

การศึกษารูปแบบ การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ Treatment Program of Anemia in Pregnant Women

ศศิวันต์ ศุภนิเวศพ์ ศศ.ม.	Sasiwan Supaniwed M.A.
ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์	Health Promotion Center Region 3 Nakhonsawan
ดร.วนิชา กิจวรพัฒน์ สด.	Wanicha Kitvorapat Dr.P.H.
ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์	Health Promotion Center Region 3 Nakhonsawan
สุดารัตน์ ธีระวร ศศ.ด.	Sudarat Teeraworn PhD.
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	Health Promotion Center Region 12 Yala
มลูลี แสนใจ วท.ม.	Malulee Chaiyo M.S.
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี	Health Promotion Center Region 7 Ubon Ratchathani

บทคัดย่อ

บทนำ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในเอเชียใต้ ซึ่งพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 65 ขณะที่ประเทศไทยพบหญิงตั้งครรภ์ซีดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ร้อยละ 20.9 มีอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ10) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการและระบบบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษา 2) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ลักษณะการให้บริการและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษา 3) เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษา

วิธีการศึกษา รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พื้นที่เป้าหมายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่7อุบลราชธานี, ที่8นครสวรรค์ และ ที่12 ยะลา โดยคัดอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูง 2 อำเภอ และอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่ำ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 12 อำเภอ ประชากรเป้าหมายในการศึกษาประกอบด้วยบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขระดับ รพช. และ รพ.สต. และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการจำนวน 119 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2557 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ผลการศึกษา พบว่านโยบายการดำเนินงานในทุกระดับไม่ได้เน้นถึงปัญหาภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ หน่วยบริการจะให้บริการตาม CPG ของแต่ละโรงพยาบาล ระบบบริหารจัดการในระดับอำเภอไม่มีแผนงานหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่ใช้แนวทางที่ปฏิบัติตามกันมา พฤติกรรมการกินยาของหญิงตั้งครรภ์ ในทุกพื้นที่ที่ศึกษา พบว่าที่มีภาวะปกติ มี12 รูปแบบ และที่มีภาวะซีดมี 13 รูปแบบ และหญิงตั้งครรภ์ รู้ว่าตนเองมีภาวะโลหิตจาง เมื่อตอนมาฝากครรภ์ และรู้ว่าความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสมองของเด็ก ทำให้พัฒนาการล่าช้า ตัวเล็ก ไม่แข็งแรง อาจมีความพิการแต่กำเนิด และรู้ว่าอาหาร 5 หมู่ เป็นอาหารที่จำเป็น และอาหารที่ไม่จำเป็นไม่ควรกิน แต่มีบางเขตพื้นที่ อำเภอที่มีภาวะอัตราโลหิตจางต่ำ แม้ที่มีภาวะโลหิตจางไม่ทราบเรื่องอาหารที่ควรกินมีอะไรบ้าง และไม่ทราบชื่อยาเนื่องจากเป็นชื่อภาษาอังกฤษ แต่ทราบว่ายากที่กิน คือยาบำรุงเลือด แคลเซียม และวิตามินเหตุผลที่กินยาเพราะเชื่อว่าจะช่วยบำรุงเลือด บำรุงสมองของเด็ก หญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดเข้าใจวิธีการกินยา โดยกินยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และป้ายที่ติดบนซองยา แต่ในภาคใต้ (เขต12) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่กินยาหากมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนหญิงตั้งครรภ์ภาคอีสานด้านตะวันออก(เขต7) และภาคเหนือ

ตอนล่าง-กลางตอนบน(เขต8) พบอาการข้างเคียงเช่นเดียวกัน แต่ก็พยายามกินยา เพราะ บุคคลากรสาธารณสุข ย้ำว่าให้กิน และต้องกินให้หมด ในรายที่พบว่ากินยาแล้วมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กินยาไม่ได้ จะบอกกับบุคคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการ และจะได้คำแนะนำให้เปลี่ยนเวลาในการกินยา

ข้อเสนอแนะ 1.) กรมอนามัยควรจัดทำแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (CPG) ที่ชัดเจน และแจ้งให้แต่ละระดับของสถานบริการถือปฏิบัติ 2.) บุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในงานฝากครรภ์ ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ในภาวะโลหิตจาง และอาหารที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง 3.) การให้ความรู้และข้อปฏิบัติแก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องกินยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง และอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ควรมีการสอบถามความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ควบคู่กับการประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อ/ช่องทางต่างๆ ตามความเหมาะสมตามบริบทในแต่ละพื้นที่

Abstract

Introduction: Iron anemia in pregnancy is the major public health problem in the world, especially in South Asia which shows the highest prevalent (65%). In Thailand, it was found that 20.9% of pregnant women suffered moderate and severe anemia. This is higher than the nation's goal which should not more than 10%. Moreover, the trend of iron anemia in pregnancy is increasing gradually each year.

Objectives: 1) to study and analyze service arrangement and management in solving pregnancy anemia problem in the study area, 2) to study and analyze service utilization of pregnant women on practice for iron anemia prevention and correction in the study area, 3) to study the factors affecting practice for iron anemia prevention and correction among pregnant women in the study area.

Methods: The qualitative method with deep interviewed was employed. Target areas were under the responsibility of regional health promotion center 7, 8 and 12. Each center, two Amphors which the highest prevalent of pregnancy anemia and 2 Amphors which the lowest prevalent of pregnancy anemia were selected. Therefore, there were 12 Amphors were selected from those 3 centers. The participants comprised of public health staffs who were working in the Community Hospitals and Tambon Health Promoting Hospitals and 119 pregnant women who attended the ANC service. Data collection was in April to July 2014. Content analysis was applied for analyzing the data. Approval for this study has been obtained from the Human Research Ethical Committee of regional health promotion center 8, Nakornsawan.

Results: There were no written policies about anemia in pregnancy. However, there were only ANCs which provided as the CPG of the hospital. At Amphor level, neither plan nor project was applied for prevention anemia in pregnancy. The treatments for pregnancy anemia, mostly applied as the guidelines. About compliance on taking the pills of the pregnant women found that 12 patterns in the normal pregnant woman and 13 patterns in pregnancy anemia. The first visit to ANC of pregnant women was similar between the high and the low prevalent of pregnancy anemia. They recognized their anemia status from the staff.

They knew the effect of anemia on the fetus's brain and the body such as small gestational age, poor health, and disability. In Amphor that had low prevalent of anemia, the anemia pregnant women did not know about the kinds of food that should be consumed and also the name of the pill as the name is in English language. However, they knew that the supplementation was for increasing blood, calcium, and B complex vitamin. The reason for taking the pills was for blood, brain and bone formation. All pregnant women understood the method of consuming the pill and consumed as the recommendation from the staff and reading from the labeling. In the Southern, it was found that the pregnant women had difficult in consuming the pill and would not consume when they had side effect such as nausea, vomiting, and boring for pill. In the North-eastern and Northern, although the pregnant women had side effect from the pill similar to in the Southern, they still consumed the pill because the physician repeated them on taking the pills and taking all. In case of nausea, vomiting, and could not take the pill, the physician recommended changing the time for taking the pill.

Recommendation: 1) The CPG for caring the anemia in pregnancy should be clear for practice in each level. 2) The ANC's staff should be continuous trained in nutrient need in pregnancy. 3) The information on knowledge and practice for pregnancy should be emphasized on supplementation and guideline for taking the pill, together with consuming the iron rich food via variety media and channel that appropriate to the area context.

บทนำ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ความชุกและความรุนแรงของปัญหานี้ มีมากในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชียใต้ ซึ่งพบได้ มากสุดถึงร้อยละ 65 (Mayer EM & Adiclsn-Tegman M, 1985) ขณะที่ประเทศไทยพบหญิงตั้งครรภ์ ซีดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ร้อยละ 20.9 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้มารดา เล็บเปราะบาง เหนื่อยเพลียง่าย เวียนศีรษะ ใจสั่น หายใจเหนื่อยหอบ ความสามารถในการทำงานลดลง (Goonewardene, et al., 2012) และมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆสูงกว่าปกติเช่น ความดันโลหิตสูง การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง ตก เลือดหลังคลอดและติดเชื้อง่าย ส่วนในทารกจะพบ **ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักตัวน้อย** (บอนเดวิก ,ไล,อัลสแตน, และควาล (2001) และตายในครรภ์ (Dewheurst, S. 1995; Cunningham, F. G. 1993) สาเหตุของภาวะโลหิตจางที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ ภาวะขาดธาตุเหล็ก การขาดสารอาหารวิตามินต่างๆ การติดเชื้อ การเสียเลือดเฉียบพลัน โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น การแก้ปัญหาขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในรูปยาเม็ด โดยมีปริมาณยา 30-240 มก./วัน โดยให้ในรูปของ ferrous sulfate ส่วนระยะเวลาของการให้ยาเสริมนั้น ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามักจะสั้นกว่าประเทศพัฒนาแล้ว (Institute of Medicine, 1990) แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะไม่ขาดธาตุเหล็กในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการเสริมธาตุเหล็กก็จะสามารถจะเกิดปัญหาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ ที่มี ฮีโมโกลบิน ปกติหรือมี thalassemia trait **ถ้ามีอาการขาดธาตุเหล็ก และได้รับยาเสริม จะทำให้ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กลดลง**

ในประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ เป็นจำนวนมาก แต่ก็ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผล รวมทั้งรูปแบบของการดูแลและการแก้ไข

ปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของศูนย์อนามัย 3 แห่ง คือ ศูนย์อนามัย ที่ 7 อุบลราชธานี (ภาคอีสานด้านตะวันออก), ที่ 8 นครสวรรค์ (ภาคเหนือตอนล่าง-กลางตอนบน) และที่ 12 ยะลา (ภาคใต้ตอนล่าง) จึงมีแนวคิดที่จะทำการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าวโดยเลือกพื้นที่ศึกษาจากศูนย์อนามัยทั้ง 3 เขต ซึ่งมีพื้นฐานทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกันเพื่อให้เห็นภาพรวมในระดับเขตพื้นที่ ทั้งนี้โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้ จะสามารถนำไปปรับใช้ในระดับประเทศ และจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวิจัยต่อยอด เพื่อหารูปแบบการ แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละเขตพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการและระบบบริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหา ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7, 8 และ 12

วิธีดำเนินการ ระเบียบวิธีวิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ประชากรเป้าหมาย บุคลากรทางสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 120 คน โดยในแต่ละอำเภอเป็น รพช. 2 คน (แพทย์ และผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกฝากครรภ์) ใน รพ.สต. 3 แห่ง/อำเภอ แห่งละ 2 คน เป็นระดับผู้อำนวยการ และ ผู้รับผิดชอบหลักในคลินิกฝากครรภ์ 1 คน บุคลากรใน สสอ. 2 คน (สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบหลัก) และหญิงตั้งครรภ์ รวม 96-144 คน โดยในแต่ละอำเภอจะเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์/ หลังคลอด ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 4-6 คน และในเขต (รพ.สต.) 4-6 คน โดยเป็นหญิง ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไป หรือหญิงหลังคลอดไม่เกิน 2 เดือน และมีค่า Hct 2 ครั้ง (ครั้งแรก ที่ฝากครรภ์และเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ 1 ค่า Hct ปกติทั้ง 2 ครั้ง กลุ่มที่ 2 ค่า Hct ปกติครั้งแรก มีภาวะซีดครั้งที่ 2 กลุ่มที่ 3 ค่า Hct มีภาวะโลหิตซีดทั้ง 2 ครั้ง และกลุ่มที่ 4 ค่า Hct มีภาวะซีดครั้งแรก แต่ปกติครั้งที่ 2

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) คือ ต้องเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไปหรือหลังคลอดไม่เกิน 60 วัน และอยู่ในช่วงอายุ 15- 45 ปี มีค่า Hct ทั้ง 2 ครั้งตาม เกณฑ์ที่กำหนดของกรมอนามัย คือระดับฮีมาโตคริตเท่ากับหรือมากกว่า 33 % ถือว่าไม่มีภาวะโลหิตจาง (ปกติ) และได้รับการดูแลครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความพิการ ทางด้านสติปัญญาและไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ เป็นโรคธาลัสซีเมีย และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่กินยา AZT พื้นที่เป้าหมาย 12 อำเภอ ซึ่งคัดเลือกจากศูนย์อนามัยที่ 7, 8 และ 12 คัดเลือกอำเภอเพื่อทำการศึกษาน้อยละ 4 อำเภอ เป็นอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูง 2 อำเภอ และอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ต่ำ 2 อำเภอ

การวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการกลั่นกรองเอาสาระสำคัญจากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ โดยการบันทึกเสียง แล้วพิมพ์ออกมาเป็นตัวหนังสือ แล้วจึงทำข้อมูลเป็นเรื่องๆ ตาม เนื้อหา ด้วยการให้รหัสโดยใช้โปรแกรม ACCESS เพื่อสะดวกในการเรียกข้อมูลออกมาจัดเป็นหมวดหมู่ ตามเรื่อง หรือประเด็น มาจัดทำเป็นหมวดหมู่ เพื่อนำมาพิจารณากลั่นกรองเนื้อหา (content) ของข้อมูล

ผลการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์กระบวนการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะ โลหิตจางของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จากการ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 120 คน และหญิงตั้งครรภ์ รวม 96-144 คน

รูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในกลุ่มผู้บริหาร พบว่า ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับงานโดยทั่วไป ไม่ได้เจาะจงในเรื่องของภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่แผนการดำเนินงานจะเป็นภาพรวมของงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นเกี่ยวกับการฝากครรภ์คุณภาพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด หรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางจะเป็นแผนงานที่ดำเนินการโดยอ้อม เพราะไม่ได้ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหภาวะโลหิตจางโดยตรง ในทุกเขตทั้งพื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูงและซีดต่ำ แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางพบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์หรือแนวทางที่ปฏิบัติตามกันมา หรือเคยมีแนวทางการปฏิบัติงานมาแล้วแต่ละเลยไม่ปฏิบัติเพราะไม่ใช่ตัวชี้วัดหลัก ทั้งนี้แนวปฏิบัติขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แต่ละท่าน ซึ่งแนวทางปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ ในโรงพยาบาลชุมชน หากพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ผู้ดูแลจะส่งพบแพทย์เพื่อให้การรักษา หรือส่งต่อเข้าโรงพยาบาลจังหวัด

แนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในสถานพยาบาลของรัฐในทุกเขตทั้งพื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูงและซีดต่ำ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน มีการใช้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กหลายชนิด ได้แก่ Obimin AZ, Nataral, Triferdine, Ferrous Sulphate, Ferrous Fumarate **กินทุกวัน สอดคล้องกับ Mumtaz, Shahab, Butt, Rab, & DeMuynck, (2000) พบว่าการให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กรับประทานทุกวัน จะทำให้ระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น สูงกว่าการให้รับประทานสัปดาห์ละสองครั้ง** นอกจากนี้ยังพบว่าการจ่ายวิตามินอย่างอื่นเพิ่มเติมในขณะตั้งครรภ์ เช่น MTV, Vit B complex, Vit C ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนยาอย่างเพียงพอจากรพ. และใน รพ.สต.จะใช้ยาแบบเดียวกับที่ใช้ใน รพ. สำหรับยา Calcium จะจ่ายให้หญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นที่ไม่จ่าย Calcium โดยเฉพาะในภาคอีสานเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ในเรื่องความรู้ในเรื่องยาวิตามิน บุคลากรบางคนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า Folic acid คือธาตุเหล็กที่ช่วยแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางได้ และไม่ทราบว่ายาวิตามินเสริมธาตุเหล็กแต่ละตัวมีความแตกต่างกันอย่างไร สำหรับคำแนะนำที่บุคลากรส่วนใหญ่แนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง คือ แนะนำให้กินอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ให้กินยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กทุกวันในตอนเช้า และหลีกเลี่ยงการกินยาพร้อมแคลเซียมหรือนม ซึ่งพบคล้ายคลึงกันในทุกเขตทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูงและซีดต่ำ

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมให้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูงและซีดต่ำ

หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
1. Folic acid 1x1	1. Folic acid + FBC 1x1
2. Folic acid หรือ Obimin AZ 1x1	2. Folic acid + MTV หรือ Vit B complex + Ferrous Sulphate
3. Obimin AZ 1x1 + Ferrous Sulphate 1X2 (จ่ายยาต่อเนื่องอีกในแม่หลังคลอดโดยให้เป็น Ferrous 1X2 ทุก 7 วัน)	3. Folic acid + MTV หรือ Vit B complex + (ถ้าผลตรวจ OF/DCIP ผิดปกติ)
4. Nataral 1x1	4. Obimin AZ + MTV หรือ Vit B complex + Ferrous Sulphate
5. Triferdine 1x1	5. Obimin AZ 1x1 + Ferrous Sulphate 1X3
6. Ferrous Sulphate 1x3	6. Nataral 1x1 + Ferrous Sulfate
7. Obimin AZ 1x1	7. Triferdine + Ferrous Sulphate 1x2 (hct 30-32 %)
8. Obimin AZ 1x1 + Ferrous Fumarate 1x1 + Vit C 1x1	8. Triferdine + Ferrous Sulphate 1x3 (hct < 30 %)
	9. Ferrous Sulphate 1x3
	10. Ferrous Sulphate 1x3 + Folic acid 1x1
	11. Obimin AZ 1x1 + Ferrous Fumarate 1x1

หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
9. Ferrous Fumarate 1x2 + Folic acid 1x1 + Calcium 1x1	12. Ferrous Fumarate 1x2 + Folic acid 1x1 + Triferdine 1x1 + Calcium 1x1 13. Obimin AZ 1x1 + Ferrous Fumarate 1x1 + Vit C 1x1

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด พบว่าในภาพรวมทุกเขตทั้งพื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูงและซีดต่ำ ส่วนใหญ่มีการเจาะเลือดครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ หรือห่างจากครั้งที่ 1 อย่างน้อย 3 เดือน ส่วนมากเจาะเลือดครั้งแรกที่ รพช. หากไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือมีความผิดปกติจะส่งต่อไปดูแลที่ รพ.สต. หากพบว่ามีภาวะโลหิตจางจะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องที่ รพช. ในการติดตามผลเลือดพบว่าส่วนหนึ่งเจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางซ้ำทุก 1 เดือน มีเพียงแห่งเดียวที่เจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์ทุกรายซ้ำ ทุก 1 เดือน ไม่ว่าจะมีความโลหิตจางหรือไม่ก็ตาม “รพช. จะมี guideline ให้ รพ.สต.สามารถดูแลเองได้ ถ้า HCT น้อยกว่า 33% แต่ถ้าน้อยกว่า 30% จะต้องส่งขึ้นมาที่โรงพยาบาล”

ตารางที่ 2 แนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สรุปได้ดังต่อไปนี้

พื้นที่	แนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ	
	หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ซีด	หญิงตั้งครรภ์ที่ซีด
พื้นที่ที่มีปัญหาซีดต่ำ	Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดก่อนนอน	1.Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดก่อนนอน
พื้นที่ที่มีปัญหาซีดสูง	1. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดก่อนนอน 2. Obimin 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 3. Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 4. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น + Calcium 2 เม็ดหลังอาหารเย็น (กลุ่มทั่วไปที่มี Hct 33-35%) 5. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหาร 3 เวลา + Calcium 2 เม็ดหลังอาหารเย็น (Teenage ที่มี Hct 33-35%) 6. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดหลังอาหารเย็น (กลุ่มที่มี Hct >36%)	2.Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น + Calcium 2x1pc hs 3.Obimin 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า 4.Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น 5. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + ferrous 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Folic + Calcium 6. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Ferrous fumarate 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น + Calcium 2 เม็ดก่อนนอน 7. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + FBC 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น 8. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + FBC 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น 9. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + FBC 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น + Folic 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดหลังอาหารเย็น 10. Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น + FBC 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น + Folic 1 เม็ดหลังอาหารเช้า + Calcium 2 เม็ดหลังอาหารเย็น

พฤติกรรมฝากครรภ์ครั้งแรก สถานที่ฝากครรภ์ และการมารับบริการตรวจครรภ์ตามนัด กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอที่มีอัตราความชุกภาวะซีดสูง และอำเภอที่มีอัตราความชุกภาวะซีดต่ำ มีพฤติกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรกที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซีดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตรวจครรภ์กับสถานบริการของรัฐ

การมา	อำเภอที่มีอัตราภาวะซีดสูง (60)		อำเภอที่มีอัตราภาวะซีดต่ำ (59)		
	หญิงตั้งครรภ์ซีด (คน)	หญิงตั้งครรภ์ไม่ซีด (คน)	หญิงตั้งครรภ์ซีด (คน)	หญิงตั้งครรภ์ไม่ซีด(คน)	

ฝากครรภ์	(23)		(37)		(24)		(35)		รวม
	Lab1 - Lab2 ซิต	Lab1- ไม่ซิต Lab2 ซิต	Lab1 - Lab2 ไม่ซิต	Lab1-ซิต Lab2 ไม่ซิต	Lab1 - Lab2 ซิต	Lab1-ไม่ซิต Lab2 ซิต	Lab1 - Lab2 ไม่ซิต	Lab1-ซิต Lab2 ไม่ซิต	
ฝากครรภ์เร็ว	6	10	7	17	5	11	5	20	81
ฝากครรภ์ช้า	4	3	3	10	5	3	6	4	38
รวม	10	13	10	27	10	14	11	24	119

พฤติกรรมการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและวิตามิน หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละภาค ครั้งแรกที่มารับบริการตรวจครรภ์เมื่อตรวจว่าตั้งครรภ์ จะได้รับยาวิตามิน และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในรูปแบบที่ไม่เหมือนกัน บางแห่ง(ภาคใต้)ได้รับยาหลายชนิด ทั้งยาวิตามิน ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แคลเซียม ยาเม็ดเสริมไอโอดีน วิตามินซี แต่บางแห่ง(ภาคอีสานตะวันออกและภาคเหนือตอนล่าง-ภาคกลางตอนบน) ได้รับยาเพียง 1-2 ชนิด เป็นยาบำรุงครรภ์ และแคลเซียม (ถ้ามาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ก็จะได้รับแคลเซียม)

หญิงตั้งครรภ์ในทุกภาค เมื่อทราบผลการเจาะเลือด (Lab) ครั้งแรก เมื่อพบว่า ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 33% (ซิต) จะได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (FF) กินทุกวัน แต่พฤติกรรมการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (FF) ของหญิงตั้งครรภ์ไม่เหมือนกัน ในกลุ่มที่ซิตพบตั้งแต่กินหนึ่งเม็ดสามเวลา (1*3) กินหนึ่งเม็ดสองเวลา (1*2) และกินสองเม็ดก่อนนอน บางคนกินก่อนอาหาร บางคนกินหลังอาหาร เมื่อสอบถามซื้อขาย ส่วนใหญ่จะจำซื้อขายไม่ได้ จะใช้การจำสี ขนาด รูปร่างของยา และการบรรจุยาเป็นแผง กระปุก ขวดแทน และส่วนใหญ่ทราบและมีความเข้าใจประโยชน์ของยาในลักษณะคล้ายๆกัน ได้แก่ เป็นยาบำรุงครรภ์ ยาบำรุงเลือด บำรุงสมองลดความพิการของลูก

ตารางที่ 4 รูปแบบพฤติกรรม-การกินยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด

รูปแบบ	ก่อนซิต							หลังซิต				
	Folic สีเหลือง	Obimin AZ สีแดง	Ferrus F สีแดง	Tri ferdine	Cal cium สีขาว	Vit C สีส้ม	Vit B รวม	Folic สีเหลือง	Ferrus F สีแดง	Cal cium สีขาว	Tri ferdine	Nata ral
1	1*3	1*1	1*2		1*3	1*3		same				
2		1*1	1*3			1*3		same				
3	1*1		2 ohs.		1*1			1*1	2 ohs.	1*1	1*1	
4			1*2	1*1	1*1			same				
5	1*1		2 ohs.		1*1			same				
6				1*1	1*1		1*3		1*2	1*1	1*1	
7			1*2	1*1	1*2				1*2	1*2		1*1
8			1*2	1*1	1*1			same				
9			1*2		1*1		1*3		1*2	1*1	1*1	
10	1*1	1*1			1*1							
11								1*3	1*3	1*2	1*1	
12								1*1	1*2	1*1		
13									1*2	1*3		

รูปแบบพฤติกรรมและการกินยาของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดทั้งในอำเภอที่มีอัตราภาวะซีดสูง และซีดต่ำ พบรูปแบบของพฤติกรรมการกินยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ถึง 13 รูปแบบ มีข้อสังเกตว่า ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มซีดมาก คือ ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 30%_ ที่มีผลเลือดเหมือนกัน แต่ได้รับยาและวิธีปฏิบัติในการกินยาที่ไม่เหมือนกัน โดยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ มักพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการกินยาไม่ต่อเนื่อง เช่น มีปัญหาในการกินยา กินยาไม่ได้ สัมกินยา

ตาราง 5 รูปแบบพฤติกรรม-การกินยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ

รูปแบบ	Folic สีเหลือง	Obimin AZ สีแดง	Ferrus Fumarate สีแดง	Triferdine	Calcium สีขาว	MTV	FBC
1					1 hs		1*3pc
2				1*1pcเช้า	1*1pcเช้า		1*1pcเช้า
3					1*1 pcเช้า		1*1 pcเช้า
4				1*1 pcเช้า			2*1 pcเย็น
5					1*1 pcเย็น		1*1 pcเช้า
6							1*1 pcเช้า
7			1*2 pcเช้า-บ่าย	1*1hs			
8		1*1					
9				1*1 pcเช้า	1*1 pcเที่ยง		
10	1*1 pcเช้า		1*1 pcเช้า, 2เม็ดก่อนนอน		1*1 pcเที่ยง		
11	1*2					1*2	1*2
12	1*1		1*3	1*1	2*1		

รูปแบบพฤติกรรมและการกินยาของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ ทั้งในอำเภอที่มีอัตราภาวะชดสูงและชดต่ำ พบรูปแบบของพฤติกรรมการกินยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ ถึง 12 รูปแบบ

หญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมด มีความเข้าใจวิธีปฏิบัติในการกินยา โดยกินยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และป้ายที่ติดบนซองยา ในเขตภาคใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กินยายาก และไม่ยอมกินยาหากมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่อการกินยา บางรายอาจลืมกิน และไม่เข้าใจเหตุผลของการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hyder, Persson, Chowdhury, & Ekstrom (2002) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ภาคอีสานตะวันออกและภาคเหนือตอนล่าง-กลางตอนบน พบอาการข้างเคียงเช่นเดียวกัน แต่ยังไม่ยอมกินให้ได้ โดยให้เหตุผลว่า หมอย่ำว่าให้กิน และต้องกินให้หมด ในรายที่พบว่ากินยาแล้วมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กินยาไม่ได้ หมอยจะแนะนำให้เปลี่ยนเวลาในการกินยา เช่น แนะนำให้กินช่วงท้องว่าง คือก่อนอาหาร ก็เปลี่ยนมาเป็นกินหลังอาหารครึ่งชั่วโมง หรือกินก่อนนอนเป็นต้น ปัญหาอื่นๆ ที่พบในการกินยา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มักลืมด้วยเหตุผลและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน หลากหลาย เช่น ลืมเพราะไปทำงานนอกบ้าน ไปธุระ (ลืมพกยาไป) อ่านหนังสือสอบ หรือลืมเพราะไปเที่ยว นอกจากนี้มักลืมจากกรณีที่มีข้อควรระวังในการกินยา เช่น ไม่กินยา 2 ชนิดที่มีฤทธิ์ขัดขวางพร้อมกัน (ยาเสริมธาตุเหล็ก กับยาแคลเซียม) ทำให้ต้องกินในช่วงเวลาที่ห่างกัน จึงลืมกินยาในเม็ดถัดไป อย่างไรก็ตาม หากมีบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือแกนนำในชุมชน จะช่วยติดตามและเตือนการกินยาให้นายามากินทันที หรือกินในช่วงเวลาถัดไป

หากทราบข้อควรระวังในการออกฤทธิ์ของยา หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากจะพยายามปฏิบัติตามในการกินยา เช่น ไม่กินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กพร้อมยาแคลเซียม หรือ นม เพราะยาแคลเซียมหรือนมขัดขวางการดูดซึมของยา แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบเลย โดยเฉพาะภาคอีสาน

พฤติกรรมการกินอาหารของกลุ่มชดมาก HCT น้อยกว่า 30% ส่วนใหญ่ไม่ชอบกินนม ไม่ชอบกินเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเครื่องในสัตว์ ให้เหตุผลว่าไม่ชอบ กลิ่นไม่ดี กินแล้วอาเจียน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์เขตภาคใต้ จะนิยมกินเฉพาะเนื้อปลา ปลาทุ และประเภทผักต่างๆ จึงทำให้พบว่าชดมาก

พฤติกรรมการกินอาหารของกลุ่มชด HCT มากกว่า 30-33% ภาคอีสานตะวันออกและภาคเหนือตอนล่าง-ภาคกลางตอนบน พบว่ากินเนื้อสัตว์ได้หลากหลายกว่าทางภาคใต้ แต่การกินอาหารที่มีธาตุเหล็ก ไม่สามารถกินได้ทุกวัน เพราะต้องไปหาซื้อที่ตลาด จึงกินได้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หญิงตั้งครรภ์บางรายพบว่านานๆ ครั้งจึงได้กินอาหารที่มีธาตุเหล็ก มีการกินไข่ทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1-4 ฟอง มีการดื่มนมทุกวันๆละ 1-3 กล่อง/แก้ว อย่างไรก็ตามจะมีบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเรื่องการกินอาหาร เช่น สามี มารดา

การอภิปรายผล การศึกษานี้ได้ศึกษาในภาคอีสานตะวันออก ภาคเหนือตอนล่าง-ภาคกลางตอนบน และภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งมีพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมใน

ระดับเขตพื้นที่ในปัจจุบันของประเทศไทย ว่ามีรูปแบบการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอที่มีอัตราความชุกสูง และอำเภอที่มีอัตราความชุกต่ำ เป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันในรูปแบบการให้บริการ และการบริหารจัดการเรื่องนี้หรือไม่ เพียงใด

รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง ปัญหาต่างๆจะถูกแก้ไขให้ลดลงหรือหมดไปได้ ถ้าหากมีการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Oliver Sheldon (2012) ที่กล่าวไว้ว่าการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีประกอบด้วย (1) การบริหาร (Administration) ได้แก่ การกำหนดนโยบาย และการวางแผนงาน (2) การจัดการ (Management) ได้แก่ การนำนโยบายและแผนงานมาดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ (3) กระบวนการเพื่อประสานการดำเนินงานและการสื่อสารภายในองค์กร ซึ่งปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องใช้หลักการบริหารจัดการที่ดีมาใช้ในการแก้ไข **ด้านการกำหนดนโยบาย** ในพื้นที่ศึกษาไม่ได้เน้นถึงปัญหาภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ แต่มีให้บริการฝากครรภ์ตาม CPG ของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ทางภาคอีสานตะวันออก ภาคเหนือตอนล่าง-ภาคกลางตอนบน ยกเว้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ทุกจังหวัดถูกกำหนดให้ต้องเร่งดำเนินการในเรื่องนี้ **ด้านระบบบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง** พบว่า ในระดับอำเภอยังไม่มีแผนงานหรือโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะ **ด้านการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง** พบว่าเกือบทั้งหมดไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์หรือแนวทางที่ปฏิบัติตามกันมา เรื่องการให้ยาเสริมธาตุเหล็กขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ นอกจากนี้พบว่าการใช้วิตามินเสริมธาตุเหล็กหลายชนิด ได้แก่ Obimin AZ, Natural, Triferdine, Ferrous Sulphate, Ferrous Fumarate ทั้งนี้อาจให้วิตามินอย่างอื่นเพิ่มเติมในขณะตั้งครรภ์ เช่น MTV, Vit B complex, Vit C จะเห็นได้ว่ามีความหลากหลายในเรื่องแนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก **ด้านระบบการส่งต่อ** ทุกภาคจะมีระบบส่งต่อร่วมกันระหว่างสถานบริการในแต่ละจังหวัด ในระดับอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย ในเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ (รพสต.) ใกล้บ้าน จากนั้นจะส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการวินิจฉัยและดูแลเพิ่มเติม โดยใช้ค่าความเข้มข้นของเลือดเป็นเกณฑ์ในการส่งต่อ หากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน เช่น ในรายที่มีความเสี่ยงสูง จะถูกส่งมาดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเป็นแม่ข่ายใหญ่ในระดับจังหวัด บางแห่งยังพบปัญหาอุปสรรคในระบบการส่งต่อ ได้แก่ ความไม่ครอบคลุมของเอกสารใบส่งตัว ผลเลือดไม่ครบถ้วน **ด้านการสื่อสาร**พบว่าเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีการสื่อสารในรูปแบบหนังสือราชการ และการประชุมชี้แจงในรูปคณะกรรมการ CUP board 4-6 เดือน/ครั้ง ในเครือข่ายบริการสาธารณสุข อำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางที่ค่อนข้างสูงจะทำการสื่อสารโดยการประชุม MCH ทุก 3 เดือน พูดคุยในเรื่องข้อมูลกรณีศึกษาที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน และมีเฉพาะภาคอีสานตะวันออกเท่านั้นที่มีการขอสนับสนุนงบประมาณพิเศษจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาซื้อเกลือ ไข่ นม เพื่อแจกหญิงตั้งครรภ์ **ด้านการกำกับติดตาม** ส่วนใหญ่จะทำในรูปแบบการสรุปผลงานหรือการนิเทศติดตามงาน ทุก 1-2 ครั้ง/ปี ส่วนการติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่จะติดตามโดยการสอบถามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการกินยาเมื่อมารับบริการและให้นายาที่เหลือมาด้วย เพื่อตรวจสอบ **ด้านการประเมินผล**ในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางต่ำ พบข้อมูลในเขตภาคอีสานตะวันออกเพียงเขตเดียว ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุก 1 เดือน และในพื้นที่ที่มีอัตราภาวะโลหิตจางสูง พบว่า ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีเพียงการนิเทศติดตามงาน ปีละ 2 ครั้ง และมีการประเมินร่วมกับโรงพยาบาลโดยใช้ระบบประชุมเพื่อติดตามงานแม่และเด็ก การทบทวนข้อมูล การให้ อสม. ออกติดตามเยี่ยมบ้าน **ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ** พบว่ามีความรู้ค่อนข้างดี เกี่ยวกับอาหารเสริมธาตุเหล็ก และยา สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรดา เอี่ยมระหงษ์ และคณะ

(2548) วิภาวดี พิพัฒน์กุล (2557) สถานบริการแต่ละแห่งจะมีแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยการให้คำแนะนำทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มในเรื่อง การกินอาหาร และยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก แต่ยังพบว่าบางพื้นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องการให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ดังนั้น จึงทำให้แนวทางการจ่ายยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กในสถานบริการแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน (ยงยศ หัตถพรสวรรค์ และคณะ, 2556)

สรุป การศึกษารูปแบบ การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการและระบบบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษา เป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) พื้นที่เป้าหมายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7, 8 และ 12 เลือกอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูง 2 อำเภอ และอำเภอที่มีอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่ำ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 12 อำเภอ ผลการศึกษา พบว่าด้านการกำหนดนโยบายในพื้นที่ศึกษาไม่ได้เน้นถึงปัญหาภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ แต่มีให้บริการฝากครรภ์ตาม CPG ของโรงพยาบาล ด้านระบบบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง พบว่า ในระดับอำเภอยังไม่มีแผนงานหรือโครงการพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางโดยเฉพาะ ด้านระบบการส่งต่อ ในภาพรวมทุกภาคจะมีการวางระบบส่งต่อร่วมกันระหว่างสถานบริการในแต่ละจังหวัด ในระดับอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย ในเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ (รพสต.) ใกล้บ้านก่อน จากนั้นจะส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการวินิจฉัยและดูแลเพิ่มเติม โดยใช้ค่าความเข้มข้นของเลือดเป็นเกณฑ์ในการส่งต่อ ด้านการสื่อสารพบว่า เครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอส่วนใหญ่มีการสื่อสารนโยบายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในรูปแบบหนังสือราชการที่เป็นลายลักษณ์อักษร และการประชุมชี้แจงในรูปคณะกรรมการ CUP board 4-6 เดือน/ครั้ง ด้านการกำกับประเมินผล การติดตามความก้าวหน้างานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะทำในรูปแบบการสรุปผลงานหรือการนิเทศติดตามงาน ทุก 1-2 ครั้ง/ปี ส่วนการติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่จะติดตามโดยการสอบถามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการกินยาเมื่อมารับบริการและให้นายาที่เหลือมาด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง(CPG) ที่ชัดเจน ในแต่ละระดับ โดยจะต้องกำหนดว่าสถานบริการในระดับใดจะต้องให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางอย่างไรบ้าง ต้องจ่ายยาอะไรบ้าง/ขนาดเท่าไร 2. บุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในงานฝากครรภ์ ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูเพื่อพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้เรื่องสารอาหารที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง 3. การให้ความรู้และข้อปฏิบัติแก่หญิงตั้งครรภ์ ควรมีการให้ความรู้และความสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องของการกินยาเสริมธาตุเหล็ก แนวทาง/วิธีการปฏิบัติกินยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องและเหมาะสม และให้คำแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงที่ถูกต้องควบคู่กัน ผ่านสื่อ/ช่องทางต่างๆ ตามความเหมาะสมตามบริบทในแต่ละพื้นที่

บรรณานุกรม

1. จิรดา เอี่ยมระหงส์. แนวทางการเสริมธาตุเหล็กและการแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ;2548. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม, 2557, จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/10558>

2. ยงยศ หัตถพรสวรรค์ และคณะ. การศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในประเทศไทย; 2556

3. พืรพงศ์ อินทธร และประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล. ความผิดปกติทางโลหิตวิทยาขณะตั้งครรภ์ ในสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2545.
4. รายน อโรรา, ชัยนัทรธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีศรี. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลลำปาง : ความชุก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง. ลำปางเวชสาร; 2552. มค.-เมย. หน้า 28-37.
5. มั่นสิน เจาะโนะ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
6. สุภิสรา วรโคตร, ผ่องศรี เก่งนำมา, นันทา ศรีนา, ปราณี ชีโรสถ. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะโลหิตจางเบื้องต้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเพ็ญจันทร์ อำเภอดำรงวิทยะ จ.สงขลา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา; 2554. สค.หน้า 2-9.
7. ศิริจันทร์ทิพย์ วัชรไพโรจน์. โครงการการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง; 2554.
8. Mumtaz, Z., Shahab, S., Butt, N., Rab, M. A., & DeMuynck, A. (2000). *Daily iron supplementation is more effective than twice weekly iron supplementation in pregnant women in Pakistan in a randomized double-blind clinical trial.* J Nutr, 130(11), 2697-2702.
9. Hyder, S. M., Persson, L. A., Chowdhury, A. M., & Ekstrom, E. C. (2002). Do side-effects reduce compliance to iron supplementation? A study of daily and weekly dose regimens in pregnancy. J Health Popul Nutr, 20(2), 175-179.