

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้การบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิตในจังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโลหิต
 - 1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับหมู่โลหิต
 - 1.3 นโยบายเกี่ยวกับงานบริการโลหิต
 - 1.4 การบริจาคโลหิต
 - 1.5 ความรู้เกี่ยวกับเหล่ากาชาดจังหวัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ(PRECEDE Framework)
 - 2.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors)
 - 2.2 ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)
 - 2.3 ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)
3. แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ
 - 3.1 ความหมายของการตัดสินใจ
 - 3.2 ความสำคัญของการตัดสินใจ
 - 3.3 กระบวนการตัดสินใจ
 - 3.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
 - 4.1 ความหมายของการรับรู้
 - 4.2 กระบวนการของการรับรู้
 - 4.3 ปัจจัยกำหนดการรับรู้
 - 4.4 ลักษณะของผู้รับรู้
 - 4.5 เภณธ์การวัดการรับรู้ที่มีผลต่อการบริจาคโลหิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

การบริจาคโลหิตเป็นการสละโลหิตส่วนหนึ่งที่ร่างกายเหลือใช้เพื่อให้กับผู้ป่วย การรับบริจาคโลหิตอย่างเพียงพอและมีความปลอดภัยสูงสุด การบริจาคโลหิตจึงก่อให้เกิดคุณประโยชน์อย่างมหาศาลไม่สามารถคิดเป็นราคาหรือมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ โลหิตจึงไม่ใช่สินค้าทางเศรษฐกิจ แต่เป็นบริการทางการแพทย์ที่ควรได้มาจากการบริจาค ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตได้ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโลหิต

ความหมายของโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 6)กล่าวว่า โลหิตเป็นส่วนประกอบที่สำคัญต่อร่างกาย เป็นของเหลวข้นสีแดงที่ไหลเวียนอยู่ภายในหลอดโลหิตทั่วร่างกายโดยสูบฉีดจากหัวใจ โลหิตในร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วย เม็ดโลหิตแดง และพลาสมา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2553, เมษายน 5) ให้ความหมายของ โลหิต คือ ของเหลวสีแดงที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกายสร้างขึ้นจากไขกระดูก มี 3 ชนิด คือ เม็ดโลหิตแดง เม็ดโลหิตขาว และเกล็ดโลหิต ซึ่งแต่ละชนิดจะทำหน้าที่แตกต่างกันออกไป เม็ดโลหิตแดง ทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพื่อสันดาบอาหารให้เป็นพลังงาน เม็ดโลหิตขาว ทำหน้าที่ปกป้องและทำลาย สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย เกล็ดโลหิต ทำหน้าที่ช่วยให้โลหิตแข็งตัวและหยุดไหล

สรุป โลหิต เป็นของเหลวข้นสีแดงที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกายเป็นส่วนประกอบที่สำคัญต่อร่างกาย สร้างขึ้นจากไขกระดูก มี 3 ชนิด คือ เม็ดโลหิตแดง เม็ดโลหิตขาว และเกล็ดโลหิต

ความสำคัญของโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 6)กล่าวว่า โลหิตในร่างกายคนมีหน้าที่หลายอย่าง คือ เม็ดโลหิตแดง มีหน้าที่ขนส่งก๊าซออกซิเจนจากการหายใจเข้า และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ออกจากร่างกายเมื่อหายใจออก น้ำพลาสมามีหน้าที่ขนส่งอาหารโดยการดูดซึม สารอาหารจากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่กระแสโลหิตแล้ว ไหลเวียนส่งต่อไปให้เซลล์เนื้อเยื่อของอวัยวะทั่วร่างกายตลอดจนนำสารคัดหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อให้สามารถส่งต่อไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่ต้องการ สารสังเคราะห์ชนิดนั้น ๆ นอกจากนี้โลหิตยังมีหน้าที่รักษาอุณหภูมิของน้ำและเกลือแร่ รวมทั้งปรับระดับอุณหภูมิในร่างกายให้คงที่ด้วยการไหลเวียนของโลหิตไปทั่วร่างกาย อวัยวะที่ทำหน้าที่สร้างโลหิต คือ ไขกระดูก โดยเฉลี่ยแล้วปริมาณโลหิตในร่างกายผู้ใหญ่ปกติ จะมีประมาณร้อยละ 8 ของร่างกายคือประมาณ 5 - 6 ลิตร ในเพศชาย และ 4 - 5 ลิตรในเพศหญิง

ส่วนประกอบของโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 6-7) กล่าวว่า เมื่อนำโลหิตในร่างกายมาแยกส่วนประกอบของโลหิต จะได้ส่วนประกอบของโลหิต 2 ส่วน คือ เซลล์เม็ดโลหิต และพลาสมา

1.1 เซลล์เม็ดโลหิต จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 45 ของโลหิตทั้งหมด เซลล์เม็ดโลหิต มีคุณสมบัติพิเศษ คือ มีความหนืด มีความเข้มข้น และมีสีแดงสด เพราะสารฮีโมโกลบินในเม็ดโลหิตแดง ช่วยในการถ่ายเทออกซิเจนให้กับร่างกาย เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต มีกำหนดและพัฒนาการจากเซลล์เนื้อเยื่อและแทรกตัวเข้ามาอยู่ในอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างโลหิต โดยเฉพาะไขกระดูกซึ่งได้รับการกระตุ้นและควบคุมการสร้างเซลล์เม็ดโลหิตจากฮอร์โมนที่เฉพาะ วิวัฒนาการของการสร้างเม็ดโลหิตนั้นจะเกิดขึ้นพร้อมกับการปฏิสนธิของทารกในครรภ์ และดำเนินต่อไปหลังจากคลอดออกจากครรภ์มารดาแล้ว การสร้างเซลล์เม็ดโลหิตในแต่ละช่วงชีวิตมีการพัฒนาไปกับการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างมีระบบ และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน เซลล์เม็ดโลหิตที่สร้างจากไขกระดูก มี 3 ชนิด

1.1.1 เม็ดโลหิตแดง (erythrocytes) มีหน้าที่สำคัญในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เม็ดโลหิตแดงมีอายุการทำงานประมาณ 120 วัน หลังจากนั้นจะถูกทำลายที่ม้าม

1.1.2 เม็ดโลหิตขาว (leucocytes) ทำหน้าที่ปกป้องและทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และสารที่เป็นอันตรายอื่น ๆ เม็ดโลหิตขาวมีอายุการทำงานในกระแสโลหิตประมาณ 10 ชั่วโมง

1.1.3 เกล็ดโลหิต (platelets) ทำหน้าที่ช่วยในการห้ามโลหิตเมื่อหลอดเลือดมีการฉีกขาด และเกล็ดโลหิตจะเป็นตัวที่ก่อให้เกิดกลไกในการแข็งตัวของโลหิต ในภาวะปกติเกล็ดโลหิตจะช่วยเสริมความแข็งแรงของหลอดเลือด เกล็ดโลหิตมีอายุการทำงานในกระแสโลหิตประมาณ 5 - 10 วัน

เม็ดโลหิตทั้ง 3 ชนิด มีการเจริญเติบโตจากเซลล์อ่อน ไปเป็นเซลล์ที่เติบโตเต็มที่ และหลุดจากไขกระดูกเข้าไปในกระแสโลหิต เพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ กัน เม็ดโลหิตแดงทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจน เพื่อให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ใช้สันดาปอาหารเป็นพลังงาน โดยการดูดซึมสารอาหารจากกระเพาะอาหาร และลำไส้เข้าสู่กระแสโลหิตแล้วไหลเวียนผ่านไปยังตับและส่งต่อไปให้เซลล์เนื้อเยื่อของอวัยวะโดยเฉพาะจากต่อมไร้ท่อให้สามารถส่งต่อไปสู่อวัยวะต่าง ๆ เม็ดโลหิตขาว ทำหน้าที่ปกป้องและทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนเกล็ดโลหิตทำหน้าที่ช่วยให้โลหิตแข็งตัวตรงจุดที่มีการฉีกขาดของเส้นโลหิต เม็ดโลหิตแดงจะมีอายุการใช้งานในกระแสโลหิตประมาณ 120 วัน เม็ดโลหิตขาวอายุประมาณ 1 วัน และเกล็ดโลหิตอายุประมาณ 5 - 10 วัน (ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย, 2545, หน้า 8)

1.2 พลาสมา(plasma) พลาสมาหรือน้ำเหลือง คือ ส่วนที่เป็นของเหลวของโลหิตที่ทำให้เม็ดโลหิตทั้งหลายลอยตัวมีลักษณะเป็นของเหลวสีเหลือง จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 55 ของโลหิตทั้งหมด มีหน้าที่ควบคุมระดับความดัน และปริมาตรของโลหิต ป้องกันโลหิตออก และเป็นภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่จะเข้าสู่ร่างกาย พลาสมาประกอบด้วย 2 ส่วน

1.2.1 ส่วนที่เป็นน้ำ ประมาณร้อยละ 92 ประกอบด้วยน้ำ สารชีวเคมี เอนไซม์ ฮอร์โมน

1.2.2 ส่วนที่เป็นโปรตีน ประมาณร้อยละ 8 ซึ่งโปรตีนที่สำคัญ ได้แก่ แอลบูมิน มีหน้าที่รักษาความสมดุลของน้ำในหลอดเลือดและเนื้อเยื่อ อิมมูโนโกลบูลิน มีหน้าที่รักษาความสมดุลของน้ำในหลอดเลือดและเนื้อเยื่อ และสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของโลหิต

กล่าวโดยสรุปโลหิตในร่างกายมีหน้าที่สำคัญหลายอย่าง คือ ขนส่งก๊าซออกซิเจนจากการหายใจเข้าและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายเมื่อหายใจออก ทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจน เพื่อให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ใช้สันดาปอาหารเป็นพลังงาน และส่งต่อไปให้เซลล์เนื้อเยื่อของอวัยวะโดยเฉพาะจากต่อมไร้ท่อให้สามารถส่งต่อไปสู่อวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้โลหิตยังมีหน้าที่รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ปรับระดับอุณหภูมิในร่างกายให้คงที่ด้วยการไหลเวียนของโลหิตไปทั่วร่างกายเม็ดโลหิตขาวทำหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับหมู่โลหิต

ความหมายของหมู่โลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 13) กล่าวว่า หมู่โลหิต หมายถึง สารชีวเคมีพวกไกลโคโปรตีน หรือไกลโคไลปิด ที่ร่างกายสร้างขึ้นและปรากฏบนผิวเม็ดโลหิตต่าง ๆ โดยเฉพาะเม็ดโลหิตแดง อาจพบบนเซลล์เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผมหัน ในโลหิตบางหมู่ เช่น เอบีเอช (ABH) หรืออาจพบในพลาสมาหรือน้ำคั่งหลังในโลหิตบางหมู่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2553, เมษายน 5) กล่าวว่าหมู่โลหิต หมายถึง หมู่โลหิต หรือ กรุปเลือด คือ การแยกแยะเลือดเป็นหมวดหมู่ โดยทั่วไปที่ใช้มีสองระบบ คือ ระบบเอบีโอ (ABO System) และระบบอาร์เอช (Rh System) โดยจำแนกตามแอนติเจน (Antigen) บนเม็ดเลือดแดงที่มีอยู่

สรุป หมู่โลหิต หมายถึง การแยกแยะโลหิตออกเป็นหมวดหมู่โดยสารชีวเคมีพวกไกลโคโปรตีน หรือไกลโคไลปิด ที่ร่างกายสร้างขึ้นโดยทั่วไปที่ใช้มีสองระบบคือ ระบบเอบีโอ (ABO System) และระบบอาร์เอช (Rh System) โดยจำแนกตามแอนติเจน (Antigen) บนเม็ดเลือดแดงที่มีอยู่

ความสำคัญของหมู่โลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545 ,หน้า 13) กล่าวว่า ในปัจจุบัน คนเราควรทราบว่าตนเองมีหมู่โลหิตอะไร เพราะมีความสำคัญอย่างมากต่อการรับโลหิต และการบริจาคโลหิต ในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน โดยสรุปแล้วมีดังนี้

1. เป็นลักษณะจำเพาะที่พบบนผิวเม็ดโลหิต ทำให้แบ่งเป็นหมู่ต่าง ๆ กันไปในแต่ละบุคคล
2. สามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปฏิกิริยาจากการรับโลหิตผิดหมู่ได้
3. ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยการควบคุมของยีน จึงใช้เป็นหลักฐานพิสูจน์ทางนิติเวช และใช้ในการสืบเชื้อสายของเผ่าพันธุ์มนุษย์ได้

การจำแนกหมู่โลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545 ,หน้า 47 - 48) กล่าวว่า หมู่โลหิตสามารถจำแนกได้มากมายหลายระบบซึ่งมากกว่า 20 ระบบ ระบบหมู่โลหิตที่สำคัญที่มนุษย์ทุกคนควรทราบ ได้แก่ หมู่โลหิตระบบเอบีโอ (ABO) และระบบอาร์เอส (Rh)

1. การจำแนกหมู่โลหิตในระบบเอบีโอ (ABO) จะมีสารชีวเคมี (Antigen) เป็นตัวจำแนกหมู่โลหิต คือ แอนติเจน-เอ (antigen-A) และแอนติเจน-บี (antigen-B)เป็นตัวกำหนด กล่าวคือ

1.1 หมู่โลหิตเอ (A) คือ หมู่โลหิตที่มีแอนติเจน - เอ (antigen-A) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดงและมีแอนติบอดี - บี (antibody-B) อยู่ในน้ำเหลือง

1.2 หมู่โลหิตบี (B) คือ หมู่โลหิตที่มีแอนติเจน - บี (antigen-B) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง และมีแอนติบอดี - เอ (antibody-A) อยู่ในน้ำเหลือง

1.3 หมู่โลหิตโอ (O) คือ หมู่โลหิตที่ไม่มีแอนติเจน-เอ (antigen- A)และแอนติเจน - บี (antigen-B)อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง แต่มีแอนติบอดี - เอ(antibody - A) และแอนติบอดี - บี (antibody-B) อยู่ในน้ำเหลือง

1.4 หมู่โลหิตเอบี (AB) คือ หมู่โลหิตที่มีแอนติเจน - เอ (antigen - A) และแอนติเจน - บี (antigen-B) อยู่ที่ผิวของ เม็ดโลหิตแดงแต่ในน้ำเหลืองไม่มีแอนติบอดี - เอ (antibody-A) และแอนติบอดี - บี (antibody-B)

การจำแนกหมู่ข้างต้นอาศัยการค้นพบสารไกลโคโปรตีน(glycoprotein) ซึ่งฉาบอยู่บนเม็ดโลหิตเป็นสำคัญ เม็ดโลหิตที่มีสารโปรตีนเอ (A) เรียกว่าหมู่ โลหิตเอ (A) เม็ดโลหิตที่มีสารโปรตีนบี(B) เรียกว่าหมู่โลหิตบี(B) เม็ดโลหิตที่มีสารโปรตีนทั้งเอ(A) และ บี(B) เรียกว่าหมู่โลหิตเอบี(AB) เม็ดโลหิตที่ไม่มีสารโปรตีนเอ(A) และบี(B) เรียกว่าหมู่ โลหิตโอ(O) ร้อยละ 37.5 ของคนไทยมีหมู่โลหิตโอ(O) ซึ่งเป็นหมู่โลหิตที่พบบ่อยที่สุด รองลงไปเป็นหมู่บี (B) ร้อยละ 33.4 หมู่เอ (A) ร้อยละ 21.7 และหมู่เอบี (AB) ร้อยละ 7.4

2. หมู่โลหิตระบบอาร์เอช Rh โสहितหมู่พิเศษ นอกเหนือไปจากหมู่โลหิตเอบีโอ (ABO) และได้ตั้งชื่อหมู่โลหิตนี้ว่า อาร์เอช (Rh) เม็ดโลหิตแดง จะมีสารโปรตีนที่อยู่บนผิวของเม็ดโลหิตแดง ซึ่งเรียกว่า แอนติเจน - ดี (antigen - D) เป็นตัวบ่งบอกหมู่โลหิตระบบอาร์เอช-ดี (Rh-D) แบ่งออกเป็น 2 หมู่ คือ

1) หมู่โลหิตอาร์เอชบวก(Rh positive) คือ หมู่โลหิตที่มีแอนติเจน-ดี (antigen - D) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดงในคนไทยมีหมู่โลหิตนี้ประมาณร้อยละ 99.7

2) หมู่โลหิตอาร์เอชลบ(Rh negative) คือ หมู่โลหิตที่ไม่มีแอนติเจน-ดี (antigen-D) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง ในคนไทยพบว่า มีหมู่โลหิตนี้เพียงร้อยละ 0.3 หรือ 1,000 คน จะพบเพียง 3 คน เท่านั้น ซึ่งเรามักเรียกว่า "หมู่โลหิตพิเศษ"

การจำแนกหมู่โลหิตระบบอาร์เอช (Rh) กล่าวคือเม็ดโลหิตที่มีสารอาร์เอช (Rh) หรือสารดี D อยู่ด้วย เรียกว่าอาร์เอชบวก (Rh positive) ส่วนเม็ดโลหิตที่ไม่พบสารดี D เรียกว่าอาร์เอชลบ (Rh negative) ในคนไทย 1,000 คนจะพบอาร์เอชบวก(Rh positive) 997 คน และอาร์เอชลบ (Rh negative) เพียง 3 คน ดังนั้น อาร์เอชลบ (Rh negative) จึงเป็นหมู่โลหิตที่ยากในประเทศไทย นิยมเรียกว่าหมู่โลหิตพิเศษในการถ่ายโลหิตต้องให้หมู่โลหิตของผู้ให้และผู้รับตรงกัน จึงจะปลอดภัย การให้โลหิตต่างหมู่จะเกิดปฏิกิริยาอย่างรุนแรงและทำให้ผู้รับโลหิตเสียชีวิตได้ ดังนั้น การตรวจสอบอย่างรอบคอบก่อนนำโลหิตไปให้ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญยิ่ง

3. นโยบายเกี่ยวกับงานบริการโลหิต

3.1 นโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลหิต

กระทรวงสาธารณสุข (2549, หน้า15-17) ได้กำหนดนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลหิตไว้ว่า รัฐต้องสนับสนุนให้มีโลหิตอย่างเพียงพอและปลอดภัย และให้มีบริการโลหิตต้องไม่เป็นการแสวงหากำไร โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นแกนกลางในการดำเนินงานบริการโลหิตของประเทศ มีส่วนราชการและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ สนับสนุน โดยมีกลวิธีต่อไปนี้

3.1.1 หน่วยงานทุกหน่วยทั้งภาครัฐและเอกชนต้องให้ความร่วมมือเพื่อจัดหาโลหิตบริจาค

3.1.2 ทุกจังหวัดควรจัดหาโลหิตที่ได้จากการบริจาคให้เพียงพอโดยมีสาขาบริการโลหิตแห่งชาติ เหล่ากาชาดจังหวัดเป็นแกนกลาง

3.1.3 การให้บริการโลหิตของสถานบริการ จะต้อง มีหน่วยงานในสถานบริการรับผิดชอบโดยตรง โดยมีการจัดบุคลากรงบประมาณสนับสนุนในด้านเครื่องมือตามหลักวิชาการให้เพียงพอและทันต่อเหตุการณ์

3.1.4 จัดให้มีการศึกษาแนะแนว ทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้บริจาคทั้งก่อนและหลังบริจาค

3.1.5 โลหิตทุกหน่วยจะต้องผ่านการตรวจตามมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดไว้
ก่อนนำไปใช้

3.1.6 ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการใช้โลหิตอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
ได้แก่

- 1) ไม่ใช่โลหิตโดยไม่จำเป็น
- 2) ให้ความรู้ในสวนประกอบของโลหิตอย่างถูกต้องและแพร่หลาย
- 3) กระตุ้นให้มีการใช้โลหิตของตนเอง ให้มากขึ้น

3.1.7 ให้มีการประสานงานระหว่างผู้จัดหาโลหิต และผู้ใช้โลหิต เพื่อให้การ
จัดหาและการใช้เป็นไปอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

3.1.8 ให้มีระบบประกันคุณภาพในงานบริการโลหิต

3.1.9 ให้มีการพัฒนาบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับงานบริการโลหิต
อย่างต่อเนื่อง

3.1.10 ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัย และพัฒนาระบบงานบริการโลหิต
อย่างต่อเนื่อง

3.2 นโยบายการจัดการโลหิตและการจัดเก็บโลหิต

กระทรวงสาธารณสุข (2549, หน้า 19-20) กล่าวว่า ทุกหน่วยจะต้องได้รับ
โลหิตจากการบริจาคที่มีมาตรฐาน การคัดเลือกผู้บริจาค และเจาะเก็บโลหิต ทุกจังหวัดควร
จัดหาโลหิตให้เพียงพอ โดยมีสาขาบริการโลหิตแห่งชาติ เหล่ากาชาดจังหวัดเป็นแกนกลาง โดย
มีกลวิธีดังนี้

3.2.1 กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการตรวจโลหิตทุกหน่วยที่ได้รับบริจาคโดย
จะต้องทำการตรวจดังต่อไปนี้

3.2.2 หมู่โลหิตระบบเอบีโอ (ABO) ต้องตรวจกลุ่มเซลล์ (cell grouping)
และกลุ่มเซรัมหรือน้ำเหลือง (serum grouping)

3.2.3 หมู่โลหิตระบบอาร์เอส (Rh) ตรวจหาแอนติ ดี บวก (anti - D positive)
และลบ (negative)

3.2.4 ภูมิต้านทานของร่างกาย (antibody) ถ้าสามารถทำได้

3.2.5 ร่องรอยการติดเชื้อที่ถ่ายทอดได้โดยการให้โลหิต โดยวิธีที่ไวพอและ
เชื่อถือได้ ได้แก่ ซิฟิลิส ทดสอบโดยวิธีวีดีอาร์แอล (VDRL) ไวรัสตับอักเสบบี ทดสอบโดยหา
เฮปบีเอสแอนติเจน (HBsAg) ไวรัสเอชไอวี (HIV) ทดสอบโดยหาแอนติ เอชไอวี (anti - HIV)
หรือเอชไอวี แอนติเจน (HIV antigen) ไวรัสตับอักเสบบี ทดสอบโดยหาแอนติ เอชซีวี (anti -
HCV)

3.2.6 ตรวจสอบทะเบียนประวัติผู้บริจาคโลหิต ถ้ามีข้อสงสัย

3.2.7 โลหิตทุกหน่วยจะมีฉลากระบุข้อมูล ชื่อ-นามสกุลผู้บริจาคโลหิต

เลขที่หมูโลहित ชนิดของส่วนประกอบของโลहितชนิดและจำนวนน้ำยากันโลहितแข็งตัว ผลการตรวจของข้อ 1.2 – 1.4 อุณหภูมิที่เก็บต้องเหมาะสม

3.2.8 ให้มีการตรวจสอบ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 2 ระดับ

3.2.9 มีการตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพจากภายใน

3.2.10 ร่วมในกิจกรรมการตรวจสอบคุณภาพภายนอก

3.2.11 ดำเนินการตามความเหมาะสม เพื่อตรวจสอบและกำกับดูแลให้ เป็นไปตามมาตรฐาน

3.3 นโยบายเรื่องการจัดรูปแบบการบริหารงานบริการโลहितที่เหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุข (2549, หน้า 20) กล่าวว่า รูปแบบการบริหารงานโลहितที่เหมาะสมควรดำเนินงานตามนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลहित โดยศูนย์บริการงานโลहितแห่งชาติ และสาขาบริการโลहितแห่งชาติ เหล่ากาชาดจังหวัด โดยมีกลวิธีดังนี้

3.3.1 ให้มีการประสานงานอย่างใกล้ชิด ระหว่างผู้ใช้กับผู้จัดทำดังนี้

1) โรงพยาบาลกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนและมีหน้าที่ในการเจาะเก็บโลहितและตรวจโลहित โดยมีแพทย์ร่วมออกไปรับบริจาคโลहितทุกครั้ง

2) คณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัดมีหน้าที่จัดหาผู้บริจาคโลहित

3) มีผู้ประสานงานระหว่างฝ่ายทั้งฝ่ายกาชาดและฝ่ายโรงพยาบาลให้ชัดเจน ซึ่งแต่งตั้งโดยนายกเหล่ากาชาดจังหวัด

3.3.2. โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีกลุ่มหรือฝ่ายธนาคารโลहितแยกออกมาให้ชัดเจน มีหน้าที่เจาะเก็บโลहित ตรวจโลहित โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบหรือรับเป็นที่ปรึกษาตลอดจนมีกรอบอัตรากำลังและงบประมาณที่เหมาะสม

3.3.3. ให้มีระบบการจัดหา และจ่ายโลहितในแต่ละจังหวัด ในลักษณะเครือข่ายที่มีความร่วมมืออย่างใกล้ชิด โดยอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสาขาบริการโลहितแห่งชาติเหล่ากาชาดนั้น ๆ

3.3.4. การเปิดสาขาบริการโลहितแห่งชาติในระดับอำเภอ ต้องได้รับความเห็นชอบจากนายกเหล่ากาชาดจังหวัด

4. การบริจาคโลहित

ศูนย์บริการโลहितแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 12 - 13) กล่าวว่า การบริจาคโลहितเป็นการนำโลहितออกจากร่างกาย โดยเจาะออกทางเส้นเลือดดำ ครั้งหนึ่งประมาณ 350 - 450 มิลลิลิตร (ซี.ซี.) หรือประมาณ 10-12 เปอร์เซ็นต์ของร่างกาย การนำโลहितออกจากร่างกายในปริมาณดังกล่าว ไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายแต่อย่างใด แต่จะช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกทำงานได้ดีขึ้น ในทำนองเดียวกันการออกกำลังกายที่ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อขาชาติขึ้น ระบบไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น แต่ทั้งนี้หมายถึงการบริจาคโลहितซึ่งไม่บ่อยเกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ บริจาค 3 เดือนต่อครั้ง มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะโลहितจางจากการสูญเสียธาตุ

เหล็กได้ ผู้บริจาคโลหิตจึงควรบริจาคโลหิต ในขณะที่รู้สึกว่าร่างกายของตนสมบูรณ์เท่านั้น ไม่ควรฝืนใจบริจาคโลหิตเมื่อรู้สึกว่าร่างกายของตนไม่ปกติ เมื่อได้รับโลหิตจากผู้บริจาคแล้ว ก่อนนำไปจ่ายให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องผ่านการตรวจตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกคือ การตรวจหาหมู่โลหิตทุกระบบ ตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B) เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (hepatitis C) เชื้อเอชไอวี(HIV) เชื้อซิฟิลิส(syphilis) นอกจากนี้ยังนำโลหิตไปแยกส่วนประกอบ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยต่อไป โดยการนำโลหิตมาแยกส่วนประกอบ เพื่อเป็นการนำโลหิตที่เหมาะสมไปใช้ได้ตรงตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1) เม็ดโลหิตแดง นำไปให้กับผู้ป่วยที่เสียโลหิตโดยฉับพลัน และใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจาง

2) เม็ดโลหิตขาว นำไปให้กับผู้ป่วยที่มีเม็ดโลหิตขาวต่ำ เพื่อเสริมความต้านทานในการฆ่าเชื้อโรค ที่เข้ามาในร่างกาย

3) เกล็ดโลหิต นำไปให้กับผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกไม่หยุด ผู้ป่วยโรคไขเลือดออกและโรคไขกระดูกฝ่อ

4) พลาสมาและน้ำเหลือง คือ ส่วนของเหลวที่แยกออกจากเซลล์เม็ดโลหิตมีสีเหลืองอ่อนเป็นส่วนที่เก็บไว้ได้ง่าย และสะดวกกว่าโลหิตในกรณีฉุกเฉินสามารถใช้พลาสมาแทนโลหิตได้ และใช้รักษาผู้ป่วยที่ถูกน้ำร้อนลวก หรือไฟไหม้ได้ดี ในพลาสมามีโปรตีนอยู่หลายชนิดที่สำคัญและแยกใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ เช่น แอลบูมิน (albumin) ใช้ในการรักษาโรคที่ขาดโปรตีน เช่น โรคบวม โรคตับ โรคไตบางชนิด และโรคขาดสารอาหารในเด็ก อิมมูโนโกลบูลิน(immunoglobulin) ใช้รักษาและป้องกันโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคอีสุกอีใส(chickenpox) โรคตับอักเสบบี(hepatitis) โรคพิษสุนัขบ้า(rabies) ไครโอพรีซิปีเตท(cryoprecipitate) ใช้สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคฮีโมฟีเลีย (hemophilia) หรือโรคเลือดไหลไม่หยุด สารโปรตีน fibrinogen ใช้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลแล้วเลือดไหลไม่หยุด

4.1 ผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 14) กล่าวว่า ผู้บริจาคโลหิตแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

4.1.1 ผู้บริจาคโลหิตทดแทน การบริจาคโลหิตทดแทนเป็นสิ่งปกติในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วไป หมายถึงการบริจาคโลหิตเพื่อทดแทนโลหิตที่โรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ผู้บริจาคทดแทนอาจเป็นญาติผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่ญาติพามาโดยผู้บริจาคจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากโรงพยาบาลหรือธนาคารเลือด แต่อาจได้รับเงินตอบแทนจากญาติผู้ป่วย การบริจาคประเภทนี้มีทั้งแบบเจาะจง และไม่เจาะจงผู้รับโลหิต การศึกษาวิจัยหลายประเทศพบว่า โลหิตจากการบริจาคทดแทนมีคุณภาพไม่ดีเท่ากับโลหิตจากผู้บริจาคที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนเพราะการที่โรงพยาบาลมอบให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้จัดหาผู้บริจาคโลหิตเอง อาจทำให้ไม่สามารถนำวิธีคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตมาใช้กับผู้บริจาคโลหิตประเภทนี้ได้

4.1.2 ผู้บริจาคโลหิตหวังสิ่งตอบแทน คือผู้บริจาคที่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินสดหรือสิ่งของอื่นๆ ที่สามารถตีราคาเป็นเงินจากการบริจาคโลหิต ผู้บริจาคประเภทนี้อาจทำการขายโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และแม้แต่มีสัญญาซื้อขายโลหิตกับธนาคารเลือดบางรายอาจขายโลหิตให้แก่ธนาคารเลือดมากกว่า 1 แห่ง

4.1.3 ผู้บริจาคโลหิตไม่หวังสิ่งตอบแทน คือผู้บริจาคโลหิตด้วยความสมัครใจ มุ่งที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์เป็นสำคัญ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือประโยชน์ส่วนตัวใดๆ จากการบริจาคโลหิตไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทนในรูปของเงินตราหรือสิ่งของที่ตีราคาเป็นตัวเงินได้ การบริจาคโลหิตโดยผู้บริจาคที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นรูปแบบที่ดีที่สุดของงานบริการโลหิตซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดมีขึ้นในประเทศต่างๆ

4.2 คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต (ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย, 2552, หน้า 17)

4.2.1 บริจาคได้ทั้งหญิงและชายที่มีสุขภาพแข็งแรง

4.2.2 อายุระหว่าง 17-70 ปี บริบูรณ์ผู้ที่อายุ 17 ปี ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง

4.3 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 15) การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตควรดำเนินการตามเกณฑ์ในการคัดเลือกที่จัดทำไว้เป็นลายลักษณ์อักษรและควรรับเฉพาะผู้สมัครใจบริจาคที่มีสุขภาพดีเท่านั้น ก่อนบริจาคโลหิตผู้บริจาคควรได้รับการแนะนำเกี่ยวกับข้อกำหนดต่างๆ สำหรับผู้บริจาครวมถึงความเสี่ยงและอาการไม่สบายโดยทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นในการบริจาค ผู้บริจาคควรได้รับการชี้แจงว่าโลหิตที่บริจาคอาจจะถูกนำไปตรวจสอบหาเชื้อก่อโรค รวมทั้งปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้รับโลหิต ผู้บริจาคต้องลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม ก่อนการเจาะเก็บโลหิต การบ่งชี้ผู้บริจาค การสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกผู้บริจาคและการประเมินผู้บริจาคควรดำเนินการทันทีก่อนการบริจาคแต่ละครั้ง

4.3.1 เกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับการคัดเลือกผู้บริจาคควรกำหนดโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติและควรมีตัวบ่งชี้ที่สำคัญ คือ 1) ช่วงอายุของผู้บริจาค 2) ความถี่ที่ยินยอมให้ทำการบริจาคโลหิต 3) ปริมาตรโลหิตสูงสุดที่เจาะเก็บในแต่ละครั้งที่บริจาค 4) ระยะเวลาห่างในการบริจาคโลหิตแต่ละครั้ง 5) ขอบเขตการประเมินด้านการแพทย์ 6) การประเมินประวัติด้านการแพทย์ รวมทั้งประวัติการเป็นโรคติดเชื้อต่างๆ (รวมทั้งโรคระบาดประจำท้องถิ่น) 7) ปัจจัยในประวัติและพฤติกรรมซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อ 8) เหตุผลและระยะเวลาในการปฏิเสธรับบริจาคโลหิตชั่วคราว 9) เหตุผลในการปฏิเสธการรับบริจาคโลหิตถาวร และ 10) ชนิดของยารักษาโรคที่ใช้

4.3.2 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 - 70 ปี

ผู้บริจาคโลหิตอายุ 60 - 65 ปี

- 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตประจำจนกระทั่งอายุ 60 ปี
- 2) บริจาคได้ไม่เกินปีละ 3 ครั้งคือทุก 4 เดือน
- 3) ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count :CBC)

ทุกครั้งก่อนบริจาคโลหิต

4) ตรวจหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (serum ferritin :SF), การตรวจเคมีเลือด (blood chemistry : BC) ปีละ 1 ครั้ง

5) แพทย์หรือพยาบาลพิจารณาและบันทึกผลเอสเอฟ (SF) และค่าฮีโมโกลบิน (Hb) , ปริมาณเม็ดเลือดแดง (hematocrit) และค่าที่ผิดปกติของบีซี (BC) ถ้าผลเลือดและความดันปกติอนุญาตให้บริจาคได้

ผู้บริจาคโลหิตอายุ 65 – 70 ปี

- 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตประจำต่อเนื่องในช่วงอายุ 60 – 65 ปี
- 2) บริจาคได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้งคือทุก 6 เดือน
- 3) ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count : CBC) ทุกครั้งก่อนบริจาคโลหิต

CBC) ทุกครั้งก่อนบริจาคโลหิต

4) ตรวจหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (serum ferritin : SF), การตรวจเคมีเลือด (blood chemistry : BC) และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ปีละ 1 ครั้ง

5) มีใบรับรองแพทย์ ออกโดยแพทย์ประจำตัว หรือแพทย์ของคุณย

4.3.3 แบ่งผู้บริจาคโลหิตที่อายุเกิน 60 ปี ออกเป็น 2 กรณี

1) บริจาคต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่ออายุ ครบ 60 ปี แล้วเจาะเลือดตรวจตามที่กำหนด ให้ดูผล CBC ถ้าไม่ซีดให้บริจาคได้เลยในวันนั้น ส่วนผล Lab อื่นๆจะนำมาใช้ประกอบการบริจาคโลหิตครั้งต่อไป

2) บริจาคโลหิตไม่สม่ำเสมอ ให้เจาะเลือดตามที่กำหนด และนัดให้บริจาคมาฟังผลเพื่อพิจารณาการรับบริจาคโลหิต ภายใน 1- 2 สัปดาห์

(1) น้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไป

(2) ไม่อยู่ในภาวะน้ำหนักลดมากในระยะสั้นโดยไม่ทราบสาเหตุ

(3) ไม่มีประวัติเป็นผู้เสพยาเสพติด (ชนิดฉีด)

(4) ต้องไม่เป็นโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี หรือ ดีซ่าน

ตัวเหลือง ตาเหลือง

(5) ไม่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ และไม่เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรม

เสี่ยงต่อโรคเอดส์

(6) ความดันโลหิต ซิสโตลิส ไม่ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท
 (7) ไม่เป็นไข้มาลาเรียมาในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา และไม่เป็
 กามโรค โรคติดเชื้อต่างๆ ไอเรื้อรัง ไอมีโลหิต โลหิตออกง่ายผิดปกติ โรคเลือดชนิดต่างๆ
 โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคลมชัก โรคผิวหนังเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรค
 ไทรอยด์

(8) สตรีไม่ควรอยู่ในระหว่างมีประจำเดือน หรือตั้งครรภ์

(9) งดการบริจาคโลหิตภายหลังผ่าตัด คลอดบุตร หรือแท้ง
 บุตร 6 เดือน (ถ้ามีการรับโลหิตต้องงดบริจาคโลหิต 1 ปี)

(10) นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ก่อนมาบริจาคโลหิตอย่างน้อย 6
 ชั่วโมง และเว้นระยะ 3 เดือน ถ้าเคยบริจาคโลหิตมาก่อน

(11) ผู้ต้องชั่งพันโทษแล้ว 3 ปี จึงจะบริจาคโลหิตได้

4.3.4 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดผลตามมา
 หลายประการ ได้แก่

- 1) ลดความเสี่ยงของผู้บริจาคโลหิต เช่นสุขภาพไม่พร้อม
- 2) ลดความเสี่ยงของผู้รับโลหิต เช่น โลหิตไม่มีคุณภาพ
- 3) ลดความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่เจาะเก็บโลหิตหรือ
 ห้องปฏิบัติการที่ต้องสัมผัสกับโลหิตติดเชื้อ
- 4) ลดค่าใช้จ่ายสำหรับโลหิตที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ เช่น ค่าถุงเลือด
 ค่าตรวจคุณภาพโลหิต เป็นต้น

4.3.5 หลักการขององค์การอนามัยโลกในการรับบริจาคโลหิต สำหรับกา
 จะได้โลหิตที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วย คือ

- 1) เป็นการบริจาคโลหิตโดยบุคคลทั่วไปที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน
- 2) ส่งเสริมให้มีการคงไว้หรือสงวนรักษาจำนวนผู้บริจาคโลหิตประจำ
 มากขึ้น
- 3) ควรมีระบบการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต ที่เชื่อถือได้
- 4) ควรมีการปฏิบัติที่ดีต่อผู้บริจาคโลหิตทั้งก่อนบริจาค ขณะบริจาค
 และหลังบริจาค

5) ควรมีระบบติดตามข้อมูลโลหิตที่ได้รับบริจาคและการรักษา
 ความลับการติดเชื้อของผู้บริจาคโลหิตเฉพาะบุคคล

4.4 กระบวนการคัดกรองผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 25)กล่าวว่า
 ปัจจุบันไม่อาจยืนยันหรือรับประกันได้ว่า ร้อยเปอร์เซ็นต์ว่า โลหิตที่บริจาคทุกยูนิตมีคุณภาพ และ
 ความปลอดภัยสูงสุด ด้วยเหตุนี้ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จึงได้รณรงค์จัดหา

ผู้บริจาคโลหิตโดยการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างละเอียดเพื่อให้ได้โลหิตที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยสูงสุด ด้วยการกำหนดขั้นตอนการคัดกรองไว้ด้วยการ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองโดยผู้บริจาคเป็นผู้คัดกรองตัวเอง โดยพิจารณาจาก 2 ประเด็นใหญ่ คือ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง พร้อมทั้งจะเสียสละหรือไม่ แต่ถ้าไม่พร้อมผู้บริจาคจะต้องยอมรับสภาพร่างกายของตัวเอง และไม่ควรจะบริจาคโลหิตโดยเด็ดขาดเพราะจะเป็นการทำลายชีวิตของคนอื่นและอาจทำลายตัวเองอีกด้วย และประการที่สองต้องเชื่อในความปลอดภัยของตนเอง เนื่องจากในการบริจาคโลหิต บางที่อาจจะเพิ่งได้รับเชื้อมาปริมาณ ไม่มากพอที่จะตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ผู้บริจาคโลหิตต้องพึงสังวรและสำนึกอยู่ตลอดเวลาว่าโลหิตที่บริจาคไปนั้น ถ้าไม่ปลอดภัยปลอดภัย เชื่อ อาจส่งผลเสียหายอย่างรุนแรงแก่ผู้รับโลหิตได้

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองเจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีประสบการณ์ในงานบริการโลหิตมาก่อนเป็นอย่างดี และมีความพร้อมที่จะพูดคุย ชักถามในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรที่จะได้มาซึ่งโลหิตที่ถามเพิ่มเติมในบางหัวข้อที่ผู้บริจาคโลหิตตอบไว้ว่า สมควรจะบริจาคหรือไม่ ซึ่งบางครั้งผู้บริจาคอาจไม่ตอบตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนอีกขั้นตอนหนึ่งที่จะรับรองว่า ผู้บริจาคโลหิตมีความปลอดภัยจากเชื้อโรคต่างๆ จริงหรือไม่ ด้วยการตรวจหมู่โลหิตเอบีโอ (ABO) ระบบโลหิตหมู่พิเศษและตรวจหาการติดเชื้อ 4 ชนิด คือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสเอชไอวี และเชื้อซิฟิลิส การตรวจทางห้องปฏิบัติการนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการคัดกรองผู้บริจาคโลหิต ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้บริจาคโลหิตที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยสูงสุดหรือไม่ และโลหิตบริจาคนี้ ควรจะนำไปใช้รักษาผู้ป่วย หรือว่านำไปทำลายทิ้ง ตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 4 การบริจาคโลหิตด้วยระบบควบคุมคุณภาพ และระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบนี้ เริ่มตั้งแต่การลงทะเบียนโลหิตด้วยหมายเลขและกำกับด้วยแถบรหัส ประกอบด้วยหลักฐานเอกสารที่สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ทุกขั้นตอนและใช้ระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาประกอบการควบคุมระบบคุณภาพอีกชั้นหนึ่ง โดยการรับจ่ายโลหิตทุกยูนิตด้วยการอ่านผ่าน เพื่อให้การเจาะเก็บโลหิตจากผู้บริจาคโลหิตและการจ่ายโลหิตไปยังผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพผ่านขั้นตอนมาตรฐานทุกขั้นตอน และในกรณีที่โลหิตติดเชื้อ หรือมีปัญหาพบทางห้องปฏิบัติการ คอมพิวเตอร์จะล็อกไว้และมีสัญญาณเตือนหรือเครื่องหมายบอกไว้ว่าไม่สามารถจ่ายได้

4.5 ขั้นตอนการบริจาคโลหิต

สภากาชาดไทย ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ (2548 ,หน้า 15-16) กำหนดขั้นตอนการบริจาคโลหิตไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำหรับผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก เขียนใบสมัครบริจาคโลหิต

1) กรอก ชื่อ นามสกุล วัน เดือน ปีเกิด สถานที่ทำงาน หรือสถานที่ศึกษา ที่อยู่ให้ชัดเจน

2) อ่านรายละเอียดของข้อสอบถามในใบสมัครและคำตอบตามความเป็นจริง

3) ระบุความต้องการทราบผลโลหิต หรือไม่ต้องการทราบผลโลหิต

4) ลงนามผู้บริจาค

5) เจ้าหน้าที่จะซักถามเกี่ยวกับ คุณสมบัติ ประวัติสุขภาพ และรายละเอียดในใบสมัครของผู้ประสงค์บริจาคโลหิต ส่วนผู้บริจาคเดิมให้ยื่นบัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิตกับเจ้าหน้าที่ได้ทันที

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือด ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเจาะเก็บที่ปลายนิ้ว และทดสอบกับน้ำยาคอปเปอร์ซัลเฟต(CuSO_4) โดยผู้หญิงต้องมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินไม่น้อยกว่า 12 กรัม/เดซิลิตร โดยทดสอบกับน้ำยาคอปเปอร์ซัลเฟตร้อยละ 80 ซึ่งมีความถ่วงจำเพาะ (specific gravity) เท่ากับ 1.051 และผู้ชายต้องมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินไม่น้อยกว่า 13 กรัม/เดซิลิตร โดยทดสอบกับน้ำยาคอปเปอร์ซัลเฟตร้อยละ 90 ซึ่งมีความถ่วงจำเพาะ (specific gravity) เท่ากับ 1.053 ซึ่งจะมีความเข้มข้นโลหิตได้มาตรฐาน ถ้าหากตรวจสอบแล้วไม่ได้มาตรฐาน เจ้าหน้าที่ขอให้งดบริจาคโลหิต

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบสภาพร่างกายโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ถ้าหากแพทย์มีความเห็นว่า สุขภาพไม่พร้อมก็จะขอให้งดบริจาคโลหิต

ขั้นตอนที่ 4 บริจาคโลหิตโดยพยาบาลจะทำหน้าที่เจาะเก็บโลหิต ซึ่งจะเป็นบุคคลที่มีความชำนาญมาก ในการเจาะเก็บโลหิตเพื่อสร้างความอบอุ่นใจ และลดความกลัวเจ็บจากการบริจาคโลหิต สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเก็บโลหิต เป็นของใหม่ที่ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อเรียบร้อยแล้ว และใช้เพียงครั้งเดียว คนเดียวแล้วทิ้ง

ขั้นตอนที่ 5 หลังจากบริจาคโลหิต หน่วยรับบริจาคโลหิต จะบริการอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม และทำแผลหลังการเจาะเก็บโลหิตบริเวณที่ข้อพับแขน

4.6 ข้อปฏิบัติก่อนและหลังการบริจาคโลหิตสำหรับผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 17)กล่าวว่า ก่อนบริจาคโลหิต ควรปฏิบัติ ดังนี้

1) ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง

2) ควรมีสภาพดีทุกประการ ไม่ควรอยู่ระหว่างรับประทานยาประเภทปฏิชีวนะและนิตยา

3) สตรีต้องไม่อยู่ระหว่างมีรอบเดือน

4) ควรรับประทานอาหารมาให้เรียบร้อย ก่อนมาบริจาคโลหิตแต่อาหารนั้นไม่ควรมีไขมันมาก ควรเป็นอาหารเบาๆ ย่อยง่าย

5) ควรเติมน้ำหรือน้ำผลไม้ (ยกเว้นเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน) ให้มากในวันที่
 ปรึกษาโลหิต

6) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมาปรึกษาโลหิต อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

7) ไม่ควรสูบบุหรี่ก่อนและหลังปรึกษาโลหิต 1 ชั่วโมง

หลังการปรึกษาโลหิต ควรปฏิบัติดังนี้

1) ควรนอนพักบนเตียงสักครู่ หลังการเจาะเก็บโลหิตห้ามลุกจากเตียงทันที
 เพราะอาจทำให้เวียนศีรษะเป็นลมได้

2) ควรรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มที่จัดบริการให้หากมีอาการเวียน
 ศีรษะ รู้สึกจะเป็นลมให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที

4.7 การเจาะเก็บโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 19)กล่าวว่า ห้อง
 เจาะเก็บโลหิตควรได้รับการจัดการ ให้เกิดความมั่นใจได้ว่าโลหิตถูกเจาะเก็บในสภาพแวดล้อม
 ที่ปลอดภัยและสะอาด วิธีการเจาะเก็บโลหิตควรได้รับการออกแบบเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการ
 ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

สถานที่เจาะเก็บโลหิตควรถูกกำหนดหรือออกแบบและจัดการเพื่อลดความ
 ผิดพลาด ควรคำนึงถึง การจัดการเกี่ยวกับเตียงผู้บริจาค และถุงบรรจุโลหิต ตัวอย่างและการปิด
 ฉลาก การเจาะเก็บโลหิต และส่วนประกอบโลหิตควรดำเนินการ แบบปราศจากเชื้อ ควร
 ตรวจสอบระบบเจาะเก็บโลหิตก่อน ใช้เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีความเสียหาย หรือถูกปนเปื้อน และ
 เหมาะสมกับการเจาะเก็บที่ต้องการ

ควรมีระบบที่ทำให้มั่นใจว่าในการบริจาคแต่ละครั้งสามารถสอบกลับไปหา
 รุ่นที่ทำการเจาะเก็บและระบบวิธีการที่ใช้ในการเจาะเก็บ และการเตรียมเป็นส่วนประกอบโลหิต

ควรเตรียมตำแหน่งที่จะเจาะเก็บโลหิตโดยใช้วิธีการฆ่าเชื้อที่กำหนดและมี
 ประสิทธิภาพ ควรตรวจสอบความถูกต้องผู้บริจาคซ้ำทันทีก่อนเจาะเก็บโลหิต

ในกรณีที่เก็บเจาะโลหิตเป็นครั้งที่สอง ควรเจาะเก็บโลหิตในตำแหน่งใหม่
 รวมทั้งใช้ระบบการเจาะเก็บโลหิตใหม่ ยกเว้นแต่ไม่มีการปนเปื้อนในระบบการเจาะเก็บโลหิต
 เริ่มแรก

ถุงเก็บโลหิตที่มีน้ำยาป้องกันโลหิตแข็งตัว ควรได้รับการการผสมเบา ๆ
 ทันที ภายหลังจากเริ่มเจาะเก็บโลหิตและผสมอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างช่วงเวลาเจาะเก็บโลหิต

ไม่ควรรบกวนการไหลของโลหิตเป็นระยะเวลานาน ในระหว่างการเจาะเก็บ
 โลหิตควรระบุและควบคุมเวลาของการเจาะเก็บโลหิต สำหรับนำไปเตรียมเป็นส่วนประกอบ
 โลหิตการบริจาคโลหิตที่ใช้เวลาในการเจาะเก็บเกินกว่าที่กำหนดควรทำบันทึก และไม่ควรรนำ
 โลหิตนั้นมาเตรียมปั่นแยกเป็นส่วนประกอบโลหิต

เมื่อสิ้นสุดการเจาะเก็บโลหิต ควรปิดฉีกปลายสายและทำให้โลหิตที่อยู่ในสายผสมกับน้ำยาป้องกันโลหิตแข็งตัวโดยเร็ว หรือฉีดฉีกสาย ในตำแหน่งที่ใกล้กับถุงบรรจุโลหิตมากที่สุด

การติดป้ายแสดงหมายเลขการบริจาคในบันทึกถุงบรรจุโลหิตและตัวอย่างโลหิตทดสอบควรมีวิธีปฏิบัติที่หลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาด จากการบ่งชี้และความสับสนปะปนเมื่อสิ้นสุดการบริจาคควรตรวจสอบหมายเลขการบริจาคในทุกๆ บันทึกบนถุงบรรจุโลหิตและตัวอย่างโลหิตสำหรับทดสอบควรทำลายฉลากหมายเลขการบริจาคซึ่งไม่ได้ใช้ตามวิธีการที่มีการควบคุม

ภายหลังการเจาะเก็บโลหิตควรจัดเก็บโลหิตในอุณหภูมิที่เหมาะสมตามข้อกำหนดในการผลิตต่อไป

4.8 ข้อมูลที่ต้องให้กับผู้บริจาคโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2545, หน้า 26-27) กำหนดข้อมูลที่ต้องให้กับผู้บริจาคโลหิต เกี่ยวข้องกับ

4.8.1 การให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต ก่อนการบริจาคโลหิต ผู้บริจาคโลหิต ผู้บริจาคโลหิตเฉพาะส่วนจะต้องรับทราบเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สามารถถ่ายทอดโรคติดเชื้อทางโลหิต รวมทั้งอาการแสดงของโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้บริจาคจะได้พิจารณาตนเอง และงดบริจาค ถ้าคิดว่าโลหิตไม่ปลอดภัย

4.8.2 ใบบรรองคำยินยอม ประกอบด้วย 1) คำยินยอมการบริจาคโลหิต 2) ความปลอดภัยของโลหิต

4.8.3 ให้ตรวจการติดเชื้อในโลหิต

4.8.4 ให้นำโลหิตไปใช้กับผู้ป่วยและในทางการแพทย์ทั้งนี้ต้องลงชื่อรับรองก่อนการบริจาคโลหิตทุกครั้ง ใบบรรองคำยินยอมต้องมีข้อความที่ผู้บริจาคสามารถอ่านได้ชัดเจนและเข้าใจ ควรมีเนื้อหาที่สำคัญคือความเสี่ยงในการบริจาคและการตรวจหาห้องปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้บริจาคควรมีโอกาสได้ซักถามถึงกระบวนการและขั้นตอนก่อนการบริจาคและมีสิทธิในการปฏิเสธการบริจาค

4.8.5 การคัดโลหิตบริจาคออก เมื่อผู้บริจาคโลหิตแจ้งธนาคารเลือด ภายหลังการบริจาคว่า โลหิตที่บริจาคไม่ปลอดภัย ให้ตรวจการติดเชื้อ และงดใช้โลหิตยูนิตนั้น ถึงแม้ว่าผลการตรวจการติดเชื้อเป็นลบ ถ้าพบว่ามีผลบวกให้แจ้งผู้บริจาคโลหิตทราบเป็นการเฉพาะตัว ผู้ที่มีผลบวกต่อเชื้อทุกชนิด ซึ่งเมื่อตรวจยืนยันผลแล้ว จะต้องส่งไปรับค่าปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับอบรมโดยเฉพาะ

4.8.6 การให้คำแนะนำหลังการบริจาค ผู้บริจาคโลหิตต้องได้รับคำแนะนำและการดูแลภายหลังการบริจาคโลหิต การป้องกันอาการผิดปกติซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการ

ให้ธาตุเหล็กเสริมแก่ผู้บริจาคทุกรายเป็นการป้องกันภาวะโลหิตจาง ทำให้สามารถบริจาคโลหิตได้ในระยะยาว

4.8.7 การแจ้งผลการตรวจ แพทย์หรือผู้ได้รับมอบหมาย เป็นผู้กำหนดวิธีการแจ้งผลการตรวจทุกขั้นตอนที่ผิดปกติแก่ผู้บริจาคโลหิต

กล่าวโดยสรุป การบริจาคโลหิตเป็นการเสียสละโลหิตในร่างกายให้กับผู้ป่วยไม่หวังสิ่งตอบแทน ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นหวังจะให้ผู้ป่วยพ้นจากการเจ็บป่วย การบริจาคโลหิตต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้บริจาค ซึ่งปัจจุบันความต้องการโลหิตของผู้ป่วยมีมากขึ้น มีผลทำให้หน่วยงานที่มีหน้าที่จัดหาโลหิตต้องรณรงค์ให้ประชาชนมาบริจาคโลหิตมากขึ้น หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบของประเทศไทย คือ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ความรู้เกี่ยวกับเหล่ากาชาดจังหวัด

สภากาชาดไทย ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ (2548 ,หน้า 39 - 45) ได้กล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับเหล่ากาชาดจังหวัดไว้ดังนี้

1. ความเป็นมาของเหล่ากาชาดจังหวัด

เมื่อมีการจัดตั้งสภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยามขึ้น โดยพระบรมราชานุญาตของพระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง และมีการประชุมกรรมการในสภาขึ้นในครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2436 คณะกรรมการสมัยนั้นได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ไปยังหัวเมืองต่าง ๆ สภาอุณาโลมแดงได้พยายามดำเนินการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย ผู้ประสบสาธารณภัยพิบัติต่าง ๆ โดยไม่เลือกเชื้อชาติ ชั้นวรรณะ ภาษา ลัทธิ ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง การดำเนินการในระยะแรกมีเฉพาะในหัวเมืองใหญ่ มีการรับสมัครสมาชิกเหล่ากาชาดเท่าที่หลักฐานปรากฏมีมาตั้งแต่ พ.ศ.2461 และได้ดำเนินการตลอดมาโดยมีวัตถุประสงค์เก็บเงินบำรุงเพื่อใช้จ่ายในกิจการของสภากาชาดตามเขตหัวเมือง จนกระทั่งปี พ.ศ.2480 สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า สภานายิกาสภากาชาดสยามในสมัยนั้น ทรงพระดำริว่า บัดนี้เป็นการสมควรที่จะเปิดโอกาสให้ท้องที่ต่าง ๆ มีส่วนได้ดำริดำเนินการกาชาดเองด้วย เพื่อให้เหมาะแก่ความต้องการแห่งท้องถิ่นยิ่งขึ้น

จากพระราชดำริของสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า เป็นการกระตุ้นเตือนให้คณะกรรมการและกระทรวงมหาดไทยมีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมกิจการของเหล่ากาชาดจังหวัดมากยิ่งขึ้น วันที่ 31 สิงหาคม 2485 พลโทมังกร พรหมโยธี(ยศสมัยนั้น) อุปนายกอำนาจการสภากาชาดและเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยอยู่ด้วยมีข้อดำริที่จะเร่งรัดให้มีการจัดตั้งเหล่ากาชาดจังหวัดขณะนั้นเรียกว่าองค์การเหล่ากาชาดจังหวัด จึงได้สั่งการในนามของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยให้จังหวัดที่มีสมาชิกสามัญ สภากาชาดไทยตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป หรือจังหวัดที่มีสถานีกาชาดและหรือจังหวัดที่มีกองอาสา กาชาดจังหวัด ให้จัดตั้งเหล่ากาชาด และอนุสนธิหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ 1456/2485

ลงวันที่ 14 กันยายน 2485 กระทรวงมหาดไทยพิจารณาสั่งให้จังหวัดใหญ่รวม 17 จังหวัด ดำเนินการจัดตั้งองค์การเหล่ากาชาดจังหวัดขึ้น แต่ยังคงไม่มีการจัดตั้งจนกระทั่งในปี พ.ศ.2503 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ สภานายิกาสภากาชาดไทย(เจ้าพระยาศรีธรมาธิเบศ อุปนายกผู้อำนวยการสภากาชาดไทย) เห็นว่า การจัดตั้งเหล่ากาชาดตั้งแต่อดีตมายังมิได้ริเริ่มทำกันอย่างจริงจัง จึงมีพระราชดำริที่จะให้มีการจัดตั้งเหล่ากาชาดจังหวัดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ด้วยอำนาจพระบารมีของสมเด็จพระองค์สภานายิกาสภากาชาดไทยและรัฐบาลได้เล็งเห็นการปฏิบัติงานของสภากาชาดอย่างต่อเนื่อง กระทรวงมหาดไทยจึงได้กำหนดจัดตั้งเหล่ากาชาดจังหวัดอย่างเป็นทางการทั่วทุกจังหวัดในขณะนั้น 69 จังหวัด เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2504 ดังนั้นในวันที่ 27 มกราคมของทุกปี เป็นวันก่อตั้งเหล่ากาชาดจังหวัดทั่วประเทศ และปัจจุบันมีเหล่ากาชาดจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 75 จังหวัด และได้จัดตั้งกิ่งอำเภอขึ้น เพื่อต้องการเป็นกำลังช่วยเหลือเหล่ากาชาดจังหวัดด้วย

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

สภากาชาดไทย ได้กำหนดข้อบังคับสภากาชาดไทย หมวดที่ 8 เหล่ากาชาดจังหวัด บัญญัติไว้ว่า เพื่อให้บรรดาสมาชิกสภากาชาดไทยตามภูมิภาคมีส่วนดำริและดำเนินการกาชาดตามความต้องการของภูมิกานั้น ๆ ให้จัดการกาชาดในจังหวัดขึ้นเป็นองค์การ เรียกว่า “เหล่ากาชาดจังหวัด” นำหน้านามจังหวัดนั้น เหล่ากาชาดจังหวัดจะจัดตั้งขึ้นเมื่อผู้ว่าราชการจังหวัดได้ร้องขอขึ้นประการหนึ่ง หรืออีกประการหนึ่งเมื่อบรรดาสมาชิกสภากาชาดไทยตั้งแต่ประเภทสามัญขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนั้นไม่น้อยกว่าสิบคนรวมกันทำเรื่องราวเสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัดขอให้จัดตั้งขึ้น และผู้ว่าราชการจังหวัดนั้นเห็นชอบด้วย โดยยื่นเรื่องราวแสดงความจำนงต่ออุปนายกผู้อำนวยการ

2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนายกเหล่ากาชาดจังหวัด ผู้แทนภาคประกอบด้วย

2.1.1 เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการสภากาชาดไทยอย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่ไม่อาจเข้าร่วมประชุมได้ให้มอบหมายนายกเหล่ากาชาดจังหวัดภายในภาคมาประชุมแทน

2.1.2 แจ้งผลการประชุมคณะกรรมการสภากาชาดไทยที่ผู้แทนภาคได้มาร่วมประชุม หรือเรื่องอื่นใดที่ควรแจ้งให้เหล่ากาชาดจังหวัดภายในภาคของตนทราบ

2.1.3 เป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาในเรื่องการปฏิบัติงานของเหล่ากาชาดจังหวัดภายในภาคตามข้อบังคับ ข้อระเบียบ คำสั่งของสภากาชาดไทย และระเบียบการปฏิบัติสำหรับเหล่ากาชาดจังหวัด

2.1.4 จัดให้มีการประชุมเหล่ากาชาดจังหวัดภายในภาค ปีหนึ่งไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง

2.1.5 ร่วมกับนายกเหล่ากาชาดจังหวัดภายในภาคจัดวางแผนการปฏิบัติทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีภัยพิบัติ

2.2 บทบาทหน้าที่ของเหล่ากาชาดจังหวัด และกิ่งกาชาดอำเภอ

2.2.1 เป็นตัวแทนของสภากาชาดไทยในท้องถิ่นตน

2.2.2 ช่วยสนับสนุนส่งเสริมกิจการของสภากาชาดไทย ในด้านยุวกาชาด อาสากาชาด บริการโลหิต บริการดวงตา การรับบริจาคอวัยวะ และโครงการพิเศษอื่น

2.2.3 ทำการบรรเทาทุกข์ผู้ได้รับความทุกข์ยากเดือดร้อนและผู้ด้อยโอกาส

2.2.4 เป็นตัวแทนประสานงานระหว่างสมาชิกสภากาชาดกับสภากาชาดไทย

2.2.5 ดูแลผลประโยชน์และทรัพย์สินของสภากาชาด ที่เหล่ากาชาดจังหวัด และกิ่งกาชาดของตนดูแลรักษาอยู่

2.3 บทบาทหน้าที่ของนายกเหล่ากาชาดจังหวัด

2.3.1 เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด

2.3.2 ร่วมกับคณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด จัดทำแผนปฏิบัติงานของเหล่ากาชาดจังหวัด ทั้งแผนปกติ และแผนฉุกเฉิน ภายใต้ข้อบังคับสภากาชาดไทย และระเบียบคณะกรรมการบริหาร

2.3.3 ควบคุมและประสานงานด้านการบริหารและการบริการ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภากาชาดไทย

2.3.4 เป็นผู้ประสานติดต่อในเรื่องกิจการต่างๆ ของเหล่ากาชาดจังหวัดกับอุปนายกผู้อำนวยการฯ (โดยเลขาธิการสภากาชาดไทย ได้รับพระราชทานอำนาจให้ปฏิบัติแทน)

2.3.5 กำกับดูแลและให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติภารกิจแก่คณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด ยุวกาชาด อาสากาชาด งานบรรเทาทุกข์ งานบริการโลหิต ดวงตามและอวัยวะ

2.3.6 ควบคุมส่งเสริมและร่วมกิจกรรมของเหล่ากาชาดจังหวัด และกิ่งกาชาดอำเภอ อาทิ งานยุวกาชาด อาสากาชาด งานบรรเทาทุกข์ งานบริการโลหิต ดวงตา และอวัยวะ

2.3.7 ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดของเหล่ากาชาดจังหวัดและกิ่งกาชาดอำเภอ

2.3.8 รายงานผลการดำเนินงานประจำเดือนของเหล่ากาชาดจังหวัด และกิ่งกาชาดอำเภอเสนอต่อสภากาชาดไทย

2.3.9 เป็นผู้ลงนามในบัตรประจำตัวกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด และกรรมการกิ่งกาชาดอำเภอ

2.3.10 ดูแลผลประโยชน์และทรัพย์สินของสภากาชาดไทย ที่เหล่ากาชาดจังหวัด และกิ่งกาชาดอำเภอนั้น ๆ ดูแลรักษาอยู่

2.3.11 นำเสนองบประมาณให้สภาภาษาไทย อนุมัติล่วงหน้าภายในเดือน มิถุนายนของทุกปี

2.3.12 เสนองงบการเงินรับ - จ่ายประจำงวด 3 เดือนและบัญชีทุนทรัพย์ของ เหล่าภาษาชาติจังหวัดและกิ่งภาษาชาติอำเภอไปยังสำนักบริหารสภาภาษาไทย

2.3.13 เสนองงบการเงิน รายรับ-รายจ่ายประจำปี และงบดุล ของเหล่าภาษาชาติ จังหวัดและกิ่งภาษาชาติอำเภอ ซึ่งผู้สอบบัญชีได้ตรวจสอบแล้วและรับรองว่าถูกต้อง ไปยังสำนัก บริหารสภาภาษาไทยภายใน 3 เดือนแรกของปีงบประมาณถัดไป คือ ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม

2.3.14 ปฏิบัติงานอื่นตามที่สภาภาษาไทยมอบหมาย

3. วัตถุประสงค์ของเหล่าภาษาชาติจังหวัด

3.1 ทำการบรรเทาทุกข์ผู้ประสบสาธารณภัยและราษฎรที่เดือดร้อน โดยเฉพาะใน ถิ่นทุรกันดาร และท้องถิ่นทั่วไปตามความจำเป็น

3.2 สนับสนุนและส่งเสริมกิจการยุวกาชาด อาสาภาษาชาติ บริการโลหิต และบริการ ดวงตา

3.3 เป็นตัวแทนของสภาภาษาไทยในจังหวัดของตน

4. คณะกรรมการเหล่าภาษาชาติ

ในเหล่าภาษาชาติจังหวัดหนึ่งให้มีคณะกรรมการเหล่าภาษาชาติจังหวัดประกอบด้วย กรรมการที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ จำนวนไม่น้อยกว่า 19 คน แต่ไม่เกิน 25 คน คือ

4.1 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย

4.2 เป็นผู้เลื่อมใสในหลักการกาชาด

4.3 เป็นสมาชิกประเภทสามัญขึ้นไป

4.4 เป็นผู้มิจิตศรัทธาในการกุศล เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสนใจในกิจการ ของสภาภาษาไทย

4.5 เป็นผู้อุทิศเวลาและสามารถปฏิบัติงานของเหล่าภาษาชาติจังหวัดนั้นได้

4.6 ไม่เป็นผู้ที่มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

4.7 ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม

4.8 ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำ ผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

5. สมาชิกสภาภาษาไทย

สมาชิกสภาภาษาไทย แบ่งออกเป็น 5 ประเภท

5.1 สมาชิกพิเศษ ได้แก่ ผู้ซึ่งได้เป็นสมาชิกตามคำเชิญของอุปนายกผู้อำนวยการ โดยอนุมัติของคณะกรรมการสภาภาษาไทย

5.2 สมาชิกกิตติมศักดิ์ ได้แก่

5.2.1 ผู้ซึ่งให้เงินคราวไม่ต่ำกว่า 20,000 บาท หรือให้ทรัพย์สินคราวเดียวมีราคาไม่ต่ำกว่า 20,000 บาท แก่สภาภาษาไทย

5.2.2 ผู้ดำรงตำแหน่งประธาน กรรมการ หรือเทียบเท่าของนิติบุคคลซึ่งให้เงินหรือทรัพย์สินคราวเดียวเกินกว่า 100,000 บาท ให้ได้รับสิทธิเป็นสมาชิกเพิ่มขึ้นในอัตราหนึ่งคนต่อทุกจำนวนบริจาคที่เพิ่มขึ้น 100,000 บาท

5.2.3 ทายาทหนึ่งคนของผู้บริจาคดวงตาที่แจ้งแก่สภาภาษาไทย และหรืออวัยวะอื่น ๆ ที่นำไปปลูกถ่ายได้ตามที่แจ้งแก่สภาภาษาไทย

5.3 สมาชิกวิสามัญ ได้แก่ ผู้ซึ่งออกเงินบำรุงคราวเดียวเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท

5.4 สมาชิกสามัญตลอดชีพ ได้แก่ ผู้ซึ่งให้เงินบำรุงคราวเดียวไม่ต่ำกว่า 1,500 บาท

5.5 สมาชิกสามัญรายปี ได้แก่ ผู้ซึ่งออกเงินบำรุงประจำปีเป็นจำนวนปีละ 100 บาท และเมื่อให้ติดต่อกันเป็นเวลา 20 ปี ให้เป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ

6. สิทธิประโยชน์ของสมาชิกสภาภาษาไทย

ผู้ที่ เป็นสมาชิกสภาภาษาไทยทุกประเภท มีสิทธิดังนี้

6.1 เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของสภาภาษาไทย คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลสมเด็จ ณ ศรีราชา จะได้ลดอัตราค่าห้อง ค่าผ่าตัด และค่าผ่าตัดคลอดบุตรร้อยละ 50 ของอัตราที่กําหนด

6.2 ถ้าบิดาและมารดาเป็นสมาชิก เอกสิทธิของสมาชิกรวมถึงบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปีด้วย

6.3 เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะได้ลดอัตราค่าห้องร้อยละ 50 ของอัตราที่กําหนด (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ.2537 ให้กับสมาชิกสภาภาษาไทย และสมาชิกเหล่าภาษาไทย) หลักฐานที่สมาชิกสภาภาษาไทยจะต้องนำไปแสดงในการขอรับการรักษาพยาบาลต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ประกาศนียบัตรของสมาชิกประเภทนั้น ๆ และถ้าเป็นสมาชิกสามัญประจำปีต้องมีใบเสร็จรับเงินไปแสดงด้วย

6.4 ลดหย่อนค่าธรรมเนียม จะมีผลต่อเมื่อสมาชิกมีได้ค้างชำระหนี้แก่สภาภาษาไทยในขณะที่ขอรับประโยชน์ดังกล่าว และต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนตามกําหนด ดังนี้

6.4.1 สมาชิกพิเศษ จะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ เป็นสมาชิก

6.4.2 สมาชิกกิตติมศักดิ์ จะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล เมื่อมีชื่ออยู่ในทะเบียนสมาชิกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน

6.4.3 สมาชิกวิสามัญ จะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลต่อเมื่อมีชื่ออยู่ในทะเบียนสมาชิกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

6.4.4 สมาชิกสามัญตลอดชีพจะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลต่อเมื่อมีชื่ออยู่ในทะเบียนสมาชิกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 9 เดือน

6.4.5 สมาชิกสามัญจะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลต่อเมื่อมีชื่ออยู่ในทะเบียนสมาชิกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

6.5 บุคคลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมฯ แต่ได้ประโยชน์บางอย่าง ได้แก่

6.5.1 ผู้บริจาคโลหิตให้แก่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย หรือสาขาบริการโลหิตตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไป มีสิทธิเทียบเท่าสมาชิกสามัญตลอดชีพ

6.5.2 บุคคลผู้บริจาคโลหิตให้ศูนย์บริการโลหิตหรือสาขาบริการโลหิต ตั้งแต่ 24 ครั้งขึ้นไป สถานบริการสาธารณสุขพยาบาลให้โดยไม่คิดมูลค่า แต่ถ้ายู่ห้องพิเศษให้เรียกเก็บค่าห้องเพียงร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดและให้มีสิทธิเฉพาะตัว

6.5.3 สมาชิกอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครปฏิบัติภารกิจของอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอจนครบ 1 ปี ตามระเบียบปฏิบัติของอาสาสมัครเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของสภากาชาดไทย ได้รับสิทธิลดค่าห้อง ค่าผ่าตัด

7. เหรียญกาชาด

พระราชบัญญัติ ว่าด้วยสภากาชาดไทย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2550 กำหนดเหรียญกาชาดมี 3 ประเภท คือ เหรียญกาชาดสมนาคุณ เหรียญกาชาดสรรเสริญ และเหรียญกาชาดสดุดี

7.1 เหรียญกาชาดสมนาคุณ มีลักษณะเป็นเหรียญโลหะกลมแบนเส้นผ่าศูนย์กลาง 27 มิลลิเมตร ด้านหน้ามีรูปกาชาดและรูปนางพยาบาลประคองทารกกับคนชรา ด้านหลังกลางเหรียญมีที่ว่างสำหรับจารึกนามผู้ได้รับเหรียญและพุทธศักราช ภายในวงขอบเหรียญเบื้องบนมีข้อความว่า "สภากาชาด" และภายในวงขอบเหรียญเบื้องล่างมีข้อความว่า "สมนาคุณ" ด้านหน้ามีห่วงเป็นรูปกระหนก สำหรับบุรุษใช้ห้อยกับแพรแถบสีขาวกว้าง 30 มิลลิเมตร ด้านหน้าแพรแถบตรงกลางมีกาชาดลงยา สำหรับสตรีใช้ห้อยกับแพรแถบดั่งกล่าวผูกเป็นรูปแมลงปอ

เหรียญกาชาดสมนาคุณ มีลำดับเป็น ๓ ชั้น คือ

ชั้นที่ 1 ทองคำลงยาที่กาชาด

ชั้นที่ 2 เงินกาไหล่ทอง

ชั้นที่ 3 เงินรมดำ

การขอเหรียญกาชาดสมนาคุณ

1) ผู้ที่จะได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณ คือ ผู้ที่ช่วยเหลือสภากาชาดไทย โดยบริจาคเงิน โดยการช่วยด้านกำลังกายกำลังปัญญาจนเป็นผลดี และการบริจาคโลหิต

2) ผู้ที่จะได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 1 หรือชั้นที่ 2 ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่บริจาคหรือขึ้นอยู่กับผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สภากาชาดไทย ส่วนผู้ที่จะได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3 ขึ้นอยู่กับผลงานเป็นหลัก หรืออาจมีเงื่อนไขอื่น ๆ ที่สภากาชาดไทยกำหนดขึ้น

3) ผู้ที่ได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3 อาจได้รับการพิจารณาให้ได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 2 และชั้นที่ 1 ได้โดยใช้หลักการพิจารณาตามข้อ 2

เหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 1

1) ผู้บริจาคทรัพย์สินแก่สภากาชาดไทยเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 30,000 บาท

2) ผู้ที่บริจาคโลหิตแก่สภากาชาดไทยครบ 100 ครั้ง

3) ผู้ที่ช่วยเหลือสภากาชาดไทยด้วยกำลังกาย กำลังปัญญา และแรงงานต้องได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี

4) ผู้ที่เป็นหัวหน้าช่วยแนะนำให้มีผู้บริจาคทรัพย์สินแก่สภากาชาดไทย ตั้งแต่ 300,000 บาทขึ้นไป จนได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 2 แล้ว แต่ยังช่วยแนะนำต่อไปอีกเป็นเวลา 5 ปี จำนวนไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง มีสิทธิได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 1

เหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 2

1) ผู้ที่บริจาคทรัพย์สินแก่สภากาชาดไทยเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 150,000 บาท

2) ผู้ที่ชักชวนให้มีผู้บริจาคทรัพย์สินแก่สภากาชาดไทยเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 300,000 บาท

3) ผู้ที่บริจาคโลหิตแก่สภากาชาดไทยครบ 75 ครั้ง

4) ผู้ที่ช่วยเหลือสภากาชาดไทยด้วยกำลังกาย กำลังปัญญา และแรงงานต้องได้รับเหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3 มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปี

เหรียญกาชาดสมนาคุณชั้นที่ 3

1) ผู้ที่บริจาคโลหิตแก่สภากาชาดไทยครบ 50 ครั้ง

2) ผู้ที่ช่วยเหลือสภากาชาดไทยด้วยกำลังกาย กำลังปัญญา และแรงงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี

7.2 เหรียญกาชาดสรรเสริญ มีลักษณะเป็นเหรียญทองแดงแบนรูปกาชาดมีวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 30 มิลลิเมตรทับอยู่ ด้านหน้ามีรูปนางเมขลาอุ้มพระชนกขึ้นจากมหาสมุทร ด้านหลังกลางเหรียญมีข้อความว่า "กาชาดสรรเสริญ" มีห่วงห้อย สำหรับบุรุษใช้ห้อยกับแพรแถบสีขาว กว้าง 30 มิลลิเมตร มีริ้วสีแดงใกล้ขอบทั้งสองข้าง ด้านหน้าแพรแถบตรงกลางมีกาชาดลงยา สำหรับสตรีใช้ห้อยกับแพรแถบตั้งกล่าวผูกเป็นรูปแมลงปอ

การขอเหรียญกาชาดสรรเสริญ

บุคคลที่ควรได้รับเหรียญกาชาดสรรเสริญให้แก่ผู้ประกอบคุณงามความดี

- 1) ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตรายและอาจถึงแก่ชีวิตให้รอดพ้นอันตราย โดยมีได้เห็นแก่สินจ้างรางวัล และมีได้นำพาต่ออันตรายของตนเอง
- 2) ผู้ที่มีความเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์ตั้งสถานที่เลี้ยงเด็กกำพร้าโดยมิได้คิดถึงผลประโยชน์ส่วนตัว
- 3) ผู้บำเพ็ญคุณความดีช่วยเหลือผู้อื่นจนตัวเองถึงแก่ชีวิต มีสิทธิได้รับเหรียญกาชาดสรรเสริญ โดยทายาทจะเป็นผู้ได้รับพระราชทานแทน
- 4) ผู้ที่ทำประโยชน์ในภาวะภัยพิบัติ เกิดโรคระบาดโดยบริจาคทรัพย์ของตนเองให้ความช่วยเหลือโดยไม่คิดถึงผลประโยชน์ส่วนตัว
- 5) ผู้ที่ทำหน้าที่ให้แก่สภากาชาด เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บบริเวณเขตกระสุนปืนในภาวะสงคราม การจลาจล หรือในพื้นที่ที่มีโรคระบาด โดยไม่คิดประโยชน์ตอบแทนจากสภากาชาดไทย จนกระทั่งเหตุการณ์นั้นสงบเรียบร้อย และได้ผลดีเป็นที่พอใจของกรรมการ
- 6) ชาวต่างประเทศ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีแก่สภากาชาดไทยหรือบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ โดยมีได้คิดประโยชน์ส่วนตนซึ่งคณะกรรมการเจ้าหน้าที่เห็นสมควรยกย่องเป็นกรณีพิเศษ
- 7) นายกเหล่ากาชาดจังหวัด กรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด เภรียุญติก และเลขานุการเหล่ากาชาดจังหวัด ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากสภากาชาดไทย เป็นเวลาครบ 15 ปี มีสิทธิได้รับเหรียญกาชาดสรรเสริญ
- 8) ผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่ในสภากาชาดไทยและได้ทำการมาแล้วก่อปรด้วยความดีความชอบเป็นเวลานานถึง 15 ขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่รับตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดในกิจการของสภากาชาดไทย

7.3 เหรียญกาชาดสดุดี มีลักษณะเป็นเหรียญกลมแบน เส้นผ่าศูนย์กลาง 30 มิลลิเมตร ด้านหน้า กลางเหรียญมีพระรูปสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถทรงฉลองพระองค์ชุดไทยประยุกต์ ทรงสายสะพายและสายสร้อยแห่งเครื่องขัตติยราชอิสริยาภรณ์ อันมีเกียรติคุณรุ่งเรืองยิ่งมหาจักรีบรมราชวงศ์ พระอังสาเบื้องซ้ายประดับดวงตราปฐมจุลจอมเกล้า เหรียญดุษฎีมาลา เข็มศิลปวิทยา และเหรียญรัตนาภรณ์รัชกาลที่ 9 ชั้นที่ 1 ภายในวงขอบเหรียญ มีข้อความว่า "สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ สภานายิกาสภากาชาดไทย" ด้านหลังกลางเหรียญมีรูปตราสัญลักษณ์งานเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547 ขนาบด้านขวาและซ้ายด้วยเครื่องหมายกาชาด ด้านล่างมีข้อความว่า "กาชาดสดุดี" เนื้อขอบเหรียญมีอักษรพระนามาภิไธย "ส.ก." ไขว้ ภายใต้พระมหามงกุฎ ด้านหลังมี

ห่างสำหรับบุรุษใช้ห้อยกับแพรแถบ กว้าง 30 มิลลิเมตร พื้นของแพรแถบเป็นสีขาวและตรงกลางแพรแถบมีริ้วสีแดง สำหรับสตรีใช้ห้อยกับแพรแถบดั่งกล่าวผูกเป็นรูปแมลงปอ

เหรียญกาชาดสดุดี มีลำดับเป็น 3 ชั้น คือ

ชั้นพิเศษ ทองคำ

ชั้นที่ 1 เงิน

ชั้นที่ 2 บรอนซ์

เหรียญกาชาดสมนาคุณ เหรียญกาชาดสรรเสริญ และเหรียญกาชาดสดุดี ให้ประดับได้อย่างเครื่องราชอิสริยาภรณ์ และให้มีประกาศนียบัตรกำกับ เหรียญจำลองและคุณเสื่อ เหรียญกาชาดสมนาคุณ เหรียญกาชาดสรรเสริญ และเหรียญกาชาดสดุดี ให้เป็นสิทธิแก่ผู้ได้รับ และเมื่อผู้ได้รับวายชนม์ให้ตกทอดแก่ทายาทเพื่อรักษาไว้เป็นที่ระลึก

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

กรีน, และครูเตอร์ (Green, & Kreuter, 1991, pp. 70 - 71) กำหนดกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

พรีซีดี เฟรมเวิร์ค (PRECEDE Framework) เป็นคำย่อมาจาก "predisposing, reinforcing and enabling causes education diagnosis and evaluation" เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factors) ดังนั้น การดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เป็นการวิเคราะห์ที่เริ่มจากผล (outcome) ที่ต้องการ หรือ อีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมบุคคล การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (social diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ "คุณภาพชีวิต" ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภคน สิ่งที่จะประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (epidemiological diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (behavioral diagnosis) จากปัจจัยปัญหา ด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (education diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษาโดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ

กรองทอง เสนชัย (2545, หน้า 9) กล่าวว่า ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว เป็นต้น

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552, พฤศจิกายน 12) รายงานไว้ว่า ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ (education experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

1.1 ปัจจัยนำด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1.1 ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

1.1.2 การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

1.1.3 ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

1.1.4 ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

1.1.5 ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

เบคเกอร์, และคนอื่นๆ (Becker, et al, 1994, p. 12) เป็นผู้ปรับปรุงแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของการป้องกันโรค การรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย

1.2.1 การรับรู้ภาวะคุกคามหรืออันตรายของโรค (perceived threat) ได้แก่

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันการรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกันซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ คาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการงายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามี

ความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

1.2.2 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อที่ว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้เสียหายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

1.2.3 การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

หมายถึง การคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สะดวกสบายในการมารับบริการ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจะต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้เป็นอุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

1.3 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสารคำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจในด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไปจะวัดในระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

1.4 แรงจูงใจในการบริจาคโลหิต คือ แรงกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมหรือพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด คือ การเสียสละ มาสโลว์ กล่าวถึง ความจำเป็นตามลำดับขั้น โดยเริ่มจากความต้องการขั้นต่ำสุดไปสู่ความต้องการสูงสุด เริ่มจากความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงความปลอดภัย ความต้องการทางสังคม ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องในสังคม และความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด

ในปัจจุบัน การจูงใจผู้บริจาคโลหิตให้รู้จักการเสียสละนั้น เป็นงานที่สำคัญของธนาคารโลหิต การจูงใจที่จะทำให้ผู้บริจาคโลหิต บริจาคโลหิตเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ต้องการผู้บริจาคโลหิตที่มีพฤติกรรมแสดงถึงการเสียสละจริง และการเสียสละจะต้องประกอบด้วย 1) ปรารถนาที่จะให้ แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ไม่เห็นแก่ตัว 2) ปรารถนาที่จะให้ เกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสวัสดิการอื่นๆ 3) ไม่ควรใช้รางวัลเป็นสิ่งจูงใจ ควรจะใช้การเสียสละ ยินดีพร้อมที่จะเห็นประโยชน์สุขของบุคคลอื่นสำคัญกว่าตนเอง ไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งถือว่าเป็นรางวัลที่ดี

พฤติกรรมแสดงถึงการเสียสละนั้น ยากที่จะทำให้สำเร็จได้ เพราะสังคมปัจจุบันไม่สนับสนุนให้แสดงพฤติกรรมแสดงถึงการเสียสละ แรงจูงใจ คือ แรงกระตุ้นที่มีความมุ่งหมายและความต้องการ ซึ่งในการบริจาคโลหิตนั้น จะใช้การเสียสละที่เป็นประโยชน์ เชื่อว่าผู้บริจาคจะไม่ได้ขงขวัญตามต้องการ แต่จะเป็นการตอบสนองความต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของผู้บริจาคโลหิตด้วยการเพิ่มความเชื่อถือ และการยอมรับในตัวเอง ทั่วๆ ไปแล้วมนุษย์จะนิยมการเสียสละ ด้วยการให้ความสนใจกับตนเองและครอบครัว ด้วยความพยายามที่จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้บริจาค โดยให้ความสำคัญ เน้นประโยชน์ที่ตนเอง และครอบครัวที่จะได้รับ คือ ได้ตรวจสุขภาพ เช่น วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดชีพจร วัดความดันโลหิต และได้รับการตรวจความเข้มข้นของเลือด และได้รับค่ายกย่องชมเชยจากสังคมที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่เจ็บป่วย และต้องการใช้โลหิตในการรักษา

ปัจจัยแรงจูงใจทางด้านความรู้ ควรจะมีการชี้แจงความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ ผู้บริจาคโลหิตทราบ เช่น การบริจาคโลหิตจะทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เพราะจะมีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดใหม่เสมอหลังจากการบริจาคโลหิต การบริจาคโลหิตถือเป็นความผูกพันทางด้านศีลธรรม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันแบบครอบครัว เพื่อน หรือตัวเองที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นความรู้สึกที่มาจากจิตใจจริงๆ

ปัจจัยแรงจูงใจทางด้านสังคม ผลของอุปนิสัยต่างๆ เช่น น้ำท่วม พายุไต้ฝุ่น ศึกถล่ม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่นำมาซึ่งความสูญเสีย ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์จำเป็นต้องมีการจัดหาโลหิต เพื่อตอบสนองความต้องการใช้ การบริจาคโลหิตเพื่อเก็บสำรองไว้ใช้ยามฉุกเฉินเพื่อเตรียมพร้อม ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก ถือเป็นสิ่งที่ดีและให้ความรู้แก่แพทย์ พยาบาล และหัวหน้าห้องปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหลังจากการบริจาคโลหิต และสังคมควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโลหิตว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ต้องการใช้โลหิตในการรักษา ควรคิดไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ถึงชนิดของโลหิต เบอร์เซ็นต์ของการใช้โลหิต และต้องแสดงในสถานที่ที่มีผู้คนเดินผ่านไปผ่านมา ซึ่งส่วนมากใช้ร้านอาหารเป็นที่ปิดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์

ในเรื่องการจัดการจัดหาโลหิต ถือเป็นความรับผิดชอบของประชาชนทุกคน บุคคลอาจมีค่านิยมที่แตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่สามารถบอกได้ คือ ผู้บริจาคโลหิตนิยมบริจาคโลหิตในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา หรือวันพิเศษสำหรับตนเอง สามารถนำมาใช้เป็น

เครื่องมือในการรณรงค์ สนับสนุนเพิ่มจำนวนผู้บริจาคได้ ความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคน ด้วยแรงจูงใจให้มีอาสาสมัครบริจาคโลหิต เพื่อช่วยเหลือครอบครัว เพื่อน ตนเองเพื่อทดแทนโลหิต 1 ยูนิต ที่ผู้ป่วยได้รับไป ซึ่งแรงจูงใจจากการบริจาคโลหิตเพื่อการทดแทนนั้น เป็นการให้หลักประกันว่าเมื่อครอบครัวต้องการโลหิตด้วยนั้นก็จะได้รับทันที ความรับผิดชอบของบุคคลนั้น ใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนแผนการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิตได้

พรสุข หุ่นรัตน์ (2545, หน้า 176-177) กล่าวว่า ความรับผิดชอบของชุมชนถือว่าการบริจาคโลหิต เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคนในชุมชนที่ต้องช่วยเหลือและให้การสนับสนุน ควรจะกระทำกันอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยที่รอความช่วยเหลือด้วยโลหิตนั้น มีความทุกข์อยู่แล้ว ควรเป็นการให้ด้วยการบริจาคจริงๆ ไม่ใช่การซื้อขายกัน โดยเน้นให้มีการบริจาคโลหิตในวันเกิดและวันสำคัญต่างๆ ควรได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนอาจเป็นนักการเมือง ท้องถิ่น สื่อมวลชน ผู้นำทางด้านศาสนาซึ่งอยู่ในชุมชนนั้น

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยนำด้านสุขภาพเป็นปัจจัยภายในที่จะยับยั้งหรือจูงใจบุคคลให้มีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นบุคลิกส่วนบุคคลหรือกลุ่ม หรือเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่อาจช่วยสนับสนุน หรือบางทีก็จำกัดพฤติกรรมได้

สำหรับแรงจูงใจในการบริจาคโลหิต ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล และถือว่าเป็นความรับผิดชอบของชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความรับผิดชอบร่วมกันในการรณรงค์เพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต โดยให้อิสระในการบริจาคโลหิต และทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้เพราะทุกวันนี้มนุษย์มีความผูกพันอยู่กับสังคม ต้องติดต่อแลกเปลี่ยนข่าวสารกับผู้อื่น อาจเกิดความสับสนได้ถ้าต้องอยู่คนเดียว ถ้ามีความสัมพันธ์กับสังคมและให้ความสำคัญกับธนาคารโลหิต บุคคลนั้นก็จะเป็นผู้บริจาคโลหิตเป็นประจำติดต่อกันตลอดไป เพราะเห็นความสำคัญของการบริจาคโลหิต มีความรู้ความเข้าใจว่าการบริจาคโลหิตไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งในเรื่อง ความรู้และความเข้าใจนั้น ต้องช่วยกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ธนาคารโลหิตควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างผู้บริจาคโลหิต ซึ่งมีส่วนสนับสนุนแผนการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโลหิต

2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)

กรองทอง เสนชัย (2545, หน้า 12) กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมถึงทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552, พฤศจิกายน 12) กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ

การหาได้ง่าย (available) และความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.1 ปัจจัยเอื้อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีการศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552, พฤศจิกายน 12) ปัจจัยเอื้อด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับ

2.1.1 ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัวความท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

2.1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพดีแตกต่างกันไป คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพดีตามทัศนะของแต่ละบุคคล การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนนั้น ไม่ได้หมายความว่า ปราศจากโรค หรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่มักจะหมายถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตัวเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน แต่อย่างไรก็ตามความหมายของคำว่าสุขภาพนั้นได้มีการกำหนดไว้ทั้งในความหมายเชิงทฤษฎี(theoretical definition)และความหมายเชิงปฏิบัติการ(operational definition) ดังเช่น องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมมิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอเท่านั้น ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งต่างๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในด้านเพศสัมพันธ์ การมีอัธมโนทัศนคติในทางที่ดี มีความหวัง และแจ่มจูงใจ การมีความรู้ความรับผิดชอบในบทบาทและความสำเร็จ ส่วนความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่างๆ และการหยุดชะงักของพัฒนาการ ชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากมาย และผู้ป่วยแต่

ละคนจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ คำนิยาม “สุขภาพ” ของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันด้วย

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552, พฤศจิกายน 12) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิด ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้นรายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ พอสรุปประเด็นสำคัญได้คือ ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะใช้เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งได้รับการสนับสนุนจากศูนย์การวิจัยเพื่อการบริการสุขภาพแห่งชาติ (The national center for health services research) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception battery) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค และการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พอสรุปรายละเอียด ได้ดังนี้

2.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (prior health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด และความวิตกกังวลมาก จนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้น มีความเครียดในระดับเหมาะสมมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (current health) บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นเป็นความคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ อากาทางร่างกายที่ปรากฏ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดง

ของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากบุคคลมีความรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้นั่นเอง

2.2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (health outlook) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะเกิดผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลต่อความหวังหรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้มีความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตอย่างมีหวัง มีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นขาดความรู้สึกและหมดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเบื้องต้นสุขภาพเป็นทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลรวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้น อาทิ การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลว่ามีความพร้อมสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร

3. ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)

กรองทอง เสนอชัย (2545, หน้า 14 - 17) กล่าวว่า ปัจจัยเสริม หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจาก อันเป็นผลมาจากการกระทำ หรือการมีพฤติกรรมของตน ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งในด้านการรับรางวัล หรือการลงโทษ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552, พฤศจิกายน 12) กล่าวว่า ปัจจัยเสริมด้านสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะหรือแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงการสุขภาพ หรือการดำเนินงานสุขศึกษา

ในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียน หรือ สถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน นักศึกษาปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครูอาจารย์ บุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียน บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือบุคคลอื่นๆในครอบครัว สำหรับในชุมชนปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ฯลฯ ส่วนในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่ได้ติดต่อหรือมีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดี การลงโทษ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆปฏิบัติตามก็ได้ ประกอบด้วย

3.1 มนุษย์สัมพันธ์ หมายถึง การติดต่อเกี่ยวข้องกับระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความรักใคร่ชอบพอ ความร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย และการดำเนินชีวิตให้มีความสุข การติดต่อเกี่ยวข้องกับเพื่อเป็นสะพานทอดไปสู่ความเป็นมิตร รวมทั้งการที่พัฒนาตนเองให้เป็นที่รักใคร่ชอบพอ และได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากผู้อื่น สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เกิดจากการแสดงบทบาทของแต่ละฝ่ายและการคาดหวังต่อบทบาทของกันและกัน ซึ่งถ้าการคาดหวังและบทบาทของแต่ละฝ่ายสอดคล้องกันสัมพันธภาพก็จะดำเนินไปโดยราบรื่น เป็นไปในทางที่ดีในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยผิดหวังที่ไม่ได้รับความสนใจ การพูดคุยพอสอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ หรือการที่เจ้าหน้าที่แสดงตัวว่ามีสถานภาพเหนือผู้ป่วย จะทำให้นำไปสู่ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ

3.2 การประชาสัมพันธ์ คือ การดำเนินงานสื่อสารติดต่อสื่อสารด้านความคิดเห็นและข่าวสารต่างๆ ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งติดต่อสื่อสารไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง การประชาสัมพันธ์ คือ วิธีการของสถาบันอันมีแผนการและกระทะต่อเนื่องกันไปในทางที่จะสร้างหรือยังความสัมพันธอันดีกับกลุ่มประชาชนเพื่อให้สถาบัน กลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนร่วมมือซึ่งกันและกัน อันจะเป็นประโยชน์ให้สถาบันนั้นดำเนินไปได้ผลดีสมความมุ่งหมาย โดยมีมติเป็นแนวบรรทัดฐานอันสำคัญด้วย ประชาสัมพันธ์ คือ ศาสตร์หรือศิลปะแห่งการจูงใจที่จะให้หน่วยงานหรือธุรกิจเป็นที่นิยมชมชอบ ได้รับการยอมรับจากประชาชน มีชื่อเสียงและภาพพจน์ที่ดี

3.3 การสนับสนุน สิ่งที่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนกว่าพฤติกรรมของบุคคลก็คือ พฤติกรรมของกลุ่มบุคคล ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมทรัพยากร/หรือรางวัล เช่น ผู้นำชุมชน บิดา มารดา นายจ้าง กลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน ครู ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข "การสนับสนุน" (supports) นั้นเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคล กลุ่ม หรือชุมชน สามารถที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อเนื่องไปอีก การที่ประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมบางพฤติกรรมได้นั้น จะต้องมิบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง สร้างในเกิดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนทั้งในลักษณะปัจจัยเสริม ดังนั้น การดำเนินกิจกรรม และการจัดให้มีสิ่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก

ปัจจัยเสริมด้านสุขภาพ จะเป็นปัจจัยที่มาสสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากสิ่งใดหรือไม่ อาทิ การได้รับการประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การสนับสนุนของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (select of educational strategies) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (administrative diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (evaluation) ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว

กล่าวโดยสรุป การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) เป็นกระบวนการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งลักษณะปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวข้องกับทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรม และปัจจัยเสริม เกี่ยวข้องกับลักษณะการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ

1. ความหมายของการตัดสินใจ

พยอม วงศ์สารศรี (2542, หน้า 97) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกแนวทางการปฏิบัติที่คิดว่ามีความเหมาะสมมาใช้ในสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

สุรสิทธิ์ แก้วใจ (2542, หน้า 11) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจเป็นเทคนิคที่จะลดจำนวนทางเลือกด้วยการศึกษาสภาพแวดล้อม ข่าวสารที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์แนวทางที่สามารถปฏิบัติได้หรือเกิดผลเสียน้อยที่สุด แล้วจึงคัดเลือกแนวทางปฏิบัตินั้น

สมคิด บางโม (2544, หน้า 175-178) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติเพื่อเป็นแนวปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ อาจเป็นการตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งเพื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ในทางปฏิบัติมักเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุ้งยากซับซ้อนและมีวิธีการแก้ปัญหาให้วิจิตรเจ๋งมากกว่าหนึ่งทางเสมอ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้วินิจฉัยปัญหาว่าจะเลือกสั่งการปฏิบัติโดยวิธีใดจึงจะบรรลุเป้าหมายอย่างดีที่สุดและบังเกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่องค์กรนั้น

ชิฟแมน, และคานุก (Schiffman, & Kanuk, 1994, p. 55) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจ (decision) หมายถึง การเลือกกิจกรรมตั้งแต่สองทางเลือกขึ้นไป

แฮร์ริสัน(Harrison, 1999, p.3) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจเป็นกระบวนการประเมินผลเกี่ยวกับทางเลือกหรือตัวเลือกที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย การคาดคะเนผลที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติต่างๆ บิบบังคับให้ผู้ตัดสินใจต้องเลือกทางปฏิบัติที่จะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายได้มากที่สุด

กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2. ความสำคัญของการตัดสินใจ

กุลชลี ไชยนันดา (2543, หน้า 130) ได้ให้กล่าวถึงความสำคัญของการตัดสินใจว่าเป็นกระบวนการสำคัญในการวางแผน การจัดองค์การ การจูงใจ และการควบคุมในองค์การ การตัดสินใจแฝงเข้าไปทุกส่วนขององค์การและเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นไปได้ทุกสิ่ง ในการตัดสินใจผู้บริหารจะต้องมีวิธีการและทางเลือกในการที่จะทำให้การตัดสินใจนั้นสร้างความสำเร็จให้หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ

1) การตัดสินใจเป็นกระบวนการของการเปรียบเทียบผลตอบแทน หรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ จากทางเลือกหลายๆ ทาง โดยที่ผู้ตัดสินใจจะเลือกทางเลือกที่ได้ประโยชน์สูงสุด

2) การตัดสินใจเป็นหน้าที่ที่จำเป็น เพราะทรัพยากรมีจำกัดและมนุษย์มีความต้องการไม่จำกัด จึงจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเพื่อให้ได้รับประโยชน์และความพอใจจากการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การ

3) ในการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ในองค์การอาจมีการขัดแย้งกัน ผู้บริหารจึงต้องเป็นผู้ตัดสินใจชี้ขาด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การโดยส่วนรวม

4) กระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นเรื่องเกี่ยวกับการกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมายข้อจำกัด และการกำหนดทางเลือกหรือกลยุทธ์ที่ดีที่สุดตามสภาวะการณ์

5) การตัดสินใจมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายและลักษณะของปัญหา เช่น อาจแบ่งออกได้เป็นการตัดสินใจตามลำดับขั้น ซึ่งมักเป็นงานประจำ และการตัดสินใจที่ไม่

เป็นไปตามลำดับขั้น เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่ไม่ได้เกิดขึ้นประจำ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการริเริ่มงานใหม่

3. กระบวนการตัดสินใจ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์, และคนอื่นๆ (2541, หน้า 130) ได้กล่าวถึงกระบวนการตัดสินใจโดยใช้หลักเหตุผล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การกำหนดปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การรู้จักปัญหา การกำหนดปัญหา และการวิเคราะห์สถานการณ์

2) การค้นหาทางเลือก

3) การประเมินทางเลือก เพื่อเลือกทางเลือกที่จะบรรลุเป้าหมายได้ดีที่สุด ซึ่งวิธีการประเมินทางเลือกทำได้โดย การวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ส่วนเพิ่ม และการวิเคราะห์ประสิทธิผลของต้นทุน

4) ทำการตัดสินใจ ซึ่งหากมีทางเลือกหลายทางเลือก ผู้ตัดสินใจสามารถใช้หลัก 3 ประการ คือ ประสบการณ์ การทดลอง รวมทั้งการวิจัยและการวิเคราะห์

5) การปฏิบัติการตามการตัดสินใจ

6) การประเมินผลลัพธ์และการป้อนกลับ

อัญชลี โพธิ์ทอง, และสมศักดิ์ คงเที่ยง (2543, หน้า 219) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการดำเนินการตัดสินใจที่ดี มีกระบวนการและขั้นตอนที่ดี โดยกระบวนการและขั้นตอนดังกล่าว ประกอบด้วย

1) วิเคราะห์วัตถุประสงค์ที่แท้จริง เพื่อจะทำให้เป้าหมายของการตัดสินใจมีทิศทางที่แน่นอนและมีโอกาสสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มากขึ้น

2) ศึกษาดูว่าปัญหาคืออะไร แล้ววางขอบเขตของปัญหานั้น

3) วิเคราะห์และประเมินผลปัญหานั้นๆ ว่าข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาเป็นอย่างไร มีผลกระทบต่อบุคคลหรือสิ่งใดอย่างไรบ้าง

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543, หน้า 142) กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดทางเลือก การประเมินทางเลือก และการตัดสินใจเลือกทางเลือก เปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1) การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น(initial decisions) โดยเริ่มจากการค้นหาความต้องการ และวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมหรือวินิจฉัยโครงการที่สำคัญ เช่น การตัดสินใจว่าควรจะเริ่มโครงการหรือไม่ เริ่มที่ใด จะได้รับเงินและแรงงานจากแหล่งใด วิธีที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมและสนับสนุนทำอย่างไร การมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะเลือกรับเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคน และมีความเป็นรูปธรรมมาใช้โดยผ่านกระบวนการ

ตัดสินใจ การเข้าไปมีส่วนร่วมยิ่งเร็วเท่าใดก็จะได้ข้อมูล ทางเลือกที่มากขึ้น มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มาก และสามารถป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2) การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (ongoing decisions) คนในท้องถิ่นที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น อาจจะถูกชักจูงให้เข้าร่วมหลังจากที่นำโครงการเข้ามาแล้ว การมีส่วนร่วมในขั้นนี้อาจจะมีผลต่อความสำเร็จของโครงการมากกว่าการมีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น

3) การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (operational decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามาหรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น จะมีการรวมขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์สำหรับทำกิจกรรมในโครงการ กำหนดกรอบที่จะให้สมาชิกยึดถือ มีการประชุม การคัดเลือกผู้นำที่จะเข้าไปมีอิทธิพลในองค์กร

กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น การตัดสินใจมีความสำคัญ เพราะเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของการบริหารองค์กรทุกองค์การ ซึ่งจะเป็นคุณลักษณะที่ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการบริหารในองค์กรนั้นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

1. ความหมายของการรับรู้

สุพัฒน์ชาติบัญชาชัย (2545, หน้า 12) ได้กล่าวถึงการรับรู้(perception) ไว้ว่ามนุษย์สามารถรับรู้ได้โดยเริ่มจากประสาทสัมผัส (sensation) ต่างๆ ได้แก่ การสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น ได้กลิ่น ลิ้มรส บางคนมีข้อจำกัดของการรับรู้ความรู้สึก เช่น สายตาสั้น สายตายาว หูตึง จมูกไม่สามารถรับกลิ่นจาง กลิ่นอ่อน ต้องมีกลิ่นแรงๆ บางคนคุ้นเคยกับบางกลิ่นจนเคยชิน นั่นคือ ประสาทสัมผัสในการรับกลิ่น ปรับตัวจนไม่รู้สึกว่ากลิ่นที่แปลกไปแต่อย่างใด เช่น ไม่ได้กลิ่นตัวของตนเอง โดยปกติมนุษย์จะรับรู้สิ่งหนึ่งด้วยประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมๆ กันได้ดีกว่าวิธีเดียวกัน เช่นการชมภาพยนตร์ ที่มีเสียงและภาพประกอบ จะจำได้ดีกว่ามีแต่ภาพ แต่ไม่มีเสียง สามารถจดจำอาหาร เมื่อได้ชิมพร้อมกันกับได้ดมกลิ่นมากกว่าการดูแลภาพของอาหาร เช่นเดียวกันกับการเรียนรู้ถ้าเห็นของจริงมีการทำให้เห็นทดลองทำด้วยตนเอง ย่อมเกิดความเข้าใจได้ดีกว่าฟังด้วยหูหรืออ่านจากหนังสือเพียงอย่างเดียว

ริงสรรค์ ประเสริฐศรี(2548, หน้า 5) ได้ให้ความหมายของการรับรู้(perception) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลมีการเลือกสรร(select) จัดระเบียบ(organize) และตีความ(interpret) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น(stimulus) หรือข้อมูลที่ได้รับโดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ได้เห็น(sight) ได้ยิน(hearing) ได้กลิ่น(smell) ได้ลิ้มรส(taste) และได้สัมผัส(touch) หรือเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลจัดระเบียบและตีความสิ่งที่สัมผัสเพื่อให้ความหมายของสภาพแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป การรับรู้เป็นกระบวนการในการรับประมวลผล และตีความ ซึ่งเป็นอาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว เพื่อประเมินค่าตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่ง โดยการรับรู้เป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล การรับรู้จะเป็นแนวกำหนดพฤติกรรมในการสื่อสารระหว่างกันของบุคคล

2. กระบวนการของการรับรู้

ริงสวอร์ค ประเสริฐศรี (2548, หน้า 6-7) กล่าวว่า กระบวนการของการรับรู้ เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างเรื่องความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ

กระบวนการของการรับรู้ เกิดขึ้นเป็นลำดับดังนี้

สิ่งเร้าไม่ว่าจะเป็นคน สัตว์ สิ่งของ หรือสถานการณ์มาเร้าอินทรีย์ทำให้เกิดการสัมผัส และเมื่อเกิดการสัมผัสบุคคล จะเกิดมีอาการแปลการสัมผัส และมีเจตนาที่จะแปลสัมผัสนั้น การแปลสัมผัสจะเกิดขึ้นในสมองทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การที่ได้ยินเสียงดังปัง ปัง สมองจะแปลเสียงโดยเปรียบเทียบกับเสียงที่เคยได้ยินว่าเป็นเสียงของอะไร เสียงปิ่น เสียงระเบิด เสียงพลุ เสียงของท่อไอเสียรถ หรือเสียงอะไร ในขณะที่เปรียบเทียบจิตต้องมีเจตนาป่นอยู่ ทำให้เกิดแปลความหมายและต่อไปก็รู้ว่าเสียงที่ได้ยินนั้น คือ เสียงอะไร อาจเป็นเสียงปิ่น เพราะบุคคลจะแปลความหมายได้ถ้าบุคคลเคยมีประสบการณ์ในเสียงปิ่นมาก่อน กระบวนการรับรู้จะเกิดได้ต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 มีสิ่งเร้า (stimulus) ที่ทำให้เกิดการรับรู้ เช่น สถานการณ์ เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบกาย ที่เป็นคน สัตว์ และสิ่งของ

2.2 ประสาทสัมผัส (sense organs) ทำให้เกิดความรู้สึกรับสัมผัส เช่น ตาหู หนูก จมูก ไต กลิ่น ลิ้น รูรส และผิวหนัง รูร้อน รูหนาว

2.3 ประสบการณ์หรือความรู้เดิม ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่เราสัมผัส

2.4 การแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เรารับสัมผัส สิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้วย่อมจะอยู่ในความทรงจำของสมอง เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า สมองก็จะทำหน้าที่ทบทวนกับความรู้ที่มีอยู่เดิมว่า สิ่งเร้านั้นคืออะไรเมื่อมนุษย์ถูกเร้าโดยสิ่งแวดล้อม ก็เกิดความรู้สึกรับสัมผัส (sensation) โดยอาศัยอวัยวะสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา ทำหน้าที่ดูหมายถึงมองเห็น หูทำหน้าที่ฟัง คือ ได้ยิน ลิ้น ทำหน้าที่รูรส จมูกทำหน้าที่ดม คือ ได้กลิ่น ผิวหนังทำหน้าที่สัมผัส คือ รู้สึกได้อย่างถูกต้อง กระบวนการรับรู้ก็สมบูรณ์

3. ปัจจัยกำหนดการรับรู้

ริงสวอร์ค ประเสริฐศรี (2548, หน้า 8-12) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มี 2 ประเภท คือ

3.1 อิทธิพลที่มาจากภายนอก ได้แก่ ความเข้มและขนาดของสิ่งเร้า การกระทำซ้ำๆ สิ่งตรงกันข้าม การเคลื่อนไหว

3.2 อิทธิพลที่มาจากภายใน ได้แก่ แรงจูงใจ การคาดหวัง ความสนใจ อารมณ์ ความคิด จินตนาการ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับ เป็นต้น

เกณฑ์การวัดการรับรู้ที่มีผลต่อการบริจาคโลหิต

จากแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ของกรีน และครูเตอร์ (Green, & Kreuter, 1991, pp. 70-71) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมา กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้การบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิตในจังหวัด สิงห์บุรี เกี่ยวข้องกับการรับรู้การบริจาคโลหิตที่เป็นสาเหตุของการบริจาคโลหิต 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การรับรู้อันตรายต่อสุขภาพของการบริจาคโลหิต การรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการบริจาคโลหิต ปัจจัยเอื้อ คือ สภาวะสุขภาพ ความสะดวกในการ บริจาคโลหิต และปัจจัยเสริม คือ อิทธิพลของเพื่อน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ในการกำหนดกรอบแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์การวัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการ บริจาคโลหิตซึ่งเสาวนีย์ อิศรเดช ได้กำหนดไว้มาประกอบใช้เป็นแนวทางในการวิจัยการ รับรู้การบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิตในจังหวัดสิงห์บุรี

เสาวนีย์ อิศรเดช (2547, หน้า 5) ได้ใช้เกณฑ์การวัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการ บริจาคโลหิต ได้แก่

1. ปัจจัยนำในการบริจาคโลหิต ได้แก่

1.1 ด้านการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพของการบริจาคโลหิต หมายถึง ความรู้สึกนึก คิดหรือความเชื่อที่มีเหตุผลโดยตรงต่อการบริจาคโลหิต ได้แก่ เชื่อว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเสียเลือด

1.2 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของ บุคคลที่มีผลต่อประโยชน์ของการบริจาคโลหิต ได้แก่ การกระตุ้นให้ไขกระดูกทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ระบบหมุนเวียนโลหิตในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ได้ตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ กระตุ้นให้มีการ สร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น มีสิทธิในการได้รับโลหิตในการรักษาพยาบาล ทำให้สุขภาพดีขึ้น และ การเป็นที่ยอมรับของสังคม

1.3 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการบริจาคโลหิต หมายถึง การรับรู้ปัจจัยที่ขัดขวาง การบริจาคโลหิต ได้แก่ เกณฑ์การคัดกรองคุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต ความรู้สึกกลัวเข็ม กลัวเลือด กลัวติดเชื้อ กลัวทรายผลเลือดของตนเอง กลัวอ้วน

1.4 ด้านแรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมี สาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกให้ตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมการ บริจาคโลหิต

2. ปัจจัยเอื้อในการบริจาคโลหิต ได้แก่

2.1 ด้านสภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความสามารถของตนเอง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้บริจาคโลหิต และไม่บริจาคโลหิตต่อภาวะสุขภาพของตน

2.2 ด้านความสะดวกในการบริจาคโลหิต หมายถึง ช่วงเวลาที่สามารถบริจาคโลหิตได้ การเข้าถึงการบริการ ขั้นตอนการบริจาคโลหิต และสถานที่ในการบริจาคโลหิต

3. ปัจจัยเสริมในการบริจาคโลหิต ได้แก่

3.1 ด้านอิทธิพลของเพื่อน หมายถึง การรับรู้ถึงปฏิกิริยาของเพื่อนที่มีต่อการบริจาคโลหิต ได้แก่ การพูดจาชักชวนให้บริจาคโลหิต การมีเพื่อนบริจาคโลหิต การได้รับการยอมรับจากเพื่อน

3.2 ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการบริจาคโลหิต หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และสื่อที่แจ้งให้ทราบกำหนดการการมารับบริจาคโลหิตของศูนย์บริจาคโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

3.3 ด้านมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้ถึงการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้บริจาคโลหิต ได้แก่ การพูดจา กริยาท่าทาง และการให้ความดูแลเอาใจใส่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

กฤษณ์ดิวัฒน์ จัตวทอง (2540, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การงดบริจาคโลหิตด้วยตนเองในผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า อัตราการงดบริจาคโลหิต ร้อยละ 15.3 โดยอัตราการงดบริจาคโลหิตในผู้บริจาครายใหม่ ร้อยละ 26.6 ในผู้บริจาคแรก ร้อยละ 3.3 ในเพศหญิง ร้อยละ 19.5 เพศชาย ร้อยละ 11.1 กลุ่มนักเรียน ร้อยละ 18.3 กลุ่มสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 23.7 และโสด ร้อยละ 15 ในวันราชการ ร้อยละ 18.3 วันหยุดราชการ ร้อยละ 10.2 สาเหตุของการงดบริจาคโลหิตที่พบบมากที่สุดคือ ความเข้มข้นของโลหิตต่ำ การรับประทานยาปฏิชีวนะ และการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาโดยไม่สวมถุงยางอนามัยภายในเวลา 3 เดือน

ดุชนิ วินิจฉัย (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ทักษะคิดต่อการบริจาคโลหิตและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในสามภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคโลหิต ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-23 ปี นำหนักตัวโดยเฉลี่ย 53.1 กิโลกรัม ไม่มีโรคประจำตัว เคยบริจาคโลหิต เหตุผลในการตัดสินใจบริจาคโลหิตคือ ช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ และในกลุ่มนักเรียนที่เคยบริจาคโลหิต มีความตั้งใจที่จะบริจาคโลหิตเป็นประจำ ส่วนนักเรียนกลุ่มที่ไม่เคยบริจาคโลหิตมีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโลหิตเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนการใช้ของร่วมกับผู้อื่น ประเภทของมีคมและแปรงสีฟัน และการเที่ยวสถานเริงรมย์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระหว่างนักเรียนที่เคยบริโภคโลหิตและไม่เคยบริโภคโลหิต จากเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติผู้บริจาดโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย พบว่า นักเรียนมัธยมปลายมีคุณสมบัติที่บริโภคโลหิตได้โดยสร้างแรงจูงใจให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโลหิตซึ่งจะทำให้เด็กนักเรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคโลหิต และรู้จักหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการบริโภคโลหิต

ชนิตา บุตรคล้าย (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ทัศนคติต่อการบริโภคโลหิตและ พฤติกรรมเสี่ยงของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโลหิต ผลการศึกษาพบว่า นิสิต นักศึกษา มีอายุเฉลี่ย 20.74 ปี อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1 : 2.1 เป็นผู้ที่เคยบริโภคโลหิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ พบว่า นิสิต นักศึกษาส่วนใหญ่จะบริโภคโลหิตเพียงแค่ครั้งเดียวและในอนาคตจะบริโภคต่อไป ผู้ที่ไม่เคยบริโภคโลหิตให้เหตุผลว่ากลัวเข็ม กลัวเจ็บ กลัวติดเชื้อโรค ในอนาคตผู้ที่ไม่แน่ใจว่าจะบริโภคโลหิตหรือไม่ นิสิต นักศึกษา มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการบริโภคโลหิตต่ำสุด 3 ประการ คือ การบริโภคโลหิตทุก 3 เดือน บ่อยเกินไป การบริโภคโลหิตมีส่วนทำให้ติดเชื้อเอชไอวี และโลหิตที่รับบริโภคถ้าตรวจพบเชื้อโรคจะไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ และทำให้สูญเสียงบประมาณในการตรวจ ด้านพฤติกรรมความเสี่ยง ส่วนนิสิต นักศึกษาสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยเสพยาเสพติด เคยมีเพศสัมพันธ์ เคยเจาะหูหรือเจาะตามร่างกาย เคยสักหรือลบรอยสัก ทั้งนี้ พฤติกรรมดังกล่าว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในนิสิต นักศึกษากลุ่มที่บริโภคและไม่บริโภคโลหิต นอกจากนี้ยังพบว่านิสิต นักศึกษาให้ความสำคัญกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโลหิตในมหาวิทยาลัย 3 ลำดับแรก คือ ควรจัดรับบริโภคโลหิตในโอกาสพิเศษ การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโลหิต และการให้ความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติผู้บริจาดโลหิต จากผลการศึกษาพบว่านิสิตนักศึกษามีอัตราการบริโภคโลหิตลดลง ส่วนหนึ่งได้รับทราบข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่กล้าตัดสินใจบริโภคโลหิต

กรรณิการ์ เดชะอุดมโภคา (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสารกับความ ต้องการบริโภคโลหิตของนักเรียนระดับมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีเพศ ประเภทของนักเรียน ประเภทของโรงเรียน สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพของผู้ปกครองและได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวแตกต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคโลหิตแตกต่างกัน การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคโลหิต การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับความ ต้องการบริโภคโลหิต ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโลหิต มี

ความสัมพันธ์กับความต้องการบริจาคโลหิต ทศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริจาคโลหิต ตัวแปรที่สามารถอธิบายความต้องการบริจาคโลหิตได้ดีที่สุด คือ ความรู้

กรองทอง เพ็ชรวงค์ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อโน้มน้าวใจบุคลากรภาครัฐและเอกชนให้มาบริจาคโลหิต ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มีเพศ การศึกษา อาชีพต่างกัน เปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตไม่ต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส และรายได้ต่างกัน เปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์แตกต่างกัน บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มี เพศ อาชีพ การศึกษา อาชีพ แตกต่างกัน มีความรู้เรื่องการบริจาคโลหิตต่างกัน แต่บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มีสถานภาพสมรสและรายได้เฉลี่ยต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตไม่ต่างกัน บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกัน มีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตไม่ต่างกัน บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มีเพศ สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมบริจาคโลหิตต่างกัน แต่บุคลากรภาครัฐและเอกชนที่มีอายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมบริจาคโลหิตไม่ต่างกัน การเปิดรับสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต การเปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต การเปิดรับสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริจาคโลหิต ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ความรู้เรื่องการบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริจาคโลหิต

เสาวนีย์ อิศรเดช (2547, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า เพศชายบริจาคโลหิตมากกว่าเพศหญิง แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิต และรายได้มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ พบว่า การรับรู้อันตรายเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตและการรับรู้อุปสรรคของการบริจาคโลหิตมีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการบริจาคโลหิตและแรงจูงใจในการบริจาคโลหิตพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่น พบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสะดวกในการบริจาคโลหิตที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เวลาในการบริจาคโลหิต และที่ตั้งของหน่วยรับบริจาคโลหิต ส่วนในด้านปัจจัยเสริม พบว่า อิทธิพลของบุคคลอื่น การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริจาคโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสินี เต็งพานิชกุล (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาคโลหิตไม่ได้และได้ มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตระดับต่ำ เจตคติเกี่ยวกับ

การดูแลตนเองทางบวก และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองระดับพอใช้ และพบว่า เพศหญิง ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตระดับต่ำ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองระดับพอใช้ มีความสัมพันธ์กับการบริจาคโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. งานวิจัยต่างประเทศ

มะวาบา, และไคเคิลาม (Mwaba, & Keikelame, 1995, pp. 2-3) ได้ศึกษาพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของนักศึกษาในเอ็มมาบาโท กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นเพศชาย 20 คน และเพศหญิง 20 คน อายุเฉลี่ย 20.8 โดยใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมและความเชื่อในการบริจาคโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ที่มีความเชื่อว่าการบริจาคโลหิตเป็นสิ่งสำคัญ แต่มีเพียงร้อยละ 17.5 เท่านั้นที่บริจาคโลหิตจริงกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการบริจาคโลหิตมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพหรือความปลอดภัยในการบริจาค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริจาคโลหิตควรจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการบริจาคโลหิต

ออสเวลท์ (Oswalt, 1997, abstract) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจและการจัดหาผู้บริจาคโลหิต ค.ศ.1997 พบว่า การบริจาคโลหิตในอเมริกาส่วนใหญ่ผู้บริจาคเป็นคนผิวขาว เพศชาย อายุ 30-50 ปี ทำงานเป็นพนักงานบริษัท ผู้บริจาคส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นเป็นตัวของตัวเอง ทำงานเพื่อสังคม และเป็นผู้บริจาครายเก่า สาเหตุหลักที่ไม่บริจาคโลหิตเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ รองลงมาพบว่าเกิดจากความกลัว กลัวเข็ม กลัวเลือด กลัวติดเชื้อโรค โดยเฉพาะเอดส์ ดับอักษร ผู้ที่บริจาคประจำสม่ำเสมอมักพบความไม่สะดวก ความล่าช้าในการให้บริการ ได้แก่ ขั้นตอนการบริจาค สถานที่ที่จะไปบริจาคโลหิต เวลาในการบริจาคโลหิต จึงทำให้อัตราการบริจาคโลหิตลดลง

ไรโดโฟ, และคนอื่นๆ (Rodolfo, et al, 2001, p. 119) ได้ศึกษาภาวะการขาดธาตุเหล็กในผู้บริจาคโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริจาคโลหิตจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาคโลหิตมีภาวะขาดธาตุเหล็กร้อยละ 31.7 ผู้ที่บริจาคโลหิตหลายครั้งมีภาวะของการขาดธาตุเหล็กมากกว่าผู้ที่บริจาคโลหิตหนึ่งครั้ง ผู้ชายที่บริจาคโลหิต 3 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี และผู้หญิงที่บริจาคโลหิต 2 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี พบว่ามีภาวะการขาดธาตุเหล็กสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า การบริจาคโลหิตเป็นปัจจัยที่สำคัญของการขาดธาตุเหล็กในผู้บริจาคโลหิต โดยเฉพาะผู้ที่บริจาคหลายครั้งและผู้บริจาคโลหิตเพศหญิง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับโลหิตยังมีน้อย ส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติ ความเชื่อในการบริจาคโลหิตและสาเหตุที่ไม่สามารถบริจาคโลหิต ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัยศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิตในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งยังไม่มียงานวิจัยใดศึกษามาก่อน