

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก Nurses's Roles in Caringfor Teenage Pregnancy with Iron Deficiency Anemia

จิตตระการ สุกร์ดี (Jittrakarn Sookdee)*

ภูษิตา ครุฑคิลกานันท์ (Pusita Krutdilaganunt)**

Received: Apr 29, 2020

Revised: Jun 19, 2020

Accepted: Jul 8, 2020

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขจากก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวมารดา สุขภาพทารกในครรภ์ รวมทั้งทางด้านสังคม สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ได้แก่ ร่างกายต้องการธาตุเหล็กเพิ่มในระยะตั้งครรภ์ การเสียเลือดเรื้อรัง และการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอและดูดซึมได้น้อย รวมทั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมาฝากครรภ์ช้าและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม หรือการไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย การกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์โดยเร็ว การให้สุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว การประเมินภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อข้อมูลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้กับครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น บทบาทพยาบาล

*Corresponding author: Jittrakarn Sookdee: j_its@hotmail.com

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรังษิราช

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรังษิราช



ส่วนสนับสนุน 30 ปี มหาวิทยาลัยบูรพา

- Internationalization
- Innovative Products
- Integrative Team & Networking

Abstract

Iron deficiency anemia in teenage pregnant women is a major public health problem all over the world. If the problem is not resolved, it may affect on both mothers and fetal health, as well as society. Causes of iron deficiency anemia during adolescent pregnancy are: the body needs more iron during pregnancy, chronic blood loss, and insufficient iron intake and little absorption, as well as inappropriate behaviors, such as late or incomplete antenatal care, improper food intake behavior, or not taking iron supplements, etc. Nurse's roles in taking care of teenage pregnant women with iron deficiency anemia consist of stimulating teenage pregnant women to attend the antenatal service quickly, providing health education for teenage pregnant women and their families, continuous assessment of anemia, and transferring information regarding teenage pregnant women with iron deficiency anemia to their families and community network in order to receive continual care.

Keywords: Iron deficiency anemia, Teenage pregnancy, Nurses's roles

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็ก จนไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ เป็นผลให้จำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ (World Health Organization, 2001; Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2015) ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายๆ ประเทศ จากการสำรวจภาวะโลหิตจางขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1995-2011 พบว่าภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรเกือบทุกวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กพบประมาณร้อยละ 43 และสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 38 รองลงมาคือสตรีวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 29 โดยพบอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก ร้อยละ 38.2 สูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 48.7 รองลงมาคือ แอฟริกา ร้อยละ 46.3 ส่วนประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในระดับปานกลางคือพบประมาณร้อยละ 30 ทั้งยังพบภาวะโลหิตจาง

ระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 0.6 อีกด้วย (World Health Organization, 2015) ทั้งนี้พบว่า การขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด โดยพบประมาณร้อยละ 50-80 (Cunningham et al., 2018; Thongsong, 2015; World Health Organization, 2015)

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันพบว่าสตรีตั้งครรภ์เกือบ 1 ใน 5 มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อีกทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุโดยตรงอันดับที่ 1 ในการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของมารดาคือการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 21.6 ในปี 2549 (Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, 2007) เป็นร้อยละ 30.4 ในปี 2556 (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2018) นอกจากนี้ประเทศไทยยังพบปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.7 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2558 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10 (Institute for

Population and Social Research, Mahidol University, 2017) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่นๆ (Cunningham et al., 2018; Saejeng, Sukrat, Kovawisarach, Phromprapat, & Kanjanawatang, 2015) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดา ทารกในครรภ์ พัฒนาการของเด็กในอนาคตรวมทั้งเศรษฐกิจสังคมและการพัฒนาสุขภาพของประชากร (World Health Organization, 2015) ผู้เขียนมุ่งหวังว่าบทความนี้จะเป็แนวทางสำหรับพยาบาล ได้นำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดกับมารดา ทารก ครอบครัวยุคต่อไป

1. สถานการณ์ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การขาดธาตุเหล็กเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ไม่ให้เกินร้อยละ 10 จากข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่ายังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพบสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 18.6, 17.3 และ 17.0 ตามลำดับ (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2018)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่ได้อาสาแผนมาก่อน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการและโลหิตจาง ดังการศึกษาที่ผ่านมา ในต่างประเทศพบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 9-70 เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ (Scolov et al., 2017; Tripathi & Sherchan, 2014; World Health Organization, 2010) ในประเทศไทยพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 10-25 เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ (Pooluea, 2016; Sookdee & Wanaratwichit, 2016; Strategy and Planing Division, Ministry of Public Health, 2014)

2. สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีวัยรุ่น

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์เกิดจากสาเหตุที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ร่างกายต้องการธาตุเหล็กเพิ่มในระยะตั้งครรภ์ การได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอและดูดซึมได้น้อย และการเสียเลือดเรื้อรัง (Benoist, McLean, Egli & Cogswell, 2008; Thongsong, 2015) ดังนี้

2.1 ร่างกายมีความต้องการเหล็กเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ในขณะที่ตั้งครรภ์ปริมาณเลือดในร่างกายจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-50 เมื่อเทียบกับช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยการเพิ่มของพลาสมาก่อนแล้วตามด้วยเม็ดเลือดแดง ปริมาณของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 40-50 ซึ่งจะเริ่มเพิ่มขึ้นในปลายไตรมาสแรกและสูงสุดในไตรมาสที่สองและสาม ส่วนปริมาณเม็ดเลือดแดงจะมีการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 33 การเพิ่มของเม็ดเลือดแดงในอัตราที่น้อยกว่าพลาสมา ทำให้ค่าฮีมาโตคริตของสตรีตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์จนถึงปลายไตรมาสที่สอง (Cunningham et al., 2018; Thongsong, 2015) ทำให้มีความจำเป็นต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เพื่อที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือด พัฒนาการของทารกและรก ตลอดจนชดเชยการสูญเสียธาตุเหล็กในการขับถ่าย โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จะมีความต้องการพลังงาน สารอาหาร รวมทั้งธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น เพื่อให้เพียงพอกับการเจริญเติบโตที่รวดเร็วของตนเองและทารกในครรภ์ (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2015)

2.2 ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอและดูดซึมได้น้อยพบว่าอาหารของคนไทยส่วนใหญ่ประกอบด้วยข้าวและผักหรือสตรีตั้งครรภ์บางรายรับประทานมังสวิรัต หรือชา กาแฟ ซึ่งมีสารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กจำนวนมาก จึงทำให้มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งแม้ในสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารเพียงพอ ยังพบการขาดธาตุเหล็กได้ถึงร้อยละ 10-20 (Kor-anantakul & Lekhakula, 2008) นอกจากนี้สตรีที่มีความผิดปกติของอวัยวะในการย่อยและดูดซึมอาหาร เช่น

ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลำไส้เล็กส่วนต้น มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นต้น จะทำให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้น้อยลง เนื่องจากธาตุเหล็กจะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กส่วน duodenum และส่วนต้นของลำไส้เล็กส่วน jejunum (British Columbia Medication Association, 2010)

2.3 การเสียเลือดเรื้อรังพบว่าการสูญเสียเลือดเรื้อรังที่พบได้บ่อยส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิปากขอ หรือมีเลือดออกเรื้อรังในระบบทางเดินอาหาร เช่น มีแผลกระเพาะอาหาร ริดสีดวงทวาร เป็นต้น (Cunningham et. al., 2018) ในประเทศไทยที่พบได้บ่อย คือ การมีประจำเดือนมากและนานกว่าปกติ การมีพยาธิปากขอและเลือดออกทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่า การมีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้ (Thongsong, 2015)

นอกจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นยังมีการศึกษาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. มาฝากครรภ์ช้าและฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นถึงร้อยละ 37.9 มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2018) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม จึงมักไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ทำให้มารับบริการฝากครรภ์ช้าและไม่ครบตามเกณฑ์ (Saejeng et. al., 2015; Sookdee & Wanaratwichit, 2016) ทั้งนี้ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สามารถรักษาให้หายได้ในช่วงของการฝากครรภ์ ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อาจเป็นเหตุให้ไม่ได้รับการคัดกรอง วินิจฉัยภาวะผิดปกติ ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอ รวมทั้งพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ได้

2. พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสมพบว่า วัยรุ่นมักเลือกรับประทานอาหารที่ตนชอบ (Sookdee & Wanaratwichit, 2016) รับประทานอาหารจานด่วน

รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อ รวมทั้งมีความเครียด กังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Wutthitham, Kawinsuphorn, & Lamuysakul, 2017) จึงอาจทำให้รับประทานอาหารได้น้อยและมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3. การไม่รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กหรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักไม่มีความรู้ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในด้านการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หรืออาจเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายดำ จึงทำให้ไม่ยอมรับประทานยา หรือมีการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ (Mirzaie, Eftekhari, Goldozeian & Mahdavinia, 2010; Srimuang, 2018) จึงส่งผลให้มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

4. ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักอยู่ในวัยเรียน ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอในการซื้อหาอาหารมาบำรุงร่างกาย (Wajanasara, 2018) บางรายเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ได้รับการยอมรับจากสามีหรือครอบครัว (Saejeng et al., 2015) ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ การจัดหาอาหารหรือกระตุ้นเตือนให้รับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามแนวทางการรักษาของแพทย์

5. ขาดการส่งต่อข้อมูล การเชื่อมโยงบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน (Sookdee & Wanaratwichit, 2016) การที่ครอบครัว ชุมชนไม่ทราบว่าสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้มิได้ช่วยเหลือ ดูแลที่จำเป็น เช่น การฝากครรภ์โดยเร็วและครบตามเกณฑ์ การจัดหาอาหารธาตุเหล็กสูง กระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ จนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์

3. การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีธาตุเหล็กสะสมไม่เพียงพอต่อความต้องการ



โดยมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ องค์การอนามัยโลก มีเกณฑ์การตัดสินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb) ต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีมาโตคริต (Hematocrit, Hct) น้อยกว่าร้อยละ 33 (Kor-anantakul & Lekhakula, 2008; World Health Organization, 2001) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) มีเกณฑ์ของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร ในไตรมาสที่ 1 และ 3 ส่วนในไตรมาสที่ 2 ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10.5 กรัม/เดซิลิตร (CDC, 1998) ในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกเช่นเดียวกัน (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016)

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มักไม่ค่อยแสดงอาการให้เห็นชัดเจน หรือมีพัฒนาการของโรคช้า ดังนั้นการวินิจฉัยจึงต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประกอบกัน ในรายที่พบว่ามีอาการและอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง ควรทำการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ดังนี้ (Thongsong, 2015; World Health Organization, 2001)

3.1 การซักประวัติ ในรายที่มีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย มักไม่พบอาการผิดปกติ หากมีภาวะโลหิตจางปานกลางพบอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลมบ่อย เหนื่อยง่าย หากมีโลหิตจางรุนแรง จะมีอาการอ่อนเพลียตลอดเวลา มึนงง ปวดศีรษะ อาจพบประวัติการเจ็บป่วย เช่น โรคไต โรคตับ การเสียเลือดจากมีแผลในกระเพาะอาหาร ริดสีดวงทวาร และอาจตรวจพบพยาธิ ทั้งนี้ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจพบประวัติการมีประจำเดือนมากกว่าปกติ รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กต่ำ รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ (Wutthitham et al., 2017) และมีการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ (Mirzaie et al., 2010)

3.2 การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะซีด เช่น ผิวหนังจะตรวจพบเยื่อตาและริมฝีปากซีด ในรายที่เป็นรุนแรง คือระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาจพบภาวะซีดชัดเจนที่ใบหน้า ระบบทางเดินอาหาร ตรวจพบลิ้นเดือน ซีด มีแผลที่มุมปาก ตรวจสัญญาณชีพ พบชีพจรเบาเร็ว มากกว่า 100 ครั้ง/นาที และหากขาดธาตุเหล็กเรื้อรังจะพบเล็บมือเปราะ เล็บอ่อนและช้อนขึ้น (World Health Organization, 2001)

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ตรวจวัดปริมาณของฮีโมโกลบินและระดับฮีมาโตคริต ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างแพร่หลายรวมทั้งในประเทศไทย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016) ส่วนการวินิจฉัยมักใช้การตรวจขนาดเม็ดเลือดแดง (MCV) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของฮีโมโกลบิน (MCH) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (MCHC) ซึ่งจะพบลักษณะเฉพาะคือ เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็กและสีจาง (Microcytic-hypochromic) ค่า MCV ต่ำกว่า 80 เฟมโตลิตร MCH ต่ำกว่า 30 พิโคกรัม MCHC ต่ำกว่า 30 กรัม/เดซิลิตร ส่วนการตรวจ เฟอร์ริตินในซีรัม (Serum ferritin) เป็นตัวชี้วัดการขาดธาตุเหล็กที่มีความไวสูง แต่มีค่าใช้จ่ายสูง ใช้ระยะเวลานาน และมักพบผลบวกลวงเมื่อร่างกายมีการติดเชื้อหรือมีการอักเสบ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008; Thongsong, 2015)

4. ผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

เมื่อเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ตลอดจนเศรษฐกิจสังคม (Cunningham, et. al., 2018) ดังต่อไปนี้

ผลต่อมารดา ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ตกเลือดขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของมารดา มารดาเกิดภูมิคุ้มกันต่ำและติดเชื้อได้ง่าย ส่วนผลต่อทารกพบว่า ให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและเสียชีวิต

แรกเกิดเพิ่มขึ้น (Cunningham et al., 2018; World Health Organization, 2015) โดยพบว่าทารกจะมีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์ได้ 9.2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Geelhoed, Agadzi, Visser, Ablordeppey & Asare, 2006) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด (Becket, Bear, Anderson, Jelliffe-Pawlowski & Roger, 2019) อัตราการเสียชีวิตของทารกเพิ่มขึ้น มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้า เมื่อเติบโตขึ้นจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (World Health Organization, 2015) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาและการพัฒนาสุขภาพของประชากรในประเทศอีกด้วย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016)

ส่วนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจาง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกเสียชีวิตหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยแรกเกิด (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2019; Saejeng et al., 2015) ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ 7 เท่า (Sookdee & Wanaratwichit, 2016) เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Scolov et al., 2017; Thaitae & Thato, 2010) ติดเชื้อที่แผลฝีเย็บหลังคลอด (Thaitae & Thato, 2010) ผลกระทบต่อทารกพบว่า ทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด (Srimuang, 2018; Thaitae & Thato, 2010; Watcharaseranee, Pinchantra & Piyaman, 2006) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (Scolov, et al., 2017; Srimuang, 2018; Thaitae & Thato, 2010) ทารกมีภาวะหายใจลำบาก ทำให้ต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Vechayansringkarn, 2012) ภาวะโลหิตจาง ภูมิคุ้มกันต่ำ เจริญเติบโตช้า ซึ่งจะส่ง

ผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในอนาคต (Bunyawongwiroj, 2010; Scolov, et al., 2017)

ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย ก็อาจยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ทารก รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาสุขภาพประชากรในอนาคตมากขึ้นไปด้วย

5. แนวทางการดูแลรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

แนวทางในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ การประเมินภาวะโลหิตจาง การเสริมธาตุเหล็ก การให้ความรู้โภชนาการ การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งการจดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (Viriy-audsahakhul, 2013; World Health Organization, 2007) ดังนี้

1. การประเมินภาวะโลหิตจาง โดยคัดกรองตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะมีการตรวจระดับความเข้มข้นของเลือดซ้ำเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์

2. การเสริมธาตุเหล็ก สตรีตั้งครรภ์จะมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นวันละ 6-7 กรัม ส่วนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นจากสตรีตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ประมาณวันละ 45 กรัม (Sawaschoat, 2013) ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวจะได้ธาตุเหล็กเสริมเพื่อป้องกันวันละ 60 มิลลิกรัม ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ควรได้รับธาตุเหล็กเพื่อการรักษาอย่างน้อย 120-200 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 4-6 เดือนจึงจะมีธาตุเหล็กเก็บสะสมในร่างกายเต็มที่ (British Columbia Medical Association, 2010) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับธาตุเหล็กเสริม จะมีปริมาณของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25-33 ฮีโมโกลบินจะเพิ่มด้วยอัตรา 0.3-1 กรัม/เดซิลิตร/สัปดาห์ หากได้รับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว 1 เดือนระดับฮีโมโกลบินไม่เพิ่มขึ้น ควรดื่มน้ำ การเสริมธาตุเหล็กและส่งต่อพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุอื่น

เพิ่มเติม นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (Hb น้อยกว่า 6 กรัม/เดซิลิตร) มีน้ำค่าน้อย ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ควรรักษาโดยการให้เลือด (blood transfusion) และในรายที่ไม่สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กได้ หรือรักษาด้วยการรับประทานยาแล้วไม่ได้ผล หรือในกรณีที่มีปัญหาการดูดซึมธาตุเหล็ก แนะนำให้เสริมธาตุเหล็กโดยการให้ทางเส้นเลือด เช่น เฟอร์รัสซูโครส (Ferrous sucrose) หรือ ไอออนเด็กแทรน (Iron dextran) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008; Cunningham et al., 2018)

3. การให้ความรู้ โภชนศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2015; World Health Organization, 2001) ได้แก่

3.1 อาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) ธาตุเหล็กที่อยู่ในรูปองค์ประกอบของฮีม (heme iron) พบมากใน เลือด ตับ เนื้อหมู เนื้อวัว หอยแมลงภู่ ซึ่งมีธาตุเหล็กประมาณร้อยละ 15-50 ของธาตุเหล็กทั้งหมด และร่างกายจะดูดซึมไปใช้ได้สูงถึงร้อยละ 20-30 โดยไม่ต้องอาศัยกรดเกลือในกระเพาะอาหาร 2) ธาตุเหล็กที่ไม่ใช่ฮีม (non heme iron) พบในพืชผักต่างๆ ได้แก่ ข้าว มะเขือ ถั่ว เมล็ดแห้ง มีธาตุเหล็กอยู่ประมาณร้อยละ 90 แต่ร่างกายจะดูดซึมไปใช้ได้เพียงร้อยละ 3-5 เท่านั้น

3.2 อาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม ฝรั่ง มะขามป้อม อาหารที่มีวิตามินเอสูง เช่น ไข่แดง ตับ แครอท มะละกอสุก มะม่วงสุก ร่วมกับการเสริมวิตามินบี 12 จะช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีกว่าการเสริมธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว

3.3 อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ 1) แทนนิน (Tannin) พบในชา กาแฟ เครื่องเทศและผักที่มีรสฝาดต่างๆ ได้แก่ ผักกระถิน ขี้เหล็ก ใบเมี่ยง 2) ไฟเตต (Phytate) พบในธัญพืชและถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ ข้าวโอ๊ต ข้าวฟ่าง ข้าวโพด นมถั่วเหลือง 3) โพลีฟีนอล (Polyphenol) ซึ่งพบในผักที่มีใบสีเขียวเข้ม ขมิ้นชันและสมุนไพรหลายชนิด 4) แคลเซียม (Calcium) เช่น นมและ

ผลิตภัณฑ์จากนม จะขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานพร้อมอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือวิตามินเสริมธาตุเหล็ก

3.4 อาหารเสริมธาตุเหล็กที่ประชาชนนิยมรับประทาน เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วและบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น

4. การประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จะทำให้นักโภชนาการทราบว่ามีพฤติกรรมบริโภคอาหารจะทำได้หรือไม่ โดยกรมอนามัย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2015) ให้แนวทางในการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาโภชนาการดังนี้ ก่อนประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค นักโภชนาการต้องให้ความรู้ โภชนศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ในโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1 แล้วจึงประเมินในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังจากมารับบริการฝากครรภ์ โดยจะประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตามแบบฟอร์มของกรมอนามัยและมีการติดตามทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ ซึ่งในครั้งหลังนี้สามารถให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินได้ด้วยตนเอง

5. การจัดหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ในรายที่รักษาด้วยการเสริมธาตุเหล็กแล้วไม่ได้ผล ควรทำการตรวจหาสาเหตุเพิ่มเติม เช่น มีแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรัง เลือดออกในทางเดินอาหาร ริดสีดวงทวารหนัก และการตรวจหาพยาธิปากขอและพยาธิเส้นด้าย ที่เป็นต้นเหตุสำคัญของภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความต้องการในการดูแลที่เฉพาะต่างจากวัยรุ่นผู้ใหญ่ พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกต่อไป

6. บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้เกิดประสิทธิภาพ พยาบาลควรเข้าใจธรรมชาติของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งยังควรคำนึงถึงปัจจัย



ของสตรีตั้งครรภ์และบูรณาการการแก้ไขปัญหาลให้ทุกภาคส่วนทั้งเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขครอบครัวหรือพยาบาลในชุมชนได้มีส่วนร่วมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมตรงประเด็นอย่างต่อเนื่อง (Mekkamol & Wichainprapha, 2018; Pinchaleaw, 2017; Saejeng et. al., 2015; Sawaschoat, 2013; Sookdee & Wanaratwichit, 2016; Wutthitham et al., 2017) ดังนี้

1. พยาบาลควรร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงเรียน อสม. ในการค้นหาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและกระตุ้นให้มารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และติดตามให้ฝากครรภ์ตามนัด เพื่อให้ได้รับวินิจฉัยโรคภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ การติดตามประเมินภาวะผิดปกติต่างๆ รวมถึงการจัดการหายาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้รับประทานตลอดการตั้งครรภ์อีกด้วย

2. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพให้มารดาวัยรุ่นเกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยข้อมูล ความเครียดที่เผชิญอยู่ เพื่อช่วยให้พยาบาลเข้าใจวิเคราะห์ปัญหาและสามารถให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายได้ตรงประเด็น พยาบาลควรให้กำลังใจเสริมแรงทางบวก เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหา มีการปรับบทบาทการเป็นมารดาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเมื่อเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลอาจทำเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิก หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ได้เช่นกัน

3. ให้สุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและครอบครัวด้วยสื่อที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย เช่น คู่มือ วิดีทัศน์ แผ่นพับ เกี่ยวกับสาเหตุภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีและทารก ความสำคัญและวิธีการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและการแก้ไข เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก

ในการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง ทั้งนี้สามารถนำสื่อ เทคโนโลยีที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้เป็นประจำ เช่น โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน มาใช้เป็นสื่อในการให้สุศึกษา รวมทั้งแนะนำการค้นหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้

4. ให้โภชนาการแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและครอบครัว เกี่ยวกับปริมาณธาตุเหล็กที่ควรได้รับ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมทั้งการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น อาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีทักษะในการเลือกซื้อ เลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การให้โภชนาการควรจัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มเน้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ฝึกทักษะในการวางแผนปรับเปลี่ยนแก้ไข ปัญหาทางด้านโภชนาการ นอกจากนี้ อาจสร้างกลุ่มออนไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารให้ข้อมูล คำปรึกษา และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน

5. การเสริมธาตุเหล็ก โดยดูแลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รับประทานยาเม็ดที่มีปริมาณธาตุเหล็กประมาณ 200 มิลลิกรัม/วัน เช่น เฟอร์รัสซัลเฟต (Ferrous sulfate) 200 มิลลิกรัม วันละ 1-3 เม็ด ควรแนะนำให้รับประทานก่อนอาหาร พร้อมน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เพื่อช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก ไม่ควรรับประทานยาพร้อมนมหรือแคลเซียม เนื่องจากจะขัดขวางการดูดซึมของยา กรณีที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจแนะนำให้รับประทานยาหลังมื้ออาหารเพื่อลดอาการข้างเคียง

6. ประเมินพฤติกรรมบริโภค โดยอาจประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังจากมารับบริการคลินิกฝากครรภ์ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์อายุ 16-18 ปี ของกรมอนามัย (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2015)

ทั้งยังควรติดตามพฤติกรรมกรบริโภคต่างๆ ครั้งที่มาฝากครรภ์ หรืออาจใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือในการติดตาม กระตุ้นเตือน การรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ได้เช่นกัน

7. ติดตามประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและผลการรักษาเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ตามนัดแต่ละครั้ง ในกรณีที่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว 1 เดือนระดับฮีโมโกลบินไม่เพิ่มขึ้น ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กแล้วส่งต่อพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุอื่นต่อไป

8. ประสานและส่งต่อข้อมูลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้กับครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยให้สามารถประเมินพฤติกรรมกรบริโภค วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามแพทย์สั่ง การฝากครรภ์ตามนัด รวมทั้งปัญหาอื่นๆ อันจะนำไปสู่การพิจารณา หาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว

บทสรุป

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดา ทารก พัฒนาการทารกแรกเกิด รวมทั้งเศรษฐกิจสังคมและการพัฒนาสุขภาพของประชากร พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางและครอบครัว ได้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง รวมทั้งบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อให้แก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบรรเทาการป้องกันและควบคุมปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กตามเป้าหมายของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Becket, R. N., Bear, R. J., Anderson, J. G., Jelliffe-Pawloski, L. L., & Roger, E. E. (2019). Maternal anemia and pregnancy outcome: a population-based study. *Journal of Perinatology*, 39(7), 911-919.
- Benoist, B. D., McLean, E., Egli, I., & Cogswell, M. (Eds.). (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005*. Retrieved 9 March 2020 from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf, accessed 3.
- British Columbia Medication Association. (2010). *Guidelines and protocols: Iron deficiency anemia investigation and management*. Retrieved 9 March 2020 from http://www.bcguidelines.ca/guideline_iron_deficiency.html.
- Bunyawongwiroj, P. (2010). Thai health 2010: "Teenage mothers": A big issue still being prevented and solved in a limited way. Bangkok: Amarin Printing. [In Thai].
- Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2007). *The situation of maternal and child 2004-2006*. Retrieved 27 February 2020 from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>. [In Thai].
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2015). *Guidelines of nutrition health promoting in antenatal clinic for health worker* (1st ed.). Retrieved 10 March 2020 from <https://nutrition.anamai.moph.go.th/images/file/คู่มือส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์.pdf>. [In Thai].



- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (2016). *Guidelines of prevent and control iron deficiency anemia*. Retrieved 27 February 2020 from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>. [In Thai].
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *The situation of teenage reproductive health*. Retrieved 10 April 2020 from <http://rh.anamai.moph.go.th/download/allfile/index/CRH2561Website.pdf>. [In Thai].
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. In *Morbidity and mortality weekly report*, 47(RR-3), 1-36.
- Cunningham, G.F., Leveno, J. K., Bloom, L. S., Dashe, S. J., Hoffman, L. B., Casey, M. B., ...Spong, Y. C. (Eds.). (2018). *Williams obstetrics*. (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Geelhoed, D., Agadzi, F., Visser, L., Ablordeppey, E., & Asare, K. (2006). Maternal and fetal outcome after severe anemia in pregnancy in rural Ghana. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85(1), 49-55.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2017). *Thai health 2017: Maternal health*. Bangkok: Amarin Printing. [In Thai].
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2018). *Thai health 2018: Maternal and child health*. Bangkok: Amarin Printing. [In Thai].
- Kor-anantakul, O., & Lekhakula, A. (2008). Anemia in pregnancy. In O. Kor-anantakul, (Ed.), *High risk pregnancy* (2nd ed.). Songkhla: Chanmuang Press. [In Thai].
- Mekkamol, K., & Wichainprapha, A. (2018). The roles of nurses in teenage mother's caring. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 69 - 77. [In Thai].
- Mirzaie, F., Eftekhari, N., Goldozeian, S., & Mahdavinia, J. (2010). Prevalence of anemia risk factors in pregnant women in Kerman, Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 8(2), 66-69.
- Pinchaleaw, D. (2017). Nurses and mangagement of iron deficiency anemia in pregnant women. *Journal of The Police Nurses*, 9(2), 195-202. [In Thai].
- Pooluea, C. (2016). The prevalence and associated factors of anemia in pregnancy in Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 6(1), 16 - 26. [In Thai].
- Saejeng, K., Sukrat, B., Kovawisarach, A., Phromprapat, P., & Kanjanawatang, J. (Eds.). (2015). *Guidelines of teenage mother's caring* (2nd ed.). Bangkok: Ministry of Public Health. [In Thai].
- Sawaschoat, D. (2013). Nutritional promoting in pregnant adolescents: Local foods. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 31(3), 29 - 36. [In Thai].
- Scolov, D.G., Iorga, M., Carauleanu, A., Ilea, C., Blidaru, I., Boiculese, L., ...Socolov, R. V. (2017). *Pregnancy during adolescence and associated risks: An 8-Year hospital-based cohort study (2007-2014) in Romania, the Country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe*. Retrieved 27 February 2020 from <http://hindawi.com/journals/bmri/2017/9205016.pdf>.
- Srimuang, S. (2018). A comparative study of pregnancy outcome between teenage pregnancy and adult pregnancy in Nangrong Hospital. *Journal of the Department of Medical Services*, 43(2), 67-71. [In Thai].
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2014). *Miilenium development Goals-MDGs report 3rd issue*. Bangkok: Samcharoen Panich. [In Thai].



- Sookdee, J., & Wanaratwichit, C. (2016). Factors affecting iron deficiency anemia among pregnant women receiving antenatal care at sub-district health promoting hospital. *Journal of Health Science Research, 10*(1), 1-7. [In Thai].
- Thaithae, S., & Thato, R. (2010). Obstetrics and outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology, 24*(6), 342-6.
- Thongsong, T. (2015). *Anemia in pregnancy*. Retrieved 9 March 2020 from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>. [In Thai].
- Tripathi, M., & Sherchan, A., (2014). Outcome of teenage pregnancy. *Journal of Universal College Medical Sciences, 2*(2), 11-14.
- Vechayansringkarn, W. (2012). Pregnancy outcome in primiparous pregnancy teenager in Bangyai Hospital. *Journal of Prapokkloa Hospital Clinical Medical Educational Center, 29*(2), 82-92. [In Thai].
- Viriya-audsahakhul, N. (Ed.). (2013). *Guidelines of prevent and control iron deficiency anemia*. Nonthaburi: Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. [In Thai].
- Wajanasara, K. (Ed.). (2018). *Data health survey of women in specific groups: Teenage mother, disabled women, prostitute and female priest*. Nonthaburi: Women's Health Advocacy Foundation. [In Thai].
- Watcharaseranee, N., Pinchantra, P., & Piyaman, S. (2006). The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(Suppl 4), S118-S123.
- World Health Organization. (2001). *Iron deficiency anaemia, assessment, prevention, and control: a guide for programme managers (WHO/UNCF/UNU)*. Retrieved 9 March 2020 from www.who.int/nutrition/publications/.../ida_assessment_prevention_control.pdf
- World Health Organization. (2007). *Standards for maternal and neonatal care: Iron and folate supplementation*. Retrieved 9 March 2020 from <http://www.who.int/reproductive-health/docs/anaemia.pdf>
- World Health Organization. (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer.
- World Health Organization. (2015). *The global prevalence of anaemia in 2011*. Geneva, Switzerland.
- Wutthitham, N., Kawinsuphorn, P., & Lamuysakul, K. (2017). The development of family participation pattern to nutrition in adolescent pregnancy: A case study of Krathum Baen hospital in Samutsakhon Province. *Christian University of Thailand Journal, 23*(3). 405-415. [In Thai].

