

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สมาพร สุระเมย์กุล พย.บ.**เกศินี สารณฤทธิชัย ปส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระดับฮิมาโตคริต <33 เปอร์เซ็นต์อายุครรภ์ระหว่าง 20 ถึง 26 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) มือใหม่มือเก่าเข้าถึงได้ 2) รู้ทันโลหิตจาง 3) การติดตามเยี่ยมทางไลน์ 4) คำถามนั้นสำคัญไฉน 5) บันทึกข้อตกลง 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ 7) ประเมินความสำเร็จ โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงเว็บไซต์ออนไลน์ การลงแอปพลิเคชันด้วยตนเอง การอภิปรายกลุ่ม การประเมินความรู้ การบันทึกลงนามไม่ลืมกินยา ปฏิทินเตือนความจำและคู่มือในการปฏิบัติตัว โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทุกกิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐานการดำเนินงานตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอร์ไทล์ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และสถิติ wilcoxon match paired signed ranks test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test และสถิติ mann-whitney u test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.37$; $p\text{-value} < 0.001$; 95%CI: 5.34–8.32) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.29$; $p\text{-value} < 0.001$; 95% CI: 5.32–9.34) และกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานระดับฮิมาโตคริตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีค่ามัธยฐานระดับฮิมาโตคริตสูงขึ้นเท่ากับ 34.00 (พิสัยควอร์ไทล์ 2.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

วันที่รับบทความ 9 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 22 กันยายน 2564

*ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้จัดทำบทความฉบับ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: kesinee@kku.ac.th

The effects of health literacy development and social support program on behaviors and hematocrit levels among pregnant women with Iron deficiency anemia*

Samaporn Surateameekul B.N.S.**Kesinee Saranritichai Ph.D.***

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of health literacy development and social support program on behaviors and hematocrit levels among pregnant women with iron deficiency anemia. Sample were 60 pregnant women with anemia, who had hematocrit <33% and were at 20 to 26 weeks of gestation. They were divided into two groups, either the treatment group or the control group, 30 people for each group. Treatment group received the 8 week health literacy development and social support program with caregiver participation. The program consisted of seven activities: 1) access to information, 2) gaining understanding, 3) follow up via line application, 4) asking for better communication, 5) recording commitment, 6) home visit, and 7) evaluation of success. Activities for implementation included provision of knowledge through video media; health literacy skill training in accessing online websites, application downloading, group discussion, knowledge evaluation and recording of remembering for medication taking; reminder calendar; and manual for practice. Participant's caregivers also participated in all activities for 8 weeks. The control group received routine standard antenatal care. Data were collected using a self-administered questionnaire. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, median and IQR. Comparison within group was analyzed using paired t-test, and Wilcoxon match paired signed ranks test. Comparison between group (both before and after the experiment) was performed using independent t-test and Mann-Whitney U test. Statistical significance was considered at 0.05 and confidence at 95%.

Results showed that after the experiment, the treatment group had significantly higher mean score of all six dimension of health literacy than before the experiment and than the control group (p -value <0.001). In addition, after the experiment, the treatment group had significantly higher mean score of practices regarding reduction of iron deficiency anemia in pregnancy than before the experiment ($t = 9.37$; p -value < 0.001; 95% CI: 5.34–8.32) and than the control group ($t = 7.29$; p -value <0.001; 95% CI: 5.32–9.34). Hematocrit levels of the treatment group after the experiment was also significantly higher than before the experiment and higher than the control group (Median =34.00; IQR=2.00; p -value <0.001).

keywords: pregnant women; iron deficiency anemia; health literacy; social support

Received 9 July 2021 Revised 17 September 2021 Accepted 22 September 2021

*Scholarships: Research and Training for Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student in Master Degree of Public Health Program in Health Behavior and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

***Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: kesinee@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์¹ และพบได้บ่อยในระหว่างตั้งครรภ์ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์² จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกที่มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 40.1³ สำหรับประเทศไทยปีงบประมาณ 2560-2562 พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 16.35 16.03 และ 16.45 ตามลำดับส่วนจังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 17.60 15.40 และ 18.43 ตามลำดับซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีอัตราของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10^{4,5} และพบว่าปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยเกือบ 1 ใน 5 มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁶ ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโลหิตวิทยาความต้องการธาตุเหล็กจะเพิ่มขึ้นและเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดงเพื่อให้เพียงพอสำหรับระบบการหมุนเวียนเลือดของมารดาและการส่งผ่านสู่ทารกในครรภ์จึงมีการนำธาตุเหล็กที่สะสมมาใช้⁷ โดยเฉพาะในไตรมาสสองและสามการดูดซึมธาตุเหล็กและอัตราการนำธาตุเหล็กไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มมากขึ้นได้ถึงร้อยละ 20⁸ ส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ในการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด หรือการคลอดก่อนกำหนด^{6,9} ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าในกลุ่มมารดาปกติ และคลอดก่อนกำหนด¹⁰ และยังส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและพัฒนาการด้านสติปัญญาของทารกด้วย¹¹ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการในการควบคุมการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์โดยเน้นการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ที่สูงและเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการของรัฐในปัจจุบันยังไม่มีและไม่มีแนวทาง

ที่ชัดเจน¹² โดยเฉพาะการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการและการรับประทานยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กยังไม่ต่อเนื่อง และการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง¹³ สื่อที่ใช้ยังไม่เพียงพอ อีกทั้งสื่อที่มีอยู่ยังไม่เหมาะสมกับการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความต้องการใช้สื่อในการให้ความรู้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในคลินิกฝากครรภ์พบว่าสื่อที่ต้องการคือ วิดีโอสั้น ๆ ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ รูปภาพอินโฟกราฟฟิก และใช้ข้อความสั้น ๆ เข้าใจง่าย ร้อยละ 43.4¹⁴ หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้จึงไม่ตระหนัก และไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ มักลืมรับประทานยาเมื่อไปทำงาน เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางพบว่า ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง¹⁵ การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีลักษณะเป็นการให้ความรู้ทางเดียวโดยไม่ได้อาถามความต้องการปัญหาอุปสรรค อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าปรึกษาปัญหาหรือสอบถามอาการผิดปกติรวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกวิธีและเรื่องต่างๆ ที่สงสัยกับแพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง¹⁶ นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่มาคนเดียว จึงขาดการประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์¹⁷ ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับแรงสนับสนุนด้านสังคมที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำไปด้วย¹⁸ และการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้องและทำให้ตนเองปลอดภัย¹⁹ สะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลและการ

รับบริการ ความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอให้สามารถสื่อสารข้อมูล ตัดสินใจ รวมถึงการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพและขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มีหลายแนวทาง และส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการใช้แนวคิด ทฤษฎีทางพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มระดับฮิมาโตคริต แต่ยังไม่มีพบการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อฝึกให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะการเข้าถึงและเลือกรับสื่อ การสื่อสาร การติดตั้งแอปพลิเคชัน ให้ความรู้จากกรมวิชาการ การทำความเข้าใจข้อมูลเพื่อเลือกใช้ในการตัดสินใจ และจัดการดูแลสุขภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบของกองสุศึกษาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาและใช้ในการวัดโดยมีองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบโดยผ่านกิจกรรมแทรกแซงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สมมติฐานการวิจัยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน การปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางและระดับ

ฮิมาโตคริตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข²⁰ เป็นเครื่องมือในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาและใช้ในการวัดซึ่งเป็นแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถเพื่อให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องโดยมีองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการสืบค้นข้อมูล ตรวจสอบแหล่งข้อมูลได้หลายแหล่ง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน และการเขียน รวมถึงความสามารถในการสื่อสารให้บุคคลอื่นมีความเข้าใจที่ถูกต้อง 4) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอและวิธีเลือกรับสื่อ 5) ด้านทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติตนอย่างมีเหตุผล และ 6) ด้านการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาท์ (House)²¹ โดยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแล ได้แก่ สามีหรือมารดา ซึ่งถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอันที่จะนำไปสู่การลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 1 “มือใหม่มือเก่าเข้าถึงได้” เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์-กิจกรรมการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตตรวจสอบข้อมูลก่อนแชร์ต่อ-ติดตั้งแอปพลิเคชัน “9อย่างเพื่อสร้างลูก” -จัดตั้ง line เพื่อใช้สื่อสารในการกระตุ้นเตือนและติดตาม การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง-การใช้ปฏิทินเตือนความจำสำหรับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 “รู้ทันโลหิตจาง” เพื่อสร้างความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์-สาธิตการใช้คู่มือสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 การติดตามเยี่ยมทางไลน์ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการใช้สื่อเพื่อส่งข้อความกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตาม กำกับการรับข้อมูลข่าวสารจากไลน์

กิจกรรมที่ 4 “คำถามนั้นสำคัญไฉน” เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร โต้ตอบ และเพิ่มความเชี่ยวชาญ ในการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

-ฝึกการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ(ask me 3) และทำแบบทดสอบในคู่มือเรื่องการใช้คำถาม 3 ข้อ

กิจกรรมที่ 5 “บันทึกข้อตกลง” เพื่อพัฒนาทักษะการวิเคราะห์แยกแยะ การตัดสินใจและการจัดการตนเองในการแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

-กิจกรรมการเลือกเมนูอาหารที่มีธาตุเหล็ก การบันทึกแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาและอาหาร-

-กิจกรรมการบันทึกข้อตกลงไม่ลืมกินยาระหว่างผู้ดูแลและหญิงตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ คลายไขข้อสงสัยและติดตาม กำกับและประเมินผล

กิจกรรมที่ 7 “ความสำเร็จ” เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวจากการบันทึกแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาและอาหารระดับฮิมาโตคริต ปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล

ตัวแปรตาม

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- ความรู้ความเข้าใจ
- ด้านทักษะการสื่อสาร
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อ
- ด้านทักษะการตัดสินใจ
- ด้านการจัดการตนเอง

2. การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

3. ระดับฮิมาโตคริต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่อาศัยอยู่กับสามีหรือมารดา มีระดับฮิมาโตคริต<33%อายุครรภ์ระหว่าง 20 ถึง 26 สัปดาห์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 แห่งในจังหวัดขอนแก่นระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อน

และหลังการทดลอง (the two-group pretest-post-test design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group)

ประชากรเป้าหมาย คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งของจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางอายุครรภ์ระหว่าง 20 ถึง 26 สัปดาห์ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่า

เฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันของออร์น จีรวัดน์กุล²² โดยใช้สูตรดังนี้

$$n / group = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_{α} = กำหนดช่วงเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$,

$Z_{\alpha} = 1.64$

Z_{β} = กำหนดอำนาจการทดสอบ 80% ดังนั้น $\beta = 0.20$,

$Z_{\beta} = 0.84$

σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้คือ ค่าความแปรปรวนรวม (pool variance) = 5.14

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการอ้างอิงงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ อธิราภรณ์ บุญยประภาพพันธ์ และคณะ²³

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล(drop out)จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 6% ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วได้จำนวน 60 คน โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ตั้งครรภ์เดี่ยวและมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 20-26 สัปดาห์ 2) ค่าฮีมาโตคริต < 33% ในการตรวจเลือดครั้งสุดท้ายที่มาฝากครรภ์จากประวัติเวชระเบียน 3) ผลการคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียปกติ คือ MCV 80-96 เฟมโตลิตร MCH 27-32 พิโคโคกรัม และ DCIP เป็นลบ 4) มีผู้ดูแล เช่น สามีหรือมารดา 5) สามารถสื่อสารอ่านและเขียนด้วยภาษาไทย 6) โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และมี internet ถ้าไม่มีผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดหาให้ 7) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดการทดลอง หรือไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ครบทุกครั้ง

จริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิด้วยความสมัครใจ และข้อมูลทุกกิจกรรมจะเป็นความลับและขออนุญาตยืนยันเข้าร่วมกิจกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรและมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการ HE642006 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพัฒนาโดยผู้วิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ฝึกการเข้าถึงโดยการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเพื่อเลือกรับสื่อที่น่าเชื่อถือ การตรวจสอบข้อมูลก่อนแชร์ การติดตั้งแอปพลิเคชัน “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในโทรศัพท์มือถือและเพิ่มไลน์เพื่อใช้ในการกระตุ้นเตือนและติดตามและสื่อสารการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ส่วนผู้ดูแลจะได้รับปฏิทินเตือนความจำและอธิบายวิธีการใช้กิจกรรมที่ 2 ชมวิดีโอที่สอนเรื่อง การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และวิธีการใช้คู่มือการแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เวลา 45-60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรมที่ 3 การติดตามเยี่ยมทางไลน์ เพื่อส่งข้อความ ติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและยาและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามประเมินผล และให้คำปรึกษาปัญหาในการปฏิบัติตัวและภาวะแทรกซ้อนที่พบโดยใช้เวลา 5-10 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ฝึกการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ และการเลือกชนิดของอาหารหรือ

เมนูอาหารที่มีธาตุเหล็กโดยใช้โมเดลอาหารประเภทต่างๆที่มีธาตุเหล็ก และอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมที่ 5 ฝึกปฏิบัติการใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและอาหารในคู่มือเพื่อนำกลับไปบันทึกและศึกษาเองที่บ้าน และบันทึกลงนามไม่สืบทินยาระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเพื่อลูกน้อยสุขภาพดีโดยจะมอบให้เป็นของที่ระลึกและนำกลับไปที่บ้าน โดยใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 และ 7 กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง เพื่อให้กำลังใจกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวโดยใช้เวลา 30-40 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 7 ประเมินการปฏิบัติตัวโดยดูจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานอาหารเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ระดับสีมาโตคริต ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบร่วมกัน และสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้เวลา 45 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ลำดับการตั้งครรภ์ การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว พฤติกรรมการดื่มชาหรือกาแฟระดับสีมาโตคริตเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่อสิ้นสุดการทดลองซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Thailand health literacy scales)²⁴ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก เป็นแบบให้เลือกตอบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนนหาความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเตอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20:KR 20)

ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสารจำนวน 5 ข้อ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ 5) ทักษะการตัดสินใจจำนวน 6 ข้อ และ 6) การจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งทุกข้อของด้านที่ 2-6 มีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้งนาน ๆ ครั้งและไม่ได้ ปฏิบัติคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75, 0.82, 0.78, 0.76 และ 0.71 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 12 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็น 5 ระดับคือ 6-7 วันต่อสัปดาห์ 4-5 วันต่อสัปดาห์ 3 วันต่อสัปดาห์ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานฝากครรภ์ 1 ท่าน ซึ่งได้มีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามเล็กน้อย ผลการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (index of item-objective congruence :IOC) ได้ 0.93 และทำการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลอง (tryout) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ shapiro wilk test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test และสถิติ Wilcoxon match paired signed ranks test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test และสถิติ Mann-whitney u test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 21-25 ปี มากที่สุดร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 30.0 กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์ระหว่าง 20-23 สัปดาห์ ร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์ระหว่าง 24-26 สัปดาห์ ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 60 และ 43.3 โดยกลุ่มทดลองไม่ได้

ประกอบอาชีพคือ ร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 60 และตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 43.3 และร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีและบิดามารดาของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66.6 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มชา หรือกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 90.0 และร้อยละ 88.3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.37$; $p\text{-value} < 0.001$; 95%CI: 5.34-8.32) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	$\bar{d}$	SD _d	95%CI		t	p-value
	(n=30)	(n=30)			lower	upper		
	mean(SD)	mean(SD)						
กลุ่มทดลอง								
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	24.33(4.01)	29.70(3.00)	5.37	3.07	4.21	6.51	9.54	0.000*
ความรู้ความเข้าใจ	14.43(1.74)	15.93(1.20)	1.50	0.94	1.15	1.85	8.76	0.000*
ด้านทักษะการสื่อสาร	17.87(3.21)	20.93(2.30)	3.07	2.85	2.00	4.13	5.89	0.000*
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	14.03(2.99)	17.37(1.61)	3.33	2.52	2.39	4.27	7.23	0.000*
ด้านทักษะการตัดสินใจ	19.43(3.25)	25.67(2.04)	6.23	2.92	5.14	7.32	11.69	0.000*
ด้านการจัดการตนเอง	19.10(3.07)	21.70(1.64)	2.60	2.20	1.77	3.42	6.45	0.000*
การปฏิบัติตัว	46.00(4.20)	52.83(3.20)	6.83	3.99	5.34	8.32	9.37	0.000*

P-value<0.001*

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าข้อมูลระดับฮีมาโตคริตแจกแจงเป็นแบบโค้งไม่ปกติ จึงทดสอบ

ด้วยสถิติ Wilcoxon match paired sign rank test หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้นเท่ากับ 34.00 (พิสัยควอร์ไทล์ 2.00) และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับฮีมาโตคริต	n	mean	SD	median	IQR	wilcoxon signed ranktest (Z)	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	30	31.10	1.32	32.00	2.00	-4.83	0.000*
หลังการทดลอง	30	34.06	1.08	34.00	2.00		

P-value<0.001*

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) และการปฏิบัติตัว เพื่อการแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =7.29; p-value<0.001; 95% CI:5.32-9.34) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean difference	95 % CI of Mean difference		t	p -value
	mean(SD)	mean(SD)		lower	upper		
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	29.70(3.00)	25.10(5.05)	4.60	2.45	6.74	4.29	0.000*
ความรู้ความเข้าใจ	15.93(1.20)	14.03(2.19)	1.90	0.98	2.81	4.16	0.000*
ด้านทักษะการสื่อสาร	20.93(2.30)	17.27(3.99)	3.66	1.98	5.35	4.35	0.000*
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	17.37(1.61)	14.23(3.01)	3.13	1.88	4.38	5.02	0.000*
ด้านทักษะการตัดสินใจ	25.67(2.04)	21.03(3.79)	4.63	3.06	6.21	5.89	0.000*
ด้านการจัดการตนเอง	21.70(1.64)	18.40(3.35)	3.30	1.93	4.66	4.84	0.000*
การปฏิบัติตัว	52.83(3.20)	45.50(4.49)	7.33	5.32	9.34	7.29	0.000*

P-value<0.001*

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า ข้อมูลระดับฮีมาโตคริตแจกแจงเป็นแบบโค้งไม่ปกติซึ่งทดสอบด้วย

สถิติ mann whitney u test หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้นเท่ากับ 34.00 (พิสัยควอร์ไทล์ 2.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ระดับฮีมาโตคริต	n	median	IQR	mean rank	Mann whitney U test (Z)	p-value
กลุ่มทดลอง	30	34.00	2.00	41.42	-4.91	0.000*
กลุ่มควบคุม	30	32.00	2.00	19.58		

P-value<0.001*

การอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองด้านพฤติกรรม การแก้ไขภาวะโลหิตจางทำให้ระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน การปฏิบัติตัวในการแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้ออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้และปัญหาที่พบ โดยการฝึกสืบค้นข้อมูลที่นำเชื่อถือ การเลือกรับสื่อการติดตั้งแอปพลิเคชันจากกรมวิชาการ

“9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เพื่อรับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์และการจัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์ใช้ในการสื่อสารและการฝึกการใช้คำถาม 3 ข้อ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความสามารถในการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลตนเอง มีความสามารถในการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข แลกเปลี่ยนวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขภาวะโลหิตจางได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเองและครอบครัวของสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุขได้อธิบายความรู้ด้านสุขภาพว่า ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพนำมาประเมินและปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม²⁰ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kohan et al²⁵ พบว่าระดับความรู้

ด้านสุขภาพที่ดีในหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ตื้นนอกจากนี้ยังมี “ปฏิทินเตือนความจำ” และ “บันทึกข้อตกลงไม่ลืมกินยา” มอบให้แก่ผู้ดูแลเพื่อเป็นสัญลักษณ์และช่วยกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดสายสัมพันธ์ที่ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ลืมรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาทวรวิโรคและคณะ²⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

การปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ผลของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการชมวิดิทัศน์และได้รับคู่มือการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุระยะการเกิดโรค อาการ ผลกระทบ การป้องกันและการรักษา การบันทึกการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การบันทึกการรับประทานอาหารและการฝึกเขียนคำถาม 3 ข้อรวมถึงการโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานยาและอาหารที่มีธาตุเหล็กกำลังใจที่ดีจากผู้ใกล้ชิดอย่างเช่น สามีทำให้มีพฤติกรรมมารับประทานยาและอาหารอย่างสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Solhi et al¹⁹ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลตนเอง คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองโดยรวมและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคลากรสุขภาพในระดับสูง จะช่วยให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแล

สุขภาพของตนเองมากขึ้น¹³

ระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ผลของการเปลี่ยนแปลงระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นผลมาจากโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กิจกรรมแทรกแซงซึ่งได้ออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายให้สอดคล้องกับแนวคิดและปัญหาที่พบ เช่น การฝึกสืบค้นข้อมูลและเลือกรับที่น่าเชื่อถือ การติดตั้งแอปพลิเคชันจากกรมวิชาการการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ การฝึกการใช้คำถาม 3 ข้อ การโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและอาหารจากผู้ดูแล การชมวิดิทัศน์และได้รับคู่มือการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและการแก้ไขภาวะโลหิตจางและระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมลปิ่นเฉลียว²⁷ พบว่าการจัดการกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โดยการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กการให้ความรู้และคำแนะนำเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับฮีมาโตคริตได้อย่างเหมาะสมจึงควรใช้วิธีการจัดการร่วมกันหลายวิธีได้แก่ การให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้านการจดบันทึก สนับสนุนให้ครอบครัว หรือสามีมีส่วนร่วมในการดูแลรวมทั้งสื่อคู่มือโภชนาการหรือแผ่นพับสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอาหารและยา

สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ระดับฮีมาโตคริตดีขึ้นและมีประสิทธิผลเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขภาวะ

โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมการพัฒนาคาครอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ไปศึกษากับหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโลหิตจางเมื่อมีการตั้งครรภ์หรือมีการแก้ไขก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์

การนำไปใช้ในการพยาบาล

1. การบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในปฏิทินเตือนกินยาสำหรับผู้ดูแล ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตดีขึ้น และทำให้เกิดสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีจึงควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

2. การใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น แอปพลิเคชันไลน์หรือโทรศัพท์ เพื่อใช้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายได้อย่างต่อเนื่อง เพราะเข้าถึงง่าย สะดวกและปลอดภัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

กิจกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อในการติดตาม ถ้าเป็นไลน์กลุ่มหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ไม่อยากเปิดเผยเรื่องส่วนตัว รำคาญเสียงข้อความเพราะอาจมีการถามตอบคำถาม ดังนั้นจึงปรับไปใช้ติดตามเป็นไลน์ส่วนตัวทำให้ไม่สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือให้การสนับสนุนและให้ความ

ช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้สนับสนุนงบประมาณทุนวิจัยในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Anemia [Internet]. Geneva:World Health Organization; 2016 [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1
2. Khaskheli MN, Baloch MNS, Sheeba A, Baloch S, Khaskheli FK. Iron deficiency anaemia is still a major killer of pregnant women. Pakistan J MedSci 2017; 32: 630-34.
3. World Health Organization. Prevalence of anaemia in pregnant women [Internet]. Geneva:World Health Organization; 2016 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-pregnant-women>
4. Maternal and Child Health. Anemia in pregnant women reported.2017-2019(copy documents). KhonKaen: KhonKaen Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai)
5. Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Indicators of the Ministry of public health [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2017[cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://hdcservice.Moph.go.th/>. (in Thai)
6. Institute for Population and Social Research Mahidol University.Buddhism and the health promotion [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research

- Mahidol University; 2018 [cited 2020 Jan 15]. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/thai2018_8.pdf. (in Thai)
7. Bureau of Nutrition Department of Health. Guideline the control and prevention of iron deficiency anemia[Internet]. Nonthaburi: Bureau of Nutrition; 2013 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://doh.hpc.go.th/data/mch/IDAControl.pdf>.(in Thai)
8. Winichagoon P. Iron bioavailability. JNTA 2017; 52(1): 23–38. (in Thai)
9. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, Jelliffe-Pawlowski LL, Rogers EE. Maternal anemia and pregnancy outcomes: A population-based study. TJOG 2019; 39: 911–9.
10. Scholl TO, Hediger ML. Anemia and iron-deficiency anemia: Compilation of data on pregnancy outcome. American Society for Clinical Nutrition 2016; 59(suppl): 492–501S.
11. Braymann C. Iron deficiency anemia in pregnancy. Semin Hematol 2018; 52: 339–47.
12. Asavaritikrai W, Pangbupha B, Aroonpacmongkol S. Effectiveness of management system of iron deficiency anemia in pregnancy: A study in affiliated hospitals of health promotion center region 4. Region 4–5 Medical Journal 2014; 33(4): 249–60. (in Thai)
13. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C, et al. Causal model for quality of life among pregnant women. SCNJ 2017; 4(1): 28–46 (in Thai)
14. Antenatal clinic and breast feeding clinic. Model for promoting health literacy about take iron supplement tablets in pregnant women and lactating women [Internet]. Nakhon Sawan: Health Center 3 NakhonSawan; 2019 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://km.hpc3.org/wpfb>. (in Thai)
15. Tashara IF, Achen RK, Quadras R, D’Souza MV, D’Souza PJJ, Sankar A. Knowledge and self-reported practices on prevention of iron deficiency anemia among women of reproductive age in rural area. IJASR 2015; 1(7): 289–92.
16. Thongwat N, Danpradit P, Ratchukul S. Iron deficiency anemia among complete attending ANC pregnant women: A qualitative study. Journal of Nursing and Health Sciences 2009; 3(3): 37–46. (in Thai)
17. Thongngern S, Kongkiat K, Duangchan A. Effects of caring for pregnant women at risk of preterm birth using a social support program in an antenatal clinic at Khuan Khanun Hospital [Internet]. Phatthalung: Khuan Khanun Hospital; 2017 [cited 2020 Nov 15]. Available from: http://203.157.229.18/ptvichakarn61/uploads/51815_0702_20180604163543_pdf. (in Thai)
18. Saranrittichai K. Health literacy: Concepts, theories and applications. KhonKhean: Klungnanavithaya press; 2020. (in Thai)
19. Solhi M, Abbasi K, Azar FEF, Hosseini A. Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. IJCBNM 2019; 7(1): 1–12.

20. Health Education Division Department of health service support Ministry of Public Health. Health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Education Division; 2011 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/69>. (in Thai)
21. House JS. Work stress and social support. California: Addison Wesley; 1981.
22. Chirawatkul A. Statistics for health science research 4th ed. KhonKhean: Klungnanavitthaya press; 2007. (in Thai)
23. Boonyaprapapan T, Sangin S, Siriarunrat S. Effects of the educative supportive program on self-care behavior and hematocrit level among pregnant women with iron deficiency anemia. JFONUBUU 2018; 26(4): 40-50. (in Thai)
24. Intarakamhang U. Creation and development of Thailand health literacy [Internet]. Bangkok: The Behavioral Science Research Institute; 2017[cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>. (in Thai)
25. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. IJNMR 2007; 12(4): 146-52.
26. Waraphok S, Ratinthorn A, Limruangrong P. Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. JTNMC 2020; 35(1): 86-98. (in Thai)
27. Pinchaleaw D. Nurses and management of iron deficiency anemia in pregnant women. JOPN 2017; 9(2): 195-202. (in Thai)