



วิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการ
มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

FACTORS INFLUENCING DECISION OF SCREENING FOR
THALASSEMIA IN PEOPLE DURING THEIR REPRODUCTIVE
YEARS AT RAMATHIBODI HOSPITAL

นางสาวสมพร พูลพานิชอุปถัมภ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. ๒๕๕๑



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

Factors Influencing Decision of Screening for Thalassemia in People during Their Reproductive Years at Ramathibodi Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวสมพร พูลพานิชอุปลัมย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อภิสรา นิติธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อางคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจ
คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

Factors Influencing Decision of Screening for Thalassemia in People during Their
Reproductive Years at Ramathibodi Hospital

โดย

นางสาวสมพร พูลพานิชอุปลัมย์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2551

สมพร พูลพานิชอุปถัมภ์ 2551: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตน์ ประิญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 122 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตน์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การ วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิฐานะเดิม ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรค ธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และ ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

สมพร พูลพานิชอุปถัมภ์

ลายมือชื่อนิติ

๒)

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

29 / ๒๖๒ / ๕1

Somporn Poolpanitopatum 2008: Factors Influencing Decision of Screening for
Thalassemia in People during Their Reproductive Years at Ramathibodi Hospital.
Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of
Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc.
122 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors influencing decision of screening for Thalassemia in people during their reproductive years at Ramathibodi Hospital. The sample size was 190, the questionnaires was developed by the researcher, tested its quality of which the results were excepted. Data analyses were performed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this research were as follows: 1) The bio-social factors such as age, occupation, income, permanent address and past illnesses had related to influencing decision of screening for Thalassemia in people during their reproductive years at statistically significance of .05 level. 2) The predisposing factors such as knowledge, perceived benefits and perceived severity had positively by related to influencing decision of screening for Thalassemia in people during their reproductive years at statistically significance of .01 level. 3) The enabling factors such as accessibility of health service had positively related to influencing decision of screening for Thalassemia in people during their reproductive years at statistically significance of .01 level. 4) The reinforcing factors such as social support, received information for health form several medias had positively related to influencing decision of screening for Thalassemia in people during their reproductive years at statistically significance of .01 level.

Somporn Poolpanitopatum

Student's signature

Supat Teravecharoenchai

Thesis Advisor's signature

29 / 04 / 08

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลือและความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์อลิสานิติธรรม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาด้านวิชาการและตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ. นพ. ชันยชัย สุระ แพทย์ หน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ผศ.นพ. สามารถ ภคกษมา แพทย์ หน่วยโลหิตวิทยาเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คุณกนกนันท์ ศรีจันทร์ พยาบาลประจำการหน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ที่กรุณาตรวจแก้และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอขอบคุณโรงพยาบาลรามาริบัติที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณมารดาและครอบครัว พี่ๆ น้องๆ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ห่อหุ้มป่วยเด็ก2 โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่คอยให้กำลังใจอย่างดีมาตลอด คุณประโยชน์อันพึงมีมาจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกๆ ท่านที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

สมพร พูลพานิชอุปถัมภ์

เมษายน 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
การตรวจเอกสาร	11
อุปกรณ์และวิธีการ	53
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	61
ผลการวิจัย	61
ข้อวิจารณ์	81
สรุปและข้อเสนอแนะ	88
สรุป	88
ข้อเสนอแนะ	91
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	93
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย	99
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย	101
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	122

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	อุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมียชนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย	13
2	จำนวนทารกเกิดใหม่ในประเทศไทยในแต่ละปี ที่มีความพิการแต่กำเนิด จำแนกตามสาเหตุความผิดปกติทางพันธุกรรม	14
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม หรือส่วนบุคคล	62
4	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	65
5	จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง โรคธาลัสซีเมีย	66
6	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรอง โรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค	67
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล	67
8	จำนวนและร้อยละของระดับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	68
9	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริมในการสนับสนุนทางสังคม	69
10	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริมในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่าง ๆ	70
11	จำนวนและร้อยละของระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรอง โรคธาลัสซีเมีย	71
12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการมารับบริการตรวจ คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	72
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการตัดสินใจมารับการ คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	77
14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการมารับการตรวจคัดกรอง โรคธาลัสซีเมีย	78
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการตัดสินใจมารับการ ตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	79
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจมารับการ ตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	80

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
ข1	แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	113
ข2	ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	115
ข3	การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค	116
ข4	แบบสอบถามสิทธิในการรักษาพยาบาล	117
ข5	แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	117
ข6	แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม	118
ข7	แบบสอบถามการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	119

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	39
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	51

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจ
คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี**

**Factors Influencing Decision of Screening for Thalassemia in People during Their
Reproductive Years at Ramathibodi Hospital**

คำนำ

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) และฮีโมโกลบินผิดปกติ (Hemoglobinopathy) เป็นโรคโลหิตจางเรื้อรังที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ และพบอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย ผู้ป่วยที่มีอาการ โรคนี้ทั่วประเทศประมาณ 6 แสนคน หรือร้อยละ 1 ของประชากรไทย และอีกประมาณ 18-24 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 30-40 เป็นพาหะมียีนที่ผิดปกติของธาลัสซีเมียหรือฮีโมโกลบินผิดปกติแฝงอยู่ โดยไม่แสดงอาการซึ่งมีความผิดปกติทางพันธุกรรม หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 50,000 คน หรือประมาณร้อยละ 5.5 มีความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรที่อาจเป็นโรคธาลัสซีเมีย และในแต่ละปีจะมีทารกเกิดใหม่ที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คน หรือประมาณ ร้อยละ 1 (สมชาย, 2543) และครั้งหนึ่งเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง (จารุณี, 2541)

โรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติเป็นภาวะผิดปกติทางพันธุกรรมชนิดยีนด้อย (Autosomal recessive) ที่มีความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบินทำให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและแตกง่าย (Hemolytic anemia) ก่อให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ตัวเหลือง ตาเหลือง ตับม้ามโต มีการเจริญเติบโตช้า มีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้า เจ็บป่วยบ่อย ต้องรับเลือดเป็นประจำ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จึงก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และยังมีผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศพบว่ารัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ประมาณปีละ 5,000-6,000 ล้านบาท ซึ่งวิธีการรักษา คือการให้เลือดและให้ยาขับเหล็กตลอดชีวิต การรักษาให้หายขาดทำได้โดยการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกใหม่ (stem cell transplantation: SCT) การรักษาได้ผลประมาณร้อยละ 75-80 (บุญเชียร, 2546) แต่การปลูกถ่ายไขกระดูกก็อาจเกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้หลังการปลูกถ่ายไขกระดูก เช่น ติดเชื้อง่าย ซีด เกร็ดเลือดต่ำ ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย มีโอกาสกลับมาเป็นโรคเดิมได้ ถ้าผู้ป่วยไม่รับเซลล์ต้นกำเนิดใหม่ที่ให้เข้าไป

อีกประการหนึ่ง การรักษาดังกล่าวต้องอาศัยเทคโนโลยีระดับสูง และบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถสูง และมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้นการควบคุมป้องกันโรคจึงจำเป็นและสำคัญยิ่ง (จินตนา, 2547) การแก้ปัญหาให้ได้ผลดีและเหมาะสมสำหรับประเทศไทย คือ การป้องกันไม่ให้ทารกที่เกิดใหม่เป็นพาหะหรือโรคธาลัสซีเมีย เป็นที่ยอมรับกันว่า การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลที่ได้ผลนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือและการยอมรับของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะการยอมรับและการให้ความร่วมมือนี้ส่วนหนึ่งมาจากบุคคลที่มีความรู้และมีเจตคติที่ดีในเรื่องนั้น

สิ่งสำคัญในการป้องกันทารกเกิดใหม่ไม่ให้เป็นโรคธาลัสซีเมียคือ การตรวจคัดกรองหาผู้ที่เป็นโรคหรือเป็นพาหะ เพื่อให้คำแนะนำในการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว เนื่องจากโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่เป็นโรคสามารถถ่ายทอดยีนผิดปกติสู่บุตรได้ และเมื่อแต่งงานกับคนที่ เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียชนิดเดียวกันบุตรก็มีโอกาสเป็นโรคธาลัสซีเมียได้ ดังนั้นบุคคลที่ควรเข้ารับการตรวจหาพาหะและโรคธาลัสซีเมียคือ ชายหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ผู้ที่กำลังจะแต่งงานหรือแต่งงานแล้วกำลังวางแผนมีบุตร โดยเฉพาะคู่สามีภรรยาที่มีญาติพี่น้องเป็นโรคธาลัสซีเมีย ผู้ที่มีญาติในครอบครัวเป็นพาหะหรือเป็นโรคธาลัสซีเมีย และสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยรับการตรวจ ควรมาตรวจโดยเร็วที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคพันธุกรรมมีการถ่ายทอดแบบยีนด้อย (Autosomal recessive) กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคจะมียีนธาลัสซีเมียที่เป็นอัลลีลกัน (allele) 2 ยีน ส่วนผู้ที่เป็นพาหะ (carrier หรือ trait หรือ heterozygote) หมายถึง คนปกติที่มียีนธาลัสซีเมียเพียงยีนเดียวแต่สามารถถ่ายทอดความผิดปกติไปสู่ลูกหลานได้ (กิตติ, 2549) ส่วนความชุกของพาหะโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติในประเทศไทยพบว่า พาหะแอลฟาธาลัสซีเมีย (Alpha Thalassemia) มีความชุก 20-30% (20% ในกรุงเทพฯ และ 30% เชียงใหม่), พาหะเบต้าธาลัสซีเมีย (Beta Thalassemia) มีความชุก 3-9%, ฮีโมโกลบินอี (Hemoglobin E) มีความชุก 13-50% โดยเฉพาะ และฮีโมโกลบินคอนสแตนท์สปริง (constant spring) มีความชุก 1-8% (การประชุมวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ, 2548)

การเป็นพาหะของธาลัสซีเมียไม่มีผลใดๆ ต่อสุขภาพ ผู้ที่เป็นพาหะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ทำงานได้ปกติ มีอายุขัยปกติ จึงไม่ต้องรับการรักษาใดๆ ดังนั้นผู้ที่เป็นพาหะของธาลัสซีเมียจึงไม่ทราบว่าเป็นพาหะ สาเหตุที่ทราบอาจเป็นเพราะไปแต่งงานกับผู้ที่เป็นพาหะ แล้วมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นครั้งแรกในครอบครัว ดังนั้นถ้าสามีภรรยาทั้งคู่มีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมีย แสดงว่าทั้งสองคนอย่างน้อยต้องเป็นพาหะ หรือการที่มีพี่น้องหรือญาติร่วมสายโลหิตเป็นโรคหรือพาหะของธาลัสซีเมียซึ่งกลุ่มนี้

โอกาสจะมีธาลัสซีเมียได้มากกว่าคนทั่วไป และเมื่อไปรับการตรวจเลือดมักพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินที่เข้าได้กับพาหะ (เสถียร, 2548)

วิชัย และคณะ (2547) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาความชุกของพาหะ และอัตราคู่สมรสที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 3 ชนิด คือ Alpha Thalassemia, Beta Thalassemia trait, Hb.E trait and Homozygous, Hb.EE ใน 12 เขต ของ 68 จังหวัด ประชากรเป้าหมายเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์ และมีสามีที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 4,589 คู่ การตรวจหาปริมาณฮีโมโกลบิน A2 และฮีโมโกลบิน E ด้วยไมโครคอลัมน์ (column chromatography) และ HPLC ตรวจหาพาหะของ Alpha Thalassemia1 แบบ SEA ด้วยวิธี PCR พบว่า อัตราความชุกพาหะธาลัสซีเมียพบร้อยละ 36.89 ของประชากร โดยความชุกของพาหะชนิด Hb.E trait, Homozygous Hb.E พบมากที่สุดร้อยละ 27.89 รองลงมาคือพาหะของ Alpha Thalassemia1 ร้อยละ 6.13 และพาหะของ Beta Thalassemia ร้อยละ 2.87 ส่วนอัตราความเสี่ยงของคู่สมรสที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงชนิดใดชนิดหนึ่งพบในอัตรา 638:10,000 ของการตั้งครรภ์ และเมื่อประมาณตามจำนวนเด็กเกิด 800,000 คน/ปี พบว่าประเทศไทยจะมีคู่สมรสเสี่ยงจำนวน 17,012 คู่ โดยโอกาสของคู่สมรสที่จะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจำนวน 4,253 คน/ปี และจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็กป่วยเหล่านี้ประมาณ 21,487,445,000 บาท/ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี

เจลิยว (2548) ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยหาความชุกและสาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2547- 9 มีนาคม 2548 โดยไม่จำกัดอายุครรภ์จำนวน 600 ราย พบว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ มีความชุกร้อยละ 34.4 โดยจำแนกสาเหตุ คือ พาหะธาลัสซีเมีย 110 ราย (53.3%) ขาดธาตุเหล็ก 31 ราย (15.1%) และไม่สามารถจำแนกสาเหตุได้ 41 ราย (19.9%)

เจลิยว (2548) ยังได้ทำการศึกษาความคุ้มทุนของโครงการควบคุมป้องกันโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์อีกด้วย เป็นเวลา 3 ปี 6 เดือน โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ มารับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจำนวน 5, 554 ราย พบผลตรวจผิดปกติ 3,111 ราย (ร้อยละ 60.2) และได้ติดตามสามีเพื่อมารับการตรวจคัดกรอง หากผลการตรวจคัดกรองทั้งคู่ผิดปกติจะส่งเลือดทั้งคู่ไปตรวจยืนยันที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1,262 คู่ เมื่อผลตรวจยืนยันว่าเป็นคู่เสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้ให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสดังกล่าว 65 ราย (ร้อยละ 1.2) สำหรับผู้ยินยอมตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ได้ทำการตรวจโดยวิธีเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ (Cordocentesis) 48 ราย และยังคงตรวจพบทารกในครรภ์เป็นโรค

8 ราย ยุติการตั้งครรภ์ 6 ราย มีค่าใช้จ่ายทั้งหมดทุกขั้นตอนรวม 694,490 บาทครั้งเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในกรณีทารก 5 ราย หากมีชีวิตอยู่ตลอดอายุขัยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 891,000 บาท เป็นร้อยละ 77.9 ซึ่งถือว่ามีความคุ้มค่า

จากการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การตรวจคัดกรองทำให้พบจำนวนผู้ป่วยที่เป็นพาหะธาลัสซีเมีย อัตราความเสี่ยงของกลุ่มสตรีที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย และจำนวนเด็กเกิดเป็นโรค รวมเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมาก การตรวจคัดกรองจึงเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมีย แต่การที่บุคคลจะไปตรวจคัดกรองโรคย่อมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

อีกประการหนึ่ง การตรวจคัดกรองพาหะของธาลัสซีเมีย(Carrier screening) สำหรับประเทศไทย นั้น เป็นการตรวจหาผู้ที่เป็นพาหะชนิดแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1, ชนิดเบต้า-ธาลัสซีเมีย, และฮีโมโกลบิน อี เพื่อเป็นข้อมูลในการบอกอัตราเสี่ยงและหนทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 3 โรคข้างต้น ซึ่งการตรวจคัดกรองหาพาหะสำหรับธาลัสซีเมียทำได้ 2 รูปแบบได้แก่ การตรวจกรองในประชาชนทั่วไป (mass screening) ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือก่อนวัยเจริญพันธุ์ และการตรวจกรองในกลุ่มเป้าหมาย (target screening) เช่น คู่ชายหญิงที่กำลังจะแต่งงาน หรือคู่สามีภรรยา ก่อนการตั้งครรภ์ หรือในระยะแรกของการตั้งครรภ์ (คืออายุครรภ์น้อยกว่า 16-20 สัปดาห์) (เสถียร, 2548)

นอกจากนี้แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มประชากรที่เป็นพาหะของโรคจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ในการป้องกันและควบคุมโรคจึงจำเป็นต้องเริ่มจากคู่สมรสที่เป็นพาหะของโรคเหล่านี้ก่อนที่จะมีบุตรป่วยเป็นโรค (Wong, 1986) ดังนั้นการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

จากรายงานของหน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามธิบดีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2549 มีจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเป็นจำนวนมาก รวม 7,118 คนใน 5 ปี แยกเป็น Alpha thalassaemia, Beta thalassaemia, Delta-beta thalassaemia, Thalassaemia trait, Hereditary persistence of fetal hemoglobin (HPFH), Other thalassaemias, Thalassaemia unspecified me อันเป็นผลทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียเพื่อไม่ให้มีประชากรโรคธาลัสซีเมียเพิ่มมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์เพื่อศึกษาว่า ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ของ การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึง สถานบริการสุขภาพ รวมทั้ง การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ รวมทั้ง ปัจจัยทางชีวสังคมซึ่ง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิภาคและประเพณีการเจ็บป่วย เหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรอง โรคธาลัสซีเมียหรือไม่ อย่างไร และมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็น ประโยชน์ในการดำเนินการแก้ปัญหาและวางแผนให้ประชาชนมารับการตรวจเลือดหาพาหะและ โรคธาลัสซีเมีย ทำให้สามารถให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวางแผนครอบครัว รวมทั้งการ วางแผนการมีบุตรแก่บุคคลที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะและโรค เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. เพื่อทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิถิ่นกำเนิด และประสบการณ์การเจ็บป่วยกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคและความรุนแรงของโรค ต่อการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประโยชน์ที่จะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญคือ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย รวมทั้งเป็นแนวทางการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ การตระหนัก และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย
2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคและการตัดสินใจวางแผนครอบครัวในคู่สมรสที่เป็นโรค หรือเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเฉพาะประชากรในวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียในโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี รวมทั้งสิ้นจำนวน 190 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค
2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ

ตัวแปรตาม (Dependent variables)

ตัวแปรตาม คือ การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ตัวแปรอธิบาย (Intervening variables)

1. อายุ
2. เพศ
3. ระดับการศึกษา
4. อาชีพ
5. รายได้
6. สถานภาพสมรส
7. ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัดที่เกิด)
8. ประสบการณ์การเจ็บป่วย

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงขอกำหนดนิยามศัพท์ปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และความรุนแรงของโรค

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สภาพของสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อให้บุคคล กลุ่มคนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ

4. โรคธาลัสซีเมีย หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้เม็ดเลือดแดงสร้างสารฮีโมโกลบินลดน้อยลงหรือไม่สร้างเลย ก่อให้เกิดอาการซีด เลือดจางเรื้อรัง โดยผู้ที่เป็นโรคจะมียีนผิดปกติทั้ง 2 ข้าง ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อและแม่

5. ประชากรวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15-45 ปี ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ทั้งชายและหญิง ทั้งผู้เป็น โสด ผู้ที่กำลังจะแต่งงาน หรือแต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีบุตร

6. การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง การค้นหาโรคธาลัสซีเมียในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการโดยการตรวจเลือดวิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อหาบุคคลที่เป็นโรคและบุคคลที่เป็นพาหะแยกออกจากบุคคลที่ไม่เป็นโรค

7. ทักษะคิดต่อการคัดกรองโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกรู้สีกของประชากรวัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคร้ายสซีเมีย โดยการเจาะเลือดตรวจวิธีใดวิธีหนึ่ง
8. ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะเฉพาะทางด้านสังคมของประชากรวัยเจริญพันธุ์
9. ภูมิภาคเนาเดิม หมายถึง จังหวัดที่เกิด
10. ประสบการณ์การเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับระบบเลือดที่ทำให้มีอาการซีดและมีเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ โรคโลหิตจาง มะเร็งเม็ดเลือดขาว ฮีโมฟีเลีย และการได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการมีญาติพี่น้องหรือคนรู้จักป่วยเป็นโรคร้ายสซีเมียอย่างใดอย่างหนึ่งถึงว่ามีประสบการณ์การเจ็บป่วย

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดสมมุติฐาน กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยได้ประมวลไว้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย
 - 1.1 ลักษณะของโรค
 - 1.2 แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม
 - 1.3 ผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมีย
 - 1.4 แนวทางการป้องกันและควบคุม
2. แนวคิดทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย
 - 2.1 PRECEDE MODEL
 - 2.2 Health Belief Model
 - 2.3 Social Supports
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) หรือ Cooley's anemia หรือ Mediterranean Anemia เป็นโรคชนิดทางพันธุกรรมอย่างหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย โรคนี้พบมากในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน เช่นประเทศอิตาลี กรีซ นอกจากนั้นยังพบได้ในประเทศต่าง ๆ แถบเอเชีย เช่น ประเทศไทย และจีน เป็นต้น (บุญเชียร, 2546)

ความผิดปกติทางพันธุกรรมของโกลบิน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความผิดปกติทางคุณภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหรือการเรียงตัวของกรดอะมิโน เช่น ฮีโมโกลบินอี (Hemoglobin E) มีกรดอะมิโนไลซีน (Lysine) อยู่แทนที่กรดอะมิโนกลูตามิก (Glutamic) ในตำแหน่งที่ 26 บนเส้นเบต้า

2. ความผิดปกติทางปริมาณ หมายถึง การมีขึ้นควบคุมการสังเคราะห์โพลีเปปไทด์ผิดปกติ ทำให้มีการสังเคราะห์โพลีเปปไทด์ชนิดใดชนิดหนึ่งลดลงหรือสังเคราะห์ไม่ได้เลย โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโพลีเปปไทด์ เรียกว่า ธาลัสซีเมีย ขึ้นที่ควบคุมการสร้างเส้นแอลฟาที่มี 2 คู่ หรือ 4 ยีน ซึ่งอยู่บนปลายแขนข้างสั้นของโครโมโซมที่ 16 ส่วนยีนที่ควบคุมการสร้างเส้นเบต้ามี 1 คู่ หรือ 2 ยีน ซึ่งอยู่บนปลายแขนข้างสั้นของโครโมโซมที่ 11 ถ้ามีเส้นแอลฟาน้อยลง เรียกว่า แอลฟาธาลัสซีเมีย (Alpha หรือ α – Thalassemia) ถ้ามีเส้นเบต้าน้อยลงเรียกว่า เบต้า ธาลัสซีเมีย (Beta หรือ β – Thalassemia)

สถานการณ์ของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย

ข้อมูลทางระบาดวิทยาเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำต้องทราบเพื่อสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้มารับบริการได้พอสังเขป เกี่ยวกับจำนวนผู้ที่เป็นโรคและพาหะของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการป้องกันไม่ให้กำเนิดบุตรที่เป็นโรค

มีผู้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคธาลัสซีเมียตามภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ พบอุบัติการณ์ของยีนธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในประชากรไทย ดังนี้

แอลฟาธาลัสซีเมีย ₁	กรุงเทพฯ 3.5%	เชียงใหม่ 12%
แอลฟาธาลัสซีเมีย ₂	กรุงเทพฯ 16%	เชียงใหม่ 19%
เบต้าธาลัสซีเมีย	กรุงเทพฯ 3%	เชียงใหม่, ลำพูน 9%
	อีสาน 2 – 6%	
ฮีโมโกลบิน อี	กรุงเทพฯ 13 – 17%	อีสาน 32 – 60%
ฮีโมโกลบินคอนสแตนต์สปริง	อย่างน้อย 4%	

จากอุบัติการณ์ดังกล่าวสามารถคำนวณจำนวนผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่เกิดใหม่ในแต่ละปีและยังมีชีวิตอยู่โดยคำนวณจากเด็กเกิดใหม่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี ดังตาราง

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมียชนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย

โรค	คู่สมรสที่เป็นพาหะ ทั้งคู่ และมีลูก (ต่อปี)	ทารกที่คลอดและเป็น โรคธาลัสซีเมีย (ต่อปี)	จำนวนผู้ป่วยที่มี ชีวิตอยู่ทั้งหมด
Hb Bart,s hydrops fetalis	5,000	1,250	0
Homozygous B-thalassemia	2,500	625	6,250*
B-thalassemia/Hb E	13,000	3,250	97,500**
Hb H disease	28,000	7,000	420,000***
รวม	48,500	12,125	523,750

* คาดคะเนอายุเฉลี่ย 10 ปี

** คาดคะเนอายุเฉลี่ย 30 ปี

*** คาดคะเนอายุเฉลี่ย 60 ปี

เมื่อเปรียบเทียบกับโรคพันธุกรรมอื่นๆและความพิการแต่กำเนิดโดยคำนวณจากตัวเลขประมาณการว่ามีทารกเกิดใหม่ปีละ 1 ล้านคน มีทารกที่มีความผิดปกติ 48/1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิตพบว่าเป็นทารกธาลัสซีเมียประมาณ 1 ใน 4 ของความผิดปกติทางพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิด หรือร้อยละ 25 ของเด็กที่เกิดมามีความผิดปกติทั้งหมด ดังตาราง

ตารางที่ 2 จำนวนทารกเกิดใหม่ในประเทศไทยในแต่ละปี ที่มีความพิการแต่กำเนิด จำแนกตามสาเหตุความผิดปกติทางพันธุกรรม

ความผิดปกติ	อัตราต่อการคลอด 1,000 คน	จำนวนคลอด ต่อปี	ร้อยละ ของทั้งหมด
ความพิการแต่กำเนิด	24.0	24,000	50.0
โครโมโซมผิดปกติ	6.5	6,500	13.5
โรคพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของยีนเดี่ยว	5.5	5,500	11.5
โรคธาลัสซีเมีย	12.1	12,125	25.0
รวม	48.1	48,125	100.0

สาเหตุของโรคธาลัสซีเมีย

ในเลือดของคนปกติประกอบด้วยส่วนที่เป็นเม็ดเลือดและน้ำเหลืองที่เรียกว่าพลาสมา เม็ดเลือดประกอบด้วย 3 ชนิด ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด เม็ดเลือดแดงทำหน้าที่เป็นตัวนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยอาศัยองค์ประกอบภายในเม็ดเลือดแดง เรียกว่า ฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ระดับฮีโมโกลบิน ที่ต่ำลงเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะซีด ฮีโมโกลบิน ประกอบด้วยฮีม (heme) ส่วนที่มีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญ และสายโกลบิน 2 คู่ยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินแต่ละสายประกอบด้วยสาร โปรตีนที่เรียกว่ากรดอะมิโนเรียงลำดับอย่างจำเพาะ ในร่างกายคนปกติมีสายโกลบินอย่างน้อย 6 ชนิด จะสร้างขึ้นในแต่ละช่วงอายุที่จำเพาะตามพัฒนาการของร่างกายตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และในวัยขวบปีแรก หากมีความผิดปกติของสายโกลบินจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่าย ระดับของฮีโมโกลบินลดลง ผู้ป่วยมีอาการซีด โรคธาลัสซีเมียเกิดจากความผิดปกติของสายโกลบินมีจำนวนลดลงหรือสร้างชนิดของฮีโมโกลบินผิดปกติ เนื่องจากมีความผิดปกติของหน่วยพันธุกรรมที่เรียกว่ายีน (gene) พ่อและแม่เป็นผู้ถ่ายทอดยีนให้แก่ลูก ยีนเป็นตัวกำหนดลักษณะของคน และภาวะโรคพันธุกรรมชนิดต่าง ๆ ความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินทำให้มีจำนวนสายโกลบินผิดไป ระดับฮีโมโกลบินลดลงและเม็ดเลือดแดงจะมีรูปร่างผิดปกติแตกง่าย ไม่สามารถทำงานได้นานเท่ากับเม็ดเลือดแดงของคนปกติ (พงษ์จันทร์, 2539)

โรคธาลัสซีเมียเป็นได้ทั้งชายและหญิง พ่อและแม่ต้องมียีนโรคธาลัสซีเมียแฝงโดยไม่มีอาการผิดปกติ ดังนั้นถ้าทั้งพ่อและแม่มียีนแฝงในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคเท่ากับร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 โอกาสที่ลูกมียีนแฝงเหมือนพ่อหรือแม่เท่ากับร้อยละ 50 หรือ 2 ใน 4 และโอกาสที่จะมีลูกปกติเท่ากับร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 โอกาสเสี่ยงจะเท่ากันในทุกการตั้งครรภ์

การถ่ายทอดทางพันธุกรรม

แบบที่ 1



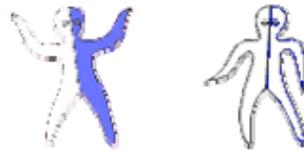
เป็นพาหะ เป็นพาหะชนิดเดียวกัน



1 ใน 4 ปกติ 2 ใน 4 เป็นพาหะ 1 ใน 4 เป็นโรค

ถ้าพ่อและแม่เป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดเดียวกัน โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคธาลัสซีเมียเท่ากับ 1 ใน 4 โดยโอกาสที่จะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 และปกติเท่ากับ 1 ใน 4

แบบที่ 2



เป็นพาหะ เป็นปกติ



2 ใน 4 เป็นปกติ 2 ใน 4 เป็นพาหะ

ถ้าพ่อหรือแม่เป็นพาหะคนเดียว โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 หรือครึ่งต่อครึ่ง และปกติเท่ากับ 2 ใน 4

แบบที่ 3



เป็นพาหะ พาหะที่ต่างกันแต่อยู่ในพวกเดียวกัน



1 ใน 4 ปกติ 2 ใน 4 เป็นพาหะ 1 ใน 4 เป็นโรค

ถ้าพ่อหรือแม่เป็นพาหะซัลลัสซีเมียที่ไม่เหมือนกัน แต่อยู่ในพวกเดียวกัน ลูกจะเป็นโรคเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบพ่อเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบแม่เท่ากับ 1 ใน 4 และเป็นปกติเท่ากับ 1 ใน 4

แบบที่ 4



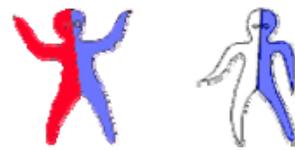
เป็นโรค ปรกติ



เป็นพาหะทุกคน

ถ้าพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็น โรคชนิดที่เกิดจากยีนที่ไม่เหมือนกัน แต่เป็นพวกเดียวกัน และอีกฝ่ายหนึ่งไม่มียีนผิดปกติ ลูกทุกคนจะมีภาวะแฝง (เป็นพาหะ) ทุกคน

แบบที่ 5



เป็นโรค เป็นพาหะพวกเดียวกัน



เป็นพาหะ เป็นโรค เป็นพาหะ เป็นโรค

ถ้าพ่อเป็นโรค และแม่เป็นพาหะธาลัสซีเมีย พวกเดียวกัน ลูกครึ่งหนึ่งจะเป็นพาหะ อีกครึ่งหนึ่งเป็นโรค (ธันยชัย, 2548)

อาการแสดงของโรค

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีเม็ดเลือดแดงที่ไม่แข็งแรง แดงง่ายจนซีด ทำให้มีธาตุเหล็กในร่างกายมากกว่าคนปกติ นอกจากธาตุเหล็กจะมากเกินไปแล้ว ส่วนสลายของเม็ดเลือดที่แตกจะเป็นสีเหลือง ทำให้ตาขาวมีสีเหลืองเล็กน้อย ปัสสาวะจะมีสีเข้มกว่าคนปกติ ภาวะซีดทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน และอวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ไม่ดีเท่าคนปกติ การเจริญทางร่างกายเติบโตช้า (แต่สมองจะปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องปัญญาอ่อน) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะซีด ร่างกายจะพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงออกมาชดเชย โพรงกระดูกเป็นอวัยวะส่วนที่สำคัญในการสร้างเม็ดเลือด จึงสร้างเม็ดเลือดชดเชย กระดูกหนาขึ้น ทำให้ใบหน้าเปลี่ยน หน้าผากนูนสูง โหนกแก้มชัดขึ้น สันจมูกซึ่งเป็นกระดูกอ่อนเมื่อเปรียบเทียบกับโหนกแก้มแล้วจมูกแบนกว่ากระดูกหน้าผาก และแก้มนูนจนตาเอียง กะโหลกประกอบด้วยกระดูกหลายแผ่น แต่ละแผ่นหนาตัวขึ้น จนรอยต่อระหว่างกระดูกแต่ละชิ้นเป็นร่องคล้ายได้ คางและกระดูกขากรรไกรกว้าง ใหญ่ ฟันหน้าจะยื่น และจากการสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชยในโพรงกระดูกมาก ทำให้กระดูกเปราะ และหักง่าย ร่างกายยังสามารถสร้างเม็ดเลือดชดเชยได้ที่ตับและม้าม ประกอบกับธาตุเหล็กซึ่งสะสมจากเม็ดเลือดที่แตก ทำให้ตับโต ม้ามโต ผู้ป่วยอาจคลำก้อนได้ที่ชายโครงข้างขวาและซ้ายตามลำตัว ถ้าตับและม้ามโตมาก จะทำให้ท้องป่อง นอกจากผู้ป่วยมีภาวะเหล็กเกิดตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยมักมีผิวหนังดำคล้ำ เนื่องจากธาตุเหล็กและสีของมันไปสะสมที่ผิวหนัง

แพทย์จะสามารถให้การวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียจากประวัติชีวิตเรื้อรังและเนื่องจากโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคพันธุกรรม ผู้ป่วยมักจะเคยมีญาติพี่น้องที่มีอาการแบบเดียวกันมาก่อน ประกอบกับการตรวจร่างกายพบว่าซีด ตาเหลืองเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้า ตับโต ม้ามโต ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริตต่ำ เม็ดเลือดแดงผิดปกติ และสามารถบอกชนิดของโรคธาลัสซีเมียโดยการตรวจเลือดที่ละเอียดต่อไป (พงษ์จันทร์, 2539)

ชนิดของโรคและความรุนแรง

โรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินชนิดผิดปกติในประเทศไทยมีมากกว่า 60 ชนิด เป็นโรคพันธุกรรมที่เป็นตลอดชีวิต ที่พบมี 2 ชนิด คือแอลฟาและเบต้าธาลัสซีเมีย มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตั้งแต่ มีอาการน้อยมากจนถึงรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิตในวัยแรกเกิด วัยเด็ก

1. ธาลัสซีเมียชนิดเดียวกันยังมีความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคคล้ายคลึงกัน แต่ก็มีข้อยกเว้นบ้าง สามารถแบ่งโรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แอลฟาธาลัสซีเมีย โรคธาลัสซีเมียที่มีการลดลงของสายโกลบินที่เรียกว่าแอลฟา ที่พบบ่อยมี 2 ชนิด

1.1 ฮีโมโกลบิน บาร์ท (Hemoglobin Bart's disease) ผู้ป่วยมักเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือภายใน 1 – 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในระยะที่เด็กเหล่านี้อยู่ในครรภ์มารดาอาจมีอาการครรภ์เป็นพิษ มารดามักจะมีอาการบวม ท้องโตมากเนื่องจากมีน้ำมาก มีความดันเลือดสูง และแท้งบุตรบ่อย

1.2 ฮีโมโกลบิน เอช (Hemoglobin H Disease) เป็นโรคธาลัสซีเมียที่รุนแรงน้อยที่สุดชนิดเล็กน้อย มีตาเหลืองเล็กน้อย ตับม้ามโตไม่มาก ไม่ค่อยต้องให้เลือด โทเจนเป็นผู้ใหญ่มีลูกมีหลานได้ น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นชนิด เอช/คอนสแตนต์สปริง (H/Constant Spring) ที่มีอาการรุนแรง คือ ซีดมาก ตับม้ามโตมาก ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเหล่านี้มักได้ผลดีจากการตัดม้ามหลังตัดม้ามระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง 11 – 12 ก./ดล. (คนปกติ 12 – 13 ก./ดล.) หรือฮีมาโตคริตระหว่าง 33 – 35% คือ ซีดเล็กน้อยถึงปกติ

2. เบต้าธาลัสซีเมีย โรคธาลัสซีเมียที่มีอาการลดลงหรือสร้างสายโกลบินผิดปกติที่เรียกว่าเบต้า ที่พบบ่อยมี 2 ชนิด

2.1 เบต้าธาลัสซีเมีย เมเจอร์ (beta-thalassemia major หรือ Cooley's anemia) เป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะซีดมาก ตับม้ามโตมาก ต้องให้เลือดบ่อย บางรายอาจมีชีวิตอยู่ได้นาน ต้องรักษาโดยการให้เลือดและยาขับเหล็กทุกวัน มิฉะนั้นอาจจะเสียชีวิตก่อนอายุ 20 ปี เกิดจากทั้งบิดาและมารดามียีนแฝงชนิดเบต้า

2.2 เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบิน อี (beta-thalassemia/hemoglobin E disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยซีด ตับม้ามโต บางรายอาจต้องให้เลือดบ่อย ผู้ใหญ่ที่หน้าตาเป็นธาลัสซีเมียในประเทศไทย จึงมักจะเป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบิน อี เกิดจากบิดาและมารดามียีนแฝงชนิดเบต้าคนหนึ่ง อีกคนหนึ่งมียีนอี ถ้าทั้งบิดาและมารดามียีนแฝงชนิดอี อีกทั้งคู่ 25% ของการมีครรภ์แต่ละครั้ง ลูกจะมียีนชนิดอี

บุคคลเหล่านี้จะซีดเล็กน้อย ดับม้ามไม่โต หรือโตเล็กน้อย เม็ดเลือดแดงไม่ค่อยแตก ยกเว้นเวลามีไข้ เรามักจะไม่นับเป็นธาลัสซีเมีย นับว่าเป็นความผิดปกติของฮีโมโกลบิน ซึ่งคนไทยทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบได้บ่อยกว่าภาคอื่น คนเหล่านี้ถ้าไปแต่งงานกับผู้มียีนแฝงของเบต้า แต่ละครั้งของการตั้งครรภ์ ก็มีโอกาที่ลูกจะเป็นธาลัสซีเมียชนิดเบต้า อี ได้ 25%

3. แอลฟาผสมเบต้า เช่น ธาลัสซีเมียชนิดเอ็บบาร์ท หรืออีเอฟบาร์ท ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการซีดปานกลาง ดับม้ามโตไม่มาก ตาเหลืองไม่มาก

การรักษา

1. การให้เลือด

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะซีดเรื้อรัง ต้องให้เลือดในรูปแบบเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (packed red cell) ชดเชย การให้เม็ดเลือดแดงที่พร่องเม็ดเลือดขาว (leucocyte poor packed red cell) จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการมีไข้เนื่องจากผู้ป่วยสร้างภูมิต้านทานต่อเม็ดเลือดขาวในเลือดที่ให้ สามารถเตรียมเม็ดเลือดแดงที่พร้อมเม็ดเลือดขาวได้โดยการปั่นเลือดที่ธนาคารเลือด หรือใช้เครื่องกรองเครื่องกรองราคาชุดละ 900 – 1,000 บาท ใช้ได้เพียงครั้งเดียวแล้วทิ้ง แต่ละชุดกรองเอาเม็ดเลือดขาวออกจากเลือด 1 ถุง บ้างก็ใช้กรอง 2 ถุง (อำไพวรรณ, 2539)

การให้เลือดแบ่งได้เป็น 2 แบบ

1.1 ให้เลือดชดเชยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ มักให้เลือดเมื่อระดับของเม็ดเลือดของผู้ป่วยที่วัดโดยระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 5 – 6 กรัม/ดล. หรือฮีมาโตคริต 15-18% เป็นวิธีที่ทำอยู่ทั่ว ๆ ไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ

1.2 ให้เลือดที่มีระดับฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 10 กรัม/ดล. วิธีนี้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงบนใบหน้าหรือมีก็น้อยมาก แต่ก็มีข้อจำกัดเหมือนกัน คือต้องให้เลือดทุก 4 – 6 สัปดาห์ และผู้ป่วยต้องได้รับยาขับเหล็กทุกวัน จึงจะเพียงพอต่อการขับธาตุเหล็กที่เกิน

เลือดที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

เลือดที่ให้แก่ผู้ป่วยได้จากเลือดบริจาค ได้มีการตรวจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้แก่ กามโรค ไวรัสตับอักเสบ บี, ซี, โรคมะเร็ง (ไวรัส HIV) การเก็บเลือดจากผู้บริจาคใช้วิธีการที่ปลอดภัย แต่ไม่สามารถนำเลือดไปผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อน ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์จากการรับเลือด

1. ไม่รับเลือดบริจาคจากกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงชายอาชีพพิเศษ รักร่วมเพศ ดินยาเสพติด ผู้ที่รู้ว่าติดเชื้อโรคเอดส์ รวมทั้งคู่นอนของบุคคลเหล่านี้
2. ตรวจภูมิคุ้มกันโรคเอดส์ (HIV antibody) ในเลือดทุกครั้งก่อนให้แก่ผู้ป่วยต้องใช้น้ำยาที่มีความไวสูงที่เป็น third generation
3. ตรวจเชื้อโรคเอดส์ (HIV antigen) ได้แก่ ส่วนของเชื้อโรคเอดส์ที่มีชื่อว่า HIV P24 Ag ในเลือดทุกครั้งก่อนให้แก่ผู้ป่วย
4. เพิ่มมาตรการค้นหาเลือดที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย โดยให้ผู้บริจาคกรอกแบบสอบถามเป็นความลับว่าได้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยภายใน 3 เดือนก่อนมาบริจาคเลือดหรือไม่ หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ให้ผู้บริจาคตอบโดยการทำเครื่องหมายในแบบสอบถามด้วยว่าเลือดที่บริจาคมี่ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือไม่
5. หลีกเลี่ยงการใช้เลือดให้มากที่สุด หรืออาจจะหาผู้บริจาคเฉพาะที่เป็นญาติเพื่อนสนิทที่เลือดเขาปลอดจากเชื้อโรคติดเชื้อจริง ๆ มาเป็นผู้บริจาคเลือดประจำให้แก่ผู้ป่วย หาบุคคลเหล่านี้ไว้ 3 – 4 คน เพื่อให้เลือดแก่ผู้ป่วยทุก 2 – 3 เดือน แต่วิธีนี้ค่อนข้างจะยุ่งยาก ผู้ที่มีสุขภาพดีแข็งแรง ควรเป็นผู้บริจาคเลือดประจำ คือ บริจาคเลือดทุก 3 เดือน ปีละ 3 – ครั้ง เพื่อให้มีเลือดที่ปลอดภัยจำนวนมากพอสำหรับผู้ป่วยโรคต่างๆการบริจาคเลือดถือเป็นกุศลที่มนุษย์ควรจะเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้แก่เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และที่สำคัญผู้บริจาคเลือดไม่มีผลเสียอะไร ทางตรงกันข้ามการบริจาคเลือดออกไปบางส่วนทำให้ร่างกายที่แข็งแรงนี้สร้างเม็ดเลือดส่วนใหม่ออกมาทดแทนทุก 3 เดือน

การให้ยาขับเหล็ก

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมักอยู่ในภาวะที่มีธาตุเหล็กเกิน อาการรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ถ้ายังซีดมากหลังจากตัดม้าม ยังมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้เพิ่มขึ้น

ปัจจุบันมีการขับเหล็กเพียงวิธีเดียว คือ การฉีดยาขับเหล็ก ได้แก่ ยา Desferioxamine (ชื่อการค้า Desferal) ขนาดที่ให้ 20 – 60 มก./กก./วัน หยอดใต้ผิวหนังหรือหยอดเข้าหลอดเลือดดำ ในเวลา 8 – 12 ชั่วโมง จึงต้องใช้เครื่องมืออัตโนมัติ (infusion pump) สำหรับฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังช้า ๆ จำนวนยา 5 – 10 มล. ยา Desferioxamine มีฤทธิ์ร่วมกับธาตุเหล็กขับมาทางอุจจาระและปัสสาวะ จะเห็นปัสสาวะเป็นสีส้มภายในวันนั้นและเวลา 1 วันหลังให้ยาขับเหล็ก และอาจให้กินวิตามิน ซี (100 มก.) 1 เม็ด ในวันที่ฉีดยาขับเหล็กสำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปี และ 200 มก. ในเด็กที่อายุเกิน 10 ปี จะช่วยเพิ่มการขับธาตุเหล็กได้มากขึ้น

แม้การฉีดยาขับเหล็กเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถึงแม้จะเป็นขนาดที่ต่ำกว่ากำหนดไว้มาก และไม่มีผลต่อเหล็กที่สะสม แต่ครั้งหนึ่ง (5 ใน 10 ราย) ของผู้ป่วยก็จะมีอาการเจ็บป่วยลดลง ถ้าให้เป็นประจำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 7 ใน 10 รายจะป่วยน้อยลง คงเป็นเพราะยาขับเหล็กมีผลต่อเม็ดเลือดขาวให้จับกินเชื้อโรคได้ดีขึ้น

การดูแลทั่วไป

1. การมีบัตรประจำตัวแสดงโรค ผู้ป่วยทุกคนควรมีบัตรประจำตัว (identification card) ที่บอกชนิดของโรคธาลัสซีเมียที่ผู้ป่วยเป็น หมู่เลือด รวมทั้งชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาเป็นประจำ สำหรับใช้แสดงแก่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันที่

2. การดูแลสุขภาพทั่วไป แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ไม่จำกัดอาหารชนิดใดโดยเฉพาะ ผู้ป่วยต้องการอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อเสริมสร้างเลือด การดื่มน้ำชาจะช่วยห้ามการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้และจะไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะ โปรตีนจากถั่ว เช่น นมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้) นอกจากนี้โปรตีนแล้วยังห้ามการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้ได้อีกด้วย นอกจากนี้ควรปฏิบัติเพิ่มเติมอีก เช่น

2.1 ผู้ป่วยควรรู้จักรักษาตัวเองอย่างง่าย ๆ เช่น ถ้ามีไข้ก็รับประทานยาลดไข้ เช็ดตัวให้หายร้อน เพราะความร้อนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกเพิ่มขึ้น และซีดมากจนต้องให้เลือดก็ได้ โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น ไข้หวัด อาจทำให้เม็ดเลือดแดงแตกเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ป่วยซีดลงได้ จึงควรจะดูแลและตนเองเบื้องต้น แล้วไปพบแพทย์

2.2 ผู้ป่วยที่ตัดม้ามแล้ว ถ้ามีไข้หรือโรคติดเชื้อ จะเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ภายใน 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรมียาปฏิชีวนะติดตัว ให้กินยาลดไข้พร้อมกับยาปฏิชีวนะก่อนแล้วรีบไปพบแพทย์

3. การให้ยาบำรุงช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดแดงแตกง่ายร่างกายจะสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชย ยาบำรุงที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือด ได้แก่ กรดโฟลิก ให้กินวันละ 1 เม็ด อาจให้ยาวิตามินรวมเสริมด้วยก็ได้ถ้าซีดมากและเบื่ออาหารอื่นด้วยแต่ห้ามให้ยาที่มีธาตุเหล็ก เพราะผู้ป่วยซีดเนื่องจากเม็ดเลือดผิดปกติและไม่ได้ขาดธาตุเหล็กผู้ป่วยมีธาตุเหล็กมากเกินไปอยู่แล้ว

4. การฉีดยาป้องกันโรค ผู้ป่วยควรรับวัคซีนต่าง ๆ เหมือนเด็กปกติ ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไข้สมองอักเสบ และไข้ไทฟอยด์ ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนดังกล่าว หรือไม่แน่ใจว่าได้รับครบให้ปรึกษากับแพทย์ นอกจากนี้วัคซีนบางชนิดหลังจากได้รับครบแล้วต้องกระตุ้นซ้ำในระยะเวลาที่กำหนด เช่น วัคซีนป้องกันไข้สมองอักเสบให้ซ้ำทุก 3 ปี วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ให้ซ้ำทุก 10 ปี วัคซีนป้องกันไข้ไทฟอยด์ ให้ซ้ำทุก 3 ปี ปัจจุบันวัคซีนป้องกันไข้ไทฟอยด์ เป็นวัคซีนกินได้สะดวก และภาวะไข้ที่เป็นข้อแทรกซ้อนก็มีน้อย แต่มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยต้องกินยาเม็ดได้และราคาแพง

5. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรจะทำออกกำลังกายทุกวันเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ โดยต้องไม่เหนื่อยมากเกินไป เด็กๆเรียนพลศึกษาได้ แต่ควรงดกีฬารุนแรง เช่น มวย ยิมนาสติก หรือกีฬาที่มีโอกาสกระทบกระแทกรุนแรง เพราะผู้ป่วยมีกระดูกเปราะและหักง่ายกว่าคนปกติ

6. สุขภาพอนามัยของฟัน ผู้ป่วยต้องแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเหมือนคนปกติ พยายามงดของหวาน ทoothpaste ที่จะทำให้ฟันผุ (ยกเว้นว่าแปรงฟันหรือบ้วนน้ำตามทุกครั้ง) และควรได้รับการตรวจฟันจากทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง เหมือนคนปกติ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องเลือดออกง่าย จึงทำหัตถการต่าง ๆ ในช่องปาก เช่น ถอนฟัน ขูดหินปูน ได้เหมือนคนปกติ ปัญหาด้านฟันของผู้ป่วยคือฟันน้ำขึ้น ไม่สบกับฟันล่าง อันเป็นผลจากการสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชยของโพรงกระดูกในบริเวณ

ดังกล่าว จึงเป็นปัญหาเรื่องการขบเคี้ยวและความสวยงาม ทันตแพทย์ที่ชำนาญการด้านดัดฟันคงจะช่วยเหลือให้ได้ ควรปรึกษากับทันตแพทย์ที่ชำนาญงานด้านนี้โดยเฉพาะ

7. การเลี้ยงดูทั่วไป แนะนำให้ผู้ป่วยทำชีวิตให้เป็นปกติ ไปเรียน ไปทำงาน อย่าได้ท้อแท้ ธรรมชาติให้ความสมดุลแก่ทุกชีวิต ทุกคนมีปมเด่นและปมด้อยในตนเอง คนปกติมีเงินซึ่งเป็นตัวกำหนดลักษณะของคน 100,000 ยีน ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมียีนบกพร่องเพียง 2 ยีน ยังเหลือยีนดี 99,998 ยีนที่ทำหน้าที่ได้เต็มที่ ดังนั้นผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองร่วมกับการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพของแพทย์ในปัจจุบันสามารถใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมีเขavnปัญญาปกติ และการที่ไม่วิ่งเล่นหักโหมมาก ๆ กลับทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการเรียน เรียนได้ดีกว่าเด็กปกติบางคนด้วย

นอกจากนี้ควรแนะนำให้พ่อแม่เลี้ยงดูผู้ป่วยเหมือนลูกคนอื่น ๆ ไม่ควรให้สิทธิพิเศษมากเกินไปจนความจำเป็น ควรมอบหมายงานในบ้านที่เหมาะสม ให้ทำโดยไม่มีข้อยกเว้น เช่น รดน้ำต้นไม้ ล้างจานชาม กวาดบ้าน พ่อแม่ที่พยายามขจัดเขยให้ลูกในบางสิ่งบางอย่าง ให้สิทธิพิเศษ คอยประคบประหงมมากเกินไป กลับทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย กลายเป็นคนอ่อนแอ เห็นแก่ตัว ก้าวร้าว ไม่เกรงใจผู้อื่น ในที่สุดผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถเข้ากับพี่น้องหรือเพื่อนที่โรงเรียน กลายเป็นคนที่สังคมรังเกียจได้

แม้ว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียบางชนิดจะมีอาการรุนแรงมาก ต้องให้เลือด ต้องให้ยาขับเหล็ก ต้องไปโรงพยาบาลเป็นประจำ ถึงแม้โรคจะไม่หาย แต่ชีวิตของผู้ป่วยต้องดำเนินต่อไปอย่างมีคุณค่า ในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์พัฒนารุดหน้ามากขึ้น แพทย์และนักวิทยาศาสตร์พยายามค้นหาวิธีต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและปกติมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องพยายามทำให้ชีวิตผู้ป่วยในวันนี้ให้ดีที่สุดตามสถานภาพของแต่ละคนพยายามทำชีวิตมีค่าที่จะกระทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

การรักษาให้หายขาด

ปัจจุบันมีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ โดยปลูกถ่ายไขกระดูก แพทย์จะให้ยาเคมีบำบัด ทำลายเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกทั้งหมด แล้วให้ไขกระดูกของพี่น้องท้องเดียวกันที่มีเม็ดเลือดขาวเข้ากับผู้ป่วยได้ ไปทดแทน มีโอกาสหายขาดได้ร้อยละ 70 – 80 ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะได้ผลดีจากการปลูกถ่ายไขกระดูกต้องเป็นผู้ป่วยอายุน้อยระดับม้ามโตไม่มาก รวมทั้งได้รับยาขับเหล็กที่เพียงพอ การได้รับเลือด

แต่แต่ละครั้งต้องกรองเอาเม็ดเลือดขาวออกด้วย หรือถ้าจะปลูกถ่ายไขกระดูกแนในรายนั้นควรจะนำเม็ดเลือดนั้นไปฉายรังสีด้วยและให้ยาขับเหล็กแต่เนิ่น ๆ และบ่อย ๆ

ผู้ให้ไขกระดูกต้องปลอดจากโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค วัณโรค และไมมีเม็ดเลือดขาวที่เข้ากันได้กับผู้ป่วย ขั้นตอนการตรวจขั้นต้นจะเสียเงินประมาณ 1,000 บาท/คน (อย่างน้อยต้องตรวจ 2 คน คือ ผู้ป่วย และพี่หรือน้องท้องเดียวกันกับผู้ให้ไขกระดูก) และถ้าเม็ดเลือดขาวเข้ากันได้ยังต้องนำเม็ดเลือดขาวของผู้ให้และผู้รับไขกระดูกมาเพาะเลี้ยงในหลอดทดลองเดียวกันอีก เพื่อตรวจสอบปฏิกิริยาของเม็ดเลือดขาวว่าเข้ากันได้จริง เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 13,000 บาทต่อคู่

ทางกลุ่มคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รายงานการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยการใช้เซลล์จากเลือดที่อยู่ในสายสะดือของทารกแรกเกิดคนน้องของผู้ป่วย หลังจากน้องของผู้ป่วยเกิดแล้ว ในสายสะดือจะมีเส้นเลือดประมาณ 150 มล. มีเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ ครบถ้วน แต่ผู้ให้และผู้รับต้องมีเม็ดเลือดขาวที่เข้ากันได้และผู้รับต้องมีอายุไม่เกิน 2 ปี หรือหนักไม่เกิน 10 กิโลกรัม หากมีอายุมากไปตัวโตเลือดจากรกเพียง 150 มล. ไม่เพียงพอต่อการปลูกถ่าย การนำเลือดจากรกนั้นต้องเก็บเลือดจากรกด้วยเทคนิคที่ปลอดเชื้อทันทีหลังคลอดและนำไปเก็บในถังไนโตรเจนเหลวที่อุณหภูมิต่ำเป็นพิเศษ แล้วนำมาให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ ส่วนกระบวนการอื่นๆ เหมือนการปลูกถ่ายไขกระดูก การปลูกถ่ายไขกระดูกยังเป็นการรักษาที่แพงและอาจมีข้อแทรกซ้อนต่อการปลูกถ่ายมากพอควร

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

1. ม้ามโตมากและทำลายเม็ดเลือดมาก

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีตับม้ามโต เพื่อช่วยสร้างเม็ดเลือดชดเชย แต่ผู้ป่วยบางรายจะมีม้ามโตมาก และม้ามที่โตมากจะทำลายเม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยซีดเร็ว เม็ดเลือดขาวลดลง ความต้านทานน้อย เกร็ดเลือดลดลง เลือดออกง่าย การรักษาคือการตัดม้ามออกเมื่ออายุโตพอควร เช่น เมื่ออายุเกิน 4 ปี อาการจะบรรเทาลงเล็กน้อยในผู้ป่วยบางคน การตัดม้ามมิได้ทำให้หายจากโรค และยังทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง เชื้อแบคทีเรียลดลง ถ้ามีไข้ มีโรคติดเชื้อ อาการติดเชื้อรุนแรงกว่าคนปกติ จึงต้องมียาปฏิชีวนะสำรองติดตัวไว้ตลอดเวลา เวลามีไข้ให้กินยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ และรีบไปพบแพทย์ทันที

ปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้เริ่มมีการรักษาภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูง และทำลายเม็ดเลือดแดงด้วยการใส่สายสวนเข้าไปในหลอดเลือดทางขาหนีบขึ้นไปหลอดเลือดที่มาจากไต และฉีดสารอุดเส้นเลือดที่มาจากไต ร้อยละ 50 – 60 จะทำให้มีน้ำตาลในเลือดลดลง การทำลายเม็ดเลือดแดงก็จะลดลง เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดจะเพิ่มขึ้นทันที ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลประมาณ 14 วัน มีอาการปวดมากกว่าการทำผ่าตัดมีน้ำตาลออกบ้าง แต่มีแพทย์ดูแลเรื่องนี้ อย่างไรก็ตามข้อดีที่ยังมีน้ำตาลอยู่โรคติดเชื้อต่าง ๆ จะน้อยกว่ามาก

2. โรคนิ้วและถุงน้ำค็อกเสบ

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ สารสลายจากเม็ดเลือดแดงที่ถูกทำลายจะสะสมที่ถุงน้ำค็อกเสบทำให้เกิดเป็นนิ้ว เกิดการอุดตัน ทำให้มีถุงน้ำค็อกเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา การรักษา ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ และผ่าตัดถุงน้ำค็อกเสบหลังจากอาการถุงน้ำค็อกเสบปลิ้นดีขึ้นแล้ว

3. โรคติดเชื้อ

3.1 ไข้ไทฟอยด์ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเป็นปกติ แต่ต้องทำลายเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติอยู่ตลอดเวลา เชื้อโรคมบางชนิด เช่น เชื้อไทฟอยด์ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียรับวัคซีนไข้ไทฟอยด์ทุก 3 ปี แต่อย่างไรก็ตามอาจจะป้องกันมิให้เป็นได้ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยเท่านั้น

3.2 โรคตับอักเสบ ผู้ป่วยที่ได้รับส่วนประกอบทางเลือดบ่อย ๆ มีโอกาสติดโรคตับอักเสบ บี และ ซี ได้ง่าย ปัจจุบันธนาคารเลือดทุกแห่งได้ตรวจโรคตับอักเสบ บี และ ซี ในเลือดบริจาคทุกถุง หวังว่าอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อนี้จะลดลง และมีวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีที่ปลอดภัย ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบ บี ควรจะได้รับวัคซีนตับอักเสบบี 3 ครั้ง เข็มที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ เข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 นาน 5 เดือน จากนั้นทุก 5 ปี

3.3 โรคเอดส์ เป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับส่วนประกอบของเลือด ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และธนาคารเลือดในคณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่งได้ตรวจเช็กับภูมิคุ้มกันโรคเอดส์และเชื้อโรคเอดส์ในเลือดบริจาคทุกถุงอยู่แล้ว แต่จะให้ปลอดภัยจริงและสะดวก ผู้ป่วยควรมีผู้บริจาคเลือดประจำของแต่ละคนไว้สำรองเสมอ เช่น ผู้ป่วย 1 ราย มีผู้บริจาคประจำ 3 – 4 คน

3.4 โรคเชื้อรา มีเชื้อโรคล้ำยราชื่อพิเทียม พบได้ในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง เช่น ธาลัสซีเมีย เกิดจากน้ำสกปรก ผู้ที่ติดเชื้อมีรักษายาก อาจต้องตัดแขน – ขาส่วนที่ติดเชื้อมีออก เพราะเชื้อมีทำลายเส้นเลือดด้วย

4 การเจริญเติบโต

ผู้ที่เป็นโรคราลัสซีเมียรุนแรงมักจะมีรูปร่างแคระแกรนไปด้วย ธาตุเหล็กที่มีจำนวน มากกินไปในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย จะไปเกาะที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ต่อมไต้สมอง ทำให้การเจริญเติบโต ทางร่างกายและเพศช้ากว่า เป็นหนุ่มเป็นสาวช้ากว่าเด็กปกติ นอกจากนี้้อาจจะเกิดจากขาดธาตุ สังกะสี (เนื่องจากถูกขับออกทางปัสสาวะเวลามีเม็ดเลือดแดงแตก)

5 หลอดเลือดอุดตัน

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีภาวะธาตุเหล็กเกิน ทำให้ตับทำงานได้ลดลง การสร้างสารแข็งตัวต่าง ๆ ในน้ำเลือดลดลง สารต่อต้านการแข็งตัวของเลือดก็ลดลงด้วยเป็นสัดส่วนเดียวกัน ร่างกายอยู่ใน ภาวะสมดุล ถ้าผู้ป่วยได้รับการตัดม้าม หลังตัดม้ามเกร็ดเลือดจะเพิ่มขึ้นมาก ในผู้ป่วยบางรายสูงถึง 1,000,000 ตัว/มคล. ทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดเสียสมดุล เกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือด มักพบที่ หลอดเลือดปอดมากกว่าหลอดเลือดที่อื่น ๆ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการไหลเวียนของเลือดที่ปอดมี ความบกพร่อง ดังนั้นจึงตรวจพบการอุดตันของหลอดเลือดที่ปอดได้บ่อยกว่าผู้ป่วยบางรายที่มี อาการเขียว เหนื่อยง่าย เล็บปุ่ม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และตรวจพบว่าเกร็ดเลือดสูงมาก และร่วมกับการ ทำงานของเกร็ดเลือดในหลอดเลือดมากกว่าปกติควรรักษาโดยให้กินยาแอสไพรินขนาดของ เด็ก วันละครั้งพบว่าได้ผลดีในบางรายอาการปวดศีรษะลดลง เขียวลดลง

6 โรคหัวใจ

พบบ่อยในผู้ป่วยโรคราลัสซีเมีย สาเหตุของโรคหัวใจในผู้ป่วยเหล่านี้เกิดจาก

6.1 ซีดมากจนหัวใจวาย

6.2 หัวใจทำงานไม่ไหวจากการที่มีธาตุเหล็กสะสมมากเกินไป

6.3 มีการอุดตันของเส้นเลือดในปอด การไหลเวียนของโลหิตจึงก่อนมาที่หัวใจด้านขวา ทำให้หัวใจด้านขวาทำงานหนัก และวายได้ มีอาการบวม หอบเหนื่อย เดินไม่ไหว แต่จะไม่มีอาการเจ็บหัวใจ

7. ภาวะคุกประาะ หักง่าย

ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย มีการสร้างเม็ดเลือดที่โพรงกระดูกชดเชยมาก ทำให้กระดูกประาะ หักง่ายกว่าคนปกติ

8. เบาหวาน

พบบ่อยในผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่รุนแรง มักจะเป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมียที่ตัดม้าม และยังต้องการให้เลือดอีก เกิดจากธาตุเหล็กไปสะสมในตับอ่อน ทำให้การหลั่งอินซูลินเสียไป จึงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นในผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออายุใกล้ 20 ปีขึ้นไป ต้องรักษาแบบเบาหวานทั่วไป แต่จะได้ผลดีขึ้นถ้าได้รับยาขับธาตุเหล็กมาก ๆ และบ่อย ๆ

9. แผลเรื้อรังที่ขา

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียผู้ใหญ่จะมีแผลเรื้อรังที่ขา แผลหายช้าโดยไม่ทราบสาเหตุ คาดว่าอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น สังกะสี หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยธาลัสซีเมียนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนขาได้น้อยกว่าปกติ ทำให้แผลหายช้า ยิ่งถ้ามีการอักเสบแทรกซ้อนโดยเชื้อราในข้อ 3.4 อาจจะต้องตัดขาออก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย (Screening test)

1. การตรวจด้วยวิธี osmotic fragility เป็นการทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดง โดยดูการแตกของเม็ดเลือดแดงในน้ำเกลือเข้มข้นร้อยละ 0.36 ในสารละลายบัฟเฟอร์ pH 7.4 ซึ่งโดยทั่วไปเม็ดเลือดแดงของคนปกติจะแตกหมด ทำให้สารละลายใสอ่านได้ผลลบ แต่เม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียและผู้มีโรคธาลัสซีเมียแฝงบางชนิดจะแตกไม่หมดทำให้สารละลายขุ่นอ่านได้

ผลบวก การทดสอบที่ทำให้ผลบวกคือ β thal trait และ α thal-1 trait ทุกรายสำหรับผู้ที่เป็น Hb E trait และ α thal-2 trait มีทั้งให้ผลบวกและผลลบ การทดสอบนี้จะให้ผลบวกสูง ในกรณีที่ เป็นภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia)

2. การตรวจตะกอนสีด้วย DCIP (Dichloro-phenolindolphenol precipitation test) DCIP เป็นสารเคมีที่สามารถออกซิไดซ์ฮีโมโกลบินได้ทุกชนิดเมื่อไปอุ่นกับเลือดที่ 37 องศาเซลเซียส ประมาณ 1 ชั่วโมง แต่สำหรับ Hb E และ Hb H ซึ่งเป็นฮีโมโกลบินไม่เสถียรจะถูกออกซิไดซ์ให้ตกตะกอนได้เร็วกว่าฮีโมโกลบินชนิดอื่น ซึ่งสามารถใช้ตรวจกรองภาวะ Hb E trait และ Hb H disease

ทั้ง 2 วิธีจำเป็นต้องใช้ร่วมกันในการตรวจค้นหาภาวะที่มีฮีโมโกลบิน α thalassaemia, β thalassaemia และ Hb E แผลง ผู้ที่ให้ผลลบจากการคัดกรองทั้งสองวิธีไม่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมต่อไป

3. ลักษณะเม็ดเลือดแดง จะตรวจพบ anisocytosis, poikilocytosis, microcytosis, hypochromia และ target cell โดยที่ผู้ที่มีฮีโมโกลบินโรคธาลัสซีเมียแผลง จะมีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง 1^+ - 2^+ และผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย จะมีการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง 3^+ - 4^+ อย่างไรก็ตาม สเมียร์เลือดของผู้ที่มีฮีโมโกลบินโรคธาลัสซีเมียแผลงบางครั้งแยกจากภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กไม่ได้ แต่ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กจะมี Reticulocyte count ต่ำ หรืออาจทำให้ธาตุเหล็กเสริมแล้วติดตามตรวจดูลักษณะเม็ดเลือดแดงซ้ำ

4. Inclusion body (IB) ในเม็ดเลือดแดง

4.1 α thal-1 trait พบ IB 1:30,000 ถ้าใช้ peripheral blood และพบ IB 1:5,000 ถ้าใช้เม็ดเลือดแดงที่อยู่ใกล้กับ buffy coat ในหลอดปั่นฮีมาโตคริต

4.2 Hb H disease พบ IB มากกว่าร้อยละ 50

4.3 AE Barts disease พบว่า IB ร้อยละ 3-5

5. การตรวจด้วยเครื่องตรวจอัตโนมัติ โดยวัดค่า MCV (mean corpuscular volume), MCH (mean corpuscular hemoglobin), MCHC (mean corpuscular hemoglobin concentration) และ RDW (red cell distribution width) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะที่มีฮีโมโกลบินโรคธาลัสซีเมียแผลง ซึ่งจะมีค่า MCV ต่ำ MCH ต่ำ MCHC ต่ำ และ RDW กว้าง ในขณะที่ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตปกติ แต่มี

ภาวะที่มียีนโรคธาลัสซีเมียแฝงบางชนิด เช่น α thal-2 trait ค่าดังกล่าวจะไม่แตกต่างจากคนปกติ (นงนุช, 2549)

การตรวจยืนยันผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย (Confirmatory test)

1. การตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin typing)

เป็นการตรวจหาชนิดของฮีโมโกลบินในเลือดว่าประกอบด้วยฮีโมโกลบินชนิดใดที่นิยมใช้ คือการแยกด้วยกระแสไฟฟ้า (hemoglobin electrophoresis) ผ่านตัวกลาง ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด คือ starch gel electrophoresis และ cellulose acetate electrophoresis สามารถบอกชนิดและปริมาณของฮีโมโกลบินคร่าว ๆ ได้ การตรวจด้วยเทคนิค liquid chromatography ทั้งที่เป็น HPLC และ LPLC ทำให้สามารถตรวจหาชนิดและวัดปริมาณฮีโมโกลบินชนิดต่าง ๆ ออกมาได้พร้อม ๆ กัน โดยมีความถูกต้องและแม่นยำกว่าวิธีเดิม การตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (hemoglobin typing) ช่วยในการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ β thalassemia major และ β thalassemia/Hb E disease, Hb H disease และ AE Barts disease และภาวะที่มียีนโรคธาลัสซีเมียแฝง ได้แก่ Hb E trait และ β thalassemia trait ยกเว้น α thal-1 trait และ α thal-2 trait นอกจากนี้ปริมาณของ Hb Barts ในระยะแรกเกิดจะช่วยในการวินิจฉัยภาวะ α thalassemia trait ได้

ข้อควรระวังในการแปลผล Hb typing คือ ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กจะมี Hb A₂, H และ E ลดลง และเมื่อให้เหล็กแล้วจะเพิ่มขึ้นได้

2. การตรวจวิเคราะห์ ดี เอ็น เอ (DNA analysis)

เป็นการตรวจด้วยวิธี PCR (polymerase chain reaction) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยธาลัสซีเมียที่มีผลการตรวจ Hb typing ที่ไม่ชัดเจนหรือใช้ในการวิเคราะห์โรคของทารกในครรภ์ การตรวจประกอบด้วย

การตรวจยีน α thalassemia สามารถวินิจฉัยยีน α thalassemia 1 และ 2 ได้ โดยบ่งบอกถึงชนิดความปกติ เช่น Southeast Asia (SEA), Thai, Pakse, α thal-1 และ α thal-2 ชนิด 3.7 และ 4.2 deletion

การตรวจยีน β thalassemia เพื่อประโยชน์สำหรับวิเคราะห์โรคธาลัสซีเมียให้แก่ทารกในครรภ์ มีวิธีการตรวจ 4 อย่าง คือ

1. PCR/dot blot hybridization เป็นการตรวจยีน β thalassemia โดยนำ DNA ที่เพิ่มจำนวน ยีน β globin ได้แล้วยึติดิบบนแผ่นไนลอน เมมเบรน จากนั้นจึงนำไปทำ hybridization กับ probe จำเพาะซึ่งเป็น oligosaccharide ที่อนขนาดประมาณ 19 – 20 เบส ที่สังเคราะห์ขึ้นมาให้มีความจำเพาะ ต่อยีน β thalassemia ชนิดใดชนิดหนึ่งจะสามารถบอกชนิดของความผิดปกติของยีนได้ โดยสามารถ ตรวจหลายตัวอย่างพร้อมกัน

2. PCR/restriction enzyme analysis ใช้สำหรับตรวจหายีน β thalassemia ที่เกิดจากการ กลายพันธุ์ของเบส โดยนำมาเพิ่มจำนวนด้วยวิธี PCR แล้วตัดด้วยเอนไซม์เฉพาะ เช่น Hb E ตรวจด้วย เอนไซม์ Mnl I

3. Allele specific polymerase chain reaction (ASPCR) เป็นเทคนิคที่อาศัย Primer จำเพาะ (specific oligonucleotide primer) ที่สร้างขึ้นมาให้มีความจำเพาะต่อ mutation ชนิดนั้น ๆ โดยให้มี ตำแหน่งของเบสที่ต่างไปจากลำดับของเบสปกติที่ปลายทางด้าน 3' ของ primer คู่กับ primer ปกติ ในปฏิกิริยาของ PCR เมื่อ primer จำเพาะนี้ไปจับกับ DNA ของคนปกติจะทำให้จับได้ไม่สมบูรณ์ หรือในกรณีที่ primer นั้นมีความจำเพาะต่อความผิดปกติของเบสนั้น ๆ ถ้าไม่พบในผู้ป่วยก็จะขยาย DNA ชั้นนั้นไม่ได้ การพิสูจน์โดยการนำผลของ PCR ที่ได้ไปวิ่งบน agarose gel ก็จะทราบได้ ปฏิกิริยานี้สามารถตรวจหาความผิดปกติหลาย ๆ ที่ได้พร้อมกันในคราวเดียว

4. Reverse dot blot hybridization วิธีนี้ใช้หลักการเดียวกับ PCR/dot hybridization แต่จะ ติดยึด probe ที่ต้องการบนแผ่น membrane แล้วจึงนำไป hybridization กับ DNA ที่เพิ่มจำนวน ได้ และติดฉลากด้วยสารที่ทำให้เกิดสี

แนวคิดทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

ทฤษฎี PRECEDE MODEL

PRECEDE MODEL หรือ PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาที่มีแนวคิด ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมา เป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน สุขศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE MODEL เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล (กองสุขศึกษา, 2542)

Green (1980) เป็นผู้พัฒนา PRECEDE MODEL ขึ้นมาและนำไปอธิบายในกระบวนการสุขศึกษาสำหรับการดำเนินงานสุขศึกษาในลักษณะต่างๆ ซึ่งการวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภคน สิ่งประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Education Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำมีได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริงใจให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ(Health Belief Model) ของ Becker (อ้างใน Green, 1980) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียชีวิต เสียเศรษฐกิจ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่า ราคา เวลา และสิ่งต่างๆที่ลงทุนไปเมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคล มีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความสนใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ด้วย และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ คือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่เป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็น ไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆนี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green *et al.* (1991) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมาย ดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การดัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบต่อปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Phase 5: Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือก กลยุทธ์ และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหาร จัดการที่มีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนนี้ และ

จะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการในทุกขั้นตอน โดยขั้นตอนนี้ต้องมีตัวกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีตัวชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE MODEL จะประกอบด้วยประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีผลต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

Health Belief Model

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ.1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบะนั้น การจัดการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือประสบปัญหาว่ามีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อย ทั้งๆ ที่บริการที่จัดให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้น

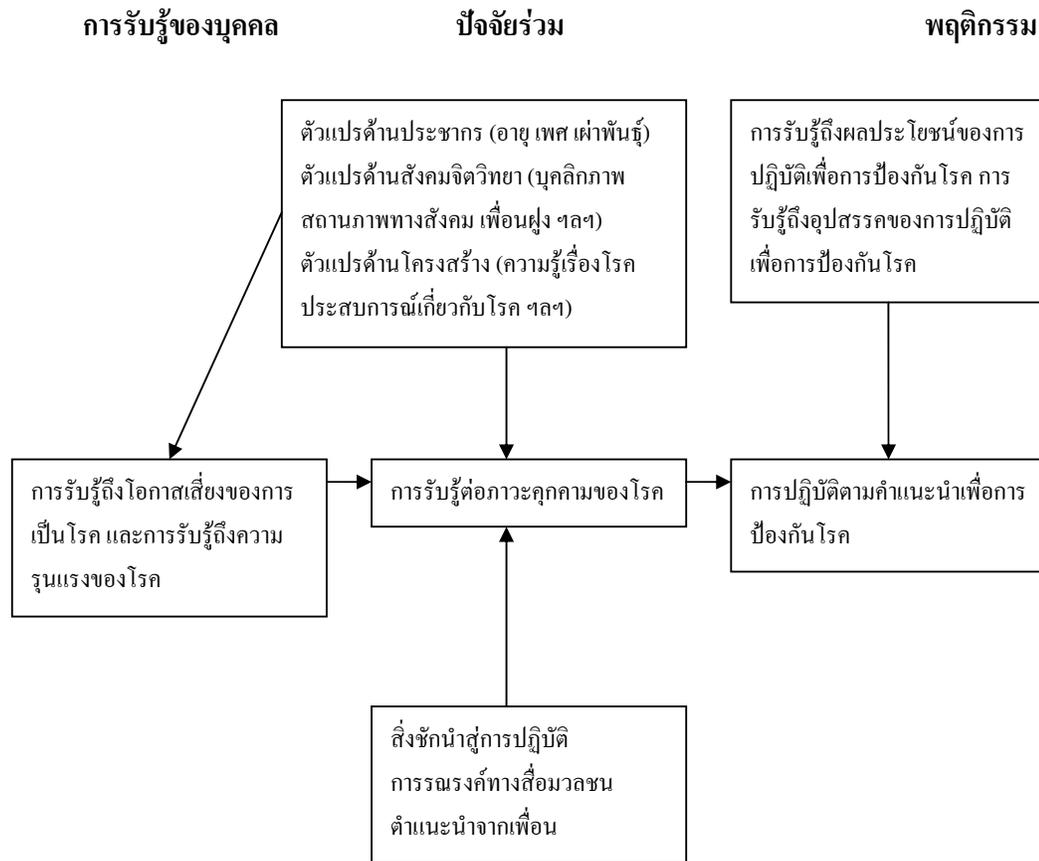
นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (Negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันบุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงดูดโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ (Maiman and Becker, 1974; Mikhail, 1981)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้น ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974a) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976b) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่า ในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิ



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา: Becker *et al.* (1974)

ถึงแม้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะได้รับการปรับปรุง สำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรค เมื่อมีอาการไม่สบาย และเมื่อสวมบทบาทของผู้ป่วยแล้ว แต่ Kasl (1974) ยังได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า สำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic Illness Behavior) เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะแตกต่างไปจากพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงควรจะมีการพิจารณาปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกับพฤติกรรมอื่นๆ ใน 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ (1) บุคคลที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะเสี่ยง (at risk status) ปรากฏอยู่ในขณะที่ตัวบุคคลนั้นจะรู้สึกสบายดี ลักษณะดังกล่าวทำให้ พฤติกรรมของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถจัดอยู่ในพฤติกรรมใด

โดยเฉพาะ แต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการเจ็บป่วย (2) การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการที่บุคคลซึ่งรู้สึกว่าคุณสบายดี แต่ต้องมาสวมบทบาทผู้ป่วยในการรับการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและสถาบันต่างๆ จะน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ผู้ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการรักษาสุขภาพจะมีลักษณะที่แตกต่างออกไป (3) แพทย์มักจะสั่งการรักษาโดยให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่าง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัยโดยที่แพทย์มักไม่ได้เป็นผู้ให้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยดังกล่าว ประเด็น 3 ประการข้างต้นนี้ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการรับการรักษาตามนี้ค่อนข้างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนนิสัยหรือการลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต ฯลฯ จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนามาเป็นระยะๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สำหรับองค์ประกอบต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 5 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตน แล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยเฉพาะการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรครดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลมาจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกัน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กที่ป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว (Becker, 1974)

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วงส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วย) หรือสิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัด หรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้ว จะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้คืออธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจและปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น การจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับประชาชน หรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรือ อุปสรรคของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของบุคคล หลังจากนั้นจึงจัดโปรแกรมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำ ร่วมกับการปรับปรุงรูปแบบของโครงการสาธารณสุขนั้นๆ ให้มีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ มากเกินไป การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการและการเลือกสิ่งชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากญาติหรือกลุ่มเพื่อน การทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ (Patient provider contract) การให้บัตรนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน ฯลฯ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเป็นจำนวนมาก ที่ให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือ โปรแกรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วย มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการรักษาโรคต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันกามโรค โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

Social Supports

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา” ซึ่งเป็นการแสดงถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร หรือด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความใกล้ชิด ความผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักดูแลเอาใจใส่ และยกย่อง มองเห็นคุณค่าว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และที่สำคัญอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

Cubb (1976) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง ทำให้รู้สึกที่ตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังได้รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย และนอกจากนี้แรงสนับสนุน

ทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอื่น ๆ เป็นต้น

Capland, *et al* (1997) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 คือความพึงพอใจความจำเป็นพื้นฐานสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจ และความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

แนวคิดที่ 2 เป็นความสำคัญที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งหมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ ดังนี้ (ศิริมา, 2540)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสาร ที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุประสงค์ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่ออย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิง การสนับสนุนทางสังคมจึงจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มี 2 ประเภท ดังนี้ (ศิริมา 2540)

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ ซึ่ง เฮาส์ (อ้างใน Israel, 1985) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน
2. การให้การสนับสนุนในการประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือน ให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การให้การสนับสนุนทางด้านของเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมโดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชน ด้วยความสมัครใจ
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการพิจารณาที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลในสังคมที่ใกล้ชิดกันเสมือนญาติ มีการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของความเป็นมิตร และแรงสนับสนุนทางอารมณ์
3. ระดับจุลภาค ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เพราะมีความเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ที่มีความผูกพันอย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงคนใกล้ชิดบางคนเท่านั้นที่จะทำได้ เช่น คนรัก สามี ภรรยา บุตร หรือสมาชิกในครอบครัว

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ แบ่งได้เป็น กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ผลโดยตรง จากรายงานการศึกษาวิจัย (Berkman and Syme, 1979 อ้างถึงใน Mindler, 1981) ซึ่งติดตามคนในวัยผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอลามาดี รัฐแคลิฟอร์เนียเป็นเวลานาน 9 ปี โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป สุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งวัดถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยหาเครือข่ายของแรงสนับสนุน ความถี่ในการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม การเข้ากลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลการติดตามศึกษาพบว่าผู้ที่ได้แรงสนับสนุน

ทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้แรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

2. ผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่ง Burgler (อ้างถึงใน Pilisuk, 1982) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ครอบครัวให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

3. ผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค Cobb (1976) และ Langlie (1977) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต ก็เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย(Gore, 1977 อ้างใน Minkler, 1981) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และ Caplan (1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ โดยจะทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อความเครียดได้มากขึ้นจากการศึกษาถึงผลของความเครียดกับโรคความดันโลหิตและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงานที่มีความเครียดมาก พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัตนา และคณะ(2541) ศึกษารูปแบบการวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมโรคธาลัสซีเมียและพาหะพบว่าอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 488 รายซึ่งมีประวัติสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นธาลัสซีเมีย เมื่อตรวจคัดกรองแล้วให้ผลบวกถึงร้อยละ 64 ซึ่งประชากรดังกล่าวมักจะมี ความเข้าใจและเกิดความตระหนักในปัญหาของโรคธาลัสซีเมียได้ง่าย

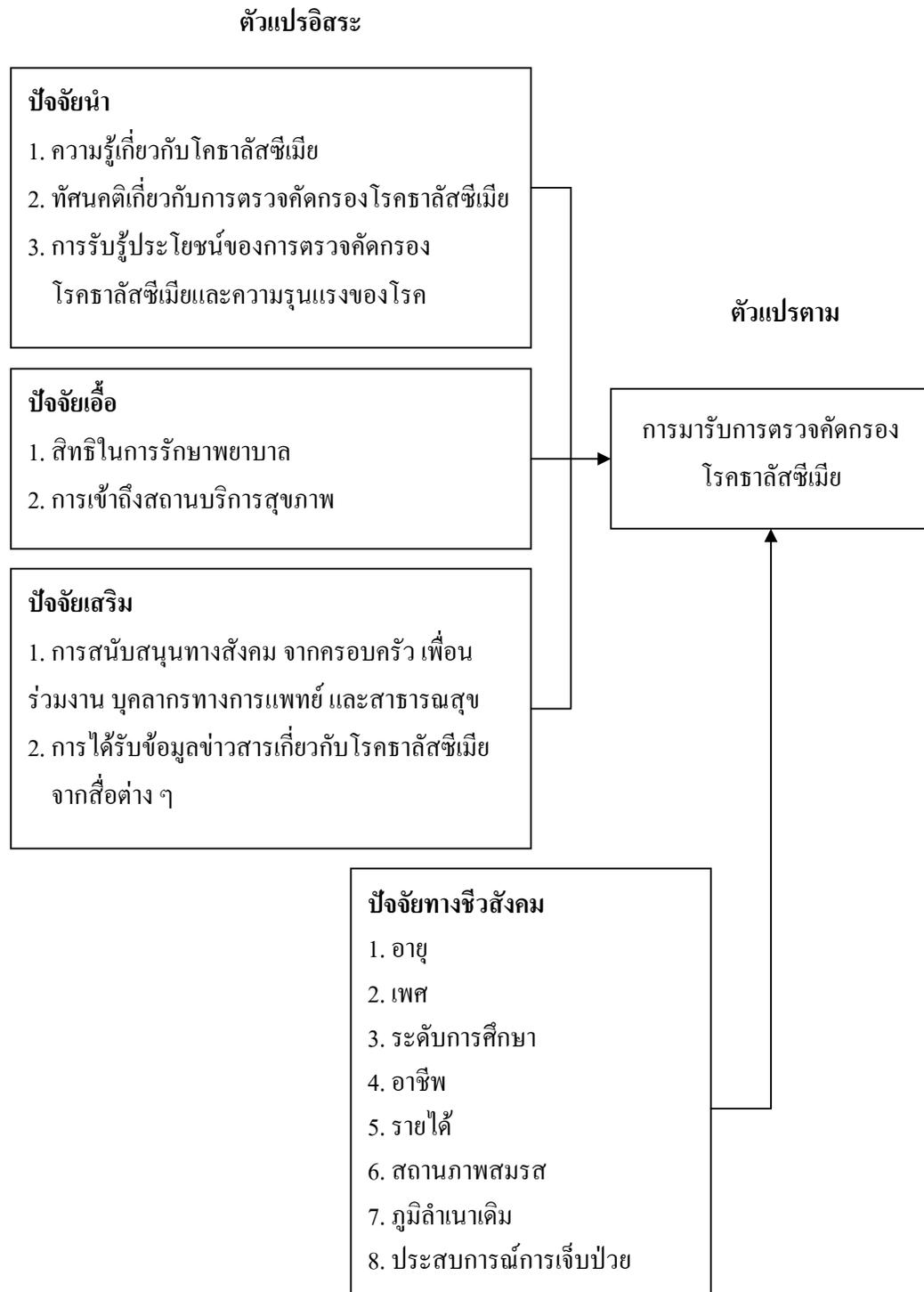
วิชัย และคณะ (2547) ได้ศึกษาหาความชุกของพาหะและอัตราคู่สมรสเสี่ยงต่อการมีบุตร เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของพาหะธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 36.89 ของประชากร จำนวน 68 จังหวัด โดยความชุกของพาหะชนิด Hb.E trait และ Homozygous Hb.E พบมากที่สุดร้อยละ 27.89 รองลงมาคือ พาหะของ α -thalassemia 1 ร้อยละ 6.13 และพาหะของ β -thalassemia ร้อยละ 2.87 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา เมื่อปี 2533 อัตราความชุกของพาหะธาลัสซีเมียของประชากรไทยไม่แตกต่างกัน เมื่อกระจายความชุกของพาหะธาลัสซีเมีย 4 อันดับแรก คือ จังหวัดนครราชสีมา, อุบลราชธานี, ขอนแก่น และ ชลบุรี พบความชุกของพาหะธาลัสซีเมียร้อยละ 53.23, 51.16, 49.2 และ 43.31 ตามลำดับ ส่วนอัตราความเสี่ยงของคู่สมรสที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงชนิดใดชนิดหนึ่งพบในอัตรา 638:10,000 การตั้งครรภ์เมื่อพิจารณารายภาคพบว่าประชากรในภาคเหนือจะมีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคชนิดรุนแรงสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลาง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ส่วนโอกาสของคู่สมรสที่จะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงตามกฎของเมนเดล คำนวณตามจำนวนการเกิด 800,000 คน/ปี พบว่าโอกาสที่คู่สมรสจะคลอดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด β -thalassemia major จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 260,820,000 บาท/ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 1 ปีผู้ป่วยชนิด β -thalassemia/Hb.E เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 21,205,800,000 บาท /ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี และผู้ป่วยชนิด Hb. Bart's hydrops fetalis จะเสียค่ารักษาพยาบาล 20,825,000 บาท/ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นเงิน 21,487,445,000 บาท/ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี

พัชรินทร์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและลักษณะทางประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี พบว่า ทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

กับความตั้งใจคัดกรองโรค รายได้ที่แตกต่างกัน มีความตั้งใจคัดกรองโรคของประชากรวัยเจริญพันธุ์แตกต่างกัน ส่วนอาชีพ และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีความตั้งใจคัดกรองโรคของประชากรวัยเจริญพันธุ์ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ประสิทธิภาพการการเจ็บป่วยที่ต่างกัน ทำให้ความตั้งใจคัดกรองโรคแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีประสิทธิภาพการเจ็บป่วยจะมีความตั้งใจคัดกรองโรรมากกว่าผู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพการเจ็บป่วย ส่วนเพศที่แตกต่างกันจะมีความตั้งใจคัดกรองโรคไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย หลายประการ ทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ทศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิถิ่นนาเดิม ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

สมมุติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

สมมุติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive research) ประเภทการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนที่เข้ามารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ประชากรดังกล่าวที่มารับบริการในปี พ.ศ.2549 มี จำนวน 350 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 190 คน โดยตัวอย่างที่เลือกจะต้องมีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงดังนี้

1. เป็นประชาชนที่เข้ามารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เป็นประชาชนที่ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. เป็นประชาชนที่มีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Yamane (1973: 886)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน ขนาดของประชากร
 e แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{350}{1 + 350(0.05)^2} \\ &= 186.66 \end{aligned}$$

จากการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 186.66 คน ปรับเป็น 190 คน

อุปกรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานตามกรอบแนวคิด การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ตามแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้วยการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประชาชนในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล(ปัจจัยทางชีวสังคม) ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิภาคนาเดิม และประสบการณ์การเจ็บป่วย ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ(Check list) หรือเติมคำในช่องว่าง (open ended) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคประกอบด้วย 3 ตอน คือ

2.1 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ลักษณะของแบบสอบถามมี 3 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ มีจำนวน 17 ข้อประกอบด้วย ประโยคบอกเล่ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

2.2 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า(Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 10-30 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 3	1
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน 2	2
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน 1	3

2.3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรวัด 3 ระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 9-27 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก		ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)	ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)
จริง	มีค่าคะแนน	3	1
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	1	3

การวิเคราะห์ผล ใช้สถิติพรรณนาหาค่าร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งดังนี้

ระดับมาก คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้าน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาลลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ(Check list) และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเชิงบวก (Positive) ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก

ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	2
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	1
ไม่ได้รับเลย	มีค่าคะแนน	0

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้าน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหาลัสซีสี่เมีย จากสื่อต่างๆ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่าเชิงบวก (Positive) เท่านั้น ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก มีจำนวน 11 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก

ได้รับมาก	มีค่าคะแนน	2
ได้รับน้อย	มีค่าคะแนน	1
ไม่ได้รับเลย	มีค่าคะแนน	0

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคหาลัสซีสี่เมีย ลักษณะของคำถามเป็นแบบประเมินค่า ((Rating scale) ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่ามีเฉพาะด้านบวก จำนวน 28 ข้อ มีมาตรวัด 3 ระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งปริมาณและทิศทาง โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28-84 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

จริง	มีค่าคะแนน	3
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	1

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์ สำหรับการวิจัย

2. ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. นำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถาม โดยมีลักษณะคำถามเป็นปลายปิดและปลายเปิดและมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ทักษะคิดต่อโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ

4. นำร่างแบบสอบถามเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา โครงร่างเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์ (ภาคผนวก ก)

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาแล้ว ไปทดสอบใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจที่มาตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นในแบบวัดประเมินรวมค่าด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) วิธีของครอนบาช โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าความเชื่อมั่นออกเป็น ส่วนๆ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นมีดังนี้

แบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น

ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	.70
ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	.71
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	
และความรุนแรงของโรค	.78
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	.74

การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลและ การได้รับ	
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ	.80
การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	.71

6. นำผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือมาพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีคุณภาพแล้วนำเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง จนยอมรับได้ว่าเครื่องมือดังกล่าวมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ที่มีรับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันจันทร์-วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดหีบสบัติ) เวลา 9.00-12.00 น. ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่ในโครงการ เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขอความร่วมมือผู้มารับบริการเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการให้ข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. เมื่อผู้มารับบริการให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่เดือนสิงหาคม 2550 ถึงเดือน มีนาคม 2551
5. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายให้สมบูรณ์
6. วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. ข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคทาลัสซีเมีย โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคว์สแควร์ (Chi square)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคทาลัสซีเมีย โดยทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม และประสบการณ์การเจ็บป่วย ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ที่สนับสนุนต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์ (χ^2 - test) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรค โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) นอกจากนี้ยังใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าร้อยละ(Percent) ค่าเฉลี่ย(Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดนี้กระทำในภาพรวมในแต่ละตอน เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการตัดสินใจมารับบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมหรือส่วนบุคคล

(n = 190)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
1. อายุ		
≤ 20	12	6.3
21 – 30	108	56.8
31 – 40	64	33.7
≥ 41	6	3.2
2. เพศ		
ชาย	54	28.4
หญิง	136	71.6
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	6	3.2
ระดับประถมศึกษา	12	6.3
ระดับมัธยมศึกษา	28	14.7
ระดับอาชีวศึกษา	36	18.9
ระดับอุดมศึกษา	108	56.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 190)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
4. อาชีพ		
ข้าราชการ	25	13.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	32	16.8
ค้าขาย	22	11.6
รับจ้าง	42	22.1
เกษตรกรรวม	5	2.6
แม่บ้าน	9	4.7
อื่นๆ (พนักงานบริษัท พนักงานมหาวิทยาลัยและธุรกิจส่วนตัว)	55	28.9
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)	1	0.5
น้อยกว่า 5,000	21	11.1
5,000-10,000	46	24.2
10,001-15,000	44	23.2
15,001-20,000	49	25.8
20,001-30,000	29	15.3
มากกว่า 30,000		
6. สถานภาพสมรส		
โสด	78	41.1
คู่	107	56.3
หม้าย	3	1.6
หย่า	2	1.1
7. ภาค		
ภาคเหนือ	23	12.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68	35.8
ภาคกลาง	47	24.7
ภาคตะวันออก	23	12.1
ภาคตะวันตก	19	10.0
ภาคใต้	10	5.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 190)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
8. ญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย		
มี	62	32.6
ไม่มี	62	26.3
ไม่ทราบ	78	41.1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีดังนี้

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 56.8 เป็นหญิง ร้อยละ 71.6 มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาร้อยละ 56.8 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท พนักงานมหาวิทยาลัย และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.9 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 25.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.3 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.8 ไม่ทราบว่าญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 41.1

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

2.1 ปัจจัยนำ ความรู้ ที่สันทัด และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และความรุนแรงของโรค

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้น โดยมีระดับดังนี้

มีความรู้ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 14.00 ถึง 17.00 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 10.00 ถึง 13.00 คะแนน)

มีความรู้ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0.00 ถึง 9.00 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

(n = 190)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีความรู้ระดับสูง	92	48.4
มีความรู้ระดับปานกลาง	78	41.1
มีความรู้ระดับต่ำ	20	10.5

$\bar{X} = 12.90$ S.D. = 2.52

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.4 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.1

2.1.2 ทักษะเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้นโดยมีระดับดังนี้

มีทัศนคติระดับสูง (คะแนนระหว่าง 28.44 ถึง 30.00 คะแนน)

มีทัศนคติระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 26.41 ถึง 28.43 คะแนน)

มีทัศนคติระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 18.00 ถึง 26.40 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(n = 190)		
ระดับทัศนคติต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีความทัศนคติระดับสูง	67	35.3
มีความทัศนคติระดับปานกลาง	62	32.6
มีความทัศนคติระดับต่ำ	61	32.1

$\bar{X} = 27.42$ S.D. = 2.02

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.3 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6

2.1.3 การรับรู้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และความรุนแรงของโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้น โดยมีระดับดังนี้

มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับสูง (คะแนนระหว่าง 26.03 ถึง 27.00 คะแนน)

มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 24.54 ถึง 26.02 คะแนน)

มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 22.00 ถึง 24.53 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และความรุนแรงของโรค

(n = 190)		
ระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย และความรุนแรงของโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับสูง	52	27.3
มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับปานกลาง	78	41.1
มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงระดับต่ำ	60	31.6

$\bar{X} = 25.28, S.D. = 1.48$

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.1 รองลงมาได้มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 31.6

2.2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย

2.2.1 สิทธิในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิในการรักษาพยาบาล

(n = 190)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
จ่ายเอง	27	14.2
ประกันชีวิต	19	10.0
เบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	55	28.9
ประกันสุขภาพ รพ.รามาฯ	30	15.8
ประกันสุขภาพ รพ.อื่นๆ	40	21.1
ประกันสังคม	19	10.0

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเบิกข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.9 รองลงมาใช้สิทธิประกันสุขภาพโรงพยาบาลอื่นๆ ร้อยละ 21.1

2.2.2 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้น โดยมีระดับดังนี้

มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง (คะแนนระหว่าง 8.08 ถึง 10.00 คะแนน)

มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพมีระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 6.39 ถึง 8.07 คะแนน)

มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพมีระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 4.00 ถึง 6.38 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ระดับการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	(n = 190)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีปัจจัยการเข้าถึงระดับสูง	57	30.0
มีปัจจัยการเข้าถึงระดับปานกลาง	61	32.1
มีปัจจัยการเข้าถึงระดับต่ำ	72	37.9

$\bar{X} = 7.23$ S.D. = 1.67

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.9 รองลงมา มีปัจจัยการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1

2.3 ปัจจัยเสริมประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

2.3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้น โดยมีระดับดังนี้

มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆระดับสูง (คะแนนระหว่าง 9.17 ถึง 12.00 คะแนน)

มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 6.83 ถึง 9.16 คะแนน)

มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 2.00 ถึง 6.82 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริมในการสนับสนุนทางสังคม

	(n = 190)	
ระดับมีปัจจัยเสริมในการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีปัจจัยเสริมระดับสูง	53	27.9
มีปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	92	48.4
มีปัจจัยเสริมระดับต่ำ	45	23.7

$\bar{X} = 7.99$ S.D. = 2.33

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4 รองลงมาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ในระดับสูง ร้อยละ 27.9

2.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังกล่าวข้างต้น โดยมีระดับดังนี้

มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆระดับสูง (คะแนนระหว่าง 7.18 ถึง 10.00 คะแนน)

มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 5.19 ถึง 7.17 คะแนน)

มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0.00 ถึง 5.18 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริมในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ

(n = 190)		
ระดับมีปัจจัยเสริมในการได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีปัจจัยเสริมระดับสูง	51	26.8
มีปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	68	35.8
มีปัจจัยเสริมระดับต่ำ	71	37.4

$\bar{X} = 6.18$, S.D. = 1.97

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.4 รองลงมาได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8

2.4 การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

การวิเคราะห์ผล ใช้สถิติพรรณนาค่าร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งดังนี้

ระดับมาก คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

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

ค่าคะแนนการแบ่งระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

มีการตัดสินใจระดับสูง (คะแนนระหว่าง 72.67 ถึง 82.00 คะแนน)

มีการตัดสินใจระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 66.27 ถึง 72.66 คะแนน)

มีการตัดสินใจระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 54.00 ถึง 66.26 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ระดับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีการตัดสินใจระดับสูง	69	36.3
มีการตัดสินใจระดับปานกลาง	65	34.2
มีการตัดสินใจระดับต่ำ	56	29.5

$\bar{X} = 69.47$ S.D. = 6.39

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.3 รองลงมา มีการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.2

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 กำหนดไว้ว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 -test) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับการตัดสินใจ				χ^2	p-value
	รวม	ระดับสูง	ปานกลาง	ระดับต่ำ		
(n = 190)						
1. อายุ						
≤ 20	12(6.3)	4(33.3)	4(33.3)	4(33.3)	13.214	0.040*
21 – 30	108(56.8)	43(39.8)	43(39.8)	22(20.4)		
31 – 40	64(33.7)	20(31.3)	18(28.1)	26(40.6)		
≥ 41	6(3.2)	2(33.3)	0(0.0)	4(66.7)		
2. เพศ						
ชาย	54(28.4)	21(38.9)	18(33.3)	15(27.8)	0.228	0.892
หญิง	136(71.6)	48(35.3)	47(34.6)	41(30.1)		
3. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด						
ไม่ได้เรียน	6(3.2)	0(0.0)	4(66.7)	2(33.3)	11.095	0.196
ระดับประถมศึกษา	12(6.3)	6(50.0)	2(16.7)	4(33.3)		
ระดับมัธยมศึกษา	28(14.7)	7(25.0)	8(28.6)	13(46.4)		
ระดับอาชีวศึกษา	36(18.9)	13(36.1)	14(38.9)	9(25.0)		
ระดับอุดมศึกษา	108(56.8)	43(39.8)	37(34.3)	28(25.9)		

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 190)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับการตัดสินใจ				χ^2	p-value
	รวม	ระดับสูง	ปานกลาง	ระดับต่ำ		
4. อาชีพ						
ข้าราชการ	25(13.2)	6(24.0)	10(40.0)	9(36.0)	24.063	0.020*
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	32(16.8)	19(59.4)	7(21.9)	6(18.8)		
ค้าขาย	22(11.6)	10(45.5)	6(27.3)	6(27.3)		
รับจ้าง	42(22.1)	10(23.8)	15(35.7)	17(40.5)		
เกษตรกรรวม	5(2.6)	0(0.0)	3(60.0)	2(40.0)		
แม่บ้าน	9(4.7)	6(66.7)	0(0.0)	3(33.3)		
อื่นๆ	55(28.9)	18(32.7)	24(43.6)	13(23.6)		
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 5,000	1(0.5)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	21.972	0.015*
5,000-10,000	21(11.1)	5(23.8)	7(33.3)	9(42.9)		
10,001-15,000	46(24.2)	18(39.1)	13(28.3)	15(32.6)		
15,001-20,000	44(23.2)	15(34.1)	21(47.7)	8(18.2)		
20,001-30,000	49(25.8)	18(36.7)	21(42.9)	10(20.4)		
มากกว่า 30,000	29(15.3)	13(44.8)	2(6.9)	14(48.3)		
6. สถานภาพสมรส						
โสด	78(41.1)	28(35.9)	28(35.9)	22(28.2)	2.877	0.824
คู่	107(56.3)	38(35.5)	35(32.7)	34(31.8)		
หม้าย	3(1.6)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)		
หย่า	2(1.1)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)		

ตารางที่ 12 (ต่อ)

(n = 190)

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับการตัดสินใจ				χ^2	p-value
	รวม	ระดับสูง	ปานกลาง	ระดับต่ำ		
7. ภาค						
ภาคเหนือ	23(12.1)	8(34.8)	12(52.2)	3(13.0)	25.815	0.004*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	68(35.8)	28(41.2)	19(27.9)	21(30.9)		
ภาคกลาง	47(24.7)	11(23.4)	12(25.5)	24(51.1)		
ภาคตะวันออก	23(12.1)	10(43.5)	9(39.1)	4(17.4)		
ภาคตะวันตก	19(10.0)	7(36.8)	11(57.9)	1(5.3)		
ภาคใต้	10(5.3)	5(50.0)	2(20.0)	3(30.0)		
8. มีญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย						
มี	62(32.6)	20(32.3)	27(43.5)	15(24.2)	11.231	0.024*
ไม่มี	50(26.3)	12(24.0)	20(40.0)	18(36.0)		
ไม่ทราบ	78(41.1)	37(47.4)	18(23.1)	23(29.5)		

จากตารางที่ 12 เป็นผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ดังนี้

ตัวแปรที่ 1 อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 56.8 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 39.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างอายุกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐาน

ตัวแปรที่ 2 เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.6 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 35.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.1 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างเพศกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 3 ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมีระดับการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 56.8 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 39.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างระดับการศึกษาชั้นสูงสุดกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 4 อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมีอาชีพอื่นๆ ระบุ (พนักงานบริษัท พนักงานมหาวิทยาลัย และธุรกิจส่วนตัว) ร้อยละ 28.9 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 32.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 23.6 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างอาชีพกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ร้อยละ 25.8 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 36.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 20.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างรายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) กับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 6 สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบดีมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.3 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 35.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 31.8 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างระดับการศึกษาชั้นสูงสุดกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่าง ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 7 ภูมิภาค (จังหวัดที่เกิด) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบดี มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.8 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 41.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.9 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างภูมิลำเนาเดิม (จังหวัดที่เกิด) กับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน

ตัวแปรที่ 8 ประวัติดูแลเป็นโรคธาลัสซีเมีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบดีไม่ทราบว่ามิญาติเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ ร้อยละ 41.1 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 47.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 29.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างประวัติญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย กับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน ที่ 1 ได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของครอบครัว (บาท/เดือน) ภูมิภาค (จังหวัดที่เกิด) ประวัติญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐาน ส่วนปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด สถานภาพสมรส แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

สมมุติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ปัจจัยนำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	การตัดสินใจรับการตรวจคัดกรอง	
ความรู้	.215**	0.003
ทักษะคิด	-0.119	0.102
การรับรู้ประโยชน์	.212*	0.003

จากตารางที่ 13 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .215$) หมายความว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียดี จะมีระดับการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียสูงด้วย

2. ทศนคติเกี่ยวกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ มารับการตรวจคัดกรองของประชากรวัยเจริญพันธุ์

3. การรับรู้ประโยชน์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t=2.12$) หมายความว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคดี จะมีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียสูงด้วย

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 2 ได้ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการรับรู้ประโยชน์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนทศนคติเกี่ยวกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

สมมุติฐานที่ 3 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยเอื้อ สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 -test) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

(n = 190)

สิทธิในการรักษาพยาบาล	ระดับการตัดสินใจ				χ^2	p-value
	รวม	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
จ่ายเอง	27(14.2)	10(37.0)	5(18.5)	12(44.4)	14.797	0.140
ประกันชีวิต	19(10.0)	8(42.1)	4(21.1)	7(36.8)		
เบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	55(28.9)	18(32.7)	22(40.0)	15(27.3)		
ประกันสุขภาพ รพ.รามาฯ	30(15.8)	15(50.0)	8(26.7)	7(23.3)		
ประกันสุขภาพ รพ.อื่นๆ	40(21.1)	9(22.5)	19(47.5)	12(30.0)		
ประกันสังคม	19(10.0)	9(47.4)	7(36.8)	3(15.8)		

* p < 0.05, Chi-square test

3.1 สิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีมี เบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 55 มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับสูง ร้อยละ 18.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ Chi-square (χ^2) ระหว่างระดับการศึกษาชั้นสูงสุดกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงไม่ยอมรับสมมุติฐาน

3.2 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี สถิติที่น่าสนใจวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

(n = 190)		
ปัจจัยเอื้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรอง	p-value
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	0.266	< 0.001 *

* p < 0.01

จากตารางที่ 15 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ดังนี้

การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=0.266$) หมายความว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับการตรวจ

คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพมากจะมีระดับการตัดสินใจมากด้วย

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 3 ได้ว่า ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สมมุติฐานที่ 4 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

(n = 190)		
ปัจจัยเสริม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรอง		
การสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข	0.536	< 0.001*
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ	0.531	< 0.001*

* p < 0.01

จากตารางที่ 16 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=0.536$) หมายความว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มีการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ มากจะมีระดับการตัดสินใจมากด้วย

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=0.531$) หมายความว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ มากจะมีระดับการตัดสินใจมากด้วย

สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 4 ได้ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมุติฐานทั้งหมด

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำประเด็นที่ค้นพบมาวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี สามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.05 โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีความตั้งใจคัดกรองโรครุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความตั้งใจคัดกรองโรคน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจาก อายุที่มากขึ้นทำให้บุคคลมีพัฒนาการตามวัย มีการสั่งสมประสบการณ์ มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ(จินตนา,2544 อ้างใน วราภรณ์,2544) และทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะทางด้านความคิด กายและจิตใจสูงขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงไปยังทัศนคติและส่งผลถึงพฤติกรรม (วราภรณ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์เนอร์ และคณะ(Corner *et al.*, 1997 อ้างใน รุจา, 2547) ที่ทำการศึกษาย้ำจัยที่มีผลกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของนักเรียนอายุ 11-14 ปี จำนวน 231 คน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์และทำนายความตั้งใจในการควบคุมอาหารได้ และ มงคล (2542) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดรักษาเสพติดในระยะฟื้นฟู พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศที่แตกต่างกันจะไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ทั้งนี้เนื่องจากโรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรม ที่เกิดขึ้นได้กับทั้ง 2 เพศ ดังนั้นทั้งเพศชายและเพศหญิง จึงป่วยเป็นโรคนี้ได้เหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา (2535) ที่ทำการศึกษาย้ำจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ และ พัชรินทร์ (2548) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และลักษณะของประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น เพศที่แตกต่างกันจึงไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

3. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วราภรณ์ (2544) ที่ทำการศึกษาย้ำจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรก

4. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ พัชรินทร์(2548) ศึกษาสัมพันธ์ระหว่างความทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และลักษณะของประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุภาภรณ์(2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. รายได้ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 รายได้ ที่แตกต่างกันทำให้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคต่างกัน และเห็นได้ว่าผู้ที่มีรายได้มากจะไปรับการตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยที่ต้องใส่ใจเรื่องปากท้องมากกว่าการจะคิดถึงเรื่องสุขภาพ (เฉลิมขวัญ,2541 อ้างใน วราภรณ์,2544) ดังที่ เพนเดอร์ (Pender,1996) กล่าวว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล (2542) ที่ทำการศึกษาปัจจัยชีวิตสังคมและทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดรักษาเสพติด ในระยะฟื้นฟู พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดรักษาเสพติดในระยะฟื้นฟู และสอดคล้องกับพัชรินทร์(2548) ศึกษาสัมพันธ์ระหว่างความทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และลักษณะของประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันจะไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ประชากรส่วนใหญ่มารับการตรวจคัดกรองโรคเพื่อวางแผนครอบครัว จึงทำให้สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

7. ภูมิลาเนาเดิม (จังหวัดที่เกิด) มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จากการศึกษาของ วิชัยและคณะ พบว่าความเสี่ยงของกลุ่มที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดรุนแรง ต่อ 10,000 การตั้งครรภ์ พบว่าอัตราคู่สมรสเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงของประเทศไทย เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่าประชากรในจังหวัดภาคเหนือ จะมีความเสี่ยงต่อโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดรุนแรงสูงสุด รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ภูมิลาเนาเดิม (จังหวัดที่เกิด) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

8. ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยจะมีความตั้งใจในการคัดกรองโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประสบการณ์การเจ็บป่วย Dewey (Dewey, อ้างใน วราภรณ์ ,2544) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์เป็นสิ่งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เดิมของคนจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เข้ามาใหม่ได้ดีและรวดเร็วขึ้น มีผลในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมที่จะตามมา ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดจากการได้เห็น การได้ยินตัวอย่าง หรือจากการพูดคุย ทำให้บุคคลเกิดความกลัวการเจ็บป่วย การสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเกิดเห็นความสำคัญในการเรียนรู้ ระมัดระวังในการปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดการป้องกันตน (Cobb, 1996 อ้างใน ศิริลักษณ์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับ จีรวรรณ (2548) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าความตั้งใจในการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์กับผู้ที่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์แตกต่างกัน

สมมุติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคดี เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับ Bloom (1975) พบว่า พฤติกรรมด้านความรู้ที่มีขั้นตอนของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางสติปัญญาจากง่ายไปหายากและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีจากการจำ การเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการนำไปใช้ สอดคล้องกับสำรวจของ วิชัยและคณะ (2543) พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ มีความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียเฉลี่ยร้อยละ 45 เท่านั้น ดังนั้นความตระหนักถึงปัญหาของโรคของประชากรวัยเจริญพันธุ์ยังไม่มากพอซึ่งความรู้ของประชากรวัยเจริญพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคในระดับที่สูงขึ้น มีแนวโน้มว่าประชาชนจะมีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรค สูงมากยิ่งขึ้นด้วย

2. ทักษะคิดต่อการคัดกรองโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ จิราวรรณ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการรถยนต์อย่างปลอดภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรมทางตรงและทักษะคิดต่อพฤติกรรมทางอ้อมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการรถยนต์อย่างปลอดภัย และ วราภรณ์ (2544) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทักษะคิดต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรก

3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคสูง จะมีอิทธิพลต่อระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (1996) ได้กล่าวว่า การคาดหวังประโยชน์ของการกระทำเป็นการแสดงออกทางจิตใจด้านบวก หรือเป็นแรงเสริมของพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความเชื่อในประโยชน์ หรือความคาดหวังผลลัพธ์ด้านบวก จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัญญา (2540) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ อุบล (2544) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สมมุติฐานที่ 3 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1. สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

2. การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี สามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

2.1 สิทธิในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรค เพราะในปัจจุบันสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจ

2.2 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = 0.266$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับ ไพโรจน์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ระยะเวลาในการไปสถานบริการ ได้แก่ สนามกีฬา โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ ประสิทธิ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการมีสถานบริการสุขภาพในหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าประชาชนมีความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ มีแนวโน้มว่าประชาชนจะมีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคสูงมากยิ่งขึ้น

สมมุติฐานที่ 4 กำหนดไว้ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคหาลัสซีเมีย ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคหาลัสซีเมีย ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 ซึ่งเป็นไปตามที่ Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้าน วัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังได้รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับ ว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย และนอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร สาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค Cobb (1976) และ Langlie (1977) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย แสดงให้เห็นว่า ถ้าประชากรวัยเจริญพันธุ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากมีแนวโน้มว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์มารับ การตรวจคัดกรองโรคหาลัสซีเมียมากด้วย

2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคหาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับการตรวจ คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 4 สอดคล้องกับ ไพโรจน์ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสื่อต่างๆ โดยเฉพาะ โทรทัศน์ วิทยุ และ หนังสือพิมพ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ คนงานในโรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 เป็นเหตุให้คนงานมีการปฏิบัติด้านการส่งเสริม สุขภาพที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่า ถ้าประชากรวัยเจริญพันธุ์ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆดีและมากพอ มีแนวโน้มว่าสื่อต่างๆมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ มารับการตรวจคัดกรองโรค

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งการพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว จะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัยเพื่อสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการดำเนินการแก้ปัญหา และวางแผนเพื่อใช้ประชาชนมารับการตรวจเลือดหาพาหะและโรคธาลัสซีเมีย ทำให้สามารถให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การวางแผนครอบครัว รวมทั้งการวางแผนการมีบุตรแก่บุคคลที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะและโรค เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียของประเทศต่อไป

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการกับ ประชาชนที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในโครงการธาลัสซีเมีย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของ Cronbach Alpha Coefficient ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 แบบสอบถามวัดทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 แบบสอบถามวัดแบบสอบถามการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบสอบถามวัด การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อสรุปดังนี้

1. สรุปตามวัตถุประสงค์รวมของการวิจัย

วัตถุประสงค์รวมของการวิจัยครั้งนี้ คือเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียจะต้องประกอบด้วยหลายปัจจัย PRECEDE MODEL, Health Belief Model, Social Supports ที่ได้นำมาวิเคราะห์ และทำให้ทราบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีผลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. สรุปตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้

2.1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาที่มีการตัดสินใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.2 และร้อยละ 29.5 มีการตัดสินใจระดับต่ำ

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม และประสบการณ์การเจ็บป่วย กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม ประสบการณ์การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรอง ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับ การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งยอมรับสมมุติฐานที่ 1 เป็นบางส่วน

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค ต่อการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

2.4 เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 3 เพียงบางส่วน

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาริบัติ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่างๆ จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ พบว่ามีความสัมพันธ์ กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4 ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคอยู่ในระดับสูงและมีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในระดับสูงด้วย และความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรค ดังนั้นเพื่อให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับที่สูงขึ้นอีกทางหน่วยงานและผู้รับผิดชอบควรวางแผน กำหนดนโยบาย การจัดโครงการและกิจกรรมต่างๆ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ดังประเทศที่ประสบความสำเร็จ ในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย เช่น ไชปรัส กรีซ สหราชอาณาจักร แคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และอิตาลี ได้จัดโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง ต่อความสำเร็จของโครงการ โดยเน้นให้เข้าใจต่อผู้ที่เป็นโรคว่า ผู้ที่เป็นพาหะนั้น มีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติทั่วไป แต่ถ้าแต่งงานกับผู้ที่เป็นพาหะด้วยกันจะเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรค แต่ถ้าแต่งงานกับผู้ที่ไม่ปกติ ก็จะไม่มียูกเป็นโรค และควรนำเข้าไปบรรจุอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของเยาวชน

2. จากผลการวิจัย พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคระดับปานกลางและการรู้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรค ดังนั้นเพื่อให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคในระดับที่สูงขึ้นอีก ทางหน่วยงานและผู้รับผิดชอบควรวางแผน กำหนดนโยบาย การจัดโครงการและกิจกรรมต่างๆ การอบรมให้ความรู้ ทักษะคิด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแล้วร่วมกับมีการส่งเสริมให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคมากขึ้นด้วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ถึง ระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคนั้นคือ ถ้าหน่วยงานที่รับผิดชอบ จัดให้ ประชาชนได้รับความสะดวก การบริการที่ดี และรวดเร็ว จะส่งผลให้ประชากรมีระดับการตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองโรคที่สูงมากขึ้น

4. จากผลการวิจัย พบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่การมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริม คือในการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองโรคนั้น คือถ้าประชากรวัยเจริญพันธุ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆเช่น จากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งจากสื่อต่าง ได้แก่ โทรทัศน์ โปสเตอร์ ป้ายประกาศต่างๆ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่างๆ สถานบริการด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข อินเทอร์เน็ต อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอและควรปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชน ควรใช้สื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ง่าย เช่น การทำโฆษณาสั้นๆ เกี่ยวกับโรคออกแพร่ภาพทางโทรทัศน์ วิทยุ จะส่งผลให้ประชากรวัยเจริญพันธุ์มีระดับการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชากรในการมารับการตรวจคัดกรองโรคในประชากรกลุ่มอื่นๆที่กว้างขึ้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาในการที่จะให้สุขศึกษาต่อไปเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์
3. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ซึ่งสามารถทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรค และตัวแปรที่มีผลต่อการตัดสินใจ เมื่อได้ข้อมูลแล้วควรมีการให้ สุขศึกษา และประเมินผล ส่วนในกรณีผู้ที่มีตรวจพบว่าเป็นพาหะ หรือเป็นโรค ควรจัดให้ได้รับการปรึกษาทางพันธุศาสตร์ต่อไป เพราะจัดว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ. โรงพิมพ์กองสุศึกษา, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2547. โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย. แหล่งที่มา: <http://www.webolb.dmsc.moph.90.th/ifcnihlanih-1-001c.asp>, 16 ตุลาคม 2550.
- กิตติ ต่อจรัส. 2549. โรคธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินเอชและการตัดม้าม. *จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย* 15(2): 5.
- จารุณี ชัยชาญชีพ. 2541. โรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย. *วารสารเพื่อนสุภาพ*. 10(2): 32-36.
- จินตนา ศิรินาวิน. 2547. ความรู้พื้นฐานธาลัสซีเมียเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
- จิรวรรณ พนายิ่งไพศาล. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เฉลิมว คงคง. 2548. ธาลัสซีเมีย. *จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย* 14(2): 10-12.
- ทศพร พรหมวา. 2549. พฤติกรรมการส่งเสริมสุภาพของพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธัญชัย สุระ. 2548. จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็นพาหะธาลัสซีเมีย. แหล่งที่มา: <http://www.thaihemato.org/guideline/thalsscmia.htm>, 27 มีนาคม 2550.
- นนุช สิริชัยนันท์. 2549. โรคธาลัสซีเมีย: โรคที่ป้องกันได้. น.301-304. ใน สุพร ตรีพงษ์กรณา, นนุช สิริชัยนันท์, สามารถ ภคกษมา และ ประชา นันทน์ถนอมิต. บรรณาธิการ. *กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า*. บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพร์สจำกัด, กรุงเทพฯ.

- บุญเชียร ปานเสถียรกุล. 2546. ชาติสขีเมียและการให้คำปรึกษาแนะนำ. โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, กรุงเทพฯ.
- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปลื้มจิต โชติกะ. 2544. การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคชาติสขีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์. 2539. โรคชาติสขีเมีย. กรุงเทพฯ.
- พัชรินทร์ พูลทวี. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและลักษณะทางประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคชาติสขีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพบุลย์ อัจฉนาเสียว. 2541. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคชาติสขีเมีย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, พิมล เชื้อวศิลป์, วรารณ ดันไพจิตร, สมชาย แสงกิจพร และต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี. 2543. การประชุมวิชาการชาติสขีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2543. บริษัท รวยเจริญการพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพฯ.
- มงคล แก้วเกษการ. 2542. ปัจจัยทางชีวสังคมและทัศนคติต่อยาเสพติดกับความตั้งใจในการเลิกยาของผู้บำบัดรักษาเสพติดในระยะฟื้นฟู. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี แก้วหล่อ. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมวางแผนครอบครัวในสตรีที่เป็นโรคหรือพาหะของโรคชาติสขีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รัตนา สิ้นธุภัก. 2541. รูปแบบการวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมโรคชัลส์ซีเมีย. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข. 12(3): 329-338.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2547. ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวัยรุ่น.
วารสารพยาบาลรามา 10 (1):2-35.
- วนิดา มกรกิจวิบูลย์. 2549. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลหัวเฉียว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรารักษ์ อ่าข้าง. 2544. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็ง
ปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เทียรถาวร, สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช และ จินตนา พัฒนพงษ์ธร. 2547. การประชุมวิชาการ
ชัลส์ซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่11 ประจำปี 2548. วันที่1-2 กันยายน 2548 ณ โรงแรม
มิราเคิลแกรนด์.
- ศิริลักษณ์ คงสัตยกุล. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจาก
การทำงานของคนงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมชาย แสงกิจจาพร. 2543. ชัลส์ซีเมีย: โรคถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่ป้องกันได้. สุขภาพและ
สิ่งแวดล้อม. 3(9): 2-3.
- สุกัญญา ไพทโสภณ. 2540. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด
อุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ทัดเที่ยง. 2535. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่
รถจักรยานยนต์. ม.ป.ท.

สุพร ตรีพงษ์ภรณา, นงนุช สิริชัยนันท์, สามารถ ภคกษมา และ ประชา นันทันถุมิต. 2549.

กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า4. บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด, กรุงเทพฯ.

สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและ

ครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุมาลี เรืองจักร. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหาร

กองประจำการ ในสังกัดกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เสถียร สุขพนิชชนันท์. 2548. ความรู้พื้นฐานชาลส์ซีเมียเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค.

สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.

อรุณ เผ่าสวัสดิ์. 2547. ความรู้พื้นฐานชาลส์ซีเมียเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค. สำนักพิมพ์

หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.

อุบล ไตรถวิล. 2544. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

อำไพวรรณ จันสัมฤทธิ์. 2539. โรคชาลส์ซีเมีย. กรุงเทพฯ.

Bloom, B.S. 1975. **Tasconaney of Education.** David Mc Kay company Inc., New York.

Capland, G. 1997. **Support System and Community Mental Health.** Science Press,
New York.

Cubb, S. 1976. **Social Support and a Moderator of Life Stress.** Psychosometies
Medical, N.P.

- Gottlieb, B.H. 1985. **Social Network and Social Support: an Overview of Research.**
Practice and Policy Implication Health Education Quarterly.
- Green, L.W. 1980. **Health Education Planning Education: A Diagnostic Approach.**
Mayfield Publishing, California.
- Green, L.W. and M.W. Krueter. 1991. **Health Promotion Planning and Education and Environment Approach.** 2 ed. Mayfield Publishing Company, Mountain View.
- Langlie, J.K. 1977. Social Networks Health Beliefs and Preventive Behavior.
Journal of Health and Social Behavior 18: 244-260.
- Pender, N.J. 1996. **Health promotion in nursing practice.** Appleton & Lange, California.
- Pilisuk, M. 1982. Delivery of social support: the social innovation American. **Journal Orthopsychiatry** 52 (1): 20.
- Yamane, T. 1973. **Statistics: An Introductory Analysis.** Harper International Edition, Tokyo.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. รศ. นพ. ชันยชัย สุระ แพทย์หน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
2. ผศ. นพ. สามารถ ภคกษมา แพทย์หน่วยโลหิตวิทยาเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3. คุณกนกนันท์ ศรีจันทร์ พยาบาลประจำการหน่วยเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย
และความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามสิทธิในการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย
จากสื่อต่างๆ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อน และตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน และ ทุกข้อ ตามความเป็นจริง การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนำผลรวมต่างๆ ไปใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณล่วงหน้าในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวสมพร พูลพานิชอุปถัมภ์

นิสิตปริญญาโท ภาควิชาพลศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ

1 <input type="checkbox"/> ชาย	2 <input type="checkbox"/> หญิง
--------------------------------	---------------------------------
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

1 <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	2 <input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษา
3 <input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษา	4 <input type="checkbox"/> ระดับอาชีวศึกษา
5 <input type="checkbox"/> ระดับอุดมศึกษา	
4. อาชีพ

1 <input type="checkbox"/> ข้าราชการ	2 <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ
3 <input type="checkbox"/> ค้าขาย	4 <input type="checkbox"/> รับจ้าง
5 <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	6 <input type="checkbox"/> แม่บ้าน
7 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)

1 <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000	2 <input type="checkbox"/> 5,000-10,000
3 <input type="checkbox"/> 10,001-15,000	4 <input type="checkbox"/> 15,001-20,000
5 <input type="checkbox"/> 20,001-30,000	6 <input type="checkbox"/> มากกว่า 30,000
6. สถานภาพสมรส

1 <input type="checkbox"/> โสด	2 <input type="checkbox"/> คู่
3 <input type="checkbox"/> หม้าย	4 <input type="checkbox"/> หย่า

7. ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัดที่เกิด).....

8. ท่านมีญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย

1 มี

2 ไม่มี

3 ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยการเลือกคำตอบมีลักษณะดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเข้าใจข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเข้าใจข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้องหรือไม่

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคโลหิตจางชนิดหนึ่งที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติ			
2. โรคธาลัสซีเมียไม่ใช่โรคทางพันธุกรรม			
3. ผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนทั่วไป แต่สามารถถ่ายทอดความผิดปกติสู่ลูกหลานได้			
4. การตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียหรือพาหะของโรค สามารถทำได้โดยการตรวจเลือด			
5. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียสามารถรักษาให้หายขาดได้ทุกราย			
6. วิธีการรักษาโรคให้หายขาดมีเพียงวิธีเดียว คือ การปลูกถ่ายไขกระดูก			

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
7. ผู้ที่เป็นโรคหาลัสซิมียมักมีอาการอ่อนแอ ซีด และเมื่อมีไข้จะซีดอย่างเห็นได้ชัด			
8. ครอบครัวที่เคยมีลูกเป็นโรคหาลัสซิมียแล้ว ลูกคนต่อไปมีโอกาสเป็นโรคได้อีก			
9. หากบิดาและมารดาเป็นพาหะหาลัสซิมียชนิดเดียวกันอัตราเสี่ยงที่ลูกจะเป็นโรคหาลัสซิมีย แต่ละครอบครัวจะทำกันทุกครั้งที่ของการตั้งครรภ์			
10. ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นพาหะหาลัสซิมียคนเดียวในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 และโอกาสที่ลูกปกติเท่ากับ 2 ใน 4			
11. ถ้าบิดาหรือมารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นโรคหาลัสซิมียและอีกฝ่ายหนึ่งไม่มียีนผิดปกติลูกทุกคนจะเป็นพาหะหาลัสซิมีย			
12. ถ้าบิดาเป็นโรคและมารดาเป็นพาหะพวกเดียวกันในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคเท่ากับ 2 ใน 4 โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4			
13. ผู้ที่แต่งงานและต้องการมีบุตร ไม่จำเป็นต้องตรวจว่าตนเป็นโรคหาลัสซิมียหรือไม่			
14. เด็กที่เป็นโรคหาลัสซิมีย จะมีผิวหนังดำคล้ำเนื่องจากมีเหล็กสะสมอยู่มาก			
15. เด็กที่เป็นโรคหาลัสซิมียจะมีสุขภาพอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย			
16. เด็กที่เป็นโรคหาลัสซิมียควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กมากๆ เช่น ตับ เลือด เป็นต้น			
17. เด็กที่เป็นโรคหาลัสซิมียสามารถเล่นกีฬาได้เหมือนเด็กปกติทั่วไปถ้ากีฬานั้นไม่เสี่ยงต่อการปะทะและก่อให้เกิดกระดูกหัก			

ตอนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย			
2. ท่านยอมรับว่าชีวิตของคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียไม่มีค่า			
3. คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นคนที่สังคมรังเกียจ			
4. ท่านยอมรับว่า นับว่าเป็นความโชคดีที่สามารถตรวจหาธาลัสซีเมียที่ผิดปกติได้			
5. ท่านเชื่อว่าการอธิบายให้คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย เข้าใจเกี่ยวกับโรค จะทำให้เพิ่มความวิตกกังวล			
6. ท่านยอมรับว่าในแต่ละปี ประเทศไทยต้องเสียค่ารักษาคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นเงินมูลค่ามหาศาล			
7. ท่านไม่สนใจ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะเพิ่มขึ้นทุกปี			
8. ท่านยอมรับว่าตัวท่านเองมีส่วนสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย			
9. ท่านยอมรับว่าโรคธาลัสซีเมียไกลตัวท่านไม่จำเป็นต้องรู้			
10. การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียเป็นแนวคิดที่ท่านไม่ยอมรับ เพราะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย			

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง
1. การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสหรือก่อนการตั้งครรภ์จะเป็นการช่วยป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียได้			
2. ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ควรจะได้รับ การตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย			
3. เมื่อรู้ว่าตนเป็นโรคธาลัสซีเมีย ควรตรวจคู่สมรสว่าเป็นโรคหรือเป็นพาหะหรือไม่			
4. การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียจะช่วยให้สามีภรรยาผู้เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์หลังจากได้รับข้อมูลและคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์แล้ว			
5. การตรวจหาพาหะในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียนับว่ามีความสำคัญมากเพราะมีโอกาสสูงที่จะตรวจพบผู้ที่เป็นพาหะ			
6. ในครอบครัวที่ไม่เคยมีผู้เป็นโรคธาลัสซีเมียมาก่อนไม่มีความจำเป็นในการตรวจกรองหาพาหะ			
7. การตรวจกรองหาพาหะและผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร			
8. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะมีอาการเรื้อรังและรักษาให้หายขาดยาก ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและใจ			
9. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีควรตรวจโรคธาลัสซีเมียก่อนการแต่งงานและการมีบุตร			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด มากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่าง ๆ			
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแก่ท่านเป็นประจำ			
2. กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสและก่อนการมีบุตรอย่างต่อเนื่อง			
3. ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนๆ ผู้ร่วมงานในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย			
4. ท่านได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย			
5. บิดา-มารดา และญาติ ของท่านคอยกระตุ้นเตือน สนับสนุนให้ท่านมารับการตรวจโรคธาลัสซีเมีย			
6. ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย			
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่าง ๆ			
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อโทรทัศน์			
8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากโปสเตอร์ป้ายประกาศต่างๆ			
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่างๆ			
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสถานบริการด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข			
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากอินเทอร์เน็ต			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม การตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
1. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะเป็นโรคที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม			
2. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะผู้ที่เป็นพาหะของโรคจะมีสุขภาพเหมือนคนปกติทั่วไปแต่ถ้าแต่งงานกับคนที่เป็นพาหะชนิดเดียวกันลูกมีโอกาสเป็นโรคได้			
3. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะถ้ามีลูกเป็นโรคจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกเท่านั้น			
4. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะเข้าใจว่าถ้าบิดามารดาเป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดเดียวกันลูกมีโอกาสเป็นโรค			
5. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะการตรวจเลือดจะทำให้รู้ว่าเป็นโรค หรือพาหะของโรค			
6. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะคิดว่าโรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย			
7. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านเชื่อว่าถ้ามีลูกเป็นโรคเด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิดเนื่องจากเจ็บป่วยบ่อย			
8. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านยอมรับว่านับเป็นความโชคดีที่สามารถตรวจหาฮีนธาลัสซีเมียที่ผิดปกติได้			
9. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะเชื่อว่าบิดา-มารดา สามารถถ่ายทอดโรคธาลัสซีเมียให้แก่ลูกได้โดยไม่รู้ตัว			

ข้อความ	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
10. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านยอมรับว่าตัวท่านเองมีส่วนสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย			
11. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านคิดว่าการทำแท้งทารกในครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ			
12. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสหรือก่อนการตั้งครรภ์จะเป็นการช่วยป้องกันและควบคุมโรคได้			
13. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร			
14. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะสิทธิในการรักษาพยาบาลของท่านครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจ			
15. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้			
16. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะในหน่วยงานของท่านมีการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง			
17. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่านทราบข่าวมาว่าได้รับความสะดวก การบริการที่ดีในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลรามธิบดี			
18. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแก่ท่านเป็นประจำ			
19. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสและก่อนการมีบุตรอย่างต่อเนื่อง			

ข้อความ	ได้รับ มาก	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับเลย
20. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนๆ ผู้ร่วมงาน			
21. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะบิดา- มารดา และญาติ ของท่านคอยกระตุ้นเตือน สนับสนุนให้ท่าน มารับการตรวจ			
22. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มิประสบการณ์การเจ็บป่วย			
23. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อโทรทัศน์			
24. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากโปสเตอร์ ป้ายประกาศต่างๆ			
25. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากวิทยุ กระจายเสียง			
26. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่างๆ			
27. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสถานบริการ ด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข			
28. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะท่าน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากอินเทอร์เน็ต			

ตารางผนวกที่ ข1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ข้อความคำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคโลหิตจางชนิดหนึ่งที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติ	143(75.3)	47(24.7)	
2. โรคธาลัสซีเมียไม่ใช่โรคทางพันธุกรรม	15(7.9)	175(92.1)	
3. ผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนทั่วไป แต่สามารถถ่ายทอดความผิดปกติสู่ลูกหลานได้	166(87.4)	24(12.6)	
4. การตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียหรือพาหะของโรคสามารถทำได้โดยการตรวจเลือด	175(92.1)	15(7.9)	
5. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียสามารถรักษาให้หายขาดได้ทุกราย	45(23.7)	145(76.3)	
6. วิธีการรักษาโรคให้หายขาดมีเพียงวิธีเดียว คือ การปลูกถ่ายไขกระดูก	123(64.7)	67(35.3)	
7. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมักมีอาการอ่อนแอ ซีด และเมื่อมีไข้จะซีดอย่างเห็นได้ชัด	167(87.9)	23(12.1)	
8. ครอบครัวที่เคยมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียแล้ว ลูกคนต่อไปมีโอกาสเป็นโรคได้อีก	146(76.8)	44(23.2)	
9. หากบิดาและมารดาเป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดเดียวกัน อัตราเสี่ยงที่ลูกจะเป็นโรคธาลัสซีเมีย แต่ละครอบครัวจะเท่ากันทุกครั้งที่การตั้งครรภ์	134(70.5)	56(29.5)	
10. ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นพาหะธาลัสซีเมียคนเดียวใน การตั้งครรภ์แต่ละครั้ง โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 และโอกาสที่ลูกจะปกติเท่ากับ 2 ใน 4	118(62.1)	72(37.9)	
11. ถ้าบิดาหรือมารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นโรคธาลัสซีเมีย และอีกฝ่ายหนึ่งไม่มียีนผิดปกติลูกทุกคนจะเป็นพาหะธาลัสซีเมีย	115(60.5)	75(39.5)	
12. ถ้าบิดาเป็นโรคและมารดาเป็นพาหะพวกเดียวกันใน การตั้งครรภ์แต่ละครั้ง โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคเท่ากับ 2 ใน 4 โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4	106(55.8)	84(44.2)	

ตารางผนวกที่ ข1 (ต่อ)

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
13. ผู้ที่แต่งงานและต้องการมีบุตร ไม่จำเป็นต้องตรวจว่า ตนเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่	16(8.4)	174(91.6)	
14. เด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จะมีผิวหนังดำคล้ำเนื่องจาก มีเหล็กสะสมอยู่มาก	141(74.2)	49(25.8)	
15. เด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะมีสุขภาพอ่อนแอ ติดเชื้อง่าย	163(85.8)	27(14.2)	
16. เด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มี ธาตุเหล็กมากๆ เช่น ตับ เลือด เป็นต้น	133(70.0)	57(30.0)	
17. เด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียสามารถเล่นกีฬาได้เหมือน เด็กปกติทั่วไปถ้ากีฬานั้นไม่เสี่ยงต่อการปะทะและ ก่อให้เกิดกระดูกหัก	127(66.8)	63(33.2)	

ตารางผนวกที่ ข2 ทศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย	130(68.4)	35(18.4)	25(13.2)
2. ท่านยอมรับว่าชีวิตของคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียไม่มีค่า	9(4.7)	20(10.5)	161(84.7)
3. คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นคนที่สังคมรังเกียจ	7(3.7)	27(14.2)	156(82.1)
4. ท่านยอมรับว่า นับว่าเป็นความโชคดีที่สามารถตรวจหาธาลัสซีเมียที่ผิดปกติได้	168(88.4)	18(9.5)	4(2.1)
5. ท่านเชื่อว่าการอธิบายให้คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย เข้าใจเกี่ยวกับโรค จะทำให้เพิ่มความวิตกกังวล	17(8.9)	22(11.6)	151(79.5)
6. ท่านยอมรับว่าในแต่ละปี ประเทศไทยต้องเสียค่ารักษาคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นเงินมูลค่ามหาศาล	100(52.6)	62(32.6)	28(14.7)
7. ท่านไม่สนใจ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะเพิ่มขึ้นทุกปี	4(2.1)	13(6.8)	173(91.1)
8. ท่านยอมรับว่าตัวท่านเองมีส่วนสำคัญในการควบคุมและ ป้องกันโรคธาลัสซีเมีย	146(76.8)	35(18.4)	9(4.7)
9. ท่านยอมรับว่าโรคธาลัสซีเมียไกลตัวท่านไม่จำเป็นต้องรู้	4(2.1)	6(3.2)	180(94.7)
10. การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียเป็นแนวคิดที่ท่าน ไม่ยอมรับ เพราะไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	6(3.2)	26(13.7)	158(83.2)

ตารางผนวกที่ ข3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียและความรุนแรงของโรค

ข้อคำถาม	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง
1. การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสหรือก่อนการตั้งครรภ์จะเป็นการช่วยป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียได้	157(82.6)	31(16.3)	2(1.1)
2. ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ควรจะได้รับ การตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย	137(72.1)	34(17.9)	19(10.0)
3. เมื่อรู้ว่าตนเป็นโรคธาลัสซีเมีย ควรตรวจคู่สมรสว่าเป็นโรคหรือเป็นพาหะหรือไม่	177(93.2)	11(5.8)	2(1.1)
4. การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียจะช่วยให้สามีภรรยาคู่เสี่ยงสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์หลังจากได้รับข้อมูลและคำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์แล้ว	167(87.9)	21(11.1)	2(1.1)
5. การตรวจหาพาหะในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียนับว่ามีความสำคัญมากเพราะมีโอกาสสูงที่จะตรวจพบผู้ที่เป็นพาหะ	154(81.1)	32(16.8)	4(2.1)
6. ในครอบครัวที่ไม่เคยมีผู้เป็นโรคธาลัสซีเมียมาก่อน ไม่มีความจำเป็นในการตรวจกรองหาพาหะ	15(7.9)	18(9.5)	157(82.6)
7. การตรวจกรองหาพาหะและผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพื่อจะได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร	170(89.5)	15(7.9)	5(2.6)
8. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะมีอาการเรื้อรังและรักษาให้หายขาดยาก ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและใจ	164(86.3)	18(9.5)	8(4.2)
9. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีควรตรวจโรคธาลัสซีเมียก่อนการแต่งงานและการมีบุตร	163(85.8)	21(11.1)	6(3.2)

ตารางผนวกที่ ข4 แบบสอบถามสิทธิในการรักษาพยาบาล

สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน	จำนวน	ร้อยละ
1. จ่ายเอง	27	14.2
2. ประกันชีวิต	19	10.0
3. เบิกข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	55	28.9
4. ประกันสุขภาพ รพ.รามา	30	15.8
5. ประกันสุขภาพ รพ. อื่นๆ	40	21.1
6. ประกันสังคม	19	10.0

ตารางผนวกที่ ข5 แบบสอบถาม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ข้อความ	ไม่ได้รับเลย	ได้รับน้อย	ได้รับมาก
1. ในที่ทำงานของท่านมีการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง	39(20.5)	94(49.5)	57(30.0)
2. ท่านได้รับความสะดวก การบริการที่ดีในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียในโรงพยาบาล รามาธิบดี	3(1.6)	61(32.1)	126(66.3)
3. ท่านได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล/สิทธิพิเศษ ต่างๆ ที่ทำให้ท่านลดภาระค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองโรค	44(23.2)	55(28.9)	91(47.9)
4. ท่านได้รับบริการเป็นอย่างดี และรวดเร็วในการติดตามผลการตรวจ	3(1.6)	64(33.7)	123(64.7)
5. ท่านสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้อย่างสะดวก และรวดเร็ว	3(1.6)	68(35.8)	119(62.6)

ตารางผนวกที่ ข6 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม

ข้อความ	ไม่ได้รับเลย	ได้รับน้อย	ได้รับมาก
การสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลต่างๆ	28(14.7)	97(51.1)	65(34.2)
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแก่ท่านเป็นประจำ			
2. กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสและก่อนการมีบุตรอย่างต่อเนื่อง	26(13.7)	121(63.7)	43(22.6)
3. ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนๆ ผู้ร่วมงานในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	30(15.8)	64(33.7)	96(50.5)
4. ท่านได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	5(2.6)	44(23.2)	141(74.2)
5. บิดา-มารดา และญาติ ของท่านคอยกระตุ้นเตือนสนับสนุนให้ท่านมารับการตรวจโรคธาลัสซีเมีย	26(13.7)	73(38.4)	91(47.9)
6. ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	40(21.1)	52(27.4)	98(51.6)
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ			
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อโทรทัศน์	42(22.1)	110(57.9)	38(20.0)
8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากโบสเตอร์ ป้ายประกาศต่างๆ	30(15.8)	101(53.2)	59(31.1)
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่างๆ	7(3.7)	99(52.1)	84(44.2)
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสถานบริการด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข	6(3.2)	87(45.8)	97(51.1)
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากอินเทอร์เน็ต	40(21.1)	79(41.6)	71(37.4)

ตารางผนวกที่ ข7 แบบสอบถาม การตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

ข้อความ	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง
1. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ เป็นโรคที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม	4(2.1)	4(2.1)	182(95.8)
2. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ผู้ที่เป็นพาหะของโรคจะมีสุขภาพเหมือนคนปกติทั่วไป แต่ถ้าแต่งงานกับคนที่ เป็นพาหะชนิดเดียวกันลูกมีโอกา สเป็นโรคได้	1(0.5)	9(4.7)	180(94.7)
3. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ถ้ามีลูกเป็นโรคจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธี ปลุกถ่ายไขกระดูกเท่านั้น	41(21.6)	48(25.3)	101(53.2)
4. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ เข้าใจว่าถ้าบิดามารดาเป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดเดียวกัน ลูกมีโอกา สเป็นโรค	20(10.5)	19(10.0)	151(79.5)
5. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ การตรวจเลือดจะทำให้รู้ว่าเป็นโรค หรือพาหะของโรค	1(0.5)	5(2.6)	184(96.8)
6. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ คิดว่าโรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ ประเทศไทย	18(9.5)	17(8.9)	155(81.6)
7. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านเชื่อว่าถ้ามีลูกเป็นโรคเด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิด เนื่องจากเจ็บป่วยบ่อย	24(12.6)	26(13.7)	140(73.7)
8. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านยอมรับว่านับเป็นความโชคดีที่สามารถตรวจหา ยีนธาลัสซีเมียที่ผิดปกติได้	5(2.6)	3(1.6)	182(95.8)
9. ท่านตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ เชื่อว่าบิดา-มารดา สามารถถ่ายทอดโรคธาลัสซีเมีย ให้แก่ลูกได้โดยไม่รู้ตัว	5(2.6)	3(1.6)	182(95.8)

ตารางผนวกที่ ข7 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง
10. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านยอมรับว่าตัวท่านเองมีส่วนสำคัญในการควบคุม และป้องกันโรคธาลัสซีเมีย	7(3.7)	20(10.5)	163(85.8)
11. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านคิดว่าการทำแท้งทารกในครรภ์ที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ	41(21.6)	37(19.5)	112(58.9)
12. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ การตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสหรือ ก่อนการตั้งครรภ์จะเป็นการช่วยป้องกันและควบคุม โรคได้	6(3.2)	4(2.1)	180(94.7)
13. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจ เกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร	12(6.3)	3(1.6)	175(92.1)
14. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่านครอบคลุมค่าใช้จ่าย ในการตรวจ	72(37.9)	21(11.1)	97(51.1)
15. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้	82(43.2)	7(3.7)	101(53.2)
16. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ในหน่วยงานของท่านมีการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง	73(38.4)	13(6.8)	104(54.7)
17. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านทราบข่าวมาว่าได้รับความสะดวก การบริการที่ดี ในการมารับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียใน โรงพยาบาลรามธิบดี	17(8.9)	9(4.7)	164(86.3)
18. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย แก่ท่านเป็นประจำ	77(40.5)	19(10.0)	94(49.5)

ตารางผนวกที่ ข7 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง
19. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการณรงค์ให้มีการตรวจ คัดกรองโรคธาลัสซีเมียก่อนการสมรสและก่อนการมี บุตรอย่างต่อเนื่อง	64(33.7)	10(5.3)	116(61.1)
20. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนๆ ผู้ร่วมงาน	69(36.3)	9(4.7)	112(58.9)
21. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ บิดา-มารดา และญาติ ของท่านคอยกระตุ้นเตือน สนับสนุนให้ท่านมารับการตรวจ	60(31.6)	5(2.6)	125(65.8)
22. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มิประสบการณ์การเจ็บป่วย	67(35.3)	3(1.6)	120(63.2)
23. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจากสื่อ โทรทัศน์	111(58.4)	11(5.8)	68(35.8)
24. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจาก โปสเตอร์ ป้ายประกาศต่างๆ	76(40.0)	11(5.8)	103(54.2)
25. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจาก วิทยุกระจายเสียง	116(61.1)	19(10.0)	55(28.9)
26. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจาก หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่างๆ	36(18.9)	9(4.7)	145(76.3)
27. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจาก สถานบริการด้านสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข	18(9.5)	13(6.8)	159(83.7)
28. ท่านตัดสินใจมารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียเพราะ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมียจาก อินเทอร์เน็ต	76(40.0)	6(3.2)	108(56.8)

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล : นางสาวสมพร พูลพานิชอุปลัมย์
วัน เดือน ปี ที่เกิด : 12 มิถุนายน 2521
สถานที่เกิด : จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา : จบปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2539-2543
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน : พยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
สถานที่ทำงานปัจจุบัน : โรงพยาบาลรามาธิบดี