหิตจางนั้นๆ และแก้ไขรักษา โลหิตจางมิใช่ข้อวินิจฉัยขั้นสุดท้ายที่จะรักษาแบบขอไปทีด้วยการให้วิตามินรวมหรือเติมเลือด ซึ่งนอกจากจะขัดต่อเหตุผลแล้ว ยังบดบังความผิดปกติของโรคที่ซ่อนแฝงอยู่ด้วย

โลหิตจางนิยมจำแนกตามกลไกการเกิด (ดังตารางที่ 4) ซึ่งการจำแนกเช่นนี้แยกกันได้จาก การตรวจไขกระดูก โลหิตจางที่เกิดจากการสร้างน้อยลงอาจมีขนาดผิดปกติ เช่น ขนาดใหญ่กว่า

เม็ดเลือดแดงปกติ (macrocytes) ซึ่งเกิดจากการขาดกรดโฟลิก หรือขนาดเล็กลงในรายขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มที่การสร้างน้อยลงนี้จะมีปริมาณ reticulocyte count ใน peripheral blood ลดลง มี red cell precursors ในไขกระดูกผิดปกติ แต่โลหิตจางที่เกิดจากการทำลายเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติจะเพิ่มจำนวน red cell precursors ในกระดูก และเพิ่มปริมาณ reticulocyte count ใน peripheral blood

ภาวะโลหิตจางที่พบได้บ่อยๆ ในระหว่างตั้งครรภ์

1. ภาวะเสมือนโลหิตจาง (ซีระ, 2536)
 - 1.1 Physiologic anemia of pregnancy
 - 1.2 โลหิตจางเนื่องจาก hemodilution ของ hypersplenism
2. โลหิตจางจากการสร้างลดลง (จำนวน reticulocytes ใน peripheral blood ลดลง)
 - 2.1 สาเหตุที่กระทบต่อเม็ดเลือดเป็นหลัก
 - โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
 - Pure red cell aplasia
 - 2.2 สาเหตุที่กระทบต่อทุกองค์ประกอบของเม็ดเลือด
 - Megaloblastic anemia (จากการขาดกรดโฟลิก)
 - Aplastic anemia
3. โลหิตจางจากเพิ่มการทำลาย (จำนวน reticulocytes ใน peripheral blood เพิ่มขึ้น)
 - 3.1 Sickle cell anemia
 - 3.2 Thalassemia

- Beta-thalassemia

- Alpha-thalassemia

3.3 Autoimmune hemolytic anemia

3.4 Hemolytic anemia เนื่องจาก oxidative stress

3.5 การเสียเลือด

ผลของโลหิตจางต่อมารดาและทารก

ผลของโลหิตจาง โดยตรงต่อการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก เพราะมารดาที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงมักมีภาวะอื่นที่มีผลกระทบต่อตั้งครรภ์ร่วมอยู่ด้วย เช่น การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ดี ทูโภชนาการ เสียเลือด หรือมีโรคอื่นที่เป็นสาเหตุของโลหิตจาง การเพิ่มระดับฮีโมโกลบินให้เป็นปกติมีความสำคัญต่อทั้งมารดาและทารก ถ้าระดับฮีโมโกลบินลดต่ำกว่า 4-6 กรัม/ดล. ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบาย และอาจเกิด high-output cardiac failure ได้ ฮีโมโกลบินระดับนี้มีอันตรายต่อมารดาและทารก ฮีโมโกลบิน 8-10 กรัม/ดล. เพิ่มความเสี่ยงต่อมารดาเล็กน้อย มีรายงานว่าถ้าระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม/ดล. อาจสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด มีบางรายงาน (ซีระ, 2536) พบว่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 9 กรัม/ดล. เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกโตช้าในครรภ์ มีรายงานสนับสนุนว่าอัตราเสี่ยงต่อทารกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อระดับฮีโมโกลบินลดลงต่ำกว่า 10 กรัม/ดล. รายงานนี้ยังพบว่าฮีโมโกลบินมากกว่า 13 กรัม/ดล. ก็เพิ่มความเสี่ยงแก่ทารกด้วยเช่นกัน ในรายงานหนึ่งซึ่งศึกษาในสตรีตั้งครรภ์กว่า 54,000 คน พบมีการเพิ่มอัตราเสี่ยงดังกล่าวเช่นกัน คือเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด ทารกน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด ในทารกที่คลอดจากมารดาที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10.4 กรัม/ดล. และมากกว่า 13 กรัม/ดล. (ซีระ, 2536)

สรุปภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดทารกน้ำหนักน้อย แท้งหรือแม้แต่ทารกตายในครรภ์ได้ ตัวผู้ป่วยเองอาจได้รับผลเสียโดยตรงจากโลหิตจางซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำมาก (ต่ำกว่า 6 กรัม/ดล.)

การวินิจฉัยโลหิตจาง

โดยทั่วไปแล้วแพทย์สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายบางที่ผู้ป่วย อาจมาด้วยเรื่องอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หรือถึงขนาดหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนมากไม่มีอาการ และบ่อยครั้งตรวจพบโดยบังเอิญจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ธีระ, 2536)

ในการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีเยื่อชืด ที่สังเกตกันบ่อยที่สุดคือเยื่อบุตา ลิ้น หรือขอบเล็บ นิ้วมือ แต่การตรวจด้วยสายตาโดยตรงอาจให้ผลไม่แน่นอน ยิ่งในระหว่างการตั้งครรภ์อาจมีผล อื่นๆ ของการตั้งครรภ์มาบดบัง เช่น palmar erythema บดบังความชืดได้เป็นต้น ส่วนมาก วินิจฉัยได้จากการตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ

การสืบค้นขั้นแรกของผู้ป่วยที่สงสัยโลหิตจางคือ การตรวจนับเม็ดเลือด ตรวจระดับ ฮีโมโกลบิน นับเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด และขนาดเม็ดเลือดแดงโดยเฉลี่ย (MCV = mean cell volume)

Microcytic anemia มีขนาดของ MCV มีค่าน้อยกว่า 75 fl ซึ่งพบได้ในโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและธาลัสซีเมีย และยังพบได้ใน lead poisoning และ sideroblastic anemia

Microcytic anemia มีขนาดของ MCV มีค่าน้อยกว่า 100 fl เช่นกรณีขาดกรดโฟลิก และ ยังอาจเกิดจาก acquired macrocytic anemia โรคตับ คีโมแอลกอฮอล์มากเกินไป

ภาวะโลหิตจางหลายอย่างอาจมีขนาดเม็ดเลือดแดงปกติ(ธีระ,2536)แพทย์ควรตรวจแผ่นฟิล์ม เลือดด้วยตนเอง อาจพบลักษณะบ่งชี้ถึงสาเหตุได้เลย เช่น พบ hypersegmented neutrophils ใน megaloblastic anemia หรือพบ target cells ในธาลัสซีเมีย เป็นต้น โรคบางชนิดอาจวินิจฉัย ได้จากการตรวจแผ่นฟิล์มเลือด เช่น thrombotic thrombocytopenic purpura มาลาเรีย หรือ lead poisoning เป็นต้น การตรวจไขกระดูกมีประโยชน์มากในการช่วยหาสาเหตุของโลหิตจาง แต่ก็ จะสงวนไว้ทำเฉพาะรายที่สาเหตุโลหิตจางคลุมเครือ มีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอีกมากที่พิจารณา ทดสอบเป็นโรคๆ ไป

Physiologic Anemia of Pregnancy สตรีตั้งครรภ์ที่ร่างกายสมบูรณ์จะมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าสตรีร่างกายสมบูรณ์ที่ไม่ตั้งครรภ์ และมีผู้เรียกภาวะนี้ว่า physiologic anemia of pregnancy แต่ความจริงไม่ใช่ anemia ที่แท้จริง จากการศึกษาของ Pritchard (ธีระ, 2536) แนะนำว่าในสตรีตั้งครรภ์ถือว่าเป็นโลหิตจางเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม/ดล. สตรีตั้งครรภ์ปกติส่วนมากมีระดับฮีโมโกลบิน 11 กรัม/ดล. หรือมากกว่าในขณะที่ตั้งครรภ์ระยะแรก และใกล้ๆ ครรภ์ครบกำหนด WHO กำหนดว่าโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ควรถือเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11.0 กรัม/ดล. และสูติแพทย์จำนวนไม่น้อยถือตามนิยามนี้ บางท่านแนะนำว่า lower limit ควรจะเป็น 10.4 กรัม/ดล. เหมาะสมกว่า เพราะมีการลดลงของระดับฮีโมโกลบินในครรภ์ปกติ เนื่องจาก hemodilution

ปริมาณพลาสมาเพิ่มปริมาณขึ้นมากในระหว่างตั้งครรภ์ปกติในครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปริมาตรพลาสมาเพิ่มขึ้นประมาณ 1,165-1,500 มล. คือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 40 ในครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 65 ปริมาตรพลาสมาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกด้วย ในครรภ์หลังมีแนวโน้มจะเพิ่มมากกว่าในครรภ์แรก ปริมาตรพลาสมาเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6-10 ของการตั้งครรภ์ และเพิ่มถึงระดับสูงสุดราวๆ สัปดาห์ที่ 32 เคยมีผู้รายงาน (ธีระ, 2536) ว่าปริมาตรพลาสมาอาจลดลงในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ (แต่หลายท่านคิดว่าเป็นเพราะความผิดพลาดทางเทคนิคในการตรวจมากกว่า) การเพิ่มของปริมาตรพลาสมา มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการสังเคราะห์โปรตีน การเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมที่ไต ซึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์เป็นหลัก การไหลเวียนเลือดที่มดลูกเป็นวงจรที่มีความต้านทานต่ำ จึงเป็นเสมือนบริเวณ arteriovenous shunt ซึ่งเป็นเหตุให้เพิ่ม cardiac output และมีส่วนในการเพิ่มปริมาตรพลาสมาด้วย

มวลของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นในครรภ์ปกติประมาณ 110-650 มล. โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 30 ในครรภ์แฝดจะเพิ่มมากกว่านี้ การเพิ่มเป็นสัดส่วนกับน้ำหนักทารกเช่นเดียวกับปริมาตรพลาสมา การเพิ่มมวลของเม็ดเลือดแดงเป็นผลจากการเพิ่ม erythropoietin ซึ่งเพิ่มมากขึ้นขณะตั้งครรภ์

สัดส่วนการเพิ่มของปริมาตรพลาสมามากกว่ามวลของเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลงในไตรมาสแรก และไตรมาสที่สอง แต่ระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงมาแล้วนี้ยังคงอยู่ในระดับมากกว่า 10-10.4 กรัม/ดล. แต่อย่างไรก็ตาม ผลของ hemodilution นี้

บางทีก็ทำให้สตรีตั้งครรภ์ผิดปกติมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10.0 กรัม/ดล. ได้ ซึ่งไม่มีความจำเป็น
ต้องรักษา

สาเหตุ

สาเหตุของโลหิตจางที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ การขาดสารอาหาร ที่สำคัญคือ ธาตุเหล็ก โฟเลต การเสียเลือดจากการมีพยาธิปากขอ การตกเลือดก่อนคลอด ธาลัสซีเมีย และกลุ่มโรคที่เม็ดเลือดแดงแตกง่ายได้แก่ autoimmune hemolytic anemia, SLE, aplastic anemia และการติดเชื้อ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) เป็นโรคโลหิตจางชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด (ธีระ, 2536) คือเกือบร้อยละ 80 ของโรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เกิดจากอาหารที่รับประทานมีธาตุเหล็กไม่พอเพียง หรือธาตุเหล็กที่สะสมไว้ก่อนตั้งครรภ์ไม่พอเพียง นอกจากนี้อาจเกิดจากการเสียเลือดเรื้อรังจากพยาธิปากขอ

ส่วนใหญ่ของเหล็กในร่างกายประกอบอยู่ในฮีโม (heme) และส่วนน้อยอยู่ในระบบซัยโตโครม มัยโอโกลบิน และในเอนไซม์บางอย่าง เมื่อเม็ดเลือดแดงแก่และถูกทำลาย เหล็กจะถูกขจัดออกจากกระแสเลือด จึงจำเป็นจะต้องมีการทดแทนเหล็กมิให้ขาดอยู่เสมอ

เหล็กถูกดูดซึมในลำไส้เล็ก (ส่วนใหญ่ที่ดูโอดินัม) แล้วถูกจับกับ transferrin แล้วถูกขนส่งไปยังตับ ม้าม และไขกระดูก ซึ่งจะถูกใช้สังเคราะห์ฮีโมโกลบิน หรือเก็บไว้ในรูปของ ferritin และ hemosiderin เหล็กที่ได้จากอาหารอาจได้จากฮีโมโกลบินและมัยโอโกลบิน ในเนื้อสัตว์ จะถูกดูดซึมในรูปของ intact iron porphyrin ดูดซึมได้ดีกว่าเหล็กที่ไม่อยู่ในฮีโม ไม่ถูกรบกวนโดย chelating agent เหล็กไม่อยู่ในฮีโมพบในพวกผัก ข้าว ผลไม้ ไข่ และผลิตภัณฑ์นม บางส่วนของเหล็กจากอาหารเหล่านี้ไม่พร้อมที่จะดูดซึม และการดูดซึมของเหล็กที่ไม่อยู่ในฮีโม ยังถูกรบกวนด้วยสารอื่นๆ ด้วย ฟอสเฟตในนม เนยแข็ง และไข่ มีผลลดการดูดซึมของเหล็กที่ไม่อยู่ในฮีโม กรดแทนนิกในชา ฟอสฟิตินในไข่แดง เกลือฟิเตต แคลเซียมและฟอสเฟต มีผลลดการดูดซึมเหล็ก (nonheme) เช่นเดียวกัน ปัจจัยอื่นๆ เช่น วิตามินซี เพิ่มการดูด

ซึมเหล็ก (nonheme) บางภาวะทำให้การดูดซึมเหล็กบกพร่องเช่น achlorhydria และ malabsorption syndrome

ในร่างกายมีเหล็กอยู่ประมาณ 2-4 กรัม ร้อยละ 90 ของเหล็กเหล่านี้อยู่ในรูปองค์ประกอบของฮีโมโกลบิน ส่วนน้อยอยู่ในมัยโอโกลบิน และเอนไซม์ และเป็นเหล็กสะสม (iron stores) 300-1,000 มก. เหล็กสะสมในสตรีวัยเจริญพันธุ์มีโดยเฉลี่ยประมาณ 300 มก. ซึ่งอาจลดลงได้แล้วแต่สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร การเสียเลือดระดู หรือเคยมีการตั้งครรภ์มาก่อนหรือไม่ ในแต่ละวันจะมีการสูญเสียเหล็กทางผิวหนังและทางเดินอาหารราว 1 มก. ในสตรีจะเสียไปกับระดูอีก 10-30 มก. ต่อเดือน ผู้ชายต้องการเหล็กโดยเฉลี่ยวันละ 1 มก. แต่ผู้หญิงต้องการวันละ 1.5-3.0 มก. ต่อวัน แต่สำหรับกรณีตั้งครรภ์จะต้องการเหล็กเพิ่มเติมสำหรับภาวะตั้งครรภ์ทั้งหมด 800 กรัม คือต้องการสำหรับทารกและรก 300 มก. สำหรับการเพิ่มขยาย hemoglobin mass ในมารดา 500 กรัม และมีการสูญเสียเหล็กทางผิวหนัง ปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 200 มก. (ไม่ต้องเสียไปทางระดู) ดังนั้นความต้องการเหล็กตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 1,000 มก. ซึ่งเป็นปริมาณที่มากกว่า iron stores ส่วนใหญ่ของความต้องการเหล็กอยู่ในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ และช่วงนี้ความต้องการเนื่องจากภาวะตั้งครรภ์เองประมาณ 6 มก. ต่อวัน และมีการสูญเสีย 1 มก. ต่อวัน จึงมีความต้องการทั้งหมด 7 มก. ต่อวัน ซึ่งถ้าไม่ได้รับเหล็กเสริมอาจจะไม่เพียงพอ สตรีทั่วไปควรได้รับเหล็กจากการรับประทานอาหารวันละ 18 มก. (การดูดซึมประมาณร้อยละ 10) และสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับเหล็กเสริมในรูปของ simple iron salt 30 มก. ของธาตุเหล็กเป็นอย่างน้อย ถ้าตัวใหญ่หรือครรภ์แฝด ควรได้รับวันละ 60-100 มก. ในอาหารโดยทั่วไป จะให้เหล็กประมาณ 15-20 มก. นับว่าเพียงพอสำหรับผู้ชายทั่วไป และสตรีปกติที่ไม่ตั้งครรภ์ แต่ไม่เพียงพอสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (แม้อาจมีการดูดซึมเพิ่มมากขึ้นก็ตาม) แม้ว่าร่างกายพร้อมที่จะนำเหล็กจาก iron stores มาใช้ แต่ก็ไม่เพียงพอแก่การดำรงภาวะตั้งครรภ์ให้ดีพอ รายงานหนึ่ง (ซีระ, 2536) พบว่าร้อยละ 84 ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับเหล็กเสริม จะมีภาวะขาดเหล็ก (โดยการวินิจฉัยจาก bone marrow aspiration) (ซีระ, 2536)

ความจำเป็นที่ต้องให้เหล็กเสริม

1. การตั้งครรภ์เพิ่มปริมาณเลือดราวร้อยละ 45 เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 33 (450 มล.)
2. ต้องการเหล็กสำหรับการสร้างทารกและรก
3. เตรียมไว้สำหรับการเสียเลือดขณะคลอด ซึ่งการคลอดปกติจะเสียเลือดประมาณ 600 มล. การผ่าตัดทำคลอดและคลอดครรภ์แฝดทางช่องคลอดเสียเลือดประมาณ 1,000 มล.

ความต้องการเหล็กขณะตั้งครรภ์ประมาณ 1 กรัม ใช้สำหรับการสร้างเม็ดเลือดในมารดา 500 มก. สำหรับรกและทารก 300 มก. และขับถ่ายออกจากร่างกาย 200 มก. โดยเฉลี่ยต้องการธาตุเหล็ก (element) วันละ 6-7 มก. ระหว่างการตั้งครรภ์ความต้องการเหล็กมากจนคนปกติก็อาจเกิดโลหิตจางได้ เพราะเหล็กสะสม (iron stores) ของสตรีปกติมีเพียง 300 มก. (ซีระ, 2536)

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลของภาวะขาดธาตุเหล็กต่อมารดาและทารกยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่บ้าง มีหลายรายงาน (ซีระ, 2536) สนับสนุนว่าเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิด preeclampsia ทารกน้ำหนักน้อย ตายคลอด และตายหลังคลอด แต่รายงานหนึ่งพบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงเหล่านี้มิได้ลดลงในกลุ่มสตรีที่ได้รับเหล็กเสริม ยิ่งไปกว่านั้นยังยากที่จะแยกปัญหาที่นอกจากปัจจัยอื่นๆ ที่มาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ทุโภชนาการ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์เป็นต้น ทารกที่คลอดจากมารดาที่ขาดธาตุเหล็กพบว่าในระยะแรกคลอดมิได้ขาดเหล็กไปด้วยเพราะเหล็กจะผ่านรกไปยังทารกด้วย active transport สามารถขนย้ายจาก iron stores ของมารดามาให้ทารกจนเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามทารกเหล่านี้จะมี iron stores ต่ำลง (จากการวัด cord ferritin) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโลหิตจางจากการขาดเหล็กในวัยทารกมากขึ้น

พยาธิสรีรวิทยา

ธาตุเหล็กอยู่ในร่างกายได้ 3 รูปแบบ คือ จับกับ transferrin (transport form), ferrin (storage form) และ heme (ในฮีโมโกลบิน myoglobin หรือเอนไซม์ที่มีเหล็กประกอบ) เหล็กที่จะนำไปสร้างฮีโมโกลบินจะรวมอยู่กับ transferrin ถ้าโมเลกุลของ transferrin ซึ่งจับกับเหล็กต่ำกว่าร้อยละ 15 การสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกจะลดลง เม็ดเลือดแดงที่ถูกสร้างขึ้นมาจะมีขนาดเล็ก (microcytosis) และจะมีสีจางลง (hypochromia) (ธีระ, 2536)

โรคโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก

โรคโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก อาจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (ธีระ, 2536)

1. ระยะที่ใช้เหล็กที่สะสมไว้จนหมด (depletion of iron stores)

เป็นระยะที่ยังไม่มีอาการโลหิตจาง มักจะเกิดในระหว่างไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จะวินิจฉัยได้โดยการตรวจดูปริมาณคร่าวๆ จากค่า ferritin ในพลาสมา ซึ่งจะสะท้อนถึงปริมาณเหล็กที่สะสมไว้ในไขกระดูก วิธีแรกเป็นเทคนิค invasive จึงไม่สะดวกในเชิงปฏิบัติ โดยทั่วไปนิยมวัดระดับ ferritin ในพลาสมาเพื่อตรวจดูการสะสมของเหล็ก ค่าปกติของ serum ferritin ในผู้หญิง ประมาณ 100-600 นก./มล. ค่าที่ต่ำกว่า 20 นก./มล. ถือว่ามีความบกพร่องของการสะสมเหล็ก อย่างไรก็ตามไม่ควรวัดหาค่า ferritin เป็นประจำ เพราะค่าใช้จ่ายในการวัดค่อนข้างสูง

2. ระยะที่มีการบกพร่องในการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoiesis)

ระยะที่มีความบกพร่องในการสร้างเม็ดเลือดแดงนี้วินิจฉัยได้โดยการวัด serum transferrin-iron-binding capacity (TIBC) และ serum iron (SI) รวมทั้งการคำนวณร้อยละของ transferrin ที่จับกับเหล็ก นอกจากนี้ยังอาจทดสอบได้โดยการวัดความเข้มข้นของ protoporphyrin ในเม็ดเลือดแดง TIBC (ค่าปกติ 330-30 กรัม/ดล.) จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความรุนแรงของการขาดธาตุเหล็ก ในขณะที่ serum iron (ค่าปกติคือ 115-50 กรัม/ดล.) ลดลง ในระยะนี้มีการลดลงของระดับ transferrin ที่จับกับเหล็ก (ปกติร้อยละ 35-50) ลงสู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 15 ในขณะเดียวกัน

เมื่อไม่มีเหล็กพอที่จะเปลี่ยน protoporphyrin ไปเป็นฮีโมโกลบิน จะทำให้ระดับ protoporphyrin เพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดก่อนการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเม็ดเลือดแดง และจะเกิดก่อนที่จะมีการลดลงของระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตให้เห็น ระดับ serum iron ที่ต่ำกว่า 60 กรัม/ดล. และ transferrin saturation ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 16 ถือว่าเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก

3. ภาวะที่มีโลหิตจางชัดเจน

เป็นระยะที่มีอาการแสดงของโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในระยะนี้การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจสอบเมียร์ของเลือดและค่าตรวจนี้ต่างๆ ของเม็ดเลือดแดงซึ่งได้แก่ MCV, MCH, MCHC โรคโลหิตจางที่เกิดจากธาตุเหล็ก มีลักษณะเฉพาะคือ microcytic และ hypochromic เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็กและกลมขึ้นจำนวนมาก MCV, MCH และ MCHC มีค่าต่ำกว่าปกติอาจพบ poikilocytosis, basophilic stippling, schistocytes

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะขาดธาตุเหล็กระหว่างการตั้งครรภ์ยากขึ้นกว่าปกติบ้าง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเม็ดเลือดแดงจากการขาดธาตุเหล็กไปเป็น microcytosis หรือ hypochromia จะปรากฏให้เห็นค่อนข้างช้าเพราะในกระแสเลือดมีเม็ดเลือดแดงปกติเก่าอยู่ปริมาณมาก (ซึ่งต้องอาศัยเวลาให้เม็ดเลือดแดงเก่าหมดอายุไปพอสมควรก่อน จึงจะปรากฏลักษณะของเม็ดเลือดแดงจากการขาดเหล็กชัดเจนขึ้น) และการที่ MCV เพิ่มขึ้น (ซึ่งไม่ทราบเหตุผล) ในไตรมาสที่สองของครรภ์ปกติ ก็อาจบ่งภาวะขาดเหล็กเล็กน้อยได้ การตรวจพบ MCHC ร้อยละ 30 มักเชื่อถือว่า เป็นโลหิตจางจากการขาดเหล็ก (ธีระ, 2536)

การสืบค้นเพื่อการวินิจฉัยเช่นวัดระดับ serum iron, total iron binding capacity (TIBC) และ percent saturation ของ transferrin ที่ใช้วินิจฉัยการขาดเหล็กโดยทั่วๆ ไปนั้น อาจมีความถูกต้องน้อยลงสำหรับการประเมินในสตรีตั้งครรภ์ TIBC เพิ่มขึ้น และ serum iron (SI) ลดลง ทั้งๆ ที่ไม่ได้ขาดเหล็ก การทดสอบเหล่านี้จึงมีประโยชน์น้อยลงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม SI ที่มีค่าน้อยกว่า 60 ไมโครกรัม/ดล. บ่งชี้ว่าเกิดจากการขาดเหล็ก และถ้าพบว่ามีน้อยกว่า 30 ไมโครกรัม/ดล. ก็วินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นโลหิตจางจากการขาดเหล็ก การทดสอบที่มีคุณค่า

มากกว่า คือการวัดระดับ serum ferritin ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับ storage iron ในสตรีตั้งครรภ์มีเพียง serum ferritin เท่านั้นที่สัมพันธ์กับ iron stores สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับเหล็กเสริมระดับของ serum ferritin มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึงครรภ์ครบกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับเหล็กเสริม serum ferritin ลดลงเฉพาะในระยะแรกๆ และจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป การสงสัยภาวะขาดเหล็กเมื่อ serum ferritin มีค่าต่ำกว่า 35 ไมโครกรัม/ลิตร ถ้าต่ำถึง 10 ไมโครกรัม/ลิตร ก็วินิจฉัยได้แน่นอน แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการทดสอบนี้มีความจำเพาะแต่ไม่มีความไวในการตรวจสอบทั้งหมด สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดเหล็กแล้วแต่ serum ferritin ยังคงปกติอยู่อาจมีมากถึงร้อยละ 20 ในรายที่ทำการสืบค้นต่างๆ แล้วยังมีปัญหาอยู่สามารถทดสอบให้แน่นอนที่สุดได้โดยการทำ bone marrow aspiration และตรวจย้อมสีสำหรับ iron stores

การป้องกัน

สตรีตั้งครรภ์ทุกคนมีความต้องการธาตุเหล็กเสริม มักแนะนำ (ธีระ, 2536) ให้เริ่มตั้งแต่ไตรมาสที่สอง ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการแพ้ท้องควรเลื่อนการให้เหล็กเสริมออกไปก่อนควรได้รับเหล็กเสริมวันละประมาณ 30 มก. จึงจะดูดซึมได้เพียงพอ สำหรับครรภ์แฝดควรรับประทานเหล็กวันละ 60-100 มก. ในรายที่รับประทานอาหารไม่ค่อยสมบูรณ์อาจให้ในขนาดมากกว่านี้ การดูดซึมเหล็กเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ คือดูดซึมประมาณร้อยละ 10-20 ของเหล็กที่รับประทาน การรับประทานอาหารปกติได้เหล็กประมาณ 18-20 มก.ต่อวัน หรือได้เหล็กที่ดูดซึมรวม 3 มก. (ธีระ, 2536)

ธาตุเหล็กจะอยู่ในรูปของเกลือหลายแบบ แต่ละแบบมีปริมาณของเหล็กแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ปริมาณของธาตุเหล็กในรูปของเกลือต่างๆ

Preparation	ขนาดเกลือเหล็กต่อเม็ด	ธาตุเหล็กในแต่ละเม็ด
Ferrous sulfate	300 มก.	60 มก.
Ferrous gluconate	320 มก.	39 มก.
Ferrous fumarate	200 มก.	66 มก.

ที่มา: ธีระ (2536)

ถ้าหากว่าสตรีตั้งครรภ์ไม่มีภาวะโลหิตจางมาก่อน การให้ธาตุเหล็กเสริมดังกล่าวเพียงวันละ 1 เม็ด ทุกวันติดต่อกันในสองไตรมาสหลังเพื่อป้องกันโลหิตจาง ก็จะเพียงพอ การให้เหล็กมากกว่า 1 เม็ดต่อวัน เพื่อการป้องกันนั้น อาจเป็นการสูญเสียโดยเปล่าประโยชน์ เพราะปริมาณของธาตุเหล็กที่เกินความต้องการของร่างกาย จะไม่ถูกดูดซึมผ่านลำไส้ แล้วยังอาจทำให้มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นด้วย

การรักษา

ธีระ (2536) กล่าวถึงการรักษาไว้ดังนี้

1. การให้รับประทานธาตุเหล็ก ขนาดรักษาคือ ได้ธาตุเหล็ก (elemental) ประมาณ 200 มก.ต่อวัน (ธาตุเหล็กที่ดูดซึมประมาณ 15-25 มก.) เป็นวิธีการรักษาที่ดีมาก การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว จะพบการเพิ่ม reticulocyte count ภายใน 5-10 วันหลังรับประทาน โดยจะพบว่ามียาระดับฮีโมโกลบินสูงจาก 0.3 ถึง 1.0 กรัมต่อสัปดาห์ ภายใน 2-3 สัปดาห์หลังเริ่มรักษา อัตราส่วนระหว่างฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาของการรับประทานธาตุเหล็กคือ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดิน ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วย แก้ไขปัญหานี้ได้ด้วยการลดขนาดของธาตุเหล็กที่ให้ลงถึงระดับที่ผู้ป่วยจะทนได้ และให้กินเหล็กพร้อมอาหาร แต่เวลาในการรักษาจะยาวนานออก

2. การให้ธาตุเหล็กทางเส้นเลือด การให้ธาตุเหล็กทางเส้นเลือดมีอันตราย และราคาแพง อาการแพ้รุนแรงอาจพบได้ประมาณร้อยละ 2 ของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่มีเลือดแดง ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ และ anaphylactic shock บางคนมีอาการแพ้ที่เกิดขึ้นทีหลังคือ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเข่า นอกจากนี้ผิวหนังบริเวณที่ให้เข้าเส้นเลือด ยังอาจมีสีดำ และอักเสบ (ถ้า fluid ที่มีเหล็กอยู่ leak มาถูกผิวหนัง) ดังนั้นโอกาสที่จะใช้โดยเฉพาะในขณะตั้งครรภ์จึงน้อยมาก

3. การให้เลือด การให้ packed red cells หรือ whole blood มักไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ในภาวะโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก ยกเว้นถ้ามีภาวะ hypovolemia จากการเสียเลือดหรือในกรณีที่จะต้องทำหัตถการในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดค่อนข้างมาก

ธาตุเหล็กจะถูกดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานตอนกระเพาะว่าง ถ้ารับประทานอาหาร การดูดซึมจะลดลงถึงร้อยละ 40-50 แต่ถ้ารับประทานตอนกระเพาะว่างอาจเกิดปัญหาหอบกวน ในระบบทางเดินอาหารได้มากถึงร้อยละ 20 ซึ่งอาจทำให้หยุดรับประทานไปเลย การเริ่มต้นด้วย ขนาดต่ำๆ (60 มก.ของธาตุเหล็ก) แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นในอีก 2-3 วันจะทำให้ทนต่อธาตุเหล็กชนิด รับประทานได้ดีขึ้น สำหรับ preparation ใหม่ๆ เช่น ferritin จะลดฤทธิ์ข้างเคียงนี้ลง ในการ รักษาภาวะขาดเหล็กนี้ร่างกายจะตอบสนองด้วยการเพิ่ม reticulocyte ให้เห็นตั้งแต่ 5-10 วันหลัง รักษาฮีโมโกลบินอาจเพิ่มได้มากถึง 1 มก./ดล. ต่อสัปดาห์ การตอบสนองของระดับฮีโมโกลบินยัง เกี่ยวข้องกับอายุครรภ์ด้วย การรักษาในไตรมาสที่สองอาจดูเหมือนการตอบสนองช้ากว่าใน ไตรมาสที่สาม เพราะไตรมาสที่สองมีการเพิ่มปริมาณเลือดและ hemodilution ของครรภ์ปกติ มากกว่า ทำให้บดบังการเพิ่มฮีโมโกลบินจากการรักษาได้ แต่ไตรมาสที่สามปริมาณเลือดไม่เพิ่ม มากแล้วจึงทำให้เห็นการตอบสนองชัดเจนกว่า ในรายที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของเหล็ก ชนิดรับประทาน อาจหันมาใช้ชนิดฉีด เช่น iron-dextran แต่การตอบสนองต่อการรักษามีได้เกิด เร็วกว่าชนิดรับประทาน และชนิดฉีดก็มีฤทธิ์ข้างเคียงได้มากกว่า เมื่อนิดเข้ากล้ามเนื้อมีอาการปวดได้ บ่อย และเปลี่ยนสีที่ผิวหนังได้อย่างฉาบ การให้ทางหลอดเลือดดำบางที่อาจเกิดปฏิกิริยาแพ้ถึง ขึ้นซ็อกได้ ในรายที่รับประทานเกิดฤทธิ์ข้างเคียงต่อทางเดินอาหารนั้น สัมพันธ์กับปริมาณธาตุ เหล็กที่ดูดซึมมากกว่าปริมาณที่รับประทาน การรับประทานในขนาดที่มากพอแล้วไม่มีอาการ ข้างเคียงเลย อาจส่อว่ามีการดูดซึมไม่ดี และไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับการให้เลือดนั้น ไม่เป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

4. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กแหล่งอาหารของธาตุเหล็กอยู่ในอาหารหลัก 2 กลุ่ม ใหญ่ๆ (กองโภชนาการ กรมอนามัย,2537) คือ

4.1 ธาตุเหล็กชนิดที่อยู่ในเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเล อาหารกลุ่มนี้จะมี ธาตุเหล็กสูง และดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ดีที่สุดจะสังเกตได้จากเนื้อที่มีสีแดงยิ่งเข้มข้นแสดงว่า มีธาตุเหล็กสูงเมื่อรับประทานร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น บร็อคโคลี่ พริก มะเขือเทศ ฝรั่ง ส้ม จะช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กได้มากขึ้น

ตารางที่ 5 แหล่งอาหารจากสัตว์ที่มีธาตุเหล็กสูง ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม

อาหาร	ธาตุเหล็ก (มิลลิกรัม)
ตับหมู	65.5
หอยแมลงภู่	57.5
ปอดหมู	47.6
เลือดวัว	44.1
หอยนางรม (แห้ง)	33.2
กุ้งฝอยสด	28.0
เลือดหมู	25.9
หอยขม	25.2
เลือดไก่ (ดิบ)	23.9
ไก่บ้าน (เนื้อและหนังส่วนสะโพก)	16.9
ไก่บ้าน (เนื้อและหนังส่วนปีก)	15.8
หอยแมลงภู่	15.6
กุ้งทะเล กุ้งเปลือกขาว	14.8
ชีโครงหมู (เนื้อไม่มีมัน)	14.0
ปลาทูสด	11.9
เลือดเป็ด	10.2
ตับไก่	9.7
ม้ามวัว	9.7
ตับวัว	8.7
เนื้อวัว (แห้ง อบ)	8.1
ปลาตุก	8.1
ไก่บ้าน (เนื้อและหนังส่วนน่อง)	7.8
กึ๋นไก่	6.5

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย (2537)

4.2 ธาตุเหล็กชนิดที่มีอยู่ในไข่และพืช ผักใบเขียวต่างๆ รวมไปถึงถั่วเม็ดแข็ง อาหารพวกนี้มีธาตุเหล็กสูง แต่ธาตุเหล็กในกลุ่มนี้จะดูดซึมเข้าร่างกายได้ไม่ดึ้นัก จึงควรรับประทานร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูงในมือเดียวกัน เพื่อช่วยในการดูดซึม และไม่ควรรับประทานพร้อมกับนม เพราะแคลเซียมจะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก(ข้อนี้จำเป็นอย่างยิ่ง) แมงกานีส เช่น สปาที้ดตี้ซอสเนื้อ ไข่เจียวหมูสับใส่มะเขือเทศ ขนบั้งทานตะวัน+น้ำส้มคั้น เป็นต้น

ตารางที่ 6 แหล่งอาหารจากไข่และพืชที่มีธาตุเหล็กสูง ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม

อาหาร	ธาตุเหล็ก (มิลลิกรัม)
ถั่วแดง (ดิบ)	44.6
ผักกูด	36.3
หัวมันเทศ	31.2
ผักแว่น	25.2
เห็ดฟาง	22.2
งาคั่ว	22.0
หัวเผือก	22.0
ใบแมงลัก	17.2
ถั่วดำ (ดิบ)	16.5
เต้าหู้เหลือง/ขาวอ่อน	14.0
ถั่วลิสง (ดิบ)	13.8
ถั่วเหลือง (ดิบ)	10.0
ฟองเต้าหู้	9.5
ดอกโสน	8.2
ใบชะพลู	7.6
มะเขือพวง	7.1
ใบย่านาง	7.0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

อาหาร	ธาตุเหล็ก (มิลลิกรัม)
ถั่วแขก ถั่วแดงหลวง	6.9
เห็ดหูหนู	6.1
ใบจี่เหล็ก	5.8
ผักกะเฉด	5.3
ถั่วเขียว (ดิบ)	5.2
ฟักทองเนื้อและเปลือก	4.9
มะเขือเทศ	4.9
ผักกาดหอม	4.9
ยอดสะเดา	4.6
ตำลึง	4.6
ไข่ไก่ (ไข่แดง)	6.3

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย (2537)

การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถ้ามีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมด้านอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ก็จะสามารถควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ทารกที่คลอดมามีสุขภาพสมบูรณ์

เจตคติ

เจตคติ (Attitude)

ความหมายของเจตคติ คำว่า เจตคติ (พิภพ, 2547) ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude มาจาก คำว่า Aptus ในภาษาละตินบางครั้งแปลคำนี้ว่า ทักษะหรือท่าที ปัจจุบันคำนี้ก็ยังคงแพร่หลายอยู่ แต่มีนักวิชาการบัญญัติศัพท์ขึ้นมาใหม่ คือ เจตคติ โดยมีความต้องการใช้ศัพท์ให้ทันสมัยมากขึ้น โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติศัพท์ว่า เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) อ่างใน (พิภพ, 2547)

นิพนธ์ (2539) อ่างใน พิภพ (2547) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง เราสามารถรู้ได้โดยดูจากพฤติกรรมของบุคคลว่าจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไร

สุชาติ (2538) อ่างใน สมเจตน์ (2550) กล่าวว่า ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้น คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเล็กน้อยแตกต่างกัน ทัศนคติแม้จะเป็นสิ่งที่เป็นนามธรรม แต่เป็นสิ่งที่จริงเป็นจังสำหรับบุคคลที่มีทัศนคตินั้น บทบาทของทัศนคติต่อพฤติกรรมของคนมีมาก แทบจะกล่าวได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตมนุษย์ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กเรื่องใหญ่ หรือเรื่องสำคัญมากมายเพียงใด

รังสรรค์ (2548) อ่างใน สมเจตน์ (2550) กล่าวว่า ทักษะ หมายถึง การประเมินหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นท่าทีหรือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นบุคคล กลุ่มคน ความคิด หรือสิ่งของก็ได้ โดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน ทักษะไม่ใช่สิ่งเดียวกับค่านิยม เพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่เราเห็นคุณค่า แต่ทัศนคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ (พอใจหรือไม่พอใจ) แต่ทั้ง 2 อย่างมีความสัมพันธ์กัน ทักษะเป็นพลังอย่างหนึ่งที่มองไม่เห็นเช่นเดียวกับสัญชาตญาณหรือแรงจูงใจ แต่เป็นพลังซึ่งสามารถผลักดันการกระทำบางอย่างที่สอดคล้องกับความรู้สึกของทัศนคติ

วิเชียร (2547) อ้างใน สมเจตน์ (2550) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นแบบแผนของความรู้สึก ความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล กลุ่มคน แนวคิด สิ่งที่แสดงออกหรือวัตถุประสงค์โดยตรง ทักษะคิด คือ อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมโดยรวม ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดและพฤติกรรมไม่ได้เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนเสมอไป ถึงแม้ว่าจะมีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตก็ตาม ความสัมพันธ์ของทักษะคิดและพฤติกรรมอาจจะเห็นได้ชัดเจน เมื่อเป็นความตั้งใจของแต่ละบุคคลได้ถูกแสดงออกมาโดยการกระทำตามแนวทางที่แน่นอน ซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าเป็นทักษะคิดเฉพาะและแบบอย่างที่จะเกี่ยวข้องกับทักษะคิดในการทำงานอีกอย่างที่น่าสนใจก็คือ พันธะสัญญาที่มีต่อองค์กร ทั้งความพึงพอใจและพันธะสัญญาต่างก็มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมองค์กรเป็นอย่างมาก

สรุป อาจให้ความหมายของเจตคติได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ หรือความโน้มเอียงที่จะแสดงออกต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สถาบัน สถานการณ์ เรื่องราวต่างๆ ไปในทางใดทางหนึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้าน คือ ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

ลักษณะของเจตคติ

เจตคติมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (ปราณี, 2539) อ้างใน (สมเจตน์, 2550)

1. เจตคติมีที่หมาย (Attitude object) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น คน สถานที่ สิ่งของสถานการณ์ หรือสิ่งที่เป็นธรรม เช่น เสรีภาพ ความรักประชาธิปไตย ฯลฯ
2. มีการระบุในแง่ดี-ไม่ดี (Evaluation aspect) มีความผันแปรในทางบวกและทางลบหรือในด้านการสนับสนุนหรือต่อต้าน
3. มีลักษณะคงทน (Relatively enduring) เจตคติของคนที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแม้ว่านักจิตวิทยาจะไม่ถือเป็นของถาวร แต่ลักษณะของความคงทนก็เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป เจตคติเปลี่ยนแปลงได้แต่การเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลาาน

4. มีความพร้อมในการตอบสนอง (Readiness for response) คือ มีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามเจตคติที่เขามีอยู่ เช่น มีความพร้อมที่จะซื้อรถยนต์ถ้ามีเงิน ทั้งนี้เพราะมีเจตคติที่ดีต่อรถยนต์อยู่แล้ว

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติหรือทัศนคติมีองค์ประกอบที่สำคัญโดยทั่วไป คือ (สร้อยตระกูล, 2542); (ปราณี, 2539) อ่างใน (สมเจตน์, 2550)

1. องค์ประกอบด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive Component) ความคิด ความเข้าใจนี้จะเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้หรือความเชื่อซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่างๆ จากสภาพแวดล้อมอันเป็นเรื่องของปัญญาในระดับที่สูงขึ้น เช่น นักบริหารหรือผู้บังคับบัญชามีความคิดหรือความเชื่อได้ว่าผู้บังคับบัญชาของเขานั้นมีลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่สามารถปกครองตนเองได้ ดังนั้น เขาก็ได้ความเป็นอิสระในการทำงานแก่ผู้บังคับบัญชา หรือเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการทำการวินิจฉัยสั่งการ

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) องค์ประกอบด้านความรู้สึกนี้จะเป็นสภาพทางอารมณ์ (Emotion) ประกอบกับการประเมิน (Evaluation) ในสิ่งนั้นๆ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ในอดีต ดังนั้น จึงเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึกอันเป็นการยอมรับ อาทิ ชอบ ถูกใจ สนุก หรือปฏิเสธต่อสิ่งนั้น อาทิ เกลียด โกรธ ก็ได้ ความรู้สึกนี้อาจทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นและอาจแสดงปฏิกิริยาตอบโต้หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกดังกล่าว

3. องค์ประกอบด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ตนชอบหรือเกลียดอันเป็นการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้นๆ อาทิ บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ดีต่อระบอบประชาธิปไตย หรือมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ดีต่อระบอบประชาธิปไตย บุคคลผู้นั้นก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมแบบเข้าหาหรือแสวงหา (Seek Contact) ตรงกันข้ามหากมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ ไม่ดี ก็จะเกิดพฤติกรรมในการถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง (Avoiding Contact)

หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถ้ามีเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่างๆ ก็จะทำให้เกิดความเชื่อ และความคิดที่จะปฏิบัติตาม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การที่หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ได้

พฤติกรรม (Behavior)

คำว่า พฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กันยา (2536) ให้คำจำกัดความไว้ว่า พฤติกรรม คือ อาการ บทบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมีฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วย เครื่องมือ พฤติกรรมปรากฏโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวหนัง พฤติกรรมที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส ซึ่งจัดเป็นพฤติกรรม ประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากอริยาบทต่างๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด คำ กอด จูบ ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้นจึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่คนอื่นไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการต้องอาศัยเครื่องวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ เป็นต้น

เฉลิมพล (2541) ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรม เพราะถ้าเป็นการกระทำต้องแสดงออกให้เห็น แต่ถ้าใช้ว่า กิจกรรม อาจหมายรวมถึงการกระทำที่เป็นการแสดงออก และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้นพฤติกรรมจะหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ จากคำจำกัดความนี้สามารถแบ่งพฤติกรรม ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส เช่น การวิ่ง และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในจะมีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกตัวอย่างเช่น คนที่มีความเชื่ออย่างไรมักจะปฏิบัติตัวตามความเชื่อนั้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการแสดงออก และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในแต่ละบุคคลด้วย จึงสามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก คือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส และพฤติกรรมภายใน คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง

ดังนั้นถ้าบุคคลใดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง นั่นย่อมหมายถึงว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ความเป็นมาของการศึกษาพฤติกรรม

แรกเริ่มทีเดียว นักจิตวิทยาอธิบายพฤติกรรมในแง่ของสัญชาตญาณ (Instinct) ซึ่งถือว่าเป็นความรู้ หรือสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด โดยไม่ต้องมีการสอน (Unlearned) เช่น ทำไมคนถึงร้องไห้ คำตอบคือเพราะมาจากสัญชาตญาณ และพฤติกรรมที่มนุษย์ทำได้ แต่หาคำตอบไม่ได้ในขณะนั้น จะมีสาเหตุมาจากสัญชาตญาณทั้งสิ้น หากวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมต่างๆ ล้วนมีสาเหตุมาจากสัญชาตญาณแล้ว ทำไมพี่น้องในครอบครัวเดียว หรือคนที่อยู่ต่างจังหวัดกับกรุงเทพฯ ยังมีพฤติกรรมไม่เหมือนกัน Watson เชื่อว่าพฤติกรรมทั้งหมดของคนไม่น่าจะมาจากสัญชาตญาณ แต่ต้องมาจากการสั่งสอน ซึ่งสอดคล้องกับนักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยา ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมที่แตกต่างกันมาจากวัฒนธรรมในสังคมที่เขาอยู่ (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

ในปัจจุบัน จากนักวิจัยต่างๆ สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ (Learning) ซึ่งถูกกำหนดโดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของพฤติกรรม

มีปัจจัยใหญ่ ๆ อยู่ 2 ปัจจัย คือ พันธุกรรม หรือ พันธุกรรม (Heredity) และสิ่งแวดล้อม (Environment) (ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

พันธุกรรม หมายถึง การถ่ายทอดลักษณะจาก ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ผู้ถูกหลานเป็นลักษณะที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงออกได้ตอบในลักษณะต่างๆ

สิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มี 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะทางกาย ได้แก่ เพศ (ชาย, หญิง) รูปร่าง (สูง, เตี้ย, ใหญ่, เล็ก) ผิว (ขาว, ดำ) ผม (หยิก, ตรง, สีผมต่างๆ) ตา (ชั้นเดียว, สองชั้น, สีตา) ใบหน้า (เหลี่ยม, กลม) ปาก (หนา, บาง) จมูก (โด่ง, แพน) กลุ่มเลือด (A, B, AB, O) โรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย ตาบอด จิตเวช เบาหวาน โลหิตไม่แข็งตัว ฯลฯ

2. ลักษณะทางจิตและสมอง ได้แก่ อารมณ์ นิสัย ความถนัด เซาว์ปัญญา

พันธุกรรม จึงทำให้คนแตกต่างกันตามลักษณะที่ได้รับการถ่ายทอดมานอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญคือ สิ่งแวดล้อม อันได้แก่ อิทธิพลของบุคคลที่แวดล้อมสภาพดินฟ้าอากาศ วัตถุสิ่งของ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา เศรษฐกิจ การเมือง การอบรมเลี้ยงดู สื่อสารมวลชน เป็นต้น เราสามารถแบ่งสิ่งแวดล้อมเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. สิ่งแวดล้อมก่อนคลอด คือ ภายในครรภ์มารดา เช่น ถ้าสุขภาพของมารดาแข็งแรง จิตใจอารมณ์ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ทารกจะแข็งแรงสมบูรณ์ แต่ถ้ามารดาขาดอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา สุขภาพไม่ดี ซึมเศร้า มีโรค ไข้ยา ก็จะมีผลกระทบต่อทารก นอกจากนี้ในขณะที่คลอด การถูกกระทบกระเทือน บาดเจ็บ อาจทำให้ทารกคลอดออกมาผิดปกติได้

2. สิ่งแวดล้อมหลังคลอดตัวอย่าง เช่น

2.1 สิ่งแวดล้อมทางบ้าน ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญ ได้แก่ บรรยากาศภายในบ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่กับเด็ก ความอบอุ่น การอบรมดูแล ลำดับที่การเกิด เช่น การเป็นลูกคนโต ถัดตรงกับเพศที่ผู้ใหญ่ต้องการเด็กจะได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ดูแลอย่างเต็มที่ และสิ่งเหล่านี้เด็กจะรู้สึกสูญเสียเมื่อมีพี่น้อง ผู้ใหญ่จะคาดหวังให้เด็กมีความรับผิดชอบดูแลน้อง ลูกคนเล็กหรือลูกคนเดียวจะยังคงเป็นเด็กในสายตาผู้ใหญ่ ลูกคนกลางที่เป็นมีเพศเดียวกับพี่ๆ มักจะถูกกละเลย ทั้งความรักและความเอาใจใส่ รวมทั้งขนาดของครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะมีอิทธิพลต่อนิสัยใจคอ ความสนใจ เจตคติ ค่านิยม ฯลฯ เช่น หากเด็กถูกตามใจมากได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลา เด็กจะขาดความรับผิดชอบ ไม่มีวินัย ความคุมตนเองไม่ได้ หากเด็กอยู่ในครอบครัวที่มั่นคง มีความอบอุ่น เป็นประชาธิปไตย เด็กจะเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความเกรี้ยวขอมรับความเป็นจริง เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ก็มาจากอิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางบ้าน เช่น พ่อแม่ชอบบริโภคอาหารที่มีไขมัน คาร์โบไฮเดรตสูง ลูกมักมีนิสัยการบริโภคตาม การมีอิทธิพลนี้เกิดได้โดยตรง คือ พ่อแม่สั่งสอน บอกเล่า และเกิดขึ้นจากการสังเกต หรือ การเลียนแบบ ตามพฤติกรรมที่พ่อแม่แสดงออก

2.2 สิ่งแวดล้อมทางโรงเรียน ได้แก่ ครู อาจารย์ เพื่อนนักเรียน เป็นต้น บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลกับเด็กเช่นกัน เพราะเด็กมักยอมรับ ให้ความสำคัญ และเชื่อฟังครูรวมทั้งกลุ่มเพื่อน

2.3 สิ่งแวดล้อมทางชุมชน ได้แก่ สื่อสารมวลชน ซึ่งนับวันจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือต่างๆ เช่น โจรเข้ามาทางท่อระบายน้ำ เข้าไปปล้นเงินในธนาคารได้ เพราะจดจำจากการดูภาพยนตร์ หรืออ่านข่าวจากหนังสือพิมพ์

2.4 วัฒนธรรม ชั้นของสังคม (Social Class) ฐานะทางเศรษฐกิจ ศาสนา ฯลฯ มีผลต่อทั้งพฤติกรรมภายนอกและภายใน เช่น คนที่มีศาสนาต่างกันบุคลิกภาพ พฤติกรรมแตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อห้ามทางศาสนา หรือความเคร่งของศาสนา จะมีผลต่อวิถีชีวิตและการปฏิบัติตน

2.5 ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ มีอิทธิพลต่อ นิสัย ใจคอ และพฤติกรรม ต่างๆ

ผู้เขียนบางท่านได้แบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็น(ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เช่น สภาพภูมิอากาศ ดิน น้ำ อากาศ แสงแดด และเชื้อโรค เป็นต้น
2. สิ่งแวดล้อมด้านสถาปัตยกรรมและเทคโนโลยี เช่น สิ่งก่อสร้างเครื่องจักร การจัดระบบสุขภาพ การกำจัดขยะ น้ำเสีย และสิ่งปฏิกูล หรือการจัดการมลพิษจากอุตสาหกรรม เป็นต้น
3. สิ่งแวดล้อมด้านสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วย สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา วัฒนธรรม เครือข่ายของครอบครัว เครือข่ายของสังคม บรรทัดฐานของสังคม การเมือง การปกครอง สื่อ และการสื่อสารทางด้านสุขภาพ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญในการหล่อหลอมหรือพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของประชาชน

สรุปว่าปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของพฤติกรรม ก็คือพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ พันธุกรรมจะเป็นตัวกำหนดขอบเขต และสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมให้พัฒนาการและพฤติกรรมเจริญถึงขีด

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ ก็คือสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (เรียกว่าพฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน (สุปรียา, 2544) พฤติกรรมสุขภาพจะเกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะผลเสีย เช่น ทำให้เจ็บป่วยหรือมีผลดี เช่น ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยก็ได้ พฤติกรรมภายนอกเหนือการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่สำคัญ อาจแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

1. การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

2. การป้องกันโรคร้าย เช่น การไปรับการฉีดวัคซีน และการคาดเข็มขัดนิรภัย เพื่อป้องกันความรุนแรงจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นต้น

3. การรักษาพยาบาล ได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในเรื่องการรับประทานยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ หรือการที่ผู้ป่วยขาหักและต้องใส่เฝือกเป็นเวลานาน จำเป็นต้องทำกายภาพบำบัดโดยการฝึกเดิน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันการพิการหรือการเข้ารับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อฟื้นฟูทางด้านจิตใจ เป็นต้น

การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนจะเป็นอย่างไร จะถูกต้องตามหลักสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวแปรที่มีอิทธิพลหลายอย่างดังที่เคยกล่าวถึงบ้างแล้ว แต่พิจารณาตามแนวคิดของ Green and Kreuter (1999) จะพบว่า อย่างน้อยมีปัจจัยอยู่ 3 กลุ่ม ที่อิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อเจตคติ ค่านิยม และความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

2. กลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ ภาระเบียบ และกฎหมายที่ชี้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น

3. กลุ่มปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจิตใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อน หรือ แพทย์ เป็นต้น

ปัจจัยดังกล่าวนี้ สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ซึ่งถ้าการปฏิบัตินั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพก็จะเป็นผลดีต่อตนเอง

การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเกิดจากปัจจัยหนึ่งปัจจัยเดียว หรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ เช่น เกิดจากความเชื่อ และมีคนอื่นสนับสนุน เป็นต้น

วิถีชีวิต (Lifestyle)

คำว่าวิถีชีวิต ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่าง เช่น หมายถึง แนวทางการดำเนินชีวิต หรือแบบแผนการปฏิบัติตัวของประชาชนในการทำกิจกรรมต่างๆ ของแต่ละวันเช่น ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

องค์กรอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรมนั้น

วิถีชีวิตของแต่ละคน แต่ครอบครัวจะเป็นอย่างไร อาจสังเกตได้จากกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากวิถีชีวิตเป็นแบบแผนของการปฏิบัติตัว จึงมีผลต่อสุขภาพด้วย

พฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Science)

การที่จะเข้าใจเรื่องพฤติกรรมของคนได้ดียิ่งขึ้นนั้น เราควรศึกษาหาความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งเมื่อเราเข้าใจพฤติกรรมของคนแล้ว เราก็จะนำไปใช้ประโยชน์เรื่องการปลูกฝัง ปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

ในบรรดาความรู้ต่างๆ ที่มนุษย์ได้ค้นพบมานั้น นักวิชาการส่วนใหญ่ได้จัดแบ่งความรู้ออกเป็นศาสตร์ 3 หมวดใหญ่ๆ คือ

1. วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (Natural Sciences) ซึ่งเป็นวิชาที่ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ได้แก่ วิชาฟิสิกส์ ชีววิทยา เคมี ดาราศาสตร์ คณิตศาสตร์

2. สังคมศาสตร์หรือวิทยาศาสตร์สังคม (Social Sciences) เป็นวิชาที่ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวของมนุษย์ที่รวมกลุ่มกัน พฤติกรรมต่างๆ เช่น วิชาประวัติศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา เศรษฐศาสตร์ ภูมิศาสตร์

3. มนุษยศาสตร์ (Humanistics) เป็นวิชาที่มุ่งสำหรับให้มนุษย์มีชีวิตที่สมบูรณ์โดยสอนให้เข้าใจความเหมาะสม ถูกต้อง เช่น ภาษา วรรณคดี ศิลปะ ดนตรี ศาสนา ปรัชญา ศิลปกรรม จะเห็นได้ว่าศาสตร์ในหมวดต่างๆ ต่างก็เป็นความรู้ที่นำมาอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทั้งสิ้น ต่อมาในระยะเมื่อ 30 ปีมานี้ นักวิทยาศาสตร์กลุ่มหนึ่งเห็นว่า การอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์จำเป็นต้องนำในวิชาหมวดต่างๆ มาบูรณาการเข้าด้วยกัน จะอาศัยเฉพาะวิชา หรือศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่งหรือเฉพาะเจาะจงไม่ได้ ดังนั้นจึงมีการรวมบางส่วนของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ และบางส่วนของวิทยาศาสตร์สังคมเข้าด้วยกัน ได้แก่ จิตวิทยา สังคมวิทยา และมนุษยวิทยา แล้วจัดตั้งเป็นศาสตร์ใหม่ขึ้นอีกหมวดหนึ่งเรียกว่า “พฤติกรรมศาสตร์” ดังนั้น พฤติกรรมศาสตร์จึงเป็นการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมของพวกเราว่ามีสิ่งใดเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง งานส่วนใหญ่ของ พฤติกรรมศาสตร์ คือ การวิจัยในทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้ความรู้ และความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมศาสตร์ของมนุษย์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นอกจากจิตวิทยาแล้ว ขอบเขตของวิชาสังคมวิทยา (Sociology) และมานุษยวิทยา (Anthropology) ซึ่งเป็นวิชาที่เกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนา สถาบัน กลุ่มชน ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น ต่างก็ให้ความรู้ความเข้าใจมนุษย์ให้ครบถ้วนขึ้น ดังนั้น พฤติกรรมศาสตร์ จึงหมายถึงทางจิตวิทยา สังคมวิทยา และมานุษยวิทยา เข้ามาร่วมกันในการอธิบาย ควบคุม ทำนาย และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเช้าไม่ครบถ้วน ไขมันมากเกินไป ความจำเป็น การบริโภคอาหารไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยน และควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดการวิจัยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก โดยเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงผลเสียของอาการรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติอย่างถูกต้องในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาประกอบการวิจัยครั้งนี้ เพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎีด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ซึ่งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 50 ปีมาแล้ว ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เนื่องด้วยในขณะนั้นพบว่า การจัดการบริการด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล กล่าวคือ มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการทั้งๆที่การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก และยังมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปบริการถึงที่อีกด้วย ปัญหาหรือคำตอบ

ที่ต้องการคำตอบก็คือว่าทำไมประชาชนจึงไม่ค่อยสนใจพฤติกรรมการป้องกันโรค และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลทำให้ประชาชนปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน บุคคลที่มีส่วนในการพัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีหลายคน เช่น Godfrey M. Hochbaum, Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock แต่เนื่องจาก Irwin M. Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนนี้มากขึ้น คนทั่วไปจึงคุ้นเคยกับชื่อนี้ (ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แต่ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

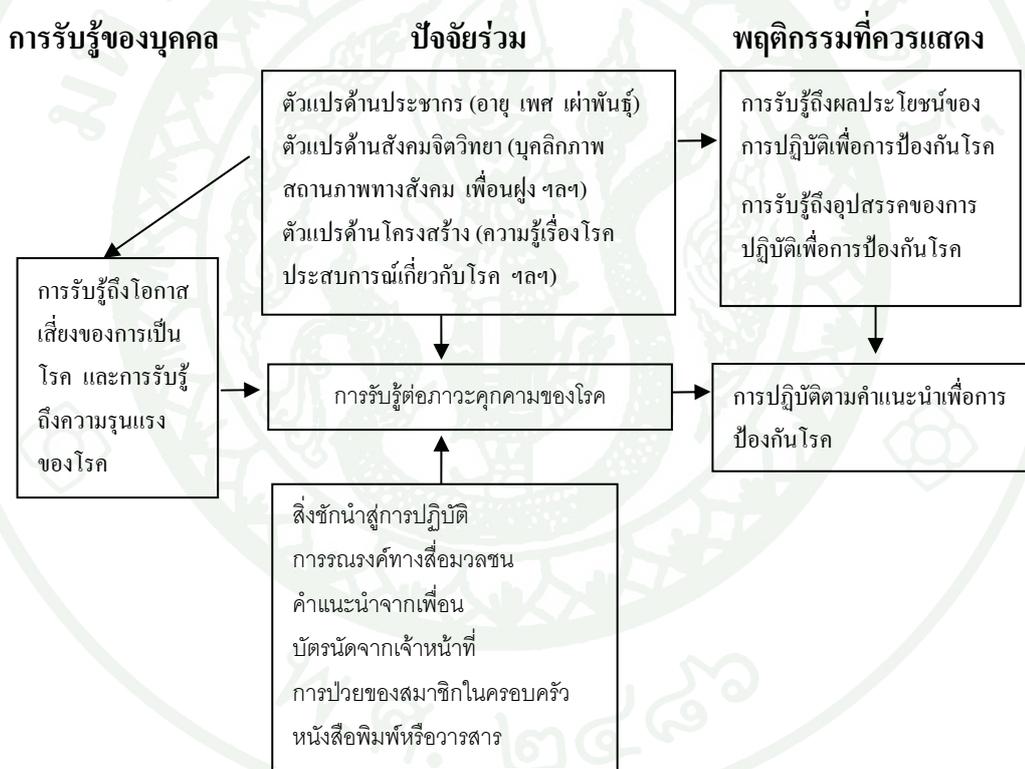
แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก โดย Hochbaum ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยอิทธิพลต่อการกระทำของ บุคคลมากนัก ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือ แม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตาม ที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต และการปฏิบัติตัวนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

O'Donnell (2002) ได้กล่าวไว้ว่า ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติ

และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค องค์ประกอบทั้ง 4 นี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาพบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ Becker และคณะ จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker et al. (1974)

หลังจากนั้นแล้วยังมีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยอื่นๆที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว ในปี ค.ศ.1977 Bandura ได้เสนอว่า Self efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) น่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วย (Glanz *et al.*, 1997)

องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งใน ภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อ ป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้า หน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมาก (สุปรียา,

2548) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดย การปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่ จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึง ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคล ในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้น ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดาและแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

จากแนวคิดและองค์ประกอบของปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง จะมีการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การให้ความร่วมมือในการรักษา จะต้องผ่านขั้นตอนการตัดสินใจในด้านความเชื่อทางสุขภาพที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก็เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องมีการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ เพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการที่จะได้รับอันตรายถึงต่อชีวิตได้ การได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึงผลดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยจนกระทั่งคลอดบุตรและภายหลังคลอดบุตรได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอย่างเช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎี ที่เป็นผลมาจากการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” (ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง นั่นคือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของ อีกผู้หนึ่ง การช่วยซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่นๆ

House(1981) อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ และสวิง (2536) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา และแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะจะช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นคงของสุขภาพ

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นๆ โดยบุคคลในสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม (2535) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สรุปแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของและแรงงาน ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ (บุญเยี่ยม, 2535)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีให้แก่ตนอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ต่อสังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ (ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548)

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพันการยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก
2. การยืนยันหรือรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้น อาจเป็นวัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

รูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (n.d.) อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2536) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน
2. แรงสนับสนุนโดยการให้การประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้องการรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (affirmation) และการได้รับข้อมูลป้อนกลับ (feedback) เพื่อนำไปประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้การคัดค้าน คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยนั้นได้

4. แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrument support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยตรงตามความจำเป็นในเรื่องวัตถุ สิ่งของหรือเงิน แรงงาน เวลา และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า บุคคลอาจได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในสังคมของตนเอง หลายกลุ่ม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (natural support systems) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เป็นกลุ่มแรกที่ทำให้การสนับสนุนแก่บุคคล เพราะมีความใกล้ชิด ทราบถึงความต้องการ และสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2. กลุ่มเพื่อน (peer support systems) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีการพบปะกันแบบไม่เป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต

3. องค์กรทางศาสนา (religious organizations) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (the health professional support systems) ไม่ค่อยมีบทบาทมากนักเพราะบุคคลมักจะเลือกใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนก่อน แต่หากได้รับการสนับสนุนน้อย บุคคลในกลุ่มนี้จะเข้ามามีบทบาทให้การสนับสนุนมากขึ้น

5. องค์กรอื่นๆ (organized systems not directed by health professional) เป็นกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ที่มีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของสมาชิก และส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ สมาคมคนพิการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล การได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะมีผลต่อการประเมินความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งตามกลุ่มสังคม ได้ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวสรุปได้ว่าแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากการนำแนวคิดทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการแนะนำให้สามีและญาติเห็นความสำคัญในการให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงได้นำทั้งสองแนวคิดนี้มาสนับสนุนในการจัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์

แนวคิดการนำกลวิธีทางสุขศึกษามาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

การนำวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย หรือประชาชนผู้ที่ประสบกับปัญหาด้านสุขภาพนั้นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สามารถดำเนินการพัฒนาบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ตามลักษณะของ ขั้นตอนการพัฒนาในการยอมรับสิ่งใหม่ (Adoption process) ดังต่อไปนี้ คือ(กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546)

ขั้นตอนที่ 1 เพิกเฉย ไม่สนใจ ขั้นตอนนี้ ต้องให้การกระตุ้นให้เกิดความสนใจจุดคิด

ขั้นตอนที่ 2 จุดคิด แล้วให้ความสนใจ (Awareness and Interest) ในสิ่งที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ต้องให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามที่เขาอยากรู้ หรือสนใจ

ขั้นตอนที่ 3 รับรู้ปัญหา และวิธีการแก้ไข ขั้นตอนนี้ ต้องให้ข้อมูล ให้เขาได้รับข้อมูล อย่างพอเพียง ได้ประเมินและตัดสินใจลองทำดู (Information Fathering Evaluation and Decision to try)

ขั้นตอนที่ 4 ได้ลองใช้ (Trail) หรือทดลองปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ ต้องให้กำลังใจให้แรง กระตุ้นสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 5 เกิดการยอมรับ และปฏิบัติในระยะยาว (Adoption and Continuse) ขั้นตอนนี้ ต้องให้กำลังใจให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา

วิธีการทางสุขศึกษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีต่างก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะ สำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีวิธีใดที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับทุกเรื่องราวและ ทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีต่างๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเรื่องราวที่ต้องการจะให้รู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อาจจะเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายด้านได้ ดังนั้น

การเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดหลักของนักสุขศึกษาจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยนำ (Predisposing Factor) การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ตามที่ต้องการหรือพึงประสงค์

ลักษณะวิธีการทางสุขศึกษา

กลวิธีการทางสุศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546)

- วิธีการศึกษารายบุคคล
- วิธีการศึกษารายกลุ่ม
- วิธีการศึกษาชุมชน
- วิธีการศึกษาสื่อมวลชน

กลวิธีการศึกษาดังกล่าวต่างก็มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในลักษณะที่ต่างกัน เช่น

วิธีการศึกษารายบุคคล

วิธีการศึกษารายบุคคล ได้แก่

- การถาม-ตอบ
- การบรรยาย
- การสาธิต

- การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป

- การให้คำปรึกษา

- CD-COM สำเร็จรูป

- วิดีทัศน์ สำเร็จรูป

- คอมพิวเตอร์ช่วยสอน

ประโยชน์ของวิธีการศึกษารายบุคคล

- สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด

- สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำ

เฉพาะบุคคล

- ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ

- สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้

- ช่วยสอนพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้

- สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้

วิธีการศึกษารายกลุ่ม

- การอภิปรายกลุ่ม
- บรรยาย
- การสาธิต
- สัมมนา
- อภิปรายหมู่
- นิทรรศการ

ประโยชน์ของวิธีการศึกษาเป็นกลุ่ม

ประโยชน์ของวิธีการศึกษาเป็นกลุ่ม มีดังนี้ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546)

- ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์
- กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัว
- ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหาสุขภาพที่มีในท้องถิ่น
- ทำให้เกิดทัศนะในการใช้ความคิด
- สามารถสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดแก่บุคคลในกลุ่ม
- สามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันแบบเป็นกลุ่ม

การเลือกกลวิธีทางสุขศึกษาให้เหมาะสมกับชนิดของการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมตามความคาดหวังของวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ต่างๆ ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 7 ชนิดของการเรียนรู้กับกลวิธีทางสุขศึกษา

ชนิดของการเรียนรู้	กลวิธีทางสุขศึกษาที่เหมาะสม
1. ความรู้ (ความคิด, ใช้ปัญญา) (ความรู้, เข้าใจแก้ไขปัญหา)	<ul style="list-style-type: none"> • การอ่าน • บรรยาย • การใช้อุปกรณ์สื่อการสอน • อภิปราย • กรณีศึกษา • การเขียนบรรยาย เรียงความ
2. ทักษะคิด ค่านิยม ความสนใจ ความชอบ ความรู้สึกลึก	<ul style="list-style-type: none"> • ทักษะศึกษา • การแสดงบทบาทสมมติ ทางศิลปะ • การอภิปราย • การให้บริการการศึกษา • การได้แสดงออก
3. การปฏิบัติ(ทักษะ)	<ul style="list-style-type: none"> • การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • การใช้เหตุการณ์จำลอง(Simulation Game) • การสาธิตและฝึกปฏิบัติ • การฝึกปฏิบัติ

ที่มา: กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2546)

หลักการสอนหรือบรรยายหรือหลักการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้เรียน ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 8 หลักการสอนหรือบรรยายหรือหลักการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

หลักการสอน	วิธีการดำเนินการจัดกิจกรรม
1. ให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรม (ACTIVE LEARNING)	- ถามคำถาม - แก้ปัญหา
2. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (GIVING FEEDBACK)	- บอกสิ่งดี - บอกสิ่งผิด - จะปรับปรุงอย่างไร
3. ให้ชัดเจน (CLARITY)	- ได้ยิน มองเห็น - ภาษาง่าย - อุปกรณ์ประกอบ
4. ทำให้การสอนมีความหมายต่อผู้เรียน (MAKING YOUR TEACHING)	- เนื้อหาสัมพันธ์กับชีวิตจริง - ให้ตัวอย่าง - สิ่งที่เรียนสัมพันธ์กับงานในอนาคต
5. ให้แน่ใจว่าผู้เรียนได้เรียนรู้ (ENSURING MASTERING)	- สรุป - ประเมิน
6. เน้นความแตกต่างระหว่างบุคคล (INDIVIDUAL DIFFRENCES)	- ให้เวลา - ใช้วิธีการจูงใจแตกต่างกัน
7. เอื้ออาทรตัวผู้เรียน (CARING)	- เตรียมการสอนอย่างดี - รับฟัง COMMENT - แก้ไขข้อบกพร่อง

ที่มา: กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2546)

สื่อและการเลือกสื่อในการดำเนินงานสุขศึกษา

ในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลข่าวสารไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ “สื่อ” เป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ให้ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพสื่อจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ดีกว่าตนเองมีส่วนร่วม (Participation) หรือสร้างประสบการณ์ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมและสร้างประสบการณ์ให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มผู้รับบริการสุขศึกษานั้น ผู้รับจะรับได้มากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการจัดสื่อประเภทต่างๆ ให้กับผู้รับในกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ โดยสอดคล้องกับกลวิธีทางสุขศึกษานั้นเอง (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546)

หลักการเลือกสื่อให้สอดคล้องกับกลวิธีทางสุขศึกษาในกระบวนการจัดประสบการณ์เรียนรู้ต่างๆ หรือในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ให้ยึดหลักดังนี้ คือ คนเราสามารถเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Tangible) หรือสิ่งที่ต้องเรียนรู้ด้วยความคิดจินตนาการ ซึ่ง Dr.Edgar Dale (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546) ได้จัดลำดับ สื่อประเภทต่างๆ ที่ทำให้ผู้รับมีส่วนร่วมและได้รับประสบการณ์มากหรือน้อยตาม “กรวยแห่งประสบการณ์” (Cone of Experience) ซึ่งมีหลักดังนี้ บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีและรวดเร็วขึ้นเกิดจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม และการเรียนรู้จะน้อยลงเมื่อการเรียนรู้ขึ้นเกิดจากประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมซึ่งเอดการ์เดลได้กำหนดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดไว้ที่ฐานกรวย และจัดประสบการณ์ที่เป็นนามธรรม (Intangible) มากที่สุดไว้ที่ยอดกรวย ดังนั้นในการเลือกสื่อให้สอดคล้องกับกลวิธีทางสุขศึกษา จะต้องเลือกใช้สื่อที่สามารถจัดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้รับมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือใช้ผสมผสานกันให้เหมาะสม เช่น ใช้วีดีโอเทป ภาพพลิก การสาธิต การฝึกทักษะ สถานการณ์จำลอง และจัดประสบการณ์ตรงให้กับผู้รับได้เห็นของจริงได้สัมผัสได้จับต้อง และได้ปฏิบัติ เป็นต้น โดยยึดหลักการที่ว่า บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีที่สุด ถ้าบุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการจัดการกิจกรรมนั้น

การเลือกสื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

การสร้างสื่อแต่ละชิ้น ต้องศึกษาด้วยว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นใคร เช่น กลุ่มเป้าหมายที่มีการศึกษาสูง อาจให้รายละเอียดในส่วนของเนื้อหาบ่อย และอัดด้วยภาพที่ดึงดูดความสนใจ ในกลุ่มเป้าหมายที่มีการศึกษาน้อยต้องให้รายละเอียดค่อนข้างมากและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ภาพที่ใช้เมื่อคู่มือแล้ว

สามารถเข้าใจง่าย ภาพที่ใช้เมื่อดูแล้วสามารถเข้าใจได้ทันที สื่อความหมายอย่างตรงไปตรงมา (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2546)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกลวิธีสุขศึกษาแบบรายกลุ่มมาใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกศินี (2536) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหญิงตั้งครรภ์เบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงและความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

ศิริวรรณ (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการดูแลสุขภาพตนเองและลดความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และมีการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ดีขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองและความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ฉะนั้นการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับมารดาโดยใช้กลวิธีทางสุขศึกษา โดยการสอนเป็นรายบุคคลและแบ่งเนื้อหาการสอนออกเป็นแต่ละไตรมาส ทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมทั้งด้านความรู้และการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ลดลงได้อีกด้วย

พรรณี (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มารับบริการที่ตึกสูติกรรม แผนกผู้ป่วยใน หรือมารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ ตึกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

ภัทริธา (2539) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้อันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และความรู้ การรับรู้อันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งต่างจากทัศนคติต่อการป้องกันโรค ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่ม มีผลทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความไว้วางใจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ในเรื่อง การพูดคุยกับสามีและการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้

จิตไพบูล (2544) ได้ศึกษาแบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

นฤมล (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรารธนา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซี ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความเข้มข้นของโลหิตของกลุ่มทดลองนั้น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวน ตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้นำแนวคิดทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์จัดทำเป็นโปรแกรมสุขภาพ ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ตระหนักถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และการแนะนำให้สามีและญาติเห็นความสำคัญในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเลือกกลวิธีสุขภาพแบบรายกลุ่มมาใช้ในโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สมมติฐานที่ 2 ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

สมมติฐานที่ 3 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเสร็จสิ้นทันที หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

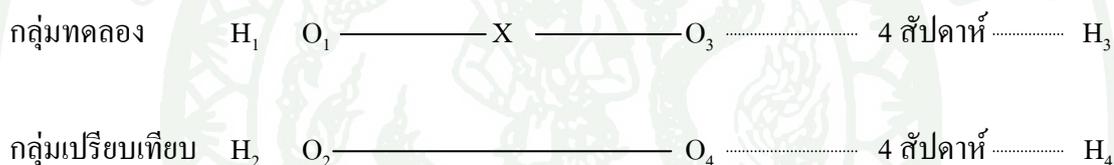
สมมติฐานที่ 4 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field Experimental Research) โดยใช้แผนการทดลอง (Experimental Design) แบบกลุ่มทดลอง – กลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัดก่อนหลัง (Pre test – Post test static group Comparison design) ตามแผนภูมิการทดลอง ดังนี้

แผนการทดลอง



O_1, O_2 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

X หมายถึง การจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของกลุ่มทดลอง โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยจัด

กิจกรรมการให้สุศึกษา ใช้กลวิธีสุศึกษาแบบรายกลุ่ม ประกอบโดยการบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม

O_3, O_4 หมายถึง การทดสอบหลังการได้รับโปรแกรมสุศึกษาเสร็จสิ้นทันทีโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือนุคลากรทางการแพทย์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

H_1, H_2 หมายถึง ค่าความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

H_3, H_4 หมายถึง ค่าความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit) หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และมีผลการตรวจค่าความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 33 ไม่มีโรคโลหิตซีเมียโดยใช้เกณฑ์การประเมินจากผลการตรวจคัดกรองโรคโลหิตซีเมีย ขนาดเม็ดแดง (MCV) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 fl และ Dichorophenol indophenols precipitation ผล negative และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความเท่าเทียมกัน จึงได้ทำการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assingment) กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการดูแลตนเองเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์

1.2 แผนการสอนสุขศึกษารายกลุ่มเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์

1.3 สาริตตัวอย่างอาหารที่มีธาตุเหล็ก

ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษาและได้สร้างตามแนวความคิดและ ทฤษฎีกลวิธีสุขศึกษาแบบรายกลุ่ม ประกอบโดยการบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะ โลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน (ภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน ได้ให้ ข้อเสนอแนะเรื่องภาษาที่ใช้ในคู่มือการดูแลตนเองเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขคู่มือให้สมบูรณ์ อีกครั้ง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดย

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร วารสาร ตำราทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย

2.2 ศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

2.3 นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา มาสร้างแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด และมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.4 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2.5 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

2.5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข (จากข้อ 4) พิมพ์เป็นชุดที่สมบูรณ์ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน(ภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ รวมไปถึงข้อเสนอแนะต่างๆ

2.5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น/ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในโรงพยาบาลบางสะพาน ที่มีลักษณะทางสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ดังนี้

แบบวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .70
แบบวัดเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น	= .85
แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .77
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงได้ค่าความเชื่อมั่น	= .77
แบบวัดการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตน ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .77
แบบวัดการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากร ทางการแพทย์ ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .86
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมั่น	= .78

2.5.3 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธาน
กรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บ
รวบรวมข้อมูลจริง

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมหรือข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งเลือกตอบ (Checklist)
และเติมข้อความ (Open-ended) ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาด
ธาตุเหล็ก

ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ขึ้นจากการศึกษาดำรงวารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาครอบคลุมความหมาย
สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ
เหล็ก เป็นลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
เพียงคำตอบเดียว ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 0 - 21 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

คำตอบที่ถูกต้อง	ได้	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด	ได้	0	คะแนน
คำตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ (บุญธรรม, 2542)

มีระดับความรู้ดี ได้คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

มีระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีระดับความรู้ได้คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ธาตุเหล็ก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านเจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาด

แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นแบบวัดความรู้สึกนึกคิด ความชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ รวมทั้งแนวโน้มที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลักษณะของแบบสอบถามนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า โดยมีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 24 – 96 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

- แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นแบบวัดความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมเนื้อหา โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลักษณะของแบบสอบถามนี้ เป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า โดยมีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย

- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

- แบบสอบถามการรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะ

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ถ้าเป็นคำถามเชิงบวก (Positive statement)

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ถ้าเป็นคำถามเชิงลบ (Negative statement)

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

เกณฑ์การพิจารณา

ระดับสูง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $(\bar{X} + \frac{1}{2} \text{S.D.})$ ถึง คะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $(\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{S.D.})$

ระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึง $(\bar{X} - \frac{1}{2} \text{S.D.})$

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/
บุคลากรทางการแพทย์

แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากร
ทางการแพทย์ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)
ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า โดยมีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก
ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย คะแนนสูง แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ถ้าเป็นคำถามเชิงบวก (Positive statement)

ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	4
ได้รับมาก	3
ได้รับน้อย	2
ไม่ได้รับเลย	1

ถ้าเป็นคำถามเชิงลบ (Negative statement)

ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	1
ได้รับมาก	2
ได้รับน้อย	3
ไม่ได้รับเลย	4

เกณฑ์การพิจารณา

ระดับสูง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง ($\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$) ถึง คะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง ($\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$)

ระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึง ($\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีเนื้อหาครอบคลุมในด้านการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค ตลอดจนการไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ลักษณะข้อสอบถามแบบนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า โดยมีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 29 - 116 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดี

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ถ้าเป็นคำถามเชิงบวก (Positive statement)

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	1

ถ้าเป็นคำถามเชิงลบ (Negative statement)

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3
ไม่ปฏิบัติ	4

เกณฑ์การพิจารณา

ระดับสูง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $(\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.)$ ถึง คะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $(\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.)$

ระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึง $(\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.)$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนทดลองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มารับการตรวจครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม

2.2 ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง

2.3 การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที โดยการทดสอบ ภายหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองแล้ว 4 สัปดาห์ ติดตามผลความเข้มข้นของเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทางชีวสังคมสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าไคสแควร์(χ^2)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t - test

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Student t – test

การนำเสนอผลงานวิจัย

การสรุปผลและรายงานการวิจัย โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเป็นการบรรยายประกอบตาราง และเป็นรายงานการวิจัยที่สมบูรณ์

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นการศึกษาเชิงทดลองในสถานการณ์จริง ใช้ระเบียบวิจัยเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะภายในตัวบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์และการดื่มชา กาแฟ กับปัจจัยคุณลักษณะภายในตัวบุคคล เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์คุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายพฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) การวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Student t-test การวิเคราะห์ผลรวมในแต่ละรายข้อ และแต่ละตอนในแบบสอบถาม โดยการใช้สถิติค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.2 เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.5 การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.6 การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์

2. ตัวแปรตาม คือ

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2.2 ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

ตอนที่ 3 การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน เพื่อตรวจสอบสมมติฐานที่กำหนดขึ้น

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางชีวสังคม และข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรถ์และการค้ำชา กาแฟ ผลการวิเคราะห์

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของหญิงตั้งครรถ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

(n = 30 คน)

ข้อมูลทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ				
16 – 20 ปี	14	46.7	12	40.0
21 – 25 ปี	8	26.7	7	23.3
26 – 30 ปี	2	6.7	3	10.0
31 – 35 ปี	5	16.7	8	26.7
36 – 40 ปี	1	3.3	0	0
	X = 2.03	S.D. = 1.25	X = 2.23	S.D. = 1.25
2.อาชีพที่ทำประจำระหว่างตั้งครรถ์				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	43.3	13	43.3
รับราชการ	1	3.3	1	3.3
ค้าขาย	6	20.0	4	13.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	3.3	0	0
รับจ้าง	6	20.0	10	33.3
เกษตรกรรม	3	10.0	2	6.7
3.การศึกษาที่สำเร็จ				
ประถมศึกษา	9	30.0	10	33.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	36.7	10	33.3
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	6	20.0	8	26.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	3.3	1	3.3
ปริญญาตรี	3	10.0	1	3.3

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 30 คน)

ข้อมูลทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. รายได้ต่อครอบครัว				
ต่ำกว่า 5,001 บาท / เดือน	7	23.3	5	16.7
5,001 – 10,000 บาท / เดือน	16	53.3	13	43.3
10,001 – 15,000 บาท / เดือน	3	10.0	6	20.0
15,001 – 20,000 บาท / เดือน	2	6.7	5	16.7
มากกว่า 20,000 บาท / เดือน	2	6.7	1	3.3
5. รายได้ของครอบครัวมีเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว				
เหลือเก็บ	2	6.7	2	6.7
เพียงพอ	25	83.3	26	86.6
ไม่เพียงพอ	3	10.0	2	6.7
6. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์				
ลำดับที่ 1	16	53.3	14	46.7
ลำดับที่ 2	12	40.0	12	40.0
ลำดับที่ 3	1	3.3	4	13.3
ลำดับที่ 4	1	3.3	0	0
7. อายุครรภ์				
8 – 12 สัปดาห์	6	20.0	2	6.7
13 – 16 สัปดาห์	8	26.7	14	46.7
17 – 20 สัปดาห์	5	16.7	5	16.7
21 – 24 สัปดาห์	7	23.3	5	16.7
25 – 28 สัปดาห์	4	13.3	4	13.3
8. ขณะตั้งครรภ์มีการดื่มชา				
กาแฟ				
ไม่ดื่ม	26	86.7	21	70.0
ดื่ม	4	13.3	9	30.0

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุระหว่าง 16 – 20 ปี ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 43.3 ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมตอนต้นร้อยละ 36.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมตอนต้นร้อยละ 33.3 เท่ากัน ทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท เท่ากับ ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายเท่ากับ ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 86.6 ตามลำดับ ลำดับของการตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 1 เท่ากับร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ มีอายุครรภ์ระหว่าง 13 – 16 สัปดาห์เท่ากับร้อยละ 26.7 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ขณะตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ดื่มชา กาแฟ เท่ากับร้อยละ 86.7 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา มีดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ

ประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัว โดยใช้แบบวัดที่ได้ตรวจสอบคุณภาพว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ลักษณะของข้อมูลเป็นข้อมูลต่อเนื่อง รายละเอียดของตัวแปร มีดังต่อไปนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่วัดก่อนและหลังทดลองทันที

(n = 30)

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	1	30	1	2
	(3.3)	(100)	(3.3)	(6.7)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(n = 30)

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับปานกลาง	14 (46.7)	0 (0)	13 (43.3)	26 (86.6)
ระดับต่ำ	15 (50.0)	0 (0)	16 (53.4)	2 (6.7)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 10 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูง และต่ำเท่ากัน ร้อยละ 6.7

1.2 เจตคติต่อภาวะโลหิตางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับเจตคติ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	0 (0)	28 (93.3)	0 (0)	5 (16.7)
ระดับปานกลาง	10 (33.3)	2 (6.7)	9 (30.0)	16 (53.3)
ระดับต่ำ	20 (66.7)	0 (0)	21 (70.0)	9 (30.0)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 11 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับการรับรู้ โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	0 (0)	28 (93.3)	0 (0)	3 (10.0)
ระดับปานกลาง	5 (16.7)	2 (6.7)	4 (13.3)	16 (53.3)
ระดับต่ำ	25 (83.3)	0 (0)	26 (86.7)	11 (36.7)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 12 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.7

1.4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	1 (3.3)	26 (86.7)	1 (3.3)	4 (13.4)
ระดับปานกลาง	7 (23.4)	4 (13.3)	4 (13.4)	13 (43.3)
ระดับต่ำ	22 (73.3)	0 (0)	25 (83.3)	13 (43.3)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 13 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.4 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.4 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำเท่ากัน ร้อยละ 43.3

1.5 การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับการรับรู้ผลดีและ อุปสรรคของการดูแล ตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	6 (20.0)	29 (96.7)	4 (13.4)	8 (26.6)
ระดับปานกลาง	17 (56.7)	1 (3.3)	16 (53.3)	20 (66.7)
ระดับต่ำ	7 (23.3)	0 (0)	10 (33.3)	2 (6.7)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 14 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.3 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ผลดีและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 26.6

1.6 การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับการสนับสนุนจาก บุคคลในครอบครัว/ บุคลากรทางการแพทย์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	7 (23.3)	18 (60.0)	3 (10.0)	7 (23.3)
ระดับปานกลาง	8 (26.7)	12 (40.0)	9 (30.0)	19 (63.3)
ระดับต่ำ	15 (50.0)	0 (0)	18 (60.0)	4 (13.4)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 15 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.3

2. ตัวแปรตาม

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

(n = 30)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
ระดับสูง	2 (6.7)	29 (96.7)	1 (3.3)	5 (16.6)
ระดับปานกลาง	12 (40.0)	1 (3.3)	9 (30.0)	17 (56.7)
ระดับต่ำ	16 (53.3)	0 (0)	20 (66.7)	8 (26.7)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 16 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.7

2.2 ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ของระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่วัดก่อนการทดลอง และหลังทดลอง 4 สัปดาห์

(n = 30)

ระดับความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit)	\bar{X}	S.D.
กลุ่มทดลอง		
ก่อนทดลอง	31.30	1.08
หลังทดลอง	35.31	0.08
กลุ่มเปรียบเทียบ		
ก่อนทดลอง	31.34	0.86
หลังทดลอง	33.72	0.61

จากตารางที่ 17 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 31.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 31.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 ภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 35.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.08 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 33.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	กลุ่มทดลอง(χ^2)	กลุ่มเปรียบเทียบ(χ^2)
อายุ	.232	.548
อาชีพ	.440	.410
ระดับการศึกษา	.155	.396
รายได้	.496	.369
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	.307	.534
การดื่มชา กาแฟ	.296	.341

จากตารางที่ 18 พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้ง 2 กลุ่มพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมทางด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

(n = 30)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	-.028	.191
เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	.049	.675**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.090	.110
การรับรู้ความรุนแรง	.114	.116
การรับรู้ผลดีและอุปสรรค	.040	.073
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์	.293	.159

**p < .01

จากตารางที่ 19 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลอง มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

(n = 30)

ตัวแปร	ระดับความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	.005	-.160
เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	.236	.146
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.272	.089
การรับรู้ความรุนแรง	.377*	-.163
การรับรู้ผลดีและอุปสรรค	.285	.036
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์	.189	.144

*p < .05

จากตารางที่ 20 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ตัวแปรอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือนุเคราะห์การแพทย์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนได้รับการทดลอง

(n = 30)

การวัด	\bar{X}	S.D.	t
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
กลุ่มทดลอง	11.27	3.51	.816
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.53	3.45	
เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
กลุ่มทดลอง	66.03	5.26	.976
กลุ่มเปรียบเทียบ	65.77	4.78	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
กลุ่มทดลอง	27.23	2.16	.978
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.67	2.32	
การรับรู้ความรุนแรง			
กลุ่มทดลอง	26.57	3.20	.799
กลุ่มเปรียบเทียบ	25.93	2.94	
การรับรู้ผลดีและอุปสรรค			
กลุ่มทดลอง	29.37	1.81	.994
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.90	1.83	
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือนุเคราะห์การแพทย์			
การแพทย์	44.30	3.62	1.368
กลุ่มทดลอง	43.10	3.16	
กลุ่มเปรียบเทียบ			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
กลุ่มทดลอง	81.23	8.61	.820
กลุ่มเปรียบเทียบ	79.53	7.41	

จากตารางที่ 21 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือทั้ง 2 กลุ่มมีพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรค การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือนุคลากรการแพทย์ และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่วัดก่อนและหลังการทดลองทันทีในกลุ่มทดลอง

(n = 30)			
การวัด	\bar{X}	S.D.	t
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
ก่อนการทดลอง	11.27	3.51	12.982*
หลังการทดลอง	19.40	1.13	
เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
ก่อนการทดลอง	67.03	5.26	10.422*
หลังการทดลอง	80.17	6.41	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
ก่อนการทดลอง	27.23	2.16	13.181*
หลังการทดลอง	35.70	2.76	
การรับรู้ความรุนแรง			
ก่อนการทดลอง	26.57	3.20	9.649*
หลังการทดลอง	35.70	3.46	

ตารางที่ 22 (ต่อ)

การวัด	\bar{X}	S.D.	t
การรับรู้ผลดีและอุปสรรค			
ก่อนการทดลอง	29.37	1.81	13.450*
หลังการทดลอง	36.67	2.66	
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์			
ก่อนการทดลอง	44.30	3.62	8.057*
หลังการทดลอง	49.10	3.65	
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง			
ก่อนการทดลอง	81.23	8.61	17.356*
หลังการทดลอง	104.77	5.02	

*p < .05

จากตารางที่ 22 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ซึ่งแสดงว่า ภายหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรการแพทย์ และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองที่วัดหลังการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

(n = 30)

การวัด	\bar{X}	S.D.	t
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
กลุ่มทดลอง	19.40	1.13	13.565*
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.03	1.85	
เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก			
กลุ่มทดลอง	80.17	6.41	7.386*
กลุ่มเปรียบเทียบ	69.90	4.11	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
กลุ่มทดลอง	35.70	2.77	11.568*
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.96	1.54	
การรับรู้ความรุนแรง			
กลุ่มทดลอง	35.70	3.46	10.122*
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.73	1.51	
การรับรู้ผลดีและอุปสรรค			
กลุ่มทดลอง	36.67	2.66	11.563*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.27	1.46	
แรงสนับสนุนทางสังคม			
กลุ่มทดลอง	49.10	3.56	3.731*
กลุ่มเปรียบเทียบ	45.73	3.33	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
กลุ่มทดลอง	104.77	5.02	12.216*
กลุ่มเปรียบเทียบ	87.77	5.74	

*p < .05

จากตารางที่ 23 พบว่า ภายหลังจากทดลองทันทีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งแสดงว่าภายหลังจากทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ในกลุ่มทดลองที่วัดหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การวัด	\bar{X}	S.D.	t
ความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit)			
ก่อนการทดลอง	31.30	1.08	18.598*
หลังการทดลอง	35.31	0.80	

*p < .05

จากตารางที่ 24 พบว่าภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง มีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งแสดงว่าภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองมี ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่วัดหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การวัด	\bar{X}	S.D.	t
(n = 30)			
ความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit)			
กลุ่มทดลอง	35.31	0.80	8.621*
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.72	0.61	

*p < .05

จากตารางที่ 25 พบว่าภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง มีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งแสดงว่าภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อวิจารณ์

ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ และนำมาเป็นข้อวิจารณ์ มีสาระสำคัญดังประเด็นต่อไปนี้

ปัจจัยทางด้านชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

จากการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และการดื่มชา กาแฟ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะมีอายุเท่าไร อาชีพอะไร รายได้เท่าไรหรือลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ไม่มีผลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพราะการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพล ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเสริม เช่น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/เจ้าหน้าที่ และปัจจัยเอื้อ เช่น ความสะดวกในการไปรับบริการ เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

จากการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตโพบูล (2544) ได้ศึกษาแบบแผนการให้คำปรึกษา รายบุคคลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มารับ บริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของภทริธา (2539) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิง ตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้อันตรายและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมั ทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และยังสอดคล้องกับ การศึกษาของปรารณา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษา ดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัด ปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุม ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามิน ซี ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิง ตั้งครรภ์และผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบภาวะสุขภาพของตนถูกต้อง เพราะการที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ ทราบว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กทำให้ประเมินภาวะสุขภาพของตนไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติตนได้ การให้หญิงตั้งครรภ์รับทราบเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็กตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่รุนแรงขึ้น และการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก นอกจากนั้นได้ให้หญิงตั้งครรภ์ได้พิจารณาเปรียบเทียบถึง ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติตนที่เกิดขึ้น ดังที่ Becker (Becker, 1974) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรคเมื่อบุคคล จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค จากความรู้สึกว่า ถูกคุกคามจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้หญิงตั้งครรภ์พยายามที่จะหลีกเลี่ยงภาวะ อันตรายจึงได้ปฏิบัติตนตามแนวทางที่ได้รับคำแนะนำ

ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit)

จากการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ มีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประรณนา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษา ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษาระดับความเข้มข้นของโลหิตของกลุ่มทดลองนั้น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตไพบูล (2544) ได้ศึกษาแบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์รับทราบที่ต้องปฏิบัติตัวเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาจึงจะแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักและปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลต่อการมีธาตุเหล็กเพียงพอ ทำให้ระดับความเข้มข้นของโลหิต(Hematocrit)เพิ่มขึ้น

เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธิรา (2539) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การมีเจตคติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีผลต่อความโน้มเอียงของจิตใจต่อ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้ม

ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ตนชอบหรือเกลียดอันเป็นการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งเร้าต่างๆ



สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field Experimental Research) โดยใช้แผนการทดลอง (Experimental Design) แบบกลุ่มทดลอง – กลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัดก่อนหลัง (Pre test – Post test static group Comparison design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ความรู้เจตคติและเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรค การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ได้

การศึกษานี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเอง เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์ แผนการสอน สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์ สาริตตัวอย่างอาหารที่มีธาตุเหล็ก และได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้จากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งในส่วนย่อยและรวมทั้งฉบับ ได้แก่ แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรค การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์และพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) จากนั้นนำข้อมูลมา

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามลักษณะข้อมูลและสมมติฐาน สถิติที่นำมาใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ Paired Sample t – test และ Student t – test วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของคุณลักษณะภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) การดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2552 ถึง เดือนธันวาคม 2552

การพิจารณาผลวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัย จึงสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นหลักในการจัดเนื้อหา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากการวัดประสิทธิผลของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษา

2. สรุปผลตามลักษณะข้อมูลของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์

2.1 ลักษณะทางชีวสังคม

กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ระหว่าง 16 – 20 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 25 ปี ร้อยละ 26.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอาชีพค้าขายและรับจ้าง ร้อยละ 20.0 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.7 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท / เดือน ร้อยละ 53.3

รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน ร้อยละ 23.3 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 83.3
 รองลงมาเหลือเก็บ ร้อยละ 10.0 การตั้งครรภ์ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก ร้อยละ 53.3
 รองลงมา ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 40.0 มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์ ร้อยละ
 26.7 รองลงมา มีอายุครรภ์ > 16 – 20 สัปดาห์ ร้อยละ 23.3 ไม่ดื่มชา กาแฟ ร้อยละ 86.7 และ
 ดื่มชา กาแฟ ร้อยละ 13.3

กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุอยู่ระหว่าง 16 – 20 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีอายุ
 อยู่ระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 26.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง
 ร้อยละ 33.3 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษา ร้อยละ 36.7 รายได้เฉลี่ย
 ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท / เดือน ร้อยละ 43.3 และ 10,001 - 15,000 บาท /
 เดือน ร้อยละ 20.0 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 86.6 รองลงมาเหลือเก็บ ร้อยละ 6.7
 การตั้งครรภ์ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก ร้อยละ 46.7 รองลงมา ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 40.0
 มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์ ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีอายุครรภ์ > 16 – 20
 สัปดาห์ ร้อยละ 16.7 ไม่ดื่มชา กาแฟ ร้อยละ 70.0 และ ดื่มชา กาแฟ ร้อยละ 30.0

2.2 ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง
 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 100 มีระดับความรู้สูง หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ
 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 86.7 มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 6.7 มีระดับความรู้
 สูงและต่ำ

2.3 เจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง
 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 93.3 มีเจตคติระดับสูง ร้อยละ 6.7 มีเจตคติระดับปานกลาง
 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 16.7 มีเจตคติระดับสูง
 ร้อยละ 30.0 มีเจตคติระดับปานกลาง

2.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหญิง
 ตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ
 โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระดับสูง ร้อยละ 93.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 หญิงตั้งครรภ์
 ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระดับสูง ร้อยละ 10.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3

2.5 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระดับสูง ร้อยละ 86.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ความรุนแรง ระดับสูง ร้อยละ 13.3 ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 43.3

2.6 การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้ผลดีและอุปสรรค ระดับสูง ร้อยละ 96.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ผลดีและอุปสรรค ระดับสูง ร้อยละ 26.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7

2.7 การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ร้อยละ 60.0 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ ระดับสูง ร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับปานกลาง หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 23.3 ได้รับการสนับสนุนระดับสูง ร้อยละ 63.3 ระดับปานกลาง

2.8 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง 96.7 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.7

2.9 ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่วัดหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 35.31 หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) เท่ากับ 33.72

3. สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัย

3.1 สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การดื่มชา กาแฟ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างมีนัยสำคัญ เป็นการปฏิเสธสมมติฐาน

3.2 สมมติฐานที่ 2

ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการปฏิเสธสมมติฐาน

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการปฏิเสธสมมติฐาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการยอมรับสมมติฐาน

3.3 สมมติฐานที่ 3 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเสร็จสิ้นทันที หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การได้รับสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ และการปฏิบัติตัว ดีกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการยอมรับสมมติฐาน

3.4 สมมติฐานที่ 4 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว 4 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hematocrit) สูงดีกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการยอมรับสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยทราบว่า การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อหญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของมารดาและทารก ผู้วิจัยจึงขอให้เสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของมารดาและทารกลงให้ได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง
2. ควรสนับสนุนแหล่งความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ คือ การใช้วิธีทางสุขศึกษา เช่น ชี้แจง ฝึกอบรม สาธิต ฝึกปฏิบัติ โดยการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการปีละครั้ง ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์ตรงให้กับพยาบาลวิชาชีพ
3. ควรสนับสนุนและให้ทุนการทำวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อได้เกิดแนวทางหรือนวัตกรรมใหม่ๆพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ

จากผลการวิจัยทราบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในการดูแลตนเอง คือ การมีความรู้ เจตคติที่ถูกต้อง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ ฉะนั้น เพื่อการดำเนินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. จัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน(ตั้งครรภ์ปกติ) มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัว อาหาร อากาโรคติดต่อที่ต้องรีบมาพบแพทย์ มีการกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน(ตั้งครรภ์ปกติ)ทุกคนที่มาฝากครรภ์ต้องผ่านการอบรม และมีการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเข้ารับการอบรมด้วย มุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทุกคนเข้าใจและเกิดตระหนักในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เพื่อมีสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อน

2. จัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและติดเชื้อเอชดี มุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และมีการกำหนดให้ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้าอบรมด้วยเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชดี

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือการพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจ
ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป. บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิงจำกัด, กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2547. คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่ สำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
กรุงเทพฯ.
- _____. 2549. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5
พ.ศ.2546. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกัน
โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. กรุงเทพฯ.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2540. แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้การ
ดำเนินการงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ. 2546. คู่มือการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน
โรค วิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- กันยา สุวรรณ. 2536. จิตวิทยาทั่วไป. รวมสาสน์, กรุงเทพฯ.
- เกศินี ไช้ชนิด. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการดูแล
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตไพบูล พระชนี. 2544. แบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฉลิมพล ตันสกุล. 2541. **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์, กรุงเทพฯ.

ธีระ ทองสง. 2536. **ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. พี.บี.ฟอเรนบุ๊กเซนเตอร์, กรุงเทพฯ.

นฤมล กิจวานิชชัย. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์. 2542. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. B&B Plulising, นครปฐม.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2535. **เอกสารการสอนกับชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2536. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา**. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ปารธนา เพียรทอง. 2545. **ผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณี คุ้มประดับ. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุน ทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิภพ วังเงิน. 2547. **พฤติกรรมองค์กร**. อักษรพิทยา, กรุงเทพฯ.

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชกรรม. 2548. **สูติศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.** บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด, กรุงเทพฯ.

ภาควิชาสูติศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548. **ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสูติศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง).** โรงพิมพ์ยุทธินทร์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ภัทริรา ดีประวัตติ. 2539. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสูติศึกษาแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล ภูมิฉุยเดช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. 2550. **การพยาบาลสูติศาสตร์ 3. พิมพ์ครั้งที่ 7.** บริษัทยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด, นนทบุรี.

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. 2552. **เอกสารนำเสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และคณะ.** ม.ป.ท.

ศิริวรรณ ขอบธรรม. 2536. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสูติศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการดูแลสุขภาพตนเองและลดความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. 2550. **การพยาบาลสูติศาสตร์ 3. พิมพ์ครั้งที่ 7.** บริษัทยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด, นนทบุรี

สมเจตน์ นาคเสวี. 2550. **เจตคติต่อวิจัยและปัจจัยที่เอื้อต่อการทำวิจัยของบุคลากรวิทยาลัยอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.** ม.ป.ท.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. 2550. **คู่มือการดำเนินงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านส่งเสริมป้องกัน และการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยกลุ่มสตรีมีครรภ์และเด็กแรกเกิด-5 ปี พ.ศ.2551.** ม.ป.ท.

สถิติงานฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. 2551. รายงานประจำปี 2551. ม.ป.ท.

สุปรียา ต้นสกุล. 2544. กระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.
วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. (ตุลาคม – ธันวาคม): 41.

Becker, M.H., R.H. Drachman and J.P. Kirscht. 1974. A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-income Population. **American Journal of Public Health**. 64(3): 206.

Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38 (September-October): 300-314.

Glanz, K., F. M. Lewis and B.K. Rimer. 1997. **Health behavior and Health education**. Jossey-Bess Publishers, San Francisco.

Green, L. W. and M.W. Kreuter. 1999. **Health Promotion Planning**. Mayfield Publishing Company, London.

Kahn, R.L. 1979. **Aging and social support**. In aging from birth to death: Interdisciplinary perspective. Westview Press, Colorado.

O'Donnell, M. P. 2002. **Health Promotion in the Workplace**. Delmar, Singapore.

Pender, N. J. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. Appleton and Lange, USA.

Rosenstock, I. M. 1974. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**. 2: 328-335.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมสุขภาพ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา จิตติมา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สูติ-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. แพทย์หญิงสุกัลยา นิมิตสุรชาติ | หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ |

ผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|---|
| 1. แพทย์หญิงสุพรรณิ ประดิษฐ์สถาวงษ์ | ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ |
| 2. นางสาวมาลินี วัฒนรุกษ์ | หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ |
| 3. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ | หัวหน้ากลุ่มควบคุมความเสี่ยงในวิถีชีวิต
และสังคม สำนักโรคไม่ติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เนาวรัตน์ สุนทรรัช | อาจารย์พิเศษ
สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา |



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 6 ส่วน คือ

- | | | |
|-----------|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทางชีวสังคม | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 21 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 24 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | |
| | - แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 10 ข้อ |
| | - แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 10 ข้อ |
| | - แบบสอบถามการรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตนในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์ | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก | จำนวน 29 ข้อ |

การตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน จึงขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อ เพราะคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผล วิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนางานด้านการให้สุขศึกษา งานวิจัยในครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ มา ณ ที่นี้

นางอารยา ภัคดีศรี

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง เพื่อให้ข้อความนั้นสมบูรณ์และตรงกับความจริง พร้อมทั้งใส่
เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นอาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. รับราชการ	<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 4. พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 5. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 6. เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ.....		
3. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี	
4. รายได้ครอบครัว (บาท / เดือน)

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้
<input type="checkbox"/> 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> 3. 5,001 – 10,000 บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> 4. 10,001 – 15,000 บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> 5. 15,001 – 20,000 บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> 6. มากกว่า 20,000 บาท / เดือน

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

5. รายได้ของครอบครัวมีเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือไม่

() 1. เหลือเก็บ () 2. เพียงพอ () 3. ไม่เพียงพอ

6. จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (รวมครรภ์นี้ด้วย) และระบุการคลอด

6.1. คลอดครบกำหนด.....ครั้ง

6.2. คลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง

6.3. แท้ง.....ครั้ง

6.4. ตายคลอด.....ครั้ง

7. ขณะตั้งครรภ์ท่านดื่มชา กาแฟ หรือไม่

() ไม่ดื่ม () ดื่ม ถ้าดื่ม เมื่อตั้งครรภ์แล้วท่านดื่มอย่างไร

() 1. นานๆ ครั้ง ประมาณ เดือนละ แก้ว

() 2. ดื่มทุกวัน () 3. ไม่ดื่มเลย

8.เจาะเลือดครั้งแรกระดับความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโตคริต).....

อายุครรภ์.....สัปดาห์

9.เจาะเลือดครั้งที่สองระดับความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโตคริต).....

อายุครรภ์.....สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ

ข้อคำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบคือ

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

ข้อคำถามความรู้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึงการที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ เนื่องจากขาดธาตุเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดง			
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีความเข้มข้นของเลือด(ค่าฮีมาโตคริต) ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์			
3. ธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง			
4. สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุหลักมาจากพันธุกรรม			
5. สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุหลักมาจากการบริโภคอาหารไม่ถูกหลัก			
6. หญิงตั้งครรภ์เป็นช่วงที่ร่างกายมีความต้องการธาตุเหล็กเท่ากับช่วงวัยอื่น			
7.ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์			
8. ผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ ทำให้เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ซีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น			
9. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อาจทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย แท้ง หรือทารกตายในครรภ์ได้			

ข้อคำถามความรู้	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
10. ธาตุเหล็กที่ได้รับจากการบริโภคพืชผักและผลไม้จะถูกดูดซึมได้ดีที่สุด			
11. ธาตุเหล็กที่ได้รับจากการบริโภคเนื้อสัตว์จะถูกดูดซึมได้ดีที่สุด			
12. อาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กได้แก่ ชา กาแฟ ใบเมี่ยง			
13. อาหารจำพวกพืชผักและผลไม้ที่มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ ถั่วแดง ผักกูด หัวมันเทศ ผักแว่น เห็ดฟาง			
14. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสามารถช่วยป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้			
15. อาหารที่ขัดขวางในการดูดซึมธาตุเหล็กได้แก่ ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว			
16. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอาจทำให้ถ่ายอุจจาระดำ ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้			
17. หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทุกวันถ้าร่างกายแข็งแรงดี			
18. รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมนม จะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น			
19. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สามารถป้องกันได้คือ เลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก			
20. ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดได้			
21. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีธาตุเหล็กสูงได้แก่ ตับสัตว์ หอยแมลงภู่ ปลา			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อคำถามเจตคติ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีก็มี โอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้				
2. หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ไม่มีโอกาสที่จะมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้				
3. หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีโอกาสดูดก่อนกำหนดได้				
4. หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีผลทำให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ				
5. หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่สามารถรักษาได้				
6. การรับประทานอาหารที่มีราคาแพงคืออาหารที่มีคุณค่าและมีธาตุเหล็กสูง				
7. การรับประทานอาหารจำพวกเลือด ตับ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ จะช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้				
8. การรับประทานผัก ผลไม้ เช่น ส้ม ฝรั่ง กล้วยน้ำว่า มะละกอสุก จะช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมธาตุเหล็กได้มากขึ้น				
9. หญิงตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวัน เพราะอาจทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น				

ข้อความเจตคติ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10. การดื่มนมมาก ๆ จะช่วยลดการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
11. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขณะกระเพาะอาหารว่างจะทำให้ร่างกายมีการดูดซึมธาตุเหล็กได้มากขึ้น				
12. เมื่อรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแล้วมีอาการถ่ายอุจจาระดำให้หยุดรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทันที				
13. เมื่อรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแล้วมีอาการคลื่นไส้ ท้องเสีย ท้องผูก อย่างรุนแรงให้หยุดรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทันที				
14. การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมนม จะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น				
15. การรับประทานเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ ไม่มีผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์				
16. หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานยาบำรุงเลือด เพราะจะทำให้เด็กตัวโต คลอดยาก				
17. หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารได้ตามปกติไม่มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
18. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป				
19. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่สามารถป้องกันได้				
20. หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาบำรุงเลือด				
21. หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารต่างๆ ในปริมาณคงเดิม (เท่ากับก่อนตั้งครรภ์) จะมีโอกาสขาดธาตุเหล็ก				

ข้อคำถามเจตคติ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
22.หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพอ่อนแอเท่านั้น จึงจะมีโอกาสเกิด ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
23.หญิงตั้งครรภ์รับประทานผลไม้หลังอาหารจะช่วยดูดซึมธาตุ เหล็ก ลดโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
24.การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทุกวัน ทำได้ยาก เพราะ เป็นภาระของหญิงตั้งครรภ์				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละ
 ข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้มากกว่าหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์				
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ก่อนการตั้งครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเมื่อตั้งครรภ์แล้วมีโอกาสที่จะเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
3. หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีร่างกายสมบูรณ์				
4. การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เลือดหมู เลือดไก่ ตับสัตว์ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ปลา กุ้ง หอย จะช่วยเพิ่มปริมาณธาตุเหล็กให้กับร่างกาย				
5. หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีผลทำให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ				
6. ขณะหญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคผักเพิ่มขึ้น เช่น ถั่วงอก ผักกะเฉด ยอดกระถิน ชะอม จี่เหล็ก ผักกาดเขียว เพราะจะช่วยเพิ่มปริมาณธาตุเหล็กให้กับร่างกาย				

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. การรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม ฝรั่ง สับปะรด มะละกอสุก จะช่วยลดซึมธาตุเหล็กได้ดี ลดโอกาสการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
8. การบริโภคชา กาแฟ เป็นประจำอาจทำให้มีโอกาสภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
9. หญิงตั้งครรภ์จะป้องกันการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้โดยการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก				
10. ถ้ารับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับการดื่มนม จะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง				
แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
11. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อาจพบว่ามีอันตรายหรือผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกที่อยู่ในครรภ์				
12. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นโรคที่สามารถป้องกันหรือควบคุมได้				
13. อาการที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้แก่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ				
14. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะทำให้แท้งลูกได้				
15. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอาจทำให้ลูกคลอดก่อนกำหนดได้				
16. ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อย				

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17. การขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์มีผลทำให้เกิดการตก เลือดหลังคลอดได้				
18. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ โรคต่างๆ เจ็บป่วยได้ง่าย				
19. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะ ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้				
20. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ มีโอกาสเสียชีวิต ทั้งมารดาและทารกได้				
แบบสอบถามการรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตน ในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
21. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยรักษาและควบคุมภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
22. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เลือดหมู เลือดไก่ ตับสัตว์ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ปลา กุ้ง หอย จะช่วยให้ร่างกาย แข็งแรงป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
23. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัดและ สม่ำเสมอสามารถช่วยแก้ไขและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็กได้				
24. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงจะช่วยให้ ร่างกายมีการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้ดีขึ้น				
25. การรับรู้เรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กทำให้ท่านมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุม ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
26. ถ้าได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กท่านยินดีปฏิบัติตามทันที				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
27. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมากในการจัดซื้ออาหาร ที่มีธาตุเหล็กสูง				
28. การมาตรวจตามนัดและรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทำให้ ท่านต้องเสียเวลา และขั้นตอนยุ่งยาก				
29. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก และเสียเวลา				
30. ท่านมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ดเสริม ธาตุเหล็ก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ถ่ายดำ ท่านจึงไม่ รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านต้องการเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับประมาณ 5 – 7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ หรือ ทุกครั้ง
ได้รับมาก	หมายถึง	ท่านได้รับประมาณ 3 – 4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ หรือ เกือบทุกครั้ง
ได้รับน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับประมาณ 1 - 2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ หรือ นานๆครั้ง
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับเลย

ข้อคำถาม	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
1. ท่านไม่เคยทราบว่ามีการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหนังสือหรือวารสาร				
2. ท่านได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจากแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ท่านั้น				
3. ท่านได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวในขณะที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มเติมจากการอ่านวารสารทางสุขภาพ				
4. ท่านปรึกษาแพทย์และพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก				
5. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากขึ้นจากเอกสารแจกของทางโรงพยาบาลสถานพยาบาลต่างๆ				
6. สมาชิกและคนในบ้านช่วยท่านทำงานบ้านเพื่อให้ท่านได้พักผ่อนมากๆ				
7. สมาชิกเดือนให้ท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
8. ส่วนใหญ่สมาชิกและคนในบ้านท่านจะพาท่านไปตรวจครรภ์ตามนัด				

ข้อคำถาม	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับเลย
9. ส่วนใหญ่ท่านไปตรวจครรภ์ตามนัดเพียงคนเดียว				
10. สามีและคนในบ้านท่านให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพของท่านอย่างมาก				
11. สามีและคนในบ้านท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในขณะที่ตั้งครรภ์มาแนะนำท่านเป็นประจำ				
12. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ท่านจะไปรักษาเพียงคนเดียวเสมอ				
13. สามีและคนในบ้านท่านไม่มีใครสนใจอาการแทรกซ้อนที่เกิดกับตัวท่านเลย				
14. สามีและคนในบ้านท่านกระตุ้นให้ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อการรักษาของท่านทุกวัน				
15. ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลหลังการตรวจรักษาทุกครั้ง				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
ขณะตั้งครรภ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

หมายเหตุ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบครบทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางโอกาส
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารได้วันละ 3 มื้อ หรือมากกว่า				
2. อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ท่านปรุงเอง				
3. ท่านดื่มนม นมถั่วเหลือง ประจำ				
4. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์อย่างใดอย่าง หนึ่ง เช่น เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อวัว ตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ปลา กุ้ง หอย ได้วันละ 3 มื้อหรือมากกว่า				
5. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์อย่างใด อย่าง หนึ่งเช่น เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อวัว ตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ปลา กุ้ง หอย ได้มากกว่าก่อนการ ตั้งครรภ์				
6. ท่านรับประทานไข่ไม่น้อยกว่า 5 ฟองต่อสัปดาห์				
7. ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ขจรกระถิน ชะอม ชีเหล็ก ผักกาดเขียว ได้วันละ 3 มื้อหรือมากกว่า				
8. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม ฝรั่ง สับปะรด มะละกอสุก ได้วันละ 3 มื้อหรือมากกว่า				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
9. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม ฝรั่ง สับปะรด มะละกอสูกหลังอาหาร ได้บ่อยครั้ง				
10. ท่านดื่มน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาว				
11. ท่านดื่มชา กาแฟ หลังรับประทานอาหาร				
12. ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 2-3 เม็ด ต่อวัน				
13. ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กหลังอาหาร				
14. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายดำ ท่านหยุด รับประทานยา				
15. ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับการ ดื่มนม				
16. ท่านเลือกรับประทานอาหาร โดยคำนึงถึงคุณค่า ทางอาหาร				
17. ท่านรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ หรือ ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว ถั่วเขียว ถั่วเหลือง				
18. ขณะตั้งครรภ์ ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุ เหล็กตามแพทย์สั่งได้อย่างต่อเนื่อง				
19. ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กได้ แม้ว่าจะ เม็ดใหญ่ กลืนลำบาก				
20. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ละมุด ลำไย น้อยหน่า หลังอาหาร				
21. ท่านรับประทานอาหารประจำวันเหมือนกับไม่ได้ ตั้งครรภ์				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
22.ท่านดื่มนมพร้อมรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก				
23.ขณะตั้งครรภ์ ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ				
24.ท่านมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง				
25.ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ วันละ 8-10 ชั่วโมง				
26.ท่านทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ				
27.เมื่อท่านมีปัญหา / ไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาสามี หรือสมาชิกในครอบครัว				
28.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับตนเองหรือทารก ในครรภ์ เช่น เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ทารกในครรภ์ ดิ้นน้อยลง ท่านรีบมาโรงพยาบาล / ปรึกษาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข				
29.อาหารบางอย่างมีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ ท่าน ไม่สามารถรับประทานได้ถ้าไม่ชอบ				



โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้นำแนวความคิดและทฤษฎี ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังได้นำ กลวิธีสุขศึกษาแบบรายกลุ่ม มาปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วย

1. คู่มือการดูแลตนเองเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก(Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์
2. กิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก(Iron deficiency anemia)ในหญิงตั้งครรภ์
3. สาริตตัวอย่างอาหารที่มีธาตุเหล็ก

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เรื่อง“ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ”

สาระสำคัญ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถ้าไม่สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ ก็อาจทำให้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะรุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น สุขภาพทั่วไปอ่อนแอ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ถ้ารุนแรงอาจทำให้เกิดการแท้งหรือ คลอดก่อนกำหนด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Per – eclampsia) ได้ถึง 2 เท่า ระยะคลอดถ้ามีการตกโลหิต หรือเสียโลหิตเท่าคนปกติ แต่จะมีอาการแสดงของการตกโลหิตรุนแรงกว่าคือการช็อก (shock) ได้ง่ายแม้ว่าเสียโลหิตเพียงเล็กน้อย ระยะหลังคลอด มีการตกโลหิตหลังคลอดได้ง่าย เนื่องจากปริมาณเม็ดโลหิตในร่างกายน้อย ส่วนผลกระทบต่อทารกอาจคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมารดาต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ อาจจะมีปัญหาการเจริญเติบโต และ

พัฒนาการ นำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติ เนื่องจากการนำสารอาหารจาก มารดาสู่ทารกได้น้อยลง อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด ปอดไม่สมบูรณ์ ตัวเหลือง ตืดเหลือง และอาจชอกช้ำจากการคลอด ทารกมีภาวะโลหิตจาง พิการหรืออาจตายตั้งแต่ในครรภ์ หรือตายเมื่อแรกเกิด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง คลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และผลดีของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. หญิงตั้งครรภ์สามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดงและวิธีการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกค่าระดับความเข้มข้นของเลือดได้ถูกต้องว่าระดับเท่าใด จัดว่าเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกชนิดอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กและอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก
4. หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกวิธีรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้อง

5. หญิงตั้งครรภ์สามารถอธิบายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การจัดเตรียม

สถานที่

1. ช่วงแรกนั่งตามปกติ
2. ช่วงที่ 2 จัดให้หญิงตั้งครรภ์นั่งเป็นกลุ่มๆละประมาณ 3 – 4 คน

สื่อและอุปกรณ์

1. เพาเวอร์พอยท์เรื่อง “ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก “
2. แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม
3. คู่มือการดูแลตนเองเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์

ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างวิทยากรและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยวิทยากรกล่าวต้อนรับ แนะนำตัวก่อนและแนะนำโครงการ จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์แนะนำตัวทีละคน (10 นาที)
2. วิทยากรกล่าวถึงความสำคัญของการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการตรวจโลหิตเพื่อดูความเข้มข้นของโลหิต (5 นาที)
3. วิทยากรบรรยาย เรื่อง “ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก “ โดยใช้สื่อเพาเวอร์พอยท์และคู่มือการดูแลตนเองเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก(Iron deficiency anemia) ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ อาการแสดง โอกาสเสี่ยงของการเกิด

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลดีของการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และวิธีการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (25 นาที)

1. วิทยากรร่วมกับหญิงตั้งครรภ์สรุปประเด็น สาเหตุ อาการ อาการแสดง ความรุนแรง และวิธีการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (10 นาที)

2. วิทยากรสาธิตเมนูอาหารและอธิบายถึงการปรุงอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก และอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น ต้มเลือดหมู ผัดเลือดหมูถั่วงอก ผัดยอดคะน้า ลาบวุ้นเส้น และน้ำส้ม (พร้อมกับตัวอย่างอาหารจริงที่ปรุงเสร็จแล้ว) (20 นาที)

3. การอภิปรายกลุ่ม โดยแบ่งหญิงตั้งครรภ์ออกเป็นกลุ่มๆละประมาณ 3 – 4 คน และให้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มถึงเมนูอาหารที่มีธาตุเหล็ก และพฤติกรรมที่จะไปปฏิบัติที่บ้าน เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และบันทึกในแบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม (15 นาที)

4. ให้หญิงตั้งครรภ์ตัวแทนของแต่ละกลุ่มเสนอเมนูอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรืออาหารที่จะไปปรุงรับประทานที่บ้าน และพฤติกรรมที่จะไปปฏิบัติที่บ้าน (15 นาที)

5. วิทยากรและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันพิจารณาว่าแนวทางการปฏิบัติตัวและเมนูอาหาร นั้น มีความยากง่ายหรือไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนและครอบครัว (10 นาที)

6. วิทยากรสรุปถึงอันตรายความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลดีของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ รวมทั้งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (10 นาที)

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการซักถาม
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมขณะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม
3. แบบสอบถามความรู้ เจตคติ ความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา
4. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์

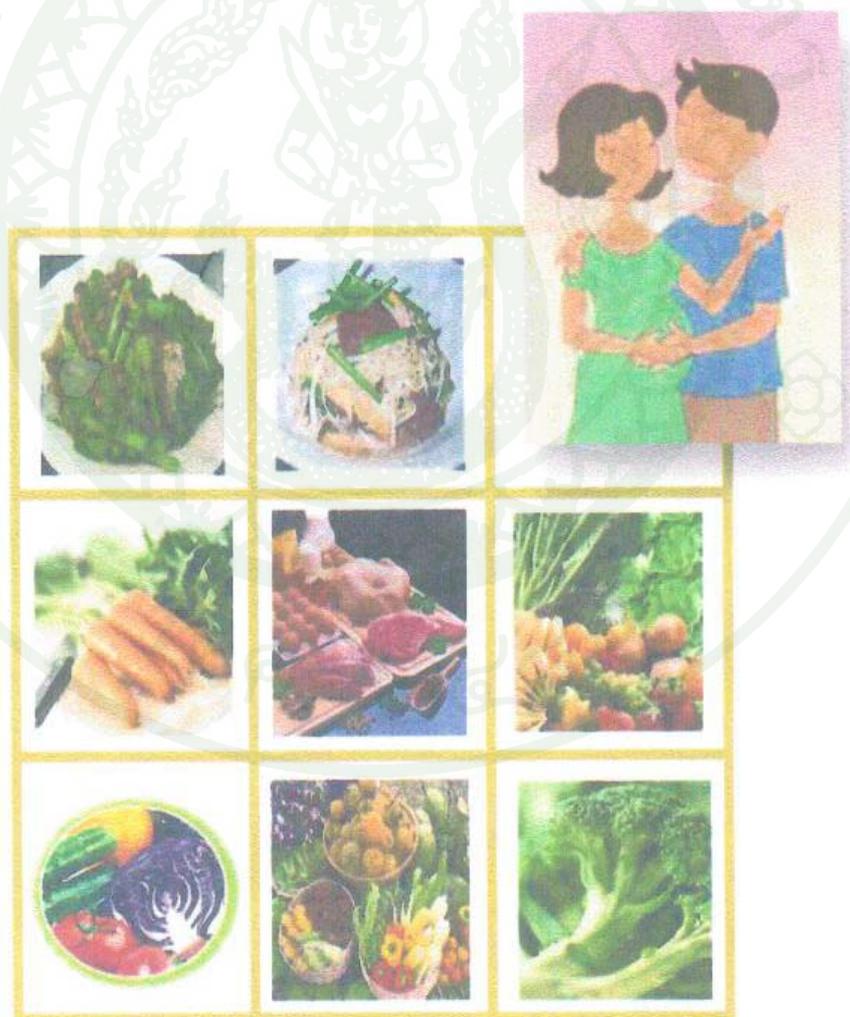


ภาคผนวก ง
คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

คู่มือ

การดูแลสุขภาพตนเองสำหรับ
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการ

ขาดธาตุเหล็ก



คำนำ

คู่มือการดูแลตนเองเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก” จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการให้สุศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้มีความรู้ สามารถดูแลได้อย่างถูกต้องสามารถควบคุมและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลดอาการแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเองและทารกได้

อารยา ภักดิ์ศรี
พฤษภาคม 2552

พ.ศ. ๒๕๕๖

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กคืออะไร

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ ส่งผลให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปอย่างส่วนต่างๆของร่างกายลดลง



ความสำคัญของธาตุเหล็กต่อร่างกาย

ปกติร่างกายของคนเราจะดำรงชีพอยู่ได้ จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกาย ซึ่งเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่โดยตรงในการนำพาออกซิเจน โดยอาศัยฮีโมโกลบินในเซลล์เม็ดเลือดแดงเป็นตัวนำ ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เนื่องจากจากร่างกายต้องนำไปใช้สร้างเม็ดเลือดแดงประมาณ ร้อยละ 70 ของธาตุเหล็กที่อยู่ในร่างกายทั้งหมด จะนำไปสร้างฮีโมโกลบินซึ่งเป็นองค์ประกอบกว่าร้อยละ 90 ของเม็ดเลือดแดง ฮีโมโกลบินจะทำหน้าที่จับออกซิเจนที่มาจากปอดไว้ให้เม็ดเลือดแดงพาออกซิเจนหมุนเวียนไปตามกระแสเลือด ไปหล่อเลี้ยงเซลล์ต่างๆทั่วร่างกายทำให้ร่างกายดำรงอยู่ได้

พ.ศ. ๒๕๖๖

อาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

โดยทั่วไปแล้วอาจจะมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่
ไม่มีอาการเด่นชัด จนอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ดังนี้

1. อาการซีด คือเยื่อบุตาซีด ริมฝีปาก เหงือก ลิ้นซีด
ในรายที่ซีดไม่มากอาการนี้จะเห็นไม่ชัดเจน

2. อาการทั่วไป คือ

- เหนื่อยง่าย
- ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว
- อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- เวียนศีรษะ
- เบื่ออาหาร แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย
- ความดันโลหิตต่ำ

3. อาการรุนแรงถ้าซีดมาก จะเหนื่อยมากจนถึงเกือบ
เดินไม่ไหว หน้ามืด วิงเวียนศีรษะมาก เป็นลมบ่อย
หัวใจโต ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำ หัวใจ
ล้มเหลวเสียชีวิตได้

สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1. ได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กน้อยหรือรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงซึ่งช่วยดูดซึมธาตุเหล็กได้ในปริมาณน้อย
2. มีการสูญเสียเลือดเรื้อรัง จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารจากเยื่อบุกระเพาะอาหารเป็นแผล โรคริดสีดวงทวาร โรคพยาธิปากขอ
3. ร่างกายมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กที่อยู่วัยเจริญเติบโต



เมื่อไรจึงสงสัยว่าตนเองมีภาวะโลหิตจางจาก
การขาดธาตุเหล็ก

1. เหนื่อยง่าย ใจสั่น อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะบ่อย
2. เจ็บป่วยง่าย
3. ไม่มีประวัติโรคเลือด
4. ความดันโลหิตต่ำ
5. ตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต(ฮีมาโตคริต)
ค่าต่ำกว่า 33%

จะอย่างไรเมื่อสงสัยว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ถ้าหญิงตั้งครรภ์สงสัยว่าตนมีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ให้รีบฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อรับการดูแลสุขภาพและตรวจเลือด ถ้าตรวจพบระดับความเข้มข้นโลหิต (ฮีมาโตคริต) ต่ำกว่า 33 % โดยที่ไม่พบความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงหรือมีประวัติโรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น แพทย์จะทำการวินิจฉัยว่าเป็นสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็กหรือไม่ หากพบว่าเกิดจากการขาดธาตุเหล็กหญิงตั้งครรภ์รายนั้นจะได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และที่สำคัญจะได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งจะช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้



**จะเกิดอะไรขึ้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ดูแลตนเอง
เมื่อมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก**

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถ้าไม่ดูแลตนเอง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกที่คลอดออกมา

1. ผลกระทบต่อมารดา

- อ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่มีแรง
- เสี่ยงต่อการแท้ง
- เสี่ยงต่อคลอดก่อนกำหนด
- ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้
- มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย



2. ผลกระทบต่อทารก

- อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด
- น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์
- ถ้าทารกคลอดก่อนกำหนด อาจพบว่ามีภาวะเจริญเติบโตช้าหรือมีภาวะปัญญาอ่อนได้
- การตายของทารกเพิ่มขึ้น เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด ปอดไม่สมบูรณ์ ตัวเหลือง ติดเชื้อง่าย
- ทารกมีภาวะโลหิตจาง พิการหรืออาจตายตั้งแต่ในครรภ์ หรือตายเมื่อแรกเกิด



การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยง หรือมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกได้

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถ ป้องกันและแก้ไขให้กลับสู่ภาวะปกติได้ โดยการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอในด้านต่างๆ คือ

1. การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร
2. การพักผ่อนให้เพียงพอทำจิตใจให้สบาย
3. ป้องกันการติดเชื้อ
4. รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
5. การติดตามรับบริการ ตรวจครรภ์ตามนัด เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้
6. ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์

การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร

การปรับเปลี่ยนอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อ

- ให้ได้พลังงานและสารอาหารที่เหมาะสม
- ได้รับปริมาณธาตุเหล็กและอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่นวิตามินซีอย่างเพียงพอ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก
- ลดโอกาสการเกิดผลกระทบบางอย่างจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อมารดาและทารก

ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่เน้น



อาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อวัว ตับ เครื่องในสัตว์ เลือดหมู กุ้ง หอย ผักกูด ผักแว่น เห็ดฟาง ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เป็นต้น



อาหารที่มีวิตามินซีสูงที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ส้ม ฝรั่ง มะเขือเทศ เป็นต้น

หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ชา กาแฟ ใบเมี่ยง เป็นต้น และไม่ควรรับประทานพร้อมนม

โดยเฉลี่ยขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องการปริมาณธาตุเหล็กวันละ 45 มิลลิกรัม วิตามินซีวันละ 80 มิลลิกรัม

การพักผ่อนให้เพียงพอทำจิตใจให้สบาย

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และเจ็บป่วยบ่อย ดังนั้นควรพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 – 10 ชั่วโมง และนอนพักกลางวัน วันละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของหัวใจและปอด

ทำจิตใจให้สบายไม่เครียดหรือวิตกกังวลถึงภาวะผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้วก็จะช่วยให้มีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคภัยไข้เจ็บได้ในระดับหนึ่ง

3. ป้องกันการติดเชื้อ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะมีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคต่ำดังนั้นจึงควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีปริมาณธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อควรปฏิบัติสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

1. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในสัปดาห์แรกอาจเกิดอาการข้างเคียงขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก จึงควรรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กหลังอาหารทันที
2. อาจเกิดอาการข้างเคียงถ่ายอุจจาระดำ
3. อย่ารับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วมกับอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ชา กาแฟ ไบเบียง เป็นต้น และไม่ควรรับประทานพร้อมนม
4. ควรรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูงที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ส้ม ฝรั่ง มะเขือเทศ กลัวย่น้ำว่าเป็นต้น

5. การติดตามรับการตรวจครรภ์ตามนัด เพื่อ เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้

6. ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจาก
ขาดธาตุเหล็ก อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นถ้า
มีอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์ เพื่อลดความ
รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกได้

- เจ็บครรภ์
- มีเลือดออกจากช่องคลอด
- มีน้ำเดิน
- ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง
- อ่อนเพลีย หรือเหนื่อยมาก

ตัวอย่างอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง
 กองโภชนาการ กรมอนามัยได้กำหนดปริมาณธาตุ
 เหล็กในอาหารประเภทต่างๆใน ส่วนที่รับประทาน
 100 กรัม (1ช้อน)ดังนี้

อาหาร	ธาตุเหล็ก(มิลลิกรัม)
ประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์	
ตับหมู	65.5
ปอดหมู	47.6
หอยแมลงภู่ (แห้ง)	57.5
เลือดวัว	33.2
กุ้งฝอยสด	28.0
เลือดหมู	25.9
หอยขม	25.2
เลือดไก่ (ดิบ)	23.9
ไก่บ้าน (เนื้อและหนังส่วนสะโพก)	16.9

อาหาร	ธาตุเหล็ก (มิลลิกรัม)
<u>ประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ (ต่อ)</u>	
ไก่งวง (เนื้อและหนังส่วนปีก)	15.8
หอยแมลงภู่	15.6
กุ้งทะเล กุ้งเปลือกขาว	14.8
ซีโรงหมู (เนื้อไม่มีมัน)	14.0
ปลาทูตด	11.9
เลือดเป็ด	10.2
ตับไก่	9.7
ม้ามวัว	9.7
ตับวัว	8.7
เนื้อวัว (แห้ง อบ)	8.1
ไก่งวง (เนื้อและหนังส่วนเนื้อ)	7.8
กึ๋นไก่	6.5
หอยแครง	6.4

อาหาร	ธาตุเหล็ก (มิลลิกรัม)
<u>ประเภทไข่และพืช</u>	
ถั่วแดงดิบ	44.6
ผักกูด	36.3
หัวมันเทศ	31.2
ผักแว่น	25.2
เห็ดฟาง	22.2
งาคั่วคั่ว	22.0
หัวเผือก	22.0
ใบแมงลัก	17.2
ถั่วดำดิบ	16.5
เต้าหู้เหลือง / ขาว / อ่อน	14.0
ถั่วลิสงคั่ว (ดิบ)	13.8
ถั่วเหลือง (ดิบ)	10.0
ฟองเต้าหู้	9.5

**ตัวอย่าง
สูตรอาหาร
ที่มีธาตุเหล็กอุดมสมบูรณ์**





แกงจืดเลือดหมู

เครื่องปรุง

- เลือดหมูที่ต้มมาแล้วเป็นก้อนๆ 2 ก้อน
- เนื้อหมูบดหรือสับละเอียด 100 กรัม
- ตับหมูหั่นชิ้นบางๆ 100 กรัม
- กระเทียมโขลก 5 กรัม
- พริกไทยป่น 1/2 ช้อนชา
- น้ำซุปลกระดูกหมู
- กระเทียมเจียว ผักชี ต้นหอม ตั้งฉาย น้ำซีอิ้วขาว

วิธีปรุง

ต้มน้ำซุปลเอาไว้ก่อนจัดการสับหมูเป็นหมูบะซ้อ เอากระเทียมโขลกลงสับไปด้วยพร้อมกับใส่น้ำซีอิ้วขาว 1 ช้อนชา จากนั้นก็เอาน้ำซุปลใส่หม้อแกงจืด 2.5 ถ้วย พอน้ำซุปลเดือดก็ใส่หมูบะซ้อ ตับหมู เลือดหมูลงไป ใส่ต้นหอม ตั้งฉาย และน้ำซีอิ้วขาวลงไปอีก โรยผักชีแล้วยกลง โรยพริกไทยป่นและกระเทียมเจียว รับประทานกับข้าวสวยร้อนๆ

- ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับ 76.01 มิลลิกรัม
- ปริมาณวิตามินซีที่ได้รับ 10.08 มิลลิกรัม



ผัดเลือดหมูถั่วอก

เครื่องปรุง

- เลือดหมูที่ต้มมาแล้ว (หั่นสี่เหลี่ยมเล็กๆ) 2 ก้อน
- ถั่วอกดิบ 1 ถ้วยตวง
- แครอทหั่นชิ้นบางๆ 1/2 ถ้วยตวง
- ถั่วฝักยาวตัดเป็นท่อนๆ 1/2 ถ้วยตวง
- กระเทียมสับ 1 หัว
- น้ำปลา 1/2 ช้อนชา
- น้ำซีอิ้วขาว 1/2 ช้อนชา
- ซอสหอยนางรม 1 ช้อนโต๊ะ
- น้ำมันพืช 2 ช้อนโต๊ะ

วิธีปรุง

นำกระทะตั้งบนเตาไฟ พอกกระทะร้อนใส่น้ำมันพืชลงไป เจียวกระเทียมให้หอม แล้วใส่เลือดหมูลงไปผัดคลุกเคล้ากับกระเทียมเจียว ใส่แครอท ถั่วฝักยาวที่หั่นไว้ ใส่ถั่วอก ใส่เครื่องปรุงทั้งหมดที่เตรียมไว้ ผัดด้วยไฟแรง



ผักยอดคะน้า

เครื่องปรุง

- | | | |
|--------------------------|----|----------|
| • ยอดคะน้า | 15 | ยอด |
| • ดับหมูหั่นชิ้นพอดีคำ | 2 | ขีด |
| • เลือดไก่หั่นชิ้นพอดีคำ | 1 | ขีด |
| • กระเทียมสับ | 1 | หัว |
| • ซอสถั่วเหลืองปรุงรส | 1 | ช้อนชา |
| • น้ำซีอิ้วขาว | 1 | ช้อนชา |
| • ซอสหอยนางรม | 1 | ช้อนโต๊ะ |
| • น้ำมันพืช | 2 | ช้อนโต๊ะ |

วิธีปรุง

นำกระทะตั้งบนเตาไฟ เติมน้ำมันกลาง พอกระทะร้อนใส่น้ำมันพืชลงไป เจียวกระเทียมให้หอม แล้วใส่ดับหมูลงไปผัดคลุกเคล้ากับกระเทียมเจียว ใส่เลือดไก่ลงไปอีก จนดับหมูสุกๆดิบๆ จากนั้นเร่งไฟแรงจัด เอายอดคะน้าใส่ลงไปผัดอย่างรวดเร็วใส่เครื่องปรุงทั้งหมดที่เตรียมไว้ รีบตักขึ้นใส่จาน

- | | | |
|----------------------------|--------|-----------|
| • ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับ | 48.21 | มิลลิกรัม |
| • ปริมาณวิตามินซีที่ได้รับ | 343.75 | มิลลิกรัม |

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	นางอารยา ภัคดีศรี
เกิดวันที่	5 มกราคม 2506
สถานที่เกิด	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส พ.ศ.2523 – 2525 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลสงขลา พ.ศ.2531 – 2533 ประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานวางแผนครอบครัว
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์