

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและบริบทสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. แนวคิดเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

##### คำจำกัดความ

โลหิตจาง หมายถึง ภาวะที่เม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ ทำให้ปริมาณฮีโมโกลบินที่นำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายลดลง (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2546)

โลหิตจาง คือ ภาวะที่สีของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุต่างกัน แต่สาเหตุสำคัญๆ ของการเกิดโลหิตจาง ได้แก่ โลหิตจางจากสาเหตุทางโภชนาการ (nutritional anemia) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการได้รับสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือด สารอาหารที่สำคัญได้แก่ ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก วิตามิน เป็นต้น และโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ (non-nutritional anemia) เป็นภาวะโลหิตจางที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการขาดสารอาหาร เช่น การติดเชื้อพยาธิโดยเฉพาะพยาธิปากขอ โรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น (พัชรีณี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542)

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็กซึ่งทำให้มีปริมาณธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ เป็นผลให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดง หรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ จะพบว่ามีอาการซีดของเล็บและเปลือกตาภายในด้วย (กรมอนามัย, 2549)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ชี้วัดบอกรหัสภาวะซีด (anemia) ซึ่งวัดโดยค่าฮีโมโกลบิน หรือค่าฮีมาโตคริต ดังตารางที่ 1 และประเทศไทยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในการประเมิน ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 1 เกณฑ์ตัดสินภาวะโลหิตจางจากค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตโดย WHO/UNICEF/ UNU (1996)

กลุ่มอายุ	เกณฑ์ตัดสินภาวะโลหิตจาง	
	ฮีโมโกลบิน (กรัม/เดซิลิตร)	ฮีมาโตคริต (%)
เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี	< 11.0	33.0
เด็กอายุ 5 ปี – 11 ปี	< 11.5	34.0
เด็กอายุ 12 ปี – 13 ปี	< 12.0	36.0
เพศชาย	< 13.0	39.0
เพศหญิง		
ไม่ตั้งครรภ์	< 12.0	36.0
ตั้งครรภ์	< 11.0	33.0
ขั้นรุนแรง	< 7.0	-
ขั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	< 4.0	-

ที่มา : WHO/UNICEF/UNU อ้างใน พัทธณี วินิจจะกุล, 2542

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์ โดยพบได้ถึง ร้อยละ 95 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด จากการสำรวจของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2537 ศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 3,755 คน ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 31 แห่ง ใน 17 จังหวัด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 37 มีภาวะโลหิตจาง โดยที่ร้อยละ 21.3 เป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ (ฮีโมโกลบินมากกว่า 11 กรัมเปอร์เซ็นต์) พบว่า มีภาวะพร่องธาตุเหล็กถึงร้อยละ 17.2 และมีภาวะขาดธาตุเหล็กไม่เพียงพอสำหรับการสร้างเม็ดเลือดแดงอีกร้อยละ 7.6 (กมลมาลย์ วิจารณ์เศรษฐิน, 2546) และจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2546 พบความชุกของภาวะซีด โดยการตรวจอาการแสดงซีดที่บริเวณเปลือกตาทางด้านในของประชากร ทุกกลุ่มวัย กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความชุกในอัตราเท่ากับ 44.3 ต่อพันประชากร ซึ่งสามารถตรวจพบได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ สำหรับการสำรวจภาวะโภชนาการทางชีวเคมีเพื่อสำรวจหาภาวะ

โลหิตจางโดยการหาปริมาณฮีโมโกลบิน พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด คือร้อยละ 26.1 โดยหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 มีความชุกของภาวะโลหิตจางในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 และ 3 มีความชุกของภาวะโลหิตจางในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง (กองโภชนาการ, 2549)

### ความสำคัญของธาตุเหล็ก

ธาตุเหล็กเป็นธาตุที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อย แต่ต้องได้รับจากอาหารเป็นประจำ เนื่องจากมีการสูญเสียจากการขับถ่ายออกไปทุกวันตามภาวะการครองธาตุเหล็กของร่างกาย ในวงจรชีวิตมีหลายระยะที่ร่างกายต้องการธาตุเหล็กในปริมาณที่สูงมากเกินกว่าที่ต้องการ เช่น เด็กที่กำลังเจริญเติบโตโดยเฉพาะในระยะที่มีอัตราเร่งของการเจริญเติบโต โดยเฉพาะเด็กเล็ก วัยรุ่น หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

ธาตุเหล็กมีความสำคัญมากต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ประมาณร้อยละ 70 ของธาตุเหล็กที่มีในร่างกายเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินซึ่งทำหน้าที่ขนถ่ายหรือแลกเปลี่ยนออกซิเจนไปยังอวัยวะต่างๆในร่างกาย ดังนั้นถ้าขาดธาตุเหล็กจะทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติ คือ จำนวนน้อยลง ขนาดเล็กลง ย่อมติดสีจาง ถ้ายิ่งขาดธาตุเหล็กมากเม็ดเลือดที่สร้างขึ้นมาก็จะมีสีจางมากขึ้น และมีขนาดเล็กลงด้วย ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ก็จะถูกเก็บสะสมไว้ในตับ ม้าม ไชกระดุก ในรูปของ Ferritin และ Hemosiderin และมีการแลกเปลี่ยนขนส่งธาตุเหล็กเข้าสู่เนื้อเยื่อและไขกระดูกโดย Tranferin ซึ่งจะอยู่ใน Blood plasma (ถนอมศรี ศรีชัยกุล และคณะ, 2529) ร่างกายจะสูญเสียธาตุเหล็กโดยทางอุจจาระ ปัสสาวะ และเหงื่อ วันละ 1 มิลลิกรัม

ในระยะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ร่างกายมีธาตุเหล็กรวม 2.3 กรัม ในจำนวนนี้เป็นเหล็กในแหล่งสะสมประมาณ 0.3 กรัม แต่เหล็กที่ต้องการในระยะตั้งครรภ์รวมทั้งสิ้นอีกประมาณ 1 กรัม ร่างกายจึงปรับตัวโดยมีการดูดซึมธาตุเหล็กมากขึ้น ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์นั้นความต้องการธาตุเหล็กลดลงเล็กน้อยเนื่องจากไม่มีการสูญเสียเลือดทางประจำเดือน แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองความต้องการเริ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อสร้างเม็ดเลือดเพิ่มขึ้นให้ทันกับการขยายตัวของ plasma volume เนื่องจากเม็ดเลือดขยายตัวน้อยกว่า ดังนั้นความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลง ขณะที่ความสามารถนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นระยะนี้จึงเป็นช่วงที่มักเรียกว่าเป็น Physiological anemia ค่าฮีโมโกลบินของหญิงมีครรภ์ที่แม้จะไม่ขาดธาตุเหล็กก็จะมีค่าต่ำกว่าช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เนื่องจากความต้องการที่สูงขึ้นนี้เอง ถ้าได้รับจากธาตุเหล็กภายนอกไม่พอเหล็กในแหล่งสะสมจะถูกใช้หมดไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเสริมธาตุเหล็กเพื่อให้ทดแทนความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้ทันทีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง หลังคลอดความต้องการธาตุเหล็กลดลงกว่าระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดที่ขยายเพิ่มขึ้นนั้นจะลดลงระดับก่อน

ตั้งครรภ์ ร่างกายจะได้ธาตุเหล็กจากเม็ดเลือดที่หมดอายุและถูกทำลาย หมุนเวียนกลับไปใช้ได้ สำหรับกรณีที่ไม่มีการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์นั้นลูกมักไม่แสดงอาการของโลหิตจางแต่ ferritin อาจจะต่ำลงบ้าง (พัชรี วิจิจะกุล, วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์, 2542)

ในระยะตั้งครรภ์ความต้องการธาตุเหล็กสูงขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยา ร่างกายมีการเพิ่มปริมาตรเลือด ประมาณร้อยละ 45 – 50 และเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 33 ปริมาตรเลือดและเม็ดเลือดแดงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะไตรมาสที่สองและต้นไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นที่ไม่สมดุลกันระหว่างปริมาตรเลือดกับเม็ดเลือดแดงทำให้ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ และจะเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จนกระทั่งครบกำหนดคลอด การเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ในระยะตั้งครรภ์ไตรมาสแรกมีค่าร้อยละ 33 ไตรมาสที่สองร้อยละ 32 และไตรมาสที่สามร้อยละ 33 จากการศึกษาของสุทธิศักดิ์ พัฒนปรีชากุล และคณะ (2540) ศึกษาภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์แม่และเด็ก จังหวัดยะลา พบว่า อายุครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งในสามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงขึ้น ดังนั้นในระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นและตลอดการตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กประมาณ 1,000 มิลลิกรัม เพื่อนำไปใช้ในการเจริญเติบโตของทารก ประมาณ 300 – 400 มิลลิกรัม รกและสายสะดือ 100 มิลลิกรัม สำหรับการสร้างเม็ดเลือดแดงของหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 500 มิลลิกรัม และสำหรับขับถ่ายออกจากร่างกายประมาณ 280 มิลลิกรัม ความต้องการธาตุเหล็กในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความต้องการเล็กน้อยประมาณวันละ 0.8 มิลลิกรัม แต่ในระยะไตรมาสที่ 2 และ 3 จะมีความต้องการสูงขึ้นตามพัฒนาการของทารกและการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงของมารดาประมาณ วันละ 5 – 6 มิลลิกรัม

มาตรการควบคุมป้องกันการขาดธาตุเหล็ก ในส่วนของมาตรการทางโภชนาการ คือ การเสริมธาตุเหล็กในรูปของยา การเสริมสารอาหารลงในอาหาร และการปรับปรุงแบบแผนอาหาร ซึ่งเป็นองค์ความรู้จากงานวิจัย และข้อเสนอแนวทางการดำเนินการจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอขององค์การนานาชาติ โดยแต่ละประเทศสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของปัญหาของกลุ่มประชากรต่างๆ ในประเทศนั้นๆ สำหรับประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ว่า หญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กวันละ 4.5 มิลลิกรัม การดูดซึมธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์สามารถดูดซึมเหล็กได้ร้อยละ 10 – 20 และถ้ามีภาวะโลหิตจางที่ปรากฏอาการชัดเจน ร่างกายสามารถดูดซึมธาตุเหล็กได้มากถึงร้อยละ 40 ปริมาณอาหารที่ให้พลังงาน 1,000 แคลอรี มีธาตุเหล็กประมาณ 6 – 14 มิลลิกรัม แต่ดูดซึมได้ประมาณ 0.6 – 1.4

มิลลิกรัมต่อวัน เท่านั้น ดังนั้นการได้รับธาตุเหล็กจากอาหารอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางได้มากกว่าหญิงปกติที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางที่รุนแรงได้มากขึ้น

**สาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (พัชชนี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงส์วิวัฒน์วงศ์, 2542)**

1. ความต้องการธาตุเหล็กสูงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เนื่องจากในช่วงการตั้งครรภ์ร่างกายต้องมีการนำธาตุเหล็กไปใช้ในการสร้างฮีโมโกลบิน ทำให้ปริมาณเหล็กในแหล่งสะสมค่อยๆ ลดลง หากหญิงตั้งครรภ์ที่มีเหล็กในแหล่งสะสมต่ำก็จะไม่สามารถรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ได้ ก็จะมีภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วย

2. การได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีเหล็กน้อย ทำให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารได้น้อย หรือเกิดจากอาหารที่ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ยาก เช่น อาหารที่มี Bioavailability ต่ำ หรือเกิดจากอวัยวะในการย่อยอาหารผิดปกติ เช่น ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคโลหิตจางได้เล็กน้อย

3. การสูญเสียเลือด การเสียเลือดจากร่างกายที่พบเป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ การติดเชื้อพยาธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาธิปากขอ หรือเป็นแผลที่มีเลือดออกเรื้อรัง หรือจากโรคอื่นๆ เช่น ริดสีดวงทวาร โรคกระเพาะอาหาร

นอกจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นแล้วปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของชันทอง บุญเสริม (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ รายได้ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือด มีความสัมพันธ์เป็นไปในทางบวกกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ การเสริมธาตุเหล็กปริมาณสูงในรูปของยา (Iron supplementation) เป็นประจำทุกวัน ในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ในรูปยาเม็ด โดยมีปริมาณยา 30 – 240 มิลลิกรัมต่อวัน ในรูปของ ferrous sulfate หรือสารประกอบอื่น โดยให้เริ่มตั้งแต่ระยะแรก

ของการตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้มีการขาดธาตุเหล็กในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เพราะเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นถ้าไม่ได้รับการเสริมธาตุเหล็กอาจจะเกิดปัญหาได้

### มาตรการร่วมในการควบคุมป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

มาตรการด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการชะลอการตั้งครรภ์ให้พ้นวัยรุ่น หรือวัยที่มีการเจริญเติบโตของผู้ที่เป็นแม่ การณรงค์ขยายเวลาการมีบุตร (birth spacing) และการคุมกำเนิดโดยวิธีที่ไม่ใช่ IUD ทำให้เสียเลือดทางประจำเดือนเพิ่มขึ้นล้วนเป็นแนวทางที่ช่วยลดปัญหาลงได้ มาตรการสำคัญอีกอย่างคือ การชะลอการตัดสายสะดือในการทำคลอดให้ช้าลง 30 – 60 วินาที หลังคลอด พบว่าทำให้มีเลือดในตัวเด็กเพิ่มขึ้นถึง 60 มิลลิลิตร หรือเท่ากับได้เหล็กเพิ่มอยู่ในตัวเด็กอีกถึง 34 มิลลิกรัม หลังคลอดแล้วการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่อย่างน้อย 4 เดือน และการจัดอาหารเสริมให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็ก จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการขาดธาตุเหล็ก

มาตรการเรื่องพยาธิ เนื่องจากพยาธิเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโลหิตจางโดยเฉพาะประเทศในแถบร้อน (Tropical zone) ซึ่งมีความชุกของพยาธิปากขอ พยาธิตัวกลมและอื่นๆ รวมทั้ง โรคมาเลเรีย ที่ระบาดอยู่ในพื้นที่ป่าทึบในเอเชีย และแอฟริกา INACG ได้เสนอแนวทางสำหรับการควบคุมโรคโลหิตจางโดยมาตรการเสริมธาตุเหล็กควบคู่กับการกำจัดพยาธิ

การเสริมสารอาหารอื่นๆ ร่วมด้วย เนื่องจากขาดสารอาหาร โดยเฉพาะจุลโภชนาการนั้นมักไม่ได้เกิดจากการขาดสารอาหารตัวเดียว จึงควรพิจารณาประโยชน์ของการเสริมสารอื่น เช่น วิตามินเอ ซึ่งสามารถทำให้ภาวะธาตุเหล็กดีขึ้นโดยไม่ได้เสริมธาตุเหล็กร่วมด้วย แสดงว่าธาตุเหล็กในร่างกายอาจมีอยู่แต่นำมาใช้ไม่ได้

มาตรการด้านโภชนาการศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้โภชนศึกษาเพื่อเผยแพร่ความรู้เป็นเรื่องที่สามารถจัดทำได้ทั่วไปและมีรูปแบบหลากหลาย แต่ปัญหาสำคัญที่พบคือ ความรู้เหล่านี้มักไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ในปัจจุบันได้มีการนำวิธีการด้านการสื่อสารหลายแนวทางเข้ามาใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรม

การผสมผสานมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมและป้องกันการขาดธาตุเหล็ก/โลหิตจาง ซึ่งมาตรการทั้งหมดที่กล่าวมาอาจไม่มีมาตรการใดมาตรการหนึ่งจะใช้ได้ผลดีหรือเหมาะกับทุกสถานการณ์ มีความจำเป็นต้องนำมาผสมผสานและกำหนดกลยุทธ์การดำเนินการให้สอดคล้องกับขนาดและความรุนแรงของปัญหา ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ โครงการภายใต้เงื่อนไขเชิงนโยบาย เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งวิถีชีวิตของบุคคลและชุมชน

## ผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์

จากการศึกษาของ Scholl และ Hediger (Scholl และ Hediger, 1994 อ้างในพัชนี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542) ได้ทำการทบทวนข้อมูลการศึกษาถึงผลกระทบของการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์ และได้ข้อสรุปว่า การขาดธาตุเหล็กในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย (< 2,500 กรัม) ถึงกว่า 2 เท่า แต่ถ้าขาดธาตุเหล็กเกิดขึ้นในไตรมาสที่สาม แม้ถึงขั้นโลหิตจางแต่ไม่รุนแรงก็อาจไม่มีผลต่อผลลัพธ์การคลอด นอกจากนี้การขาดธาตุเหล็กในระยะแรกของการตั้งครรภ์มีสาเหตุสำคัญมาจากการได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ ซึ่ง Breard (Breard, 1994 อ้างในพัชนี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542) ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการที่ได้รับธาตุเหล็กไม่พอตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ หรือมีการพร่องเหล็กอยู่แล้วตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ อีกกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในเรื่องผลการตั้งครรภ์คือ หญิงมีครรภ์ที่ยังอยู่ในวัยรุ่น คือ อายุน้อยกว่า 20 ปี แต่ข้อมูลในกลุ่มนี้ยังมีอยู่จำกัดยังไม่มีการศึกษาเพิ่มเติม (พัชนี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, 2542)

## 2. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเนียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิด และความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต อ้างใน เบนจวรรณ กำธรวัระ, 2537)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การยอมรับคำอธิบายเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ได้จากการรับรู้และเรียนรู้ร่วมกันในสังคมและถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนตกผลึกเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น โดยอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลความเป็นจริงหรือหลักฐานมาสนับสนุนก็ได้ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวิวัฒนาการและพัฒนาการของสังคม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งของวัฒนธรรม ได้แก่ ระบบความรู้ ความเชื่อที่เรียกว่า วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติของแต่ละบุคคล ซึ่งระบบความเชื่อส่งผลกระทบต่อแบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นแบบแผนเดียวกัน ภายใต้ระบบสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ นักมานุษยวิทยาชื่อ Goodenough (Goodenough, 1963 อ้างใน ปรีชา อุโยชิน, 2535) ได้ให้ความหมายของระบบความเชื่อว่าเป็นการรับรู้ของมนุษย์ที่มนุษย์ได้รู้จักโลกหรือ

ธรรมชาติที่มนุษย์อาศัยอยู่ มนุษย์มีประสบการณ์ต่อสรรพสิ่งต่างๆ ที่รายล้อมอยู่รอบตัวมนุษย์ ไม่ว่าจะ กลิ่น รส หรือสัมผัสได้เรียนรู้โดยกำหนดสิ่งต่างๆ ขึ้นตามความรู้ทางวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับถ่ายทอดมา เมื่อกำหนดได้แล้วจึงกำหนดเรียกชื่ออย่างเป็นระบบ ในที่สุดก็ยอมรับว่าเป็นความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งในสายตาของนักมานุษยวิทยาเห็นว่า พฤติกรรมใดๆ ที่มนุษย์ได้กระทำอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เป็นเหตุผลที่เขาต้องการบรรลุเป้าหมายอย่างเดียวกัน จึงยึดถือร่วมกัน มิใช่เป็นความเชื่อเฉพาะตัว แต่เป็นความเชื่อของคนทุกๆ คนในสังคมนั้น (Goodenough, 1963 อ้างใน ปรีชา อุโยชิน, 2535)

ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางวัฒนธรรมของสังคมและแบบแผนพฤติกรรมที่กำหนดให้สมาชิกในสังคมมีวิถีชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกัน ฉะนั้นวัฒนธรรมจึงเป็นวิถีชีวิตเป็นการรวมกันอย่างมีระเบียบแบบแผนของปรากฏการณ์ต่างๆ ของการกระทำทั้งที่เป็นพฤติกรรมหรือเป็นวัตถุที่เกิดจากความคิดและความรู้ เช่น ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม โดยการใช้เป็นสัญลักษณ์ทางสังคม

ในทางมานุษยวิทยา ความเชื่อและค่านิยมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เราเข้าใจสังคมที่เราศึกษาได้มากขึ้น และความเข้าใจก็มีไม่เพียงการบรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมนั้นๆ เท่านั้น แต่จำเป็นที่จะต้องเข้าใจว่าเพราะอะไรจึงมีความเชื่อเช่นนั้น และมีความหมายอย่างไร นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความเชื่อในเรื่องอื่นๆ หรือไม่อย่างไร โดยเฉพาะตัวกำหนดทางนิเวศวิทยาหรือทางภูมิศาสตร์จะช่วยให้เข้าใจได้ว่า อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมได้ทำให้แบบแผนทางความคิดมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ถ้าหากเรายอมรับว่ามนุษย์นั้นแตกต่างจากสัตว์ตรงที่มนุษย์มีวัฒนธรรม และความเชื่อก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้วัฒนธรรมสามารถคงอยู่ต่อไปอย่างมีระเบียบ และวัฒนธรรมในแต่ละสังคมอาจมีความแตกต่างกันได้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้มนุษย์มีความเชื่อต่างๆ กันในเรื่องของโรคและความเจ็บป่วย ตลอดจนกรรมวิธีในการเยียวยารักษาและป้องกันโรค ทั้งนี้ก็เพราะต่างก็มุ่งที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวและปลอดภัย

ระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วย นักมานุษยวิทยา ถือว่า ระบบการแพทย์ของมนุษย์ทุกสังคมเป็นสถาบันหนึ่งหรือเป็นระบบย่อยทางวัฒนธรรม การเลือกใช้วิธีการรักษา ก็เพราะมีความเชื่อในสาเหตุของการเกิดโรคตามกรอบแนวความคิด ตามระบบสังคมและวัฒนธรรมของตน ซึ่งสามารถแบ่งสาเหตุการเกิดของโรคในสังคมที่มีไข้ตะวันตกได้ 2 ประการ คือ (ปรีชา อุโยชิน, 2535)

1. ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้นกับมนุษย์นั้นเป็นเพราะอำนาจเหนือธรรมชาติ การที่มีคนเจ็บป่วยก็เพราะผีปีศาจ ต้องการพรากขวัญหรือวิญญาณออกจากร่างกาย การรักษาก็ต้องทำพิธีเพื่อนำขวัญหรือวิญญาณกลับมา



2. ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น แต่เป็นผลอันเนื่องมาจากความบกพร่องของร่างกาย เช่น ความร้อน ความเย็น ที่ไม่สมดุลกับธาตุต่างๆ ที่ประกอบกันขึ้นในร่างกาย นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับอายุ กำลังลม กำลังมคลูก การเดินของหัวใจ อาหาร และความร้อนความเย็นของอวัยวะ เป็นสาเหตุและส่งผลถึงความเจ็บป่วย

ไคลน์แมน (Kleinman, 1980 อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ได้เสนอแนวคิดเรื่องแบบจำลองคำอธิบายความเจ็บป่วย (Illness Explanatory Model : EM) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มองความหลากหลายของวัฒนธรรมเชิงระบบสัญลักษณ์ โดยมองว่าระบบการแพทย์นั้นเป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่งซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมายและตรรกะภายในตัวของมันเอง วัฒนธรรมสุขภาพมิใช่เป็นเพียงรูปแบบการแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการสร้าง “ความเป็นจริง” (medical reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน ดังนั้น แนวคิดนี้จึงเป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญกับการค้นหามุมมองความเจ็บป่วยของ “คนใน” (Emic หรือ Native’s point of view) โดยสนใจศึกษาทำความเข้าใจถึงมุมมองและการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองว่ามีสมมติฐานของความเจ็บป่วย มีการค้นหาสาเหตุของการเกิดความผิดปกติ หรือการแยกแยะโรคอย่างไร มีการอธิบายเรื่องแบบแผนของการเกิดอาการ ระยะเวลา พยาธิสภาพของร่างกายอย่างไร รวมทั้งมีการกำหนดระดับความรุนแรงและลักษณะของความเจ็บป่วย เรื้อรังหรือพิการอย่างไร ซึ่ง “โลกสุขภาพ” หรือ “ความจริงทางสุขภาพ” ของบุคคลจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาต่อไป รวมถึงการประเมินผลการรักษานั้นๆ ด้วย

การศึกษาแนวคิดเรื่องแบบจำลองคำอธิบายเมื่อใช้ควบคู่กับแนวคิดที่แยกแยะระหว่าง “ความเจ็บป่วย” และ “โรค” (Illness and Disease) จะทำให้เกิดความเข้าใจวัฒนธรรมสุขภาพมากขึ้น

ความเจ็บป่วย เป็นความผิดปกติตามการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความเอง เป็นแบบจำลองคำอธิบายของผู้ป่วย ในทางการแพทย์พื้นบ้าน (ทิพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) ได้ให้ความหมายการเจ็บป่วย หมายถึง ปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งบุคคล และเครือข่ายทางสังคมของบุคคล มีประสบการณ์ร่วมกัน เช่น ทุกข์ร่วมกัน วิตกกังวลร่วมกัน ประเมินร่วมกันว่าอาการรุนแรงมากน้อยสักเพียงใด ป่วยเป็นโรคอะไร และช่วยกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน

โรค คือ ความผิดปกติของกระบวนการและกลไกทางร่างกายของผู้ป่วย เป็นแบบจำลองคำอธิบายของแพทย์ หรือในความหมายทางชีวการแพทย์ หมายถึงปัญหาของความคิดผิดปกติทางชีววิทยาที่ต้องการได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยมีวิทยาการที่เชี่ยวชาญเฉพาะกิจ

ดังนั้นแนวคิดที่แยกแยะระหว่างโรคและความเจ็บป่วย จะเป็นแนวคิดสำคัญเมื่อใช้ควบคู่กับการศึกษาแบบจำลองความเจ็บป่วย (EM) ของบุคคลจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยได้มากขึ้น

การตั้งครรถ์เป็นกระบวนการเริ่มต้นในการก่อกำเนิดชีวิตมนุษย์ ในสมัยโบราณระยะเวลาตั้งแต่ตั้งครรถ์จนกว่าถึงเวลาคลอดถือว่าเป็นตอนที่อันตรายและความเสี่ยง เป็นช่วงเวลาแห่งความวิตกกังวลของคนในครอบครัว สมาชิกในสังคมจึงสร้างกลไกเพื่อความควบคุมและบรรเทาความหวาดกลัวนั้นจนกลายเป็นความเชื่อ ประเพณีและแบบแผนการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ที่แตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาค ซึ่งความเชื่อและพิธีกรรมที่จัดทำเกี่ยวกับการตั้งครรถ์และการเกิด ก็แบ่งเหตุที่ให้ออกเป็น 3 ประการ คือ 1) เพื่อป้องกันเหตุอันตรายอันอาจมีขึ้นแก่หญิงที่มีครรถ์ เพราะแต่ก่อนถือกันว่า ตอนที่อันตรายได้ง่ายคือ ตอนที่จะเป็นมารดา 2) เพื่อให้คลอดง่าย ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต ถือกันว่า ตอนคลอดลูกสำคัญนัก ถึงกับเปรียบเทียบหญิงมีครรถ์เหมือนกับการออกรบศึกของผู้หญิง และ 3) เพื่อปกป้องรักษาทารกที่คลอด ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายแบบบาง อ่อนแอตายง่าย ให้ออกปากเหยี่ยวปากกา มีชีวิตเจริญเติบโตได้ต่อไป (เสฐียร โภเศษ, 2531)

จังหวัดนราธิวาสซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 82 นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ว่าเป็นพระประสงค์ของพระเจ้าที่ประทานบุตรให้มากำเนิดในครรภ์ของตน การตั้งครรถ์จึงถือว่าเป็นสิ่งที่ประเสริฐ เด็กที่เกิดมาถือว่าเป็นผู้บริสุทธิ์ไร้บาป และเป็นผู้มีบุญที่ได้ก้าวเข้ามาสู่ศาสนาอิสลาม ผู้เป็นมารดาจะต้องดูแลครรถ์ของตนเองให้ดี เพื่อให้ทารกที่คลอดออกมาสมบูรณ์ ดังนั้นการตั้งครรถ์จึงไม่ใช่การเจ็บป่วย แต่เป็นช่วงที่ต้องระมัดระวังตัวเป็นพิเศษกว่าปกติเท่านั้น แต่ในช่วงนี้ก็มี ความเชื่อ ข้อห้าม ข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่น หากผู้ตั้งครรถ์ได้ถือศีลอดมากจะทำให้ได้บุญมากขึ้นไปด้วย ต้องกินน้ำมะพร้าวมาก ๆ เพราะจะทำให้ทารกผิวสวยและไม่มีไข คลอดง่าย ห้ามพูดว่าจะคลอดกับใครเพราะหากไม่ทำตามทีพูดไว้จะทำให้คลอดไม่ออก ห้ามอาบน้ำเย็นตอนกลางคืน เพราะจะทำให้เลือดดีขึ้นและเป็นตะคริว (สุชน พรบัณฑิตย์ปัทมาและคณะ, 2548) และมีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพโดยการฝากครรถ์กับผดุงครรถ์ที่บ้านหรือผดุงครรถ์โบราณร่วมกับการฝากครรถ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุภารัตน์ ชีระวร, 2547)

จะเห็นได้ว่าความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ เกี่ยวกับหญิงตั้งครรถ์ รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรถ์มีผลต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารกเป็นอย่างยิ่ง หากมีการศึกษาถึงมุมมองและความเข้าใจของหญิงตั้งครรถ์ที่มีภาวะโลหิตจางมากขึ้น รวมทั้งเงื่อนไขชีวิตและ

บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องจะนำไปสู่การเข้าใจและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้เหมาะสมต่อไป

### 3. แนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง (Self Care)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเองในกระบวนการเจริญเติบโต การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นการกระทำจนเป็นนิสัย และได้รับอิทธิพลจากครอบครัว และจากการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคมนั้นๆ การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

การดูแลตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละคน ซึ่งจะ เป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นๆ ไปตามประสบการณ์และการขัดเกลาทางสังคม ฉะนั้นการให้ความหมายของการดูแลตนเองจึงหมายถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีผลต่อสุขภาพของตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว สำหรับความหมายของการดูแลตนเองอีกนัยหนึ่งคือ การดูแลรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งเริ่มต้นจากรู้สึกที่ผิดปกติไปจากเดิมหรือเริ่มมีอาการบ่งบอก จากนั้นบุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป เช่น การซื้อยากินเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัว การแสวงหาการรักษาด้วยตนเองต่างๆ เช่น การนอนพัก การบีบนิ้ว การประคบน้ำร้อน เป็นต้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้หลายๆ ท่านดังนี้

โนริส (Noris, 1977 อ้างใน มัลลิกา มัติโก) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากประชาชนเริ่มเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีมูลเหตุผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุหรือ ชิ้นส่วนในการรักษาเท่านั้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่า ตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้

เลวิน (Levin, 1976:11 อ้างใน มัลลิกา มัติโก) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้เลวิน ได้เสนอลักษณะสำคัญๆ ของการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเองเป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่ต้องมีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม กระบวนการการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ของสังคม
2. การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์พื้นฐานซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่การดูแลตนเองจะอยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันทางสังคม ตามบริบทของโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองนั้นๆ
3. การดูแลตนเองเป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับชนบประเพณีและวิถีการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและการรักษาตนเอง
4. กระบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติและขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่อาจจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพก็ได้
5. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

เช่นเดียวกับ ฟราย (Fry, 1973 อ้างใน มัลลิกา มัติโก) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ 1) การดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) การป้องกันโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การกินฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การฝากครรภ์ 3) การวินิจฉัยโรค การให้ยาและรักษาเบื้องต้น เช่น ปวดศีรษะ ไป เป็นหวัด 4) การไปหาแพทย์เพื่อการรักษา ขอคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

โอเร็ม (Orem, 1980 อ้างใน มัลลิกา มัติโก) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนเริ่มต้นปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม อยู่บนพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับคนว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้สามารถตัดสินใจและพัฒนาความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย สำหรับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด นอกจากนี้โอเร็มได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ที่มีหลักเกณฑ์สอดคล้องกับองค์ประกอบของบุคคลทั้งสภาพแวดล้อม ชนบธรรมเนียม และวัฒนธรรม ซึ่งเมื่อกระทำไปแล้วจะมีส่วนช่วยในการรักษาซึ่งชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การกระทำที่มีวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการดูแลตนเอง เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่

เกิดได้ทันทีหลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการจัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม สุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รวมถึงความสามารถ ความสนใจค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายทางสังคมเมื่อจำเป็น การปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตรให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพากันและกัน ตลอดจนการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น การจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข เพื่อพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และสนใจที่จะค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น

การตั้งครมภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จะเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสียดคิดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถของตนเองที่เหลือของตนเองที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่จะเข้าใจถึงการดูแลที่จำเป็นนั้น ให้พิจารณาว่า การดูแลที่จำเป็นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ วัตถุประสงค์ กับวิธีการ วัตถุประสงค์มีความเป็นสากล คือ เป็นของทุกคน แต่วิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์แตกต่างกันตามขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ครอบครัว และประสบการณ์ เช่น วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน แต่วิธีการออกกำลังกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในบางคนที่ต้องทำงานใช้แรงมาก การออกกำลังกายได้สอดแทรกอยู่แล้วในกิจวัตรประจำวัน แต่สำหรับคนที่ทำงานนั่งโต๊ะจะต้องวางแผนกำหนดวันและเวลาด้วยความตั้งใจหรือการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน แต่อาหารที่เลือกจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ถ้าจะเปรียบเทียบการดูแลที่จำเป็นกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต การดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นที่การกระทำของบุคคล เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการด้านอาหาร เพราะทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเอง คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับความสามารถในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมีแนวคิดในการให้บริการที่ประชาชนสามารถดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่พยายามผสมผสานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ากับความเชื่อ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคล เพื่อให้ประชาชนได้เลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพตนเอง และรู้จักปรับปรุงวิธีการดูแลตนเองจากธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรมของตนเองให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อสุขภาพตนเอง

การดูแลตนเอง จึงเกี่ยวข้องเฉพาะขอบเขต เป็นการปฏิบัติในภาคประชาชนเป็นส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ (มัลลิกา มัติโก, 2530)

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (self care in health) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำให้ขณะที่มีสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกัน โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

ก. การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

ข. การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

ค. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (self care in illness) คำว่า “ความเจ็บป่วย” (Illness) หมายถึง ความรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตัวเอง จากครอบครัว หรือเครือข่ายทางสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การบีบนิ้ว การซื้อยากินเอง และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้นมีอยู่หลากหลายและยังหาข้อสรุปร่วมกันในคำจำกัดความและขอบเขตของคำจากฝ่ายแพทย์และนักสังคมศาสตร์ยังไม่ได้ อย่างไรก็ตามมีความคิดเห็นร่วมกันในหมู่นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ (มัลลิกา มัติโก, 2530)



1. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (individual self care)
2. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (family self care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (mutual aid หรือ self help group)

การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำสิ่งใดๆ นั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำ หรือการรักษาจากผู้อื่นทั้งที่เป็นสามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองยังครอบคลุมถึงการประเมินผล และการตัดสินใจในการกระทำที่เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้มา

ดังนั้นเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ 1) การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ 2) การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นทั้งการซื้อยากินเอง การใช้ยากลับบ้าน 3) การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก และดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้สึกตัวว่าเป็นหวัด การลดสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก 4) การตัดสินใจที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุขในการะบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา และคำแนะนำจากบุคลากรนี้ แม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในบทบาทผู้ป่วย โดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษา ตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ แต่บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของแพทย์ หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาก็ได้ เช่น การรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ หรือเลือกที่จะกินยาอื่นแทนและหยุดยาที่แพทย์ให้ก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินผลการรักษาของแพทย์ว่าทำให้คนหายป่วยแล้วหรือไม่ และควรหยุดการรักษาเมื่อใด

ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วย คือ ตั้งแต่เกิดความเจ็บป่วยไปจกระทั่งถึงเมื่อบุคคลหายจากความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเสมือนเป็นรูปแบบของพฤติกรรมการเจ็บป่วย

### การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

จากแนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง เมื่อพิจารณาถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นผู้ที่ควรมีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้หญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กจากการรับประทานในปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็กและอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก อันได้แก่เนื้อสัตว์ ดับ เลือด ผักและผลไม้ที่มีธาตุเหล็กและวิตามินซี หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับปริมาณธาตุเหล็กจากอาหารที่รับประทานโดยเฉลี่ย 45 มิลลิกรัมต่อวัน วิตามินซีเฉลี่ย 80 มิลลิกรัมต่อวัน (กรมอนามัย, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับจากการบริโภคอาหารต่ออัตราความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า ผู้ที่เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นผู้ที่ได้รับปริมาณธาตุเหล็กจากอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ในปริมาณเฉลี่ยที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ น้ำชา กาแฟ ใบเมี่ยง

3. การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพราะในขณะที่ตั้งครรภ์มารดาจะมีปริมาณพลาสมาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 เป็นผลให้มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ งานวิจัยจำนวนมากที่ใช้กรอบทฤษฎีทางชีวการแพทย์ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การศึกษาผลกระทบของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ดังเช่นการศึกษาของซุติมา ศิริกุลชยานนท์ และ เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาค (2543) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม จำนวนครรภ์และระยะเวลาการคลอดการตั้งครรภ์ ความรู้กับการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง จำพวกเนื้อสัตว์มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุทธิศักดิ์ พัฒนปรีชากุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็กจังหวัดยะลา โดยศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่า อายุครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของถวัลย์วงศ์ รัตนศิริและซุติมา เจริญสินทรัพย์

(2547) ที่ศึกษาความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชุกของภาวะเลือดจางกับอายุของสตรีตั้งครรภ์ อาชีพ ที่อยู่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ในครอบครัว จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ พบว่า อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 และรายได้ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดจาง

อนงค์นากุ เหลี่ยมสมบัติ และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระดับฮีมาโตคริต การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง ได้แก่ อายุครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแหล่งต่างๆ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รายได้ของครอบครัว และระดับฮีมาโตคริต ตามลำดับ โดยสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง ได้ร้อยละ 16.36 ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้และคำแนะนำเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของของจิตไพบูล พระธานี (2544) ที่ทำการศึกษารเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำปรึกษารายบุคคล และกลุ่มควบคุมไม่ได้คำปรึกษารายบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ อมิตตา จันทรชอุ่ม (2542) ได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่า ภายหลังจากทดลองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของปรารธนา เพียรทอง (2545) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้โปรแกรมโภชนาการศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยทำการศึกษารเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซี ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับค่าความ

เข้มข้นของโลหิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จึงเป็นไปได้ที่จะแนะนำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

สุมาลีดา เปี่ยมมงคล (2547) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการบริโภคอาหารกับความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีการบริโภคอาหารต่ำกว่าเกณฑ์เกือบทั้งหมด ยกเว้นกลุ่มที่ 1 คือ พวกเนื้อ ไก่และปลา และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มคาร์โบไฮเดรต ประมาณร้อยละ 80 - 90 แต่การดื่มนมมีน้อยต่างๆที่ชอบดื่มนม เพราะไม่มีเงินซื้อ ส่วนพวกผักคิดเป็นร้อยละ 42 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ชอบรับประทานผัก แต่ชอบผลไม้ อาหารพวกที่กินเป็นประจำ คือ พวกข้าวยา ก๋วยเตี๋ยว น้ำ มาม่า ข้าวสวยกับบวคู ผักสด ผักต้ม แกงจืด และข้าวเหนียวไก่ทอด และผลจากการตรวจโลหิตวิทยา พบว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะบกพร่องเหล็ก จะมี serum ferritin ต่ำกว่า 10 ไมโครโมล/ลิตร ร้อยละ 42 และภาวะโลหิตจางเนื่องจากการขาดเหล็ก คือมี hemoglobin ต่ำกว่า 11 กรัม/ลิตร ร้อยละ 38 และภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 8 สำหรับการขาดธาตุเหล็กสูงถึงร้อยละ 72 ส่วนความชุกของการติดเชื้อพยาธิ จากหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 166 คน พบว่า 130 คน พบไข่พยาธิ โดยร้อยละ 47 เป็นไข่พยาธิปากขอ ร้อยละ 33 เป็นไข่พยาธิตัวกลมและร้อยละ 25 เป็นไข่พยาธิเส้นด้าย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มีความชุกของพยาธิสูงมากในหญิงตั้งครรภ์

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือความเชื่อที่เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีการศึกษาของ สุรชน พรบัณฑิตยปีทมาและคณะ (2548) ที่ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาโตะบีแคในการดูแลสุขภาพอนามัยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกชาวไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของโตะบีแคในระยะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจอายุครรภ์ ตรวจความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์เพียงดูการกลับหัวของเด็กทุกเดือนถ้าหากพบเด็กอยู่ในท่าผิดปกติ จะทำการแต่งท้องให้และแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์และการทำงาน สำหรับความเชื่อและพิธีกรรมระยะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเน้นพิธีกรรมการตั้งขันหรือการตั้งคราด ซึ่งถือว่าเป็นคำครุ เป็นการแสดงเจตจำนงว่าหญิงตั้งครรภ์ต้องการทำคลอดกับโตะบีแค ส่วนความเชื่อและพิธีกรรมอื่นๆ เช่น พิธีกรรมทำลายอาถรรพณ์จะทำให้กับหญิงตั้งท้องแรก เพื่อให้คลอดง่าย ส่วนพิธีกรรมป้องกันผีเข้าตัวหญิงตั้งครรภ์จะทำพิธีกรรมเสกไหลสำหรับ กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2544) ทำการศึกษาเรื่อง ภูมิปัญญาชาวบ้านที่ยังสืบทอดของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูเด็กในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ยังคงปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิมอย่าง

เครื่องครัดในการดื่มน้ำมะพร้าวเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 63 ทำงานบ้านเหมือนเดิม และงานอาชีพเหมือนเดิมร้อยละ 88 และร้อยละ 74 ไม่ไปงานศพ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง ตลอดจนถึงรูปแบบของการให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มากมาย แต่ภาวะโลหิตจางก็ยังคงเป็นปัญหาทางด้านอนามัยแม่และเด็ก นอกจากนี้พบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องวัฒนธรรมความเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนใหญ่จะศึกษาในเรื่องภูมิปัญญาของชาวบ้านในเรื่องการดูแลตนเองในระยะต่างๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด การบริโภคอาหาร พิธีกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการเกิด การคลอด และภูมิปัญญาของผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเจาะลึกในเรื่องความเจ็บป่วย หรือผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ซึ่งในบริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันหญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจ หรือให้ความหมายของการเจ็บป่วยมีวิธีการดูแลหรือการรักษาโรคที่แตกต่างกัน

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้ต้องการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลที่ถูกสั่งสม กล่อมเกลา ในวิถีชีวิตประจำวันที่ถูกติดกับความคิด ความเชื่อเดิมและความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อทำความเข้าใจมุมมองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย สาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจาง และการแสวงหาวิธีการเยียวยารักษา โดยอาศัยสัญลักษณ์ชุดความเป็นจริงที่กำกับโลกทัศน์ของหญิงตั้งครรภ์มาประกอบในการอธิบายความเจ็บป่วยในมุมมองของคนใน