

หัวข้อวิจัย : การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ผู้วิจัย : นาย เอกณรงค์ วรสิทธิ์
หน่วยงาน : คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2551

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” มีวัตถุประสงค์วิจัย 1. ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2. ศึกษาการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3. ศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4. ศึกษาความแตกต่างการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 5. ศึกษาความต้องการ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร/การณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

โดยในการศึกษานี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี – 35 ปี อาศัยอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) คือ การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 2 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภูมิภาคแต่ละภูมิภาค โดยจังหวัดที่เป็นตัวแทนทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ จังหวัดลำปาง จังหวัดแพร่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม จากนั้นผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกอำเภอ 2 อำเภอต่อ 1 จังหวัด และจะเลือกตำบล 2 ตำบลต่อ 1 อำเภอ ได้อำเภอและตำบลที่เป็นตัวแทนคือ อำเภอเถิน(ตำบลแม่ถอด และตำบลเถินบุรี) อำเภอแม่พริก (ตำบลพระบาทวังตวงและตำบลผาปัง) อำเภอเมืองแพร่(ตำบลเหมืองหม้อ และตำบลป่าเมต) อำเภอเมืองแพร่(ตำบลเหมืองหม้อและตำบลป่าเมต) อำเภอเด่นชัย (ตำบลไทรช้อยและตำบลปางป้าห้วย) อำเภอเมืองขอนแก่น (ตำบลศิลาและตำบลบ้านเป็ด) อำเภอพล(ตำบลโจดหนองแอกและตำบลหนองแวง โสภพระ) อำเภอนาเชือก (ตำบลหนองแดงและตำบลปอพาน) และอำเภอขามศรีสุราช (ตำบลเวียงคองและตำบลหนองบัวสันต) ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อและส่งจดหมายไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นมาเพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ และจัดส่งแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างไปให้กับสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดทางไปรษณีย์และขอให้หน่วยงานให้ความร่วมมือและขอความอนุเคราะห์จากสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของแต่ละสาธารณสุขจังหวัดและหรือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18-35 ปีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอ และตำบล ตามกระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

โดยผลการวิจัยพบว่าระดับการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 โดยสื่อที่มีความถี่ในการรับมากที่สุดได้แก่ สื่อโทรทัศน์ มีค่าเฉลี่ยของความถี่ในการรับอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ส่วนสื่อที่ประชาชนมีความถี่ในการรับน้อยที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ในขณะที่ระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 เช่นกัน โดยสื่อที่มีความถี่ในการรับมากที่สุดได้แก่ สื่อวารสาร/นิตยสาร ส่วนสื่อที่ประชาชนมีความถี่ในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียน้อยที่สุดคือ แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ในขณะที่การรับรู้ต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย ในส่วนการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียของประชาชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่แน่ใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 โดยเรื่องที่ประชาชนมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ เรื่อง คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะหรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยระดับ การรับรู้ อยู่ในระดับ เห็นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 แต่ในขณะที่เรื่องที่มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียต่ำที่สุดได้แก่ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่าเท่ากับ 1.79 นอกเหนือไปจากนั้นการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ย ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับเห็นด้วยมีค่าเท่ากับ 3.56 โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สูงที่สุดคือ โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยโดยตลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ เรื่องผู้ที่ เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมีอาการ โรคแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 อยู่ในระดับไม่แน่ใจ มากไปกว่านั้น การรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อปกป้องรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีค่าเฉลี่ย ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อปกป้องรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับไม่แน่ใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 โดยการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อปกป้องรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ เรื่องการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 3.83 ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 อยู่ในระดับไม่เห็นด้วย ตามลำดับ

คำสำคัญ : การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

Research Title : Exposure and Perception of Thalassemia among People in North and Northeast Region

Name of Researcher : Mr. Ekgnarong Vorasiha

Name of Institution : Faculty of Communication Arts, Sripatum University

Year of Publication : B.E. 2551

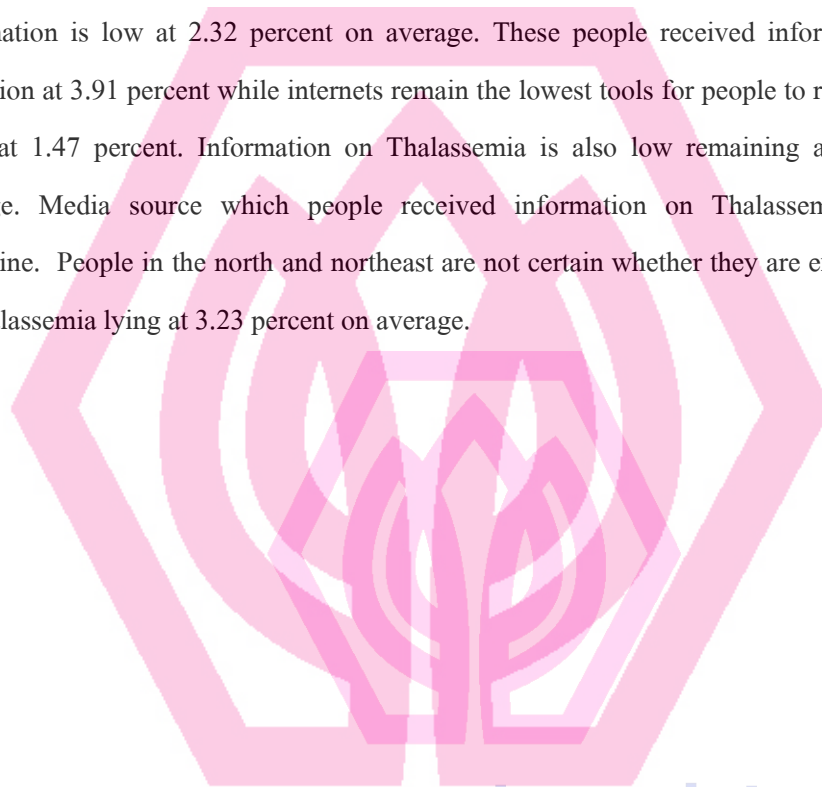
Abstract

The objectives of this research titled " Exposure and Perception of Thalassemia Among People in North and Northeast Region " are to study the acknowledgment behavior of people in the north and northeast toward health information, to study the exposure of information of people in the north and northeast toward Thalassemia, to study the difference behavior of the people in receiving information on health related issues, to study the difference exposing of information of Thalassemia by the people, and lastly to look for recommendations, and opinions on the spreading and promoting of information related to Thalassemia.

This research used sample group ranges between 18-35 years of age living in northern and northeaster part of Thailand. The researcher used several multistage sampling techniques including cluster random sampling in which dividing the study region into two regions: the north and northeast. In addition, the researcher used simple random sampling to choose different provinces in each region which would represent each particular region. By this method, the researcher chooses Lampang, Prae, Khon Kaen, and Mahasarakam to represent the two regions. Furthermore, the researcher choose to use simple random sampling to pick out 2 districts from each province and choose 2 sub-districts from each district which resulted in Tern district (Mae Tod and Tern Buri sub-district), Mae Prik district (Phra Bat Wang Tuang and Pha Pang sub-district), Muan Prae district (Muang Mo and Pa Mat sub-district), Den Chai disctriect (Sai Yoi and Pon Pa Wai sub-district), Khon Kaen Muang district (Sila and Ban Ped sub-district), Phon district (Jod Nong and Wang Song Phra sub-district), Na Chueg district (Nong Daeng and Po Phan sub-district) and Yang Si Surat (Waeng Dong and Nong Buasantu sub-district).

Later on after these sampling methods, the research sent letters to provincial public health offices and asked these offices to collect and gather information according to the survey questions sent in the mail.

The result of the research found that the acknowledgement of people in receiving health information is low at 2.32 percent on average. These people received information most from television at 3.91 percent while internets remain the lowest tools for people to receive information lying at 1.47 percent. Information on Thalassemia is also low remaining at 1.69 percent on average. Media source which people received information on Thalassemia most is from magazine. People in the north and northeast are not certain whether they are exposed or a carrier of Thalassemia lying at 3.23 percent on average.



มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

Keywords : Exposure and Perception of Thalassemia

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดเรื่องโรคทาลัสซีเมีย.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร (Media exposure).....	42
แนวคิดการรับรู้ (Perception).....	50
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model).....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
3 ระเบียบวิธีการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ประชากร.....	70
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การสุ่มตัวอย่าง.....	74
เครื่องมือในการวิจัย.....	75
การตรวจสอบเครื่องมือ.....	76
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	119
สรุป.....	119
อภิปรายผล.....	124
ข้อเสนอแนะ.....	129
บรรณานุกรม.....	130
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสัมภาษณ์.....	134
ภาคผนวก ข. ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย (แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง).....	140
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	150

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตาราง 1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	79
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อ.....	82
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อ.....	84
ตาราง 4	จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย.....	86
ตาราง 5	จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย.....	88
ตาราง 6	จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย.....	90
ตาราง 7	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	92
ตาราง 8	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	96
ตาราง 9	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	102
ตาราง 10	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร.....	106
ตาราง 11	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่ออุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร....	110
ตาราง 12	แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ข่าวสารและการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นโรคธาลัสซีเมีย.....	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยปัจจุบันมีรูปแบบการดำรงชีวิต ที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันไป จากในอดีตมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา การใช้ชีวิตประจำวันหรือการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ที่มีความทันสมัยและรวดเร็วกว่าในอดีตมากขึ้น ซึ่งรวมถึงการประกอบอาชีพ การดำรงชีพ และความใส่ใจในสุขภาพ ล้วนแต่ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อและปัจจัยในหลายๆ ด้านของแต่ละบุคคล ที่มีต่อสุขภาพร่างกายของตัวเองในปัจจุบัน แต่ส่วนใหญ่ประชาชนมักไม่ค่อยใส่ใจให้ความสำคัญดูแลสุขภาพของตนเท่าที่ควร หรือเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ใกล้ตัว เพราะเห็นว่าไม่ใช่สิ่งสำคัญมากนักกับการดำเนินชีวิตประจำวันหรืออาจจะเกิดจากความไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ด้วยประเด็นนี้จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคต่างๆ จากเริ่มมีอาการเล็กน้อย กลายเป็นมีความรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถรักษาได้ แต่ด้วยเทคโนโลยีในปัจจุบันที่ทันสมัย โรคหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ไม่ว่าจะเป็น โรคมาเลเรีย โรคหัด หรือบางโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ก็สามารถป้องกันได้ คือ “โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)” ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง เสียเวลาและต้องดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ซึ่งผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียอาจได้รับความทรมาณจากโรคมามากมายไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การเดิมเลือด การใช้เวลาในการรักษาโรคได้ยากกว่า และใช้เวลานานกว่าบุคคลอื่นๆ ทั่วไป โดยโรคนี้มีแนวโน้มว่าในอนาคตประชาชนในประเทศไทยจะมีผู้เป็นโรคนี้นับเป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) พบว่าเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ของเม็ดเลือดแดงอันสามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพแทบทุกอวัยวะทั่วทั้งร่างกาย ซึ่งโรคธาลัสซีเมียพบชุกชุมมากในประชากรของประเทศไทย ในเอเชียอาคเนย์ และในส่วนอื่นๆ ของโลก ในประเทศไทยมีผู้ที่มีกรรมพันธุ์หรือยีน (Gene) ธาลัสซีเมียกว่า 10 ล้านคน ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียมีทั้งผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค ผู้ที่เป็นโรคมีอาการต่างๆ กัน ตั้งแต่มีโลหิตจางเล็กน้อย โลหิตจางมาก ไปจนถึงเป็นโรคที่รุนแรงมาก จนเสียชีวิตทั้งหมดตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดไม่กี่นาที ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ รวมกันมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ด้วยจำนวนประชากรขณะนี้จำนวนประมาณ 60 ล้านคน ก็จะมีจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียประมาณ 600,000 คน (ประเวศ วะสี, 2549)

นอกจากนั้นแล้ว เด็กคลอดใหม่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นชั่วโมงละกว่า 1 ราย โดยคนไทย 24 ล้านคน มียีนผิดปกติของโรคที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ คู่สมรสเสี่ยงมีลูกเป็นธาลัสซีเมียปีละ 50,000 คู่ โดยแนะนำวิธีป้องกันให้เลือกรุ่น-เลือกครรรภ์-เลือกคลอด ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยและของโลก โดยล่าสุดองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรโลกร้อยละ 5 หรือประมาณ 250 ล้านคน มียีนแฝงโรคธาลัสซีเมีย สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ โดยมีเด็กเกิดใหม่ทั่วโลกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้นปีละ 300,000 คน ในส่วนของประเทศไทย จากการสำรวจพบว่าคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คน หรือร้อยละ 1 ของประชากร ซึ่งมีผู้ที่มียีนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคนและโดย ส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยคนกลุ่มนี้หากแต่งงานกัน พบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยง ได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อไปจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้แต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยครึ่งหนึ่งจะเป็นชนิดรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาทุกเดือน และรักษาตลอดชีวิต ค่าใช้จ่ายรักษาเดือนละประมาณ 10,500 บาท ซึ่งในแต่ละปีรัฐต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคนี้ 5,000 - 6,000 ล้านบาท และจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย (วรุฒิ เจริญศิริ, 2551)

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอาการหนักจะมีความทุกข์ทรมานมากจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจ ทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล ที่จะต้องให้การดูแลรักษาโรคที่เรื้อรัง จึงเป็นภาระหนักทางสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ แต่ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่าสามารถป้องกันควบคุมการเกิดโรคได้ และมีวิธีป้องกันและรักษาที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้มีโอกาสเสี่ยงหรือผู้ป่วย หรือถึงกับหายขาดจากโรคธาลัสซีเมียได้ (ประเวศ วะสี, 2549) ดังนั้น การรณรงค์ให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจะทำให้ประเทศไทยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้นและสามารถป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์ของโรคได้ ผู้วิจัยจึงได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้ศึกษา “ การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ” เพื่อป้องกันมิให้มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและเกิดพฤติกรรมในการควบคุม ป้องกันโรค อาทิการเลือกรุ่น-เลือกครรรภ์-เลือกคลอด การค้นหากกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกัน เป็นต้น โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดตระหนักและการเฝ้าระวังโรคธาลัสซีเมียในแนวทางและวิธีการที่ถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร
2. การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ศึกษาการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ศึกษาความแตกต่างของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารตามลักษณะทางประชากร
4. ศึกษาความแตกต่างของการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียตามลักษณะประชากร
5. ศึกษาความต้องการ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร/การรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

สมมติฐานทางการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันทำให้การเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนมีความแตกต่างกัน
2. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันทำให้การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี – 35 ปี

ระยะเวลาในการวิจัย สิงหาคม 2550 – กรกฎาคม 2551

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่บุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ โดยรับผ่านจากประสาทสัมผัสจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน และได้เห็น ซึ่งบุคคลหรือประชาชนสามารถเลือกรับตามความสนใจและความต้องการของตนเอง เพื่อนำมาเป็นประโยชน์หรือเป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

การรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจและยอมรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย
- ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย
- อุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมีย หมายถึง โรคโลหิตจางชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นผลจากการสร้างเม็ดเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียนั้นสร้างฮีโมโกลบินบางชนิดได้น้อยกว่าปกติ เม็ดเลือดแดงแต่ละตัวจึงเล็ก ซีดและแตกง่าย ผู้ป่วยจึงมีอาการซีดกว่าคนปกติ

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการสำรวจการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ มีแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- แนวคิดเรื่องโรคธาลัสซีเมีย
- แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร (Media exposure)
- แนวคิดการรับรู้ (Perception)
- แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model)
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดเรื่องโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางอันเนื่องมาจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน ทำให้สร้างน้อยลงและหรือสร้างฮีโมโกลบินผิดปกติ เป็นผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ และมีอายุสั้น โรคธาลัสซีเมียมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อย กล่าวคือ ทั้งบิดาและมารดาของผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะมีธาลัสซีเมียแฝง หรือเรียกว่าเป็นพาหะของธาลัสซีเมีย หรือเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียจึงอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะทางพันธุกรรม คือแอลฟาธาลัสซีเมีย และ เบต้าธาลัสซีเมีย แต่การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จำเป็นต้องคัดสินบนพื้นฐานของ ความรุนแรงของโรค ว่าเป็นโรคโลหิตจางรุนแรงเพียงใด ความสัมพันธ์ของพันธุกรรมและความรุนแรงของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย ที่สำคัญมีดังนี้

1. โรคทารกบวมน้ำชนิดบาร์ท เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุด เด็กทารกจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือตายทันทีหลังคลอด (ตายคลอด) อาจปัญหาที่พบในแม่ระหว่างตั้งครรภ์คือ ครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง บวม การคลอดผิดปกติและตกเลือดหลังคลอด
2. โรคโลหิตจางชนิดโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย มีโลหิตจางมากระดับฮีโมโกลบินระหว่าง 3-6 กรัมต่อเดซิลิตร มักเริ่มมีอาการซีดตั้งแต่ขวบปีแรก หากไม่ได้รับการรักษาจะมี ตับม้ามโต กระดูกขยายกว้างทำให้รูปใบหน้าเปลี่ยนแบบธาลัสซีเมีย ร่างกายเจริญเติบโตช้า จำเป็นต้อง

ให้เลือด และเมื่อถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ก็มีภาวะแทรกซ้อนจากธาตุเหล็กเกินได้แก่ ดับแข็ง เบาหวาน และหัวใจล้มเหลว

3. โรคโลหิตจางเบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี อาการทางคลินิกมีตั้งแต่น้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรงมากเช่นเดียวกับ โรคโลหิตจางชนิดโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย

4. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดเอ็ช ส่วนใหญ่มีอาการน้อยถึงปานกลางได้แก่ ซีด เหลือง ดับม้ามโต แต่ถ้ามีไข้สูง จะมีภาวะซีดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีอาการทางสมองและหัวใจวายได้ (มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย, 2549)

โรคธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินเอ็ช

โรคธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินเอ็ช โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มี 2 ชนิดใหญ่ๆคือ พวกลูเฟา และ เบต้า โรคธาลัสซีเมียที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือโรค “ฮีโมโกลบินเอ็ช” ซึ่งเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด “แอลฟา” จำนวนกันว่าในประเทศไทยมีคนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดนี้มากกว่า 400,000 คน ผู้ที่เป็นโรค “ฮีโมโกลบินเอ็ช” ส่วนใหญ่ซีดเพียงเล็กน้อยจนแทบสังเกตไม่เห็น ระดับเลือดใกล้เคียงคนปกติ บางคนอาจไม่ทราบเลยว่าตนเองเป็นโรคนี้อยู่ บางรายได้รับการวินิจฉัยในวัยชรา แต่ส่วนน้อยที่มีอาการซีด อาจมีม้ามโตได้คล้ายๆ กับโรค ธาลัสซีเมียพวก “เบต้า”

ลักษณะพิเศษของโรคนี้อคือ

เมื่อมีไข้ไม่สบาย จะซีดลง เหลือง และอ่อนเพลียพอหายป่วยก็จะกลับเป็นปกติเช่นเดิมแต่บางครั้งเมื่อ ไข้สูงมากอาจซีดลงมากอย่างรวดเร็วเพียงชั่วข้ามคืน เกิดขึ้นเนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกอย่างรวดเร็วและรุนแรง อาจพบมีปัสสาวะสีเข้มขึ้น บางรายอาจมีตาเหลืองร่วมด้วย อาการซีด บางครั้งรุนแรงมาก จนทำให้อ่อนเพลียมาก เพื่อเพราะสมองขาดออกซิเจน กระสับกระส่าย หัวใจวายได้ จึงควรรักษาสุขภาพอยู่เสมอ เมื่อเจ็บป่วยไม่สบายควรรีบรักษา ถ้ามีไข้สูงควรลดไข้โดยการ เช็ด ตัว ดื่มน้ำมากๆ กินยาลดไข้ เช่น ยาพาราเซตามอลทันที เพื่อลดการแตกของเม็ดเลือดแดงและรีบไปหาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและรีบให้ การรักษาที่ถูกต้อง บางรายที่ซีดลงมากระดับเลือดอาจลดลงถึงครึ่งต่อครึ่ง จำเป็นต้องให้เลือดโดยรีบด่วน เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซีด สมอง เนื้อเยื่อ และอวัยวะอื่นๆ ขาดออกซิเจนและหัวใจวาย ในกรณีเช่นนี้แพทย์มักรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มิฉะนั้นอาจมีอันตรายมากจากอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วย “ฮีโมโกลบินเอ็ช” บางรายอาจมีอาการรุนแรงมากเรื้อรัง คือ ซีดมาก ม้ามโตตั้งแต่เล็กแพทย์จำเป็นต้องให้เลือด ประคับประคอง และถ้าม้ามโตมากแพทย์จะพิจารณาตัดม้ามเมื่อผู้ป่วยอายุมากกว่า 4 ปี ซึ่งผลการตัดม้ามจะดีมากกว่าการตัดม้ามในโรคธาลัสซีเมียชนิดอื่นๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการซีด ระดับความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้นกว่าเดิมมาก แม้จะไม่เท่าระดับปกติ และเกือบทั้งหมดไม่จำเป็นต้องให้เลือดอีกเลยแต่ภายหลังการผ่าตัดม้าม ก็มีข้อควรระวังเกี่ยวกับภาวะการติดเชื้อเพราะ

ถ้ามีโรคติดเชื้อจะรุนแรงกว่าคนปกติ จึงควรปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ป่วย ธาลัสซีเมียชนิดอื่นๆ ภายหลังการตัดม้าม (วรวรรณ ตันไพจิตร, 2549)

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดเบต้า

โลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดเบต้าแบ่งเป็น

1. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดเบต้า ('Homozygous' beta-thalassemia; beta-thal/beta-thal) มีโลหิตจางมากระดับฮีโมโกลบินระหว่าง 3-6 กรัมต่อเดซิลิตร มักเริ่มมีอาการซีดตั้งแต่ขวบปีแรก หากไม่ได้รับการรักษาจะมี ตับ ม้ามโต กระดูกขยายกว้างทำให้รูปใบหน้าเปลี่ยนแบบ thalassemic facies ร่างกายเจริญเติบโตช้า จำเป็นต้องให้เลือด และเมื่อถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มักมีภาวะแทรกซ้อนจากธาตุเหล็กเกิน ได้แก่ ตับแข็ง เบาหวาน และหัวใจล้มเหลว

2. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดเบต้า-อี (Beta-thalassemia/Hb E, beta-thal/Hb E) อาการทางคลินิกมีตั้งแต่น้อย ปานกลางจนถึงรุนแรงมากเช่นเดียวกับ Homozygous beta-thalassemia (มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย, 2549)

กลุ่มอาการฮีโมโกลบิน อี (Hemoglobin E syndrome)

กลุ่มอาการฮีโมโกลบิน อี (Hemoglobin E syndrome) ในเม็ดเลือดแดงมีฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) ทำหน้าที่นำ oxygen ไปสู่อวัยวะต่างๆ คนปกติจะมี Hb A และ Hb A2 ฮีโมโกลบิน อี (Hb E) เป็นฮีโมโกลบินผิดปกติพบครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1954 จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (hemoglobin electrophoresis)

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยา

พบประชากรร้อยละ 30-40 เป็นพาหะของธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ อุบัติการณ์ของฮีโมโกลบิน อี (Hb E) ในกรุงเทพฯ พบ พาหะของฮีโมโกลบิน อี (Hb E trait) ร้อยละ 12.9, โฮโมซัยกัสฮีโมโกลบิน อี (homozygous Hb E) พบร้อยละ 0.3 และ พาหะของฮีโมโกลบิน อี ร่วมกับพาหะของแอลฟาธาลัสซีเมีย (double heterozygote ของ Hb E และ alpha-thalassemia) พบได้ร้อยละ 5.38

พยาธิสภาพของฮีโมโกลบิน อี

เกิดที่สายเบต้าโกลบินในตำแหน่งที่ 26 กรดอะมิโนกลูตามีน (glutamine) ถูกแทนที่ด้วยกรดอะมิโนไลซีน (lysine) ซึ่งมีผลทำให้มีการสร้างฮีโมโกลบินลดลง ผู้ที่มียีน (gene) ฮีโมโกลบิน อี และมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับ แอลฟาธาลัสซีเมีย (alpha-thalassemia) และหรือ เบต้าธาลัสซีเมีย (beta-thalassemia) ทำให้เกิดกลุ่มอาการจากฮีโมโกลบิน อี (hemoglobin E syndrome) ซึ่งจะไม่มีอาการ (asymptomatic form) หรือมีอาการทางคลินิก (symptomatic form) ดังนี้

กลุ่มที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic forms) ประกอบด้วย

1. พาหะของฮีโมโกลบิน อี (Hb E trait) คือผู้ที่ปกติ ไม่มีอาการทางคลินิก ไม่ต้องรักษา สามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติ ตรวจเลือด (CBC) จะซีดเล็กน้อย, พบ target cell ในเสมียร์เลือด ตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (Hb type) พบฮีโมโกลบิน เอ และ อี (Hb A E) โดยพบ ฮีโมโกลบิน อี (Hb E) ประมาณ 25-30%

2. ฮีโมโกลบิน อี และมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับ แอลฟาธาลัสซีเมีย (alpha-thalassemia) เรียกภาวะนี้ว่าเป็น พาหะคู่ (Double heterozygote) เนื่องจากยีนของฮีโมโกลบิน อี (Hb E gene) อยู่บนเบต้าโกลบินยีน (beta-globin gene) ของโครมาโซมคู่ที่11 ส่วน แอลฟาธาลัสซีเมีย อยู่แอลฟาโกลบินยีน (alpha-globin gene) ของโครมาโซมคู่ที่16 ตามลำดับ ภาวะ double heterozygote คือผู้ที่ปกติเช่นกัน

ตัวอย่างของภาวะนี้ได้แก่ ผู้ที่มีฮีโมโกลบิน อี ร่วมกับ แอลฟาธาลัสซีเมีย-2 (Hb E trait with alpha-thal 2 trait) และ ผู้ที่มีฮีโมโกลบิน อี ร่วมกับ แอลฟาธาลัสซีเมีย-1 (Hb E trait with alpha-thal 1 trait)

โดยผู้ที่เป็น Hb E trait with alpha-thal 2 trait จะมีผลเลือดเหมือนกับ Hb E trait ส่วน Hb E trait with alpha-thal 1 trait ผลเลือด จะมีเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (MCV), พบ target cell ในเสมียร์เลือด Hb type พบ Hb A E โดยพบ Hb E ประมาณ 19-21%

3. ผู้ที่มีฮีโมโกลบิน อี ที่พบร่วมกับภาวะขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) ผลเลือดจะพบขนาดเม็ดเลือดแดงเล็ก (MCV และ MCH มีขนาดเล็ก) ปริมาณ Hb E ลดลงขึ้นกับความรุนแรงของการขาดธาตุเหล็ก (severity of iron deficiency)

4. โฮโมซัยกัสฮีโมโกลบิน อี (homozygous Hb E) โดยทั่วไปไม่มีอาการ อาจจะมีอาการซีดเล็กน้อย พบ Target cell 20-80% ในเสมียร์เลือด Hb type พบ Hb E F และ ปริมาณ Hb E 85-95%, Hb F 15-5%

5. โฮโมซัยกัสฮีโมโกลบิน อีร่วมกับ แอลฟาธาลัสซีเมีย-1 (homozygous Hb E with alpha-thal 1 trait) โดยทั่วไปไม่มีอาการ พบซีดเล็กน้อย MCV และ MCH มีขนาดเล็ก พบ target cell 20-80% ในเสมียร์เลือด Hb type พบ Hb E F และ ปริมาณ Hb E 85-95%

กลุ่มที่มีอาการ (Symptomatic forms) ประกอบด้วย

1. เบตาธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี (beta-thalassemia/Hb E) ผู้ป่วยจะมี gene beta-thalassemia และ Hb E gene หรือ genotype ผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่ รุนแรงมาก ปานกลาง และ รุนแรงน้อย พวกที่มีอาการรุนแรงมากถึงปานกลางจำเป็นต้องได้รับการรักษา

เช่นเดียวกับ homozygous beta-thalassemia พวกที่มีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องได้รับเลือด Hb type พบ EF โดยพบ Hb E ประมาณ 58.0 % ที่เหลือเป็น HbF

2. ฮีโมโกลบิน เอ อี บาร์ท (Hb E A Bart's disease) คือผู้ป่วยฮีโมโกลบิน เฮซ (hemoglobin H disease) ที่มี Hb E gene ร่วมด้วย อาการทางคลินิกประกอบด้วย ซีด เหลือง ตับ ม้ามโต ระดับความรุนแรงน้อยอาจไม่จำเป็นต้องได้รับเลือด Hb type พบ E A Bart's, โดยพบ Hb E = 13.0 + 2.1%, Bart's = 2.2 + 1.8% ที่เหลือเป็น Hb A

3. ฮีโมโกลบิน อี เอฟ บาร์ท (Hb E F Bart's disease) คือผู้ป่วยฮีโมโกลบิน เฮซ (Hemoglobin H disease) ที่มี beta-thalassemia/Hb E หรือ Homozygous Hb E ร่วมด้วย อาการทางคลินิกจะมีระดับความรุนแรงน้อยเนื่องจากมี imbalance ทั้ง? และ ? globin chain อาจไม่จำเป็นต้องได้รับเลือด Hb type พบ EF Bart's, โดยพบ Hb E = 80 + 1.8%, Bart's = 5% ที่เหลือเป็น Hb F (กิตติ ต่อจรัส,2549)

การวินิจฉัยพาหะธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่ทำให้การสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้น้อยลงฮีโมโกลบินเป็นสารที่ทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย ถ้ามีฮีโมโกลบินน้อยลงความสามารถในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลีย ผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการมากน้อยไม่เท่ากัน ตั้งแต่อาการน้อยจนถึงรุนแรงมาก ทั้งยังขึ้นกับชนิดของโรคธาลัสซีเมียด้วย ในรายที่รุนแรงนอกจากจะมีอาการข้างต้น ยังมีการเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ย และพอมแกร็น ลักษณะกระดูกใบหน้ามีการเปลี่ยนแปลง คือหน้าผากและโหนกแก้มสูง จมูกแบนและฟันบนยื่น

ส่วนประกอบของฮีโมโกลบินมีอะไรบ้าง

ส่วนประกอบของฮีโมโกลบินประกอบด้วย 'ฮีม' กับโปรตีนที่มีชื่อว่า 'โกลบิน' ฮีมมีเหล็กเป็นส่วนประกอบที่จะเป็นตัวจับออกซิเจน ส่วนโกลบินมีสองชนิดหลักคือ แอลฟาโกลบินและโกลบินที่ไม่ใช่แอลฟาซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นชนิดเบต้า (แอลฟาและเบต้าเป็นอักษรภาษากรีกตัวแรกและตัวที่สอง เทียบได้กับเอและบีในภาษาอังกฤษ)

ร่างกายควบคุมการสร้างฮีโมโกลบินได้อย่างไร

การสร้างโกลบินควบคุมโดยสารพันธุกรรมที่เรียกว่า 'ยีน' ยีนแอลฟาควบคุมการสร้างโกลบินแอลฟา และยีนเบต้าควบคุมการสร้างโกลบินเบต้า ยีนดังกล่าวจะถ่ายทอดจากชั่วคนหนึ่งไปอีกชั่วคนหนึ่ง ผู้ที่มียีนที่เปลี่ยนแปลงไป 1 ยีน ส่วนยีนที่คู่กันอีกยีนหนึ่งทำหน้าที่ได้ปกติ โดยที่ตัวเองไม่เป็นโรคนั้น ทางการแพทย์เรียกว่า 'พาหะ' ถ้าผู้ที่เป็นพาหะบังเอิญไปแต่งงานกับผู้ที่เป็น

พาหะด้วยกัน และถ้าทั้งสองคนถ่ายทอดยีนธาลัสซีเมียไปให้ลูก โอกาส 1 ใน 4 ลูกจะเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียพบได้บ่อยหรือไม่ในประเทศไทยมีธาลัสซีเมียชุกเท่าใด

ธาลัสซีเมียเป็นโรคพันธุกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดในโลกและพบมากในประเทศไทย มักพบในภูมิภาคของโลกที่มีมาลาเรียชุกชุมในประเทศไทยมีดังนี้

- ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 1 ของประชากรหรือ 6 แสนคน
- เด็กแรกเกิดที่เป็นโรค 1 หมื่นคนต่อปี
- คู่สามีภรรยาที่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรค 5 หมื่นคู่ต่อปี
- พาหะของธาลัสซีเมีย ร้อยละ 40 ของประชากร หรือ 24 ล้านคน

เหตุใดจึงมีพาหะธาลัสซีเมียจำนวนมาก

มีหลักฐานว่าเป็นเพราะพาหะมีความได้เปรียบคนทั่วไปในแง่เม็ดเลือดแดงของพาหะมีความต้านทานต่อการติดเชื้อมาลาเรียชนิดรุนแรงได้ดีกว่าเม็ดเลือดแดงของคนทั่วไป

การเป็นพาหะมีผลต่อสุขภาพหรือไม่

การเป็นพาหะไม่มีผลใด ๆ ต่อสุขภาพ พาหะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ทำงานได้ปกติ มีอายุขัยปกติ ผู้ที่เป็นพาหะไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย แม้ในอนาคตก็จะไม่เป็นโรค จึงไม่ต้องรับการรักษาใด ๆ

จะทราบได้อย่างไรว่าเป็นพาหะ

การที่พาหะมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ ส่วนใหญ่จึงไม่ทราบว่าตนเองเป็นพาหะสาเหตุที่ทราบอาจเป็นเพราะบังเอิญไปแต่งงานกับผู้ที่ เป็นพาหะ แล้วมีลูกเป็น โรคธาลัสซีเมียเป็นครั้งแรกในครอบครัว ดังนั้นถ้าสามีภรรยาทั้งคู่ที่มีลูกเป็น โรคธาลัสซีเมีย แสดงว่าทั้งสองคนอย่างน้อยต้องเป็นพาหะมีพี น่องหรือญาติร่วมสายโลหิตเป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย กลุ่มนี้มีโอกาสจะมียีนธาลัสซีเมียได้มากกว่าคนทั่วไป และได้รับการแนะนำให้ไปรับการตรวจเลือดได้แก่การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างครบถ้วน(Complete blood count, CBC) ด้วยเครื่องวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าฮีโมโกลบินและขนาดของเม็ดเลือดแดง การตรวจฮีโมโกลบินทำให้ทราบชนิดและปริมาณแต่ละชนิด (Hb typing) ไปรับการตรวจเลือด และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินที่เข้าได้กับพาหะ

เม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินของผู้ที่เป็นพาหะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรและตรวจโดยวิธีใด

ผู้ที่เป็นพาหะมีเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กกว่าธรรมดา รูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน ทราบโดยการตรวจ CBC ระดับฮีโมโกลบินปกติหรืออาจต่ำกว่าคนทั่วไปเล็กน้อยเม็ดเลือดแดงปกติถ้าอยู่ใน

น้ำเกลือโซเดียม คลอไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 0.36 จะแตกหมดทำให้สารละลายใส แต่เม็ดเลือดแดงพาหะจะแตกไม่หมด ทำให้สารละลายขุ่น จึงสามารถใช้ในการทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดงชนิดหลอดเดียว (one-tube osmotic fragility test, OF) ที่ใช้น้ำเกลือความเข้มข้นดังกล่าวเพื่อแยกเม็ดเลือดแดงพาหะจากเม็ดเลือดแดงปกติชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินต่างจากธรรมดา ทราบโดยการส่งตรวจชนิดและปริมาณแต่ละชนิดของฮีโมโกลบินฮีโมโกลบิน อี จะตกตะกอนเมื่อทำปฏิกิริยากับสาร dichlorophenol-indophenol (DCIP) แต่ฮีโมโกลบิน เอ็ช ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคฮีโมโกลบิน เอ็ช อาจตกตะกอนได้ด้วย

พาหะชนิดต่าง ๆ ของธาลัสซีเมีย

พาหะของธาลัสซีเมียมีหลายชนิด แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามยีนที่เปลี่ยนแปลงไป คือ

พาหะของยีนกลุ่มแอลฟา ได้แก่

- แอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของประชากรไทย
- แอลฟา-ธาลัสซีเมีย 2 พบได้ประมาณร้อยละ 16 ของประชากรไทย
- ฮีโมโกลบิน คอนสแตนต์สปริง พบได้ประมาณร้อยละ 4 ของประชากรไทย

พาหะของยีนกลุ่มเบต้า ได้แก่

- เบต้า-ธาลัสซีเมีย พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของประชากรไทย
- ฮีโมโกลบิน อี พบได้ประมาณร้อยละ 13 ของประชากรไทย

ข้อมูลข้างต้นเป็นอัตราเฉลี่ยของประเทศ การสำรวจแต่ละภาคจะได้ค่าแตกต่างกันออกไปบ้าง ในภาคเหนือ พบแอลฟา-ธาลัสซีเมียมาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบฮีโมโกลบิน อี มาก เช่นในจังหวัดสุรินทร์ สกลนครพบได้ถึงร้อยละ 50-60 ของประชากร จากการตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชพบพาหะชนิดฮีโมโกลบิน อี ร้อยละ 25

พาหะเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคในกรณีใด

พาหะจะเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคถ้าหากแต่งงานกับผู้ที่ เป็นพาหะของยีนกลุ่มเดียวกัน แต่ถ้าแต่งงานกับผู้ที่มียีนคนละกลุ่มกันหรือผู้ที่มียีนปกติ จะไม่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคเลย

คู่เสี่ยงสำหรับโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

คู่สามีภรรยาที่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ได้แก่

1. คู่สามีภรรยาที่เป็นพาหะชนิดแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 กับแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคเด็กบวมน้ำจากฮีโมโกลบิน บาร์ทส์
2. คู่สามีภรรยาที่เป็นพาหะชนิดเบต้า-ธาลัสซีเมีย กับเบต้า-ธาลัสซีเมีย เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคเบต้า-ธาลัสซีเมีย ชนิดไฮโมซัยกัส

3. คู่สามีภรรยาที่เป็นพาหะชนิดเบต้า-ธาลัสซีเมีย กับฮีโมโกลบิน อี เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคเบต้า-ธาลัสซีเมีย ชนิดฮีโมโกลบิน อี
4. คู่สามีภรรยาที่ไม่ใช่พาหะแบบข้างต้นเป็นคู่สามีภรรยาที่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดไม่รุนแรง และคู่สามีภรรยาที่ไม่ใช่คู่เสี่ยง

เป้าหมายการตรวจกรองหาพาหะของธาลัสซีเมีย

การตรวจกรองหาพาหะของธาลัสซีเมีย (Carrier screening) สำหรับประเทศไทย เป็นการตรวจหาผู้ที่เป็นพาหะชนิดแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1, ชนิดเบต้า-ธาลัสซีเมีย, และ ฮีโมโกลบิน อี เพื่อเป็นข้อมูลในการบอกอันตรายและหนทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 3 โรคข้างต้น

รูปแบบการตรวจกรองหาพาหะสำหรับ ธาลัสซีเมียอาจทำได้ 2 รูปแบบ, ได้แก่

การตรวจกรองในประชากรทั่วไป (Mass screening) ได้แก่ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือก่อนวัยเจริญพันธุ์ (เช่น นักเรียนชั้นมัธยม)

การตรวจกรองในกลุ่มเป้าหมาย (target screening) เช่น คู่ชายหญิงที่กำลังจะแต่งงาน หรือคู่สามีภรรยา ก่อนการตั้งครรภ์ หรือในระยะแรกของการตั้งครรภ์ (คืออายุครรภ์น้อยกว่า 16-20 สัปดาห์)

ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลจากการวิจัยที่ชัดเจนว่าควรตรวจหาพาหะในช่วงเวลาใดของชีวิตจึงจะเหมาะสม ปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขมีคำประกาศนโยบายการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมีย โดยให้หญิงมีครรภ์ทุกคนได้รับการให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์ สำหรับ ธาลัสซีเมีย และได้รับการตรวจกรองหาพาหะโดยสมัครใจ(หากอายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์) และหากพบผลเลือดผิดปกติให้ตามสามีเพื่อตรวจกรองทุกราย ถ้าผลการตรวจกรองผิดปกติทั้งคู่ให้ทำการตรวจยืนยันว่าเป็นคู่สมรสเสี่ยงที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงและได้รับการให้การปรึกษาในการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด โดยในปีงบประมาณ 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการตรวจกรองหญิงตั้งครรภ์และสามี ตรวจยืนยันเป็นคู่สมรสเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด และการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในรายที่ตรวจพบว่าบุตรในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

วิธีการตรวจว่าเป็นพาหะหรือไม่

ในประชากรทั่วไปที่ไม่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคธาลัสซีเมีย การตรวจว่าผู้ใดเป็นพาหะเป้าหมายโดยวิธีตรวจกรอง (screening test) ได้แก่ การตรวจ OF ร่วมกับการตกตะกอนด้วยสาร DCIP หรือ CBC กับการตกตะกอนด้วยสาร DCIP ซึ่งทำได้ง่าย มีความไวสูงคือให้ผลบวกในพาหะ

ที่ต้องการได้ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด ใช้เวลาไม่เกินหนึ่งชั่วโมงและราคาถูกหรือพอสมควร การที่ต้องใช้วิธีการตรวจกรองมากกว่าหนึ่งวิธี เพราะในปัจจุบันไม่มีการตรวจกรองวิธีหนึ่งวิธีใดที่สามารถครอบคลุมการตรวจหาพาหะที่เป็นเป้าหมายได้ทั้งหมด ส่วนการตรวจฮีโมโกลบินเพื่อให้ทราบชนิดและปริมาณแต่ละชนิด (Hb typing) ต้องใช้เครื่องมือและน้ำยาที่มีราคาแพง ผู้ทำการทดสอบต้องผ่านการอบรมและมีความชำนาญ รวมทั้งต้องใช้แพทย์และผู้เชี่ยวชาญช่วยแปลผลด้วยการตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินจึงเหมาะสำหรับใช้เป็นวิธีตรวจเพื่อยืนยัน (confirmatory test) ในกรณีที่มีการตรวจกรองเบื้องต้นให้ผลบวก

สำหรับการตรวจหาพาหะในผู้ที่มีญาติพี่น้อง เป็นโรคมีโอกาสูงที่จะตรวจพบผู้ที่เป็นพาหะของธาลัสซีเมีย ดังนั้นเพื่อลดขั้นตอนในการตรวจ จึงควรใช้วิธีตรวจมาตรฐานเพื่อเป็นการยืนยันเลย ได้แก่การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างครบถ้วน (CBC) และการตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน

การตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นพาหะชนิดแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 ต้องทำการตรวจวิเคราะห์ยีนที่ระดับอนุ เพราะผลการตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินไม่สามารถบอกแน่นอนได้ว่าเป็นพาหะชนิดแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 หรือแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 2 ชนิดไฮโมซัยกัส

ถ้าทางคู่สามีภรรยาเป็นพาหะที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็น โรคเบต้า-ธาลัสซีเมีย และเลือกใช้การวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด ต้องทำการตรวจวิเคราะห์ยีนที่ระดับอนุว่าเป็นแบบใดก่อนที่จะทำการตรวจเด็กในครรภ์ เนื่องจากยีนที่ทำให้เกิดเบต้า-ธาลัสซีเมียในประเทศไทยมีประมาณ 30 แบบ

ข้อควรทราบในการวินิจฉัยภาวะพาหะ

การตรวจกรองพาหะให้ผลบวกอาจไม่เป็นพาหะก็ได้ เพราะอาจมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดผลบวกได้ เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็ก จึงจำเป็นต้องทำการตรวจยืนยันด้วยการตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินเสมอ

ภาวะขาดเหล็ก นอกจากจะทำให้ซีดและเม็ดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลงคล้ายธาลัสซีเมียแล้ว ยังอาจทำให้การตรวจปริมาณฮีโมโกลบินเพื่อวินิจฉัยพาหะชนิดเบต้า-ธาลัสซีเมียให้ผลบวกลงด้วย แพทย์อาจต้องส่งเลือดตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยภาวะขาดเหล็ก และอาจขอตรวจด้านธาลัสซีเมียซ้ำเมื่อรักษาภาวะขาดเหล็กหายแล้ว เพื่อให้การตรวจและการแปลผลถูกต้องแม่นยำขึ้น แต่ในกรณีหญิงตั้งครรภ์อาจทำการตรวจวิเคราะห์ยีนเนื่องจากไม่สามารถรอได้(เสถียร สุขพนิชนันท์, 2549)

คู่เลี้ยงมีลูกเป็นโรค

ผู้ที่ เป็นโรคธาลัสซีเมีย หมายถึง ผู้ที่รับยีนผิดปกติหรือพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมียพวกเดียวกันมาจากทั้งพ่อและแม่ ผู้ป่วยจึงมียีนที่คู่กันผิดปกติทั้งสองยีน และจะถ่ายทอดยีนที่ผิดปกติยีนใดยีนหนึ่งต่อไปให้ลูกแต่ละคนด้วย







ธาลัสซีเมียพบมากเพียงใด และถ่ายทอดได้อย่างไร

ธาลัสซีเมียพบมากในประเทศไทยและพบได้ทั่วโลก ธาลัสซีเมียที่พบในบางประเทศเกือบทั้งหมดเป็นแบบเดียวกัน แต่ในประเทศไทยมีความหลากหลายมาก จากการสำรวจธาลัสซีเมียในประเทศไทย สามารถแบ่งเป็นพวกใหญ่ๆ ที่สำคัญ 2 พวก คือ แอลฟาและเบต้าธาลัสซีเมีย โดยเฉลี่ยชาวไทยเป็นพาหะของธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือประมาณ 24 ล้านคน เมื่อพาหะแต่งงานกัน และเป็นพาหะที่เป็นพวกเดียวกัน อาจมีลูกเป็นโรคได้ ทำให้ในประเทศไทยมีคนเป็นโรคธาลัสซีเมียมากถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 6 แสนคน







ที่กล่าวว่าผู้เป็นโรคต้องได้รับยีนผิดปกติจากทั้งบิดาและมารดา และยีนผิดปกติทั้งสองนั้นต้องเป็นพวกเดียวกัน หมายถึง แอลฟา-ธาลัสซีเมียด้วยกัน หรือ เบต้า-ธาลัสซีเมียด้วยกัน เนื่องจากยีนธาลัสซีเมียมีหลายชนิด การได้รับยีนผิดปกติมาเข้าคู่กันจึงมีหลายชนิดด้วย มีชื่อเรียกต่างๆ กัน ถ้ายีนที่เข้าคู่กันเป็นพวกเดียวกันและเหมือนกันด้วย เรียกว่า เป็นโฮโมซัยกัส- ถ้าเป็นพวกเดียวกันแต่ไม่เหมือนกัน เรียกว่า คอมปาวน์ เฮเทอโรซัยกัส- และนอกจากนี้ ความรุนแรงยังแตกต่างกันมาก ตั้งแต่เป็นโรครุนแรงมากที่สุด จนถึงไม่มีอาการเลย

ในกรณีที่คู่สมรสฝ่ายหนึ่งเป็นพาหะของแอลฟา-ธาลัสซีเมีย แต่อีกฝ่ายหนึ่งเป็นพาหะของเบต้า-ธาลัสซีเมีย มีโอกาสที่ลูกจะรับยีนผิดปกติจากทั้งบิดาและมารดา คือ มีทั้งแอลฟา-ธาลัสซีเมียและเบต้า-ธาลัสซีเมียได้ในคนเดียว เป็นดับเบิลเฮเทอโรซัยกัส คือ มียีนผิดปกติที่ไม่ใช่พวกเดียวกัน ยีน 2 พวกนี้จะไม่มาเข้าคู่กัน จึงไม่ทำให้เกิดโรคธาลัสซีเมีย แต่ลูกคนนี้จะถ่ายทอดภาวะแอลฟา-ธาลัสซีเมีย และ/หรือ เบต้า-ธาลัสซีเมีย ไปยังลูกๆ ของตนต่อไปได้






เพื่อให้เข้าใจง่ายถึงลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ และทราบถึงอัตราเสี่ยงของการเป็นโรค จึงขอแสดงเป็นรูปภาพดังนี้ โดยขอใช้สีแดงหรือ สีน้ำเงิน แทน ยีนธาลัสซีเมีย และสีขาวแทนยีนปกติ

	พ่อ ปกติ	แม่เป็นพาหะ	
			
			
ลูก ปกติ	ลูก เป็นพาหะ	ลูก ปกติ	ลูก เป็นพาหะ

ภาพ 1 ถ้าพ่อหรือแม่เป็นพาหะ (เฮมเทอโรซัยโกต) เพียงคนเดียว โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 หรือครึ่งต่อครึ่ง แต่จะไม่มีลูกคนใดเป็นโรค เช่น แม่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย พ่อปกติ ลูกจะเป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 2 ใน 4 ปกติ เท่ากับ 2 ใน 4

	พ่อเป็นพาหะ	แม่เป็นพาหะ	
			
			
ลูก เป็นโรค	ลูก เป็นพาหะ	ลูก เป็นพาหะ	ลูก ปกติ

ภาพ 2 ถ้าพ่อและแม่เป็นพาหะ (เฮมเทอโรซัยโกต) ของธาลัสซีเมียชนิดเดียวกัน และเหมือนกัน โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคชนิดโฮโมซัยกัส- เท่ากับ 1 ใน 4 โอกาสที่จะเป็นพาหะ (เฮมเทอโรซัยโกต) เท่ากับ 2 ใน 4 และปกติเท่ากับ 1 ใน 4 เช่น แม่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย พ่อเป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย ลูกจะเป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 2 ใน 4, ปกติ เท่ากับ 1 ใน 4 และเป็นโรคโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 1 ใน 4

	พ่อเป็นพาหะ	แม่เป็นพาหะ	
			
			
	ลูก เป็นโรค	ลูก เป็นพาหะ	ลูก ปกติ

ภาพ 3 ถ้าพ่อและแม่เป็นพาหะที่ไม่เหมือนกัน แต่อยู่ในพวกเดียวกัน โอกาสที่ลูกจะเป็นโรค (คอมปาวน์เฮทเทอโรซัยโกต) เท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบพ่อเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบแม่เท่ากับ 1 ใน 4 และเป็นปกติเท่ากับ 1 ใน 4 เช่น พ่อเป็น พาหะของฮีโมโกลบินอี แม่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย ลูกจะเป็นปกติ เท่ากับ 1 ใน 4, เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 1 ใน 4, เป็นพาหะของฮีโมโกลบินอีเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นโรค เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี เท่ากับ 1 ใน 4

	พ่อเป็นโรค	แม่เป็นปกติ	
			
			
	ลูก เป็นพาหะ	ลูก เป็นพาหะ	ลูก เป็นพาหะ

ภาพ 4 ถ้าพ่อและแม่ ฝ่ายหนึ่งเป็นโรคนชนิดที่เกิดจากยีนที่ไม่เหมือนกัน แต่เป็นพวกเดียวกัน เช่น เบต้า-ธาลัสซีเมียด้วยกัน หรือแอลฟา-ธาลัสซีเมียด้วยกัน (คอมปาวน์ เฮทเทอโรซัยโกต) และอีกฝ่ายหนึ่งไม่มียีนผิดปกติ ลูกทุกคนจะมีภาวะ ธาลัสซีเมียแฝงอยู่ (เป็นพาหะ-เฮทเทอโร

ชัยโกต) เท่านั้น ไม่เป็นโรค เช่น พ่อเป็นโรค เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี แม่เป็นปกติ ลูกจะเป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 2 ใน 4, เป็นพาหะของฮีโมโกลบินอีเท่ากับ 2 ใน 4

	พ่อเป็นโรค	แม่เป็นพาหะ	
ลูก เป็นโรค	ลูก เป็นพาหะ	ลูก เป็นโรค	ลูก เป็นพาหะ

ภาพ 5 ถ้าพ่อและแม่ฝ่ายหนึ่งเป็นโรค (โฮโมซัยโกต หรือ คอมปาวน์ เฮเทอโรซัยโกต) อีกฝ่ายหนึ่งเป็นพาหะ (เฮเทอโรซัยโกต) ของธาลัสซีเมียพวกเดียวกัน โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 และเป็นโรคเท่ากับ 2 ใน 4 เช่น พ่อเป็นโรค เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี แม่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย ลูกจะเป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 2 ใน 4, เป็นโรคโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย เท่ากับ 1 ใน 4, เป็นโรค เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี เท่ากับ 1 ใน 4,

อัตราเสี่ยง

โอกาสหรืออาจจะเรียกว่าอัตราเสี่ยงที่จะได้ลูกเป็นโรค เป็นพาหะ หรือเป็นปกติในแต่ละครอบครัว จะเท่ากันทุกครั้งของการตั้งครรภ์ บางครอบครัวที่พ่อและแม่ต่างก็เป็นพาหะ มียีนธาลัสซีเมียแฝงอยู่ทั้งคู่ (เป็นพาหะมีอินธาลัสซีเมีย เพียง 1 ยีน) มีลูก 7 คน เป็นโรคเพียงคนเดียว แต่บางครอบครัวมีลูก 3 คน เป็นโรคทั้ง 3 คน ทั้งนี้สุดแล้วแต่ว่าลูกที่เกิดมาในแต่ละครรภ์ จะรับยีนธาลัสซีเมียไปจากพ่อและแม่หรือไม่ ใดๆ ที่อัตราเสี่ยงของทั้งสองครอบครัวนี้เท่ากัน และทุกครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเท่ากับ 1 ใน 4(มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย, 2549)

ทารกในครรภ์เป็นธาลัสซีเมีย ทราบได้จริงหรือ และจะทราบได้อย่างไร

คำถามนี้ คงเป็นคำถามที่บิดามารดา หรือว่าที่บิดามารดา ที่ทราบว่าคู่ของตนมีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นธาลัสซีเมียสงสัยอยู่ คำตอบคือ ส่วนใหญ่จะสามารถทราบได้ โดยอาศัยการวินิจฉัยก่อนคลอด อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยดังกล่าว มักจะทำในคู่ที่บุตรเสี่ยงต่อการเป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 3 กลุ่ม เท่านั้น คือ Hb Bart's hydrops fetalis, เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี และเบต้าธาลัส

ซีเมียโฮโมซัยกัส เนื่องจากในการตรวจเพื่อวินิจฉัยเอง ก็อาจมีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ได้ ในคู่ที่อาจเสี่ยงต่อธาลัสซีเมียอื่นนอกเหนือจากกลุ่ม 3 โรคดังกล่าว จึงมักไม่ทำกัน ยกเว้นที่อาจต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

สำหรับคำถามที่ว่า จะทราบได้อย่างไรนั้น ต้องมีการตรวจหาคู่สามีภรรยาที่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นธาลัสซีเมียรุนแรงดังกล่าว บางคู่ก็มีประวัติเคยมีบุตรเป็นโรคอยู่ก่อน หรือทราบจากการตรวจเลือดก่อนมีบุตร สำหรับคู่ที่ไม่เคยมีประวัติใด ๆ มาก่อน ก็จะมีการตรวจกรองเมื่อตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์ สำหรับคู่สามีภรรยาที่เสี่ยงและตัดสินใจตรวจทารกในครรภ์ ทารกก็จะได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดซึ่งประกอบด้วย การเก็บเซลล์ของทารกหรือรมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีการให้คำปรึกษาแนะนำในแต่ละขั้นตอน ซึ่งวิธีการที่เลือกใช้ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ขึ้นกับอายุครรภ์ เทคนิคทางห้องปฏิบัติการในแต่ละแห่ง และการมีข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ทางระดับยีนหรือไม่ วิธีการวินิจฉัยก่อนคลอด มี 3 วิธีใหญ่ ๆ ดังนี้

การตรวจชิ้นเนื้อรก (chorionic villus sampling; CVS)

เป็นการเก็บส่วนของรกในระยะไตรมาสแรก ตั้งแต่อายุครรภ์ 10 - 13 สัปดาห์ โดยอาศัยเครื่องอัลตราซาวนด์ เนื่องจากเซลล์เนื้อรกและทารก มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เดียวกัน คือ เซลล์ที่เกิดจากการปฏิสนธิ ระหว่างไข่และอสุจิ จึงถือได้ว่าการตรวจเนื้อรก เทียบได้กับการตรวจทารก การเก็บเนื้อรกอาจเก็บได้โดยให้สตรีตั้งครรภ์นอนราบบนเตียง หลังจากตรวจหาตำแหน่งที่เหมาะสมโดยอัลตราซาวนด์แล้ว ก็ฉีดยาชาและแท่งเข็มที่มีแกนในผ่านทางหน้าท้อง หรืออาจให้สตรีตั้งครรภ์นอนในท่าตรวจภายใน และใช้ catheter สอดผ่านทางช่องคลอดเข้าสู่ปากมดลูก โดยทั้งสองวิธีต้องคูด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์ตลอดเวลา เมื่ออยู่ในตำแหน่งพอเหมาะ ก็เก็บเนื้อรกมาตรวจได้ ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้ปริมาณเนื้อรกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ข้อแทรกซ้อนจากการเก็บชิ้นเนื้อรก พบได้ตั้งแต่การมีเลือดออกจากช่องคลอด ภาวะน้ำคร่ำรั่ว การติดเชื้อ จนถึงการแท้ง ซึ่งพบได้สูงกว่าความเสี่ยงพื้นฐาน (background loss rate) ประมาณร้อยละ 1

ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ใช้ได้สำหรับกรณีที่มีข้อมูลที่ระดับยีนเท่านั้น และก็มีโอกาสประสบความสำเร็จต่ำในการตรวจด้วย รวมทั้งจะต้องระวังภาวะการปนเปื้อนของเซลล์จากมารดาด้วย

การตรวจน้ำคร่ำ (amniocentesis)

เป็นการเจาะดูดน้ำคร่ำมาตรวจซึ่งมักทำตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์เป็นต้นไป สำหรับการจะทำถึงช่วงอายุครรภ์เท่าใดนั้น ขึ้นกับ ความสามารถของห้องปฏิบัติการว่าสามารถตรวจทางระดับยีนได้ในเวลานานเท่าใดช่วงเวลาทราบผลไม่ควรจะเป็นช่วงที่อายุครรภ์ มากเกินกว่าจะยุติการตั้งครรภ์ได้โดยปลอดภัย เพราะคู่สามีภรรยาอาจเลือกยุติการตั้งครรภ์ถ้าทารกเป็นโรครุนแรง การ

ตรวจน้ำคร่ำ อาศัยหลักที่ว่าเซลล์ในน้ำคร่ำ เป็นเซลล์ทารกที่หลุดลอกออกมา จึงนำมาตรวจเพื่อวินิจฉัยก่อนคลอดได้ สำหรับเรื่องธาลัสซีเมีย การตรวจเซลล์น้ำคร่ำต้องอาศัยการตรวจระดับยีน เช่นเดียวกับการตรวจจากเนื้อรก จึงมีข้อจำกัดคล้ายคลึงกัน การเจาะน้ำคร่ำ จะต้องอาศัยเครื่องอัลตราซาวนด์หาตำแหน่งที่เหมาะสมในการเจาะ แล้วแทงเข็มที่มีแกนในผ่านทางหน้าท้อง (สตรีตั้งครรภ์ อยู่ในท่านอนราบ) โดยกระบวนการทั้งหมดต้องทำโดยเทคนิคปลอดเชื้อ เมื่อปลายเข็มอยู่ในน้ำคร่ำก็ถอดแกนในของเข็มออก ต่อเข็มเข้ากับกระบอกฉีดยา แล้วดูดน้ำคร่ำออกมา เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

ข้อแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำคล้ายกับการเก็บชิ้นเนื้อรก และพบได้ประมาณร้อยละ 0.5 – 1

การเจาะเลือดทารกจากสายสะดือ (Fetal blood sampling; FBS หรือ cordocentesis หรือ percutaneous

umbilical blood sampling; PUBS) เลือดที่ไหลเวียนในสายสะดือ เป็นเลือดของทารก การเจาะเลือดจากสายสะดือ จึงเป็นการตรวจเลือดทารกโดยตรง การตรวจเลือดมีข้อดี คือ สามารถตรวจได้ทั้งระดับยีน และตรวจทางโลหิตวิทยา ซึ่งอาจใช้ข้อมูลทั้งสองอย่าง ยืนยันหรือเสริมกันในการวินิจฉัย วิธีนี้มักจะทำตั้งแต่อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ขึ้นไป

ในการเจาะเลือดจากสายสะดือ จะต้องอาศัยเครื่องอัลตราซาวนด์ แสดงตำแหน่งสายสะดือที่เหมาะสมในการเจาะ (สตรีตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนราบ) ฉีดยาชา แล้วแทงเข็มที่มีแกนในผ่านทางหน้าท้อง โดยเทคนิคปลอดเชื้อ และต้องเห็นตำแหน่งปลายเข็มโดยตลอดด้วยเครื่องตรวจอัลตราซาวนด์ เมื่อปลายเข็มอยู่ในหลอดเลือดสายสะดือ ก็ถอดแกนในของเข็มออก ต่อเข็มเข้ากับกระบอกฉีดยาขนาดเล็กที่หล่อด้วยสารกันเลือดแข็งตัว ดูดเลือดประมาณ 2 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

ข้อแทรกซ้อนของการเจาะเลือดจากสายสะดือ พบได้สูงกว่าการเจาะเนื้อรก หรือการเจาะน้ำคร่ำ โดยพบได้ตั้งแต่เลือดออกมากจนเป็นอันตรายต่อทารก หรือเลือดออกเป็นลิ่มเลือดคดสายสะดือ ซึ่งอาจรุนแรงจนทารกเสียชีวิตได้ หรือการมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง (มักเป็นชั่วคราว) เนื่องจากมีการรบกวนต่อหลอดเลือดในสายสะดือ การมีถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือการติดเชื้อ ข้อแทรกซ้อนต่าง ๆ นี้ พบได้ร้อยละ 2.5 ขึ้นกับความชำนาญของผู้ทำ หรือความยากง่ายของผู้ป่วยแต่ละรายไป

การตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวนด์

สำหรับคู่สามีภรรยาที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็น Hb Bart's hydrops fetalis (ทารกบวมน้ำจากฮีโมโกลบินบาร์ตส์) แต่ไม่ต้องการเสี่ยงต่อการเก็บตัวอย่างวิธีต่าง ๆ ที่กล่าวมาอาจเลือกการตรวจ

ติดตามด้วยอัลตราซาวนด์ เพื่อตรวจหาลักษณะต่าง ๆ ของทารกบวมน้ำ แต่ต้องรับทราบว่า บางครั้งอาจวินิจฉัยได้เมื่ออายุครรภ์มาก และอาจเกิดข้อแทรกซ้อนต่อมารดาด้วย และเมื่อตรวจพบลักษณะดังกล่าว ก็ยังคงเก็บตัวอย่างทารกตรวจเพื่อยืนยัน หรือหาสาเหตุของ hydrops ก่อนตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ถ้ามารดายังไม่มียข้อแทรกซ้อนรุนแรง (พรพิมล เรื่องวุฒิเลิศ, 2549)

การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

ผู้ที่ควรสงสัยว่าเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียได้แก่ อาการ อาการแสดง และการตรวจเลือดที่พบลักษณะดังนี้

1. อาการ ซีด เหลือง ดับ ม้ามโต ตัวเตี้ยแคระแกรน พบในผู้ป่วยที่รุนแรงมาก แต่มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียบางชนิดอาการอาจไม่รุนแรง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีความจำเป็น และสามารถช่วยแยกชนิดต่าง ๆ ของโรค ได้

2. การตรวจเลือด (complete blood count, CBC) เพื่อดูภาวะซีด ค่าดัชนีเม็ดเลือดแดง และลักษณะเม็ดเลือดแดง เป็นสิ่งช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ เม็ดเลือดแดงบนสเมียร์เลือดของผู้ป่วย มีลักษณะติดสีจาง ขนาดเล็ก และรูปร่างผิดปกติ เป็นต้น ค่าดัชนีเม็ดเลือดแดง MCV และ MCH มีขนาดเล็กกว่าปกติ

3. การตรวจพบ inclusion body ในเม็ดเลือดแดง สามารถให้การวินิจฉัยโรค Hb H ได้

4. การวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียที่แน่นอน ต้องทำโดยการตรวจวิเคราะห์ชนิดของฮีโมโกลบิน (hemoglobin type) โดยเครื่องตรวจอัตโนมัติชนิด เพื่อจำแนกชนิดของโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติให้แน่นอน

แพทย์พึงส่งตรวจวิเคราะห์ชนิดของฮีโมโกลบินก่อนให้เลือดครั้งแรก หรืออย่างน้อย 3 เดือนหลังจากให้เลือดครั้งสุดท้าย (มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย, 2549)

การดูแลสุขภาพทั่วไป: การปฏิบัติตัว

การปฏิบัติตัว : ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ไม่เหนื่อยเกินไป เนื่องจากมีกระดูกเปราะหักง่าย ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ผาดโผน ไม่สูบบุหรี่เพราะมีอาการซีดอยู่แล้ว ร่างกายจะขาดออกซิเจนมากขึ้น ไม่ควรดื่มเหล้าเพราะมีผลเสียต่อดับ ซึ่งมีธาตุเหล็กไปสะสมมีปัญหาอยู่แล้ว

อาหารที่ควรรับประทาน : คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเม็ดเลือดแดงแตกเร็ว ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่ขึ้นมาทดแทน สร้างมากและสร้างเร็วกว่าคนปกติหลายเท่า ฉะนั้นควรรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ มีโปรตีนสูง เช่นเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม และอาหารที่มีวิตามินที่เรียกว่า"โฟเลท" อยู่มากได้แก่ผักสดต่างๆ สารอาหารเหล่านี้จะถูกนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ อาหารที่ควรละเว้นคือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงมากเป็นพิเศษ ได้แก่เลือดสัตว์ต่างๆ เช่น เลือดหมู เลือดเป็ด เลือดไก่ สำหรับเครื่องดื่มประเภท น้ำชา น้ำเต้าหู้ จะช่วยลดการดูดซึมจากอาหารได้บ้าง

ยา : ไม่ควรซื้อยาบำรุงเลือดกินเอง เพราะอาจจะเป็นยาที่มีธาตุเหล็ก, ซึ่งใช้สำหรับรักษาคนที่ขาดธาตุเหล็ก ไม่ใช่สำหรับ ธาลัสซีเมียที่มีธาตุเหล็กเกินอยู่แล้ว ควรรับประทานยาวิตามินโฟเลท จะช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นบ้าง (มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย, 2549)

การให้เลือด : ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีอาการซีดเรื้อรัง ถ้าซีดมากจะมีผลแทรกซ้อนจากภาวะซีด คือ อ่อนเพลีย ตัวเล็กแกร็นเจริญเติบโตไม่สมอายุ กระดูก ใบหน้าเปลี่ยน กระดูกประหลาดง่าย ม้ามโตและตับโต ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีกรักษาโรคนี้ได้โดยการ “ให้เลือดแบบประคับประคอง” เมื่อซีดมาก (LOW TRANS-FUSION) การให้เลือดอีกแบบหนึ่งคือ “การให้เลือดอย่างสม่ำเสมอและจนหายซีด” (HIGH TRANS-FUSION) หมายถึงการให้เลือดจนระดับเลือดที่ใกล้ เคียงคนปกติ

ข้อบ่งชี้ ให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงซีดมาก ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัม/เดซิลิตร, ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 21% หรือในผู้ป่วยที่น้ำหนักไม่เพิ่ม แกร็นมากจากภาวะซีด

วิธีการ ให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้น 12 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ครั้ง (ขอเลือดเพิ่ม 20 มิลลิลิตร เพื่อค้ำในสายหรือ 50 มิลลิลิตร สำหรับสายของซีทรองเม็ดเลือดขาว) การให้เลือดระยะแรกอาจต้องให้ถี่สัปดาห์ละครั้งไป 2-3 สัปดาห์ จนระดับเลือดสูงตามที่ต้องการ (ฮีมาโตคริตเฉลี่ย 34-36%: ฮีโมโกลบิน 10 กรัม/เดซิลิตร) หลังจากนั้นให้ทุก 3 สัปดาห์ เพื่อรักษาระดับให้ปกติคือ ระดับฮีโมโกลบินสูงกว่า 10 กรัม/เดซิลิตรไว้ตลอดไป

ผลดี ผู้ป่วยจะหายซีด ไม่เพลีย ถ้าเริ่มให้ภายในอายุ 2 ปี ในเด็กเล็ก ม้ามจะไม่โต หน้าจะไม่เปลี่ยน การเจริญเติบโตจะปกติ ในเด็กเล็กที่มีม้ามโตไม่มาก ม้ามจะยุบลงจนคลำไม่ได้ ถ้าเริ่มให้เลือดช้าในเด็กโต ผลจะไม่ดีเท่ากับที่เริ่มให้ในเด็กเล็ก

ข้อด้อย ต้องมาให้เลือดสม่ำเสมอตามแพทย์นัด อาจมีภาวะแทรกซ้อนของการให้เลือด เช่น ความดันเลือดสูง (ป้องกันอยู่แล้ว โดยการให้ยาขับปัสสาวะกินก่อนให้เลือด, ฝึกระวังโดยตรวจวัดความดันเลือดก่อนและหลัง การให้เลือด)

การติดเชื้อมาจากเลือด (ธนาคารเลือดตรวจอย่างดีแล้ว) ถ้าให้เลือดแบบนี้ไปประมาณ 1 ปี จะเริ่มมีธาตุเหล็กเกินจากเลือดที่ให้ ต้องเริ่มให้ยาขับธาตุเหล็ก

ทำไมผู้ป่วยบางรายจึงไม่ได้ผลดีจากการให้เลือดวิธีนี้ เพราะ:-

1. ไม่มาตามนัด ทำให้ระดับเลือดลดลง ม้ามจะเริ่มโตขึ้น ถ้าผิคน้ดบ่อยๆ ม้ามโตมากขึ้น ทำให้ซีดลง กระดูกจะเริ่มเปลี่ยนแปลง แก้ไขโดยมาตามนัดเสมอ

- เลือดที่ให้จำนวนไม่พอตามที่แพทย์กำหนด ทำให้ไม่สามารถเพิ่มระดับเลือดตามที่ต้องการ แก้ไขโดยช่วยกันตรวจจำนวนเลือดที่ได้รับ ขอเพิ่มจำนวนให้ได้ตามกำหนดในคราวต่อไป และนัดครั้งต่อไปเร็วกว่าปรกติ
- ถ้าผู้ป่วยมีไข้ไม่สบายระดับเลือดจะลดลง ทำให้ซีดลงเร็วกว่าปรกติ แก้ไขโดยมาพบแพทย์ เพื่อให้เลือดก่อนกำหนด หรือนัดให้เลือดคราวต่อไปเร็วขึ้น
- ม้ามโต ม้ามจะจับทำลายเม็ดเลือดแดงทำให้ต้องให้เลือดมากและถี่กว่าที่ควร ต้องปรึกษาแพทย์พิจารณาปรับปรุงการรักษาในแต่ละราย

ข้อแนะนำอื่นๆ

- พบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย ติดตามผลการ รักษาและรับคำแนะนำอย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือเมื่อมีปัญหา, ข้อสงสัย
- ตรวจความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโตคริต) หลังให้เลือด 1-2 วันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าระดับเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ (เช่นก่อนให้เลือดตรวจได้ ฮีมาโตคริต 30% ให้เลือดแล้วเป็น 38% แสดงว่ารักษาระดับฮีมาโตคริตได้ราว 34% = น่าพอใจ)
- จดบันทึกวันที่ให้เลือดลงในปฏิทินการให้เลือดและบันทึกข้อมูลต่างๆ ในตารางการให้เลือด จะทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ควรนำมาให้แพทย์ช่วยดูแลให้คำแนะนำ และมอบปฏิทินแก่แพทย์เมื่อสิ้นปีและรับปฏิทินปีต่อไป
- ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (ที่ไม่ได้ปลูกถ่ายไขกระดูก หรือปลูกถ่ายเลือดสายสะดือ) ต้องได้รับการฉีดวัคซีนอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีทำให้ครบก่อนเริ่มให้เลือด
- การให้เลือดจนหายซีด จะทำให้สบายขึ้น แต่จะมีผลคืออยู่ชั่วคราวถ้าไม่ได้รับยาขับธาตุเหล็ก จะมีธาตุเหล็กเกิน กลับจะเป็นพิษต่ออวัยวะต่างๆ ได้ จึงต้องใช้ยาขับธาตุเหล็กออก การรักษาโรคธาลัสซีเมีย ต้องมีความร่วมมือที่ดี และความพร้อมทั้งฝ่ายผู้ป่วยผู้ปกครอง และผู้ให้การดูแลรักษา ควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ และมีการวางแผนการรักษาในระยะยาว เพื่อเป็นประโยชน์ที่สุด หากมีข้อสงสัย ควรปรึกษาแพทย์ของท่าน(วรวรรณ ตันไพจิตร, 2549)

การให้ยาขับธาตุเหล็ก

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียมักมีภาวะธาตุเหล็กเกิน ซึ่งเกิดจากการดูดซึมธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นที่ลำไส้และจากเลือดที่ได้รับ

ธาตุเหล็กเกินมีผลเสียอย่างไร :- ธาตุเหล็กจะไปสะสมในอวัยวะต่างๆ ในระยะยาวจะมีผลต่อเนื้อเยื่อเป็นพิษต่อร่างกาย เช่น ตับ : เป็นตับแข็ง ตับอ่อน: เป็นเบาหวาน ต่อมไทรอยด์: ฮอร์โมนต่ำ ตัวเล็กแกร็น การเจริญทางเพศล่าช้า หัวใจ: หัวใจวาย นอกจากนั้นอาจติดเชื้อได้ง่าย

จะทราบอย่างไรว่าธาตุเหล็กเกิน

1. จากจำนวนเลือดที่ได้รับ ถ้าได้รับเลือดทุก 3 สัปดาห์ไปประมาณ 1 ปี (ประมาณ 200 มิลลิลิตรต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม) มักจะเริ่มมีธาตุเหล็กเกินแล้วและทราบจาก
2. ตรวจเลือดดูระดับซีรั่มเฟอไรติน จะช่วยบอกว่าธาตุเหล็กสะสมในร่างกายมากเพียงใด
3. จากลักษณะสีผิวเริ่มดำคล้ำ
4. ถ้าธาตุเหล็กเกินมาก ผู้ป่วยจะเริ่มแกร็น น้ำหนักและความสูงไม่เพิ่มตามปกติ ถ้าผอมลงมากน้ำหนักลดมากอาจเพราะเป็นเบาหวาน

จะแก้ไขภาวะเหล็กเกินได้อย่างไร

1. เริ่มขับธาตุเหล็กออกเมื่อตรวจพบว่า ธาตุเหล็กเกิน (ซีรั่มเฟอไรติน 500-1000 นาโนกรัม/มิลลิ ลิตร) หรือเมื่อให้เลือดไปแล้ว 1 ปี หรือประมาณ 12-14 ครั้ง
2. นิยมใช้ยาเดสเฟอร์าล (Deferral) ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง โดยใช้เครื่องช่วยให้ยา (pump) เป็นเวลา 10 ชั่วโมง ในขนาด 40 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน แพทย์จะแนะนำให้ปรับขนาดและความถี่ของ การให้ยาตามภาวะเหล็กเกิน ถ้าปีสภาวะมีสีเข้มหลังได้ยาขับธาตุเหล็ก แสดงว่ายังมีเหล็กเกินอยู่
3. บันทึกการให้ยาแต่ละครั้งลงในตารางบันทึกการให้ยาเป็นการตรวจสอบและติดตามเวลาให้ยาว่าเหมาะสมหรือไม่ ธาตุเหล็กยังเกินอยู่หรือไม่ มีอาการข้างเคียงแพ้ยาหรือไม่ หากมีความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์
4. ติดตามดูภาวะเหล็กเกิน โดยตรวจซีรั่มเฟอไรตินทุก 6 เดือน แพทย์จะตรวจหน้าที่ตับ, ตรวจเบาหวานร่วมไปด้วย ให้นำผลการตรวจเลือดมาให้แพทย์รับทราบ เพื่อปรับการรักษาข้อเดือนใจ ถ้าตรวจแล้วพบว่าธาตุเหล็กเกิน การได้ยาขับธาตุเหล็กในขนาดน้อยเกินไป ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เหมาะสมกับภาวะเหล็กเกิน และตรวจพบว่าธาตุเหล็กในร่างกายยังสูงผิดปกติอยู่ แสดงว่าการได้ยาขับเหล็กยังไม่เพียงพอ อาจเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากธาตุ เหล็กเกินตามมาในที่สุดได้

ข้อแนะนำอื่นๆ

แพทย์จะตรวจตา, หู, หัวใจก่อนเริ่มให้ยาขับธาตุเหล็ก เพราะมีรายงานในต่างประเทศพบว่ายาขับธาตุเหล็กถ้าให้มากเกินไป อาจมีผลต่อการเห็นและได้ยิน จึงควรตรวจตา, หู, หัวใจ ปีละครั้ง ในรายที่ใช้ยาขับธาตุเหล็กอย่างถ่วงลงบันทึกการรับเลือด และการขับธาตุเหล็กลงในตารางปฏิทินประจำปี และนำมาให้แพทย์ช่วยดูแลให้คำแนะนำในวันที่นัดตรวจกับแพทย์ ช่วย กันสรุปลงในตารางการให้เลือด มอบปฏิทินแก่แพทย์เมื่อสิ้นปีและรับปฏิทินปี ใหม่ต่อไป

ข่าวดี ในอนาคตอันใกล้นี้ อาจมียาขับเหล็กชนิดรับประทานให้ชาวไทยได้ใช้ โปรดติดตาม มีปัญหาข้อใจ มีข้อสงสัย ควรปรึกษาแพทย์ของท่าน

ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดหรือเดสเฟอราล (Deferral)

เป็นยาที่มีฤทธิ์ขับธาตุเหล็กที่เกินอยู่ในร่างกายออกไปได้โดยยาจะจับธาตุเหล็กในร่างกาย และส่วนใหญ่ธาตุเหล็กจะถูกขับออกทางปัสสาวะ

นิยมฉีดเดสเฟอราลเข้าใต้ผิวหนังในเวลากลางคืนสัปดาห์ละ 4-7 ครั้งทั้งนี้สุดแล้วแต่ ปริมาณธาตุเหล็กที่เกินสามารถให้เดสเฟอราลเข้าเส้นเลือดดำได้เช่นกัน

การฉีดยาควรให้ช้าๆ ในเวลาประมาณ 10-12 ชั่วโมง เพื่อให้ยามีเวลาออกฤทธิ์ได้นาน

ขั้นตอนในการใช้ยาเดสเฟอราล

1. เตรียมอุปกรณ์

- 1.1 ยาเดสเฟอราลขนาด 500 มิลลิกรัมต่อขวด
- 1.2 น้ำกลั่น (Distilled water for injection) ขนาด 5 มิลลิลิตร
- 1.3 กระบอกฉีดยา (syringe) ขนาด 5 มิลลิลิตร
- 1.4 เข็มเบอร์ 20 (20 G) สำหรับดูดยา
- 1.5 เข็มปีกผีเสื้อมีสาย สำหรับให้ยา เบอร์ 25 หรือ 27 (25G, 27G)
- 1.6 สำลีสะอาด
- 1.7 แอลกอฮอล์ 70 %
- 1.8 เทปไมโครพอร์ (micro pore) ขนาด 1 นิ้ว
- 1.9 ใยเลื่อยสำหรับตัดคอขวดน้ำกลั่น
- 1.10 เครื่องมือให้ยาขับธาตุเหล็ก (Infusion pump)

2. การเตรียมยาและการให้ยา

ล้างมือให้สะอาด เช็ดมือให้แห้ง ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดคอขวดน้ำกลั่นและจุกยางขวดยาเดสเฟอราล ใช้ใยเลื่อย เลื่อยคอขวดน้ำกลั่น สวมเข็มเบอร์ 20 เข้ากับกระบอกฉีดยา ดูดน้ำกลั่นเข้ากระบอกฉีดยา เทงเข็มของกระบอกฉีดยาผ่านจุกยางของขวดยาเดสเฟอราลจนมีดเข็มดันน้ำกลั่นลงไปผสมกับยา เขย่าขวดจนยาละลายหมด ค่อยๆ ขวดยาและเลื่อนปลายเข็มลงมาใกล้จุกขวด ดูดยาที่ละลายแล้วทั้งหมดเข้ากระบอกฉีดยา ปลดเข็มออก สวมเข็มปีกผีเสื้อเข้ากับกระบอกฉีดยาแทนได้อากาศที่อยู่ในสายขอโดยดันยาขึ้นไปจนเกือบถึงโคนเข็ม ใส่กระบอกฉีดยาเข้ากับเครื่องมือขับยา (pump) จัดยัดให้กระชับเลื่อน ส่วนคันยาของเครื่องมาจนชิดกระบอกสูบ เช็ดทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะฉีดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กับหนังและชั้นใต้หนังแทงเข็มปีกผีเสื้อ ทำมุม 45 องศา ผ่าน ผิวหนังลงไปถึงชั้นใต้หนังอย่างฉับพลัน ชิดหนังเกินไปเพราะจะแพ้ยาได้ง่าย ปิดเทปทับเข็มและผิวหนังกันเข็มเลื่อน เปิดสวิตซ์ให้เครื่องมือขับยาตามเวลาที่กำหนด คือให้ขับยาหมดในเวลาประมาณ 10-12 ชั่วโมง คอยสังเกตปฏิกิริยาที่ผิวหนังบริเวณที่ฉีด

ยา เมื่อยาหมดปิดเครื่องมือจับยาและถอนเข็มออก สวมปลอกเข็มแล้วทิ้งเข็มและกระบอกฉีดยาลงในภาชนะที่เหมาะสม

ข้อแนะนำในการเลือกบริเวณที่จะฉีดยา

ควรหมุนเวียนบริเวณผิวหนังที่จะฉีดยาเพื่อลดความบอบซ้ำของผิวหนังที่ถูกฉีดยาและเพื่อให้ยาถูกดูดซึมได้ดีด้วย นิยมฉีดบริเวณต้นแขน ต้นขา หน้าท้อง ควรจดบันทึกวันที่ที่ฉีด จำนวนยาและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น

การเก็บยา

1. เก็บยาให้พ้นมือเด็ก
2. เก็บยาในที่เย็นและที่มืด ไม่ถูกแสงแดด
3. เมื่อผสมยาด้วยน้ำกลั่นแล้ว ควรใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง

ปฏิกิริยาข้างเคียงของยาเดสเฟอราล

ระหว่างที่ได้รับยาผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะเป็นสีส้มจนถึงสีน้ำตาลเนื่องจากมีธาตุเหล็กถูกขับออกมา ไม่อันตรายใดๆ อาจมีผลข้างเคียงจากการให้ยา เช่น บวม แดง ร้อน บริเวณที่ถูกฉีดยา แต่จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ควรประคบบริเวณที่บวมด้วยน้ำอุ่นหรือกินยาแก้แพ้

อาการแพ้ยาอาจเกิดขึ้นได้เช่นกัน ควรแก้ไขดังนี้

1. แพ้เล็กน้อย : มีอาการคัน น้ำตาไหล จาม มีไข้ แก้ไขโดยให้ยาแก้แพ้พวก แอนติฮิสตามีน (anti histamine) กินและรายงานแพทย์
2. แพ้รุนแรง : จาม หายใจขัด เจ็บหน้าอก ปากบวม หนังตาบวม แก้โดยรีบหยุดยาและติดต่อแพทย์โดยด่วน

การติดตามผลของการให้ยา

การให้ยาจับธาตุเหล็กในผู้ป่วยที่มีธาตุเหล็กเกินมากและผู้ป่วยที่ได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ควรได้รับเดสเฟอราลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้งจึงจะมีประสิทธิภาพในการกำจัดธาตุเหล็กที่เกินอยู่ ควรตรวจสอบปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายโดยการตรวจเลือดหาธาตุเหล็ก (ซีรั่มเฟอไรดิน) ทุก 6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าได้รับยาจับธาตุเหล็กอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากธาตุเหล็กเกิน

เอ็กเจด หรือ ดีเฟอราซีร็อกซ์ (Exjade, deferasirox, ICL670)

เป็นยาขับธาตุเหล็กที่ใช้กินทางปาก สารนี้เป็นตัวแทนของสารไตรเด็นเทต (tridentate iron chelators) กลุ่มใหม่ที่เป็น N-substituted bis-hydroxyphenyl-triazoles เอ็กเจด จำนวน 2 โมเลกุลจับกันก่อร่างขึ้นเป็นสารเชิงซ้อนสมบูรณกับธาตุเหล็ก (Fe³⁺)

ไอซีแอล 670 (ICL 670) เป็นสารออกฤทธิ์ในยาเอกซ์เจดที่เป็นผลิตภัณฑ์ที่กำลังอยู่ในระหว่างการวิจัย (ยังไม่ได้รับอนุมัติให้จำหน่าย) ที่มีข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาโรคที่เกิดจากการมีปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายมากเกินไปเรื้อรังที่เกิดจากการถ่ายเลือด ได้มีการแสดงให้เห็นถึงฤทธิ์ที่สูงของ ICL670 ในการเคลื่อนย้ายธาตุเหล็กในเนื้อเยื่อและส่งเสริมการขับธาตุเหล็กออกทั้งในระบบแบบจำลองในหลอดทดลองและในร่างกาย (Nick, et al 2003) การศึกษาในขั้นก่อนคลินิกยังได้แสดงว่า ไอซีแอล 670 ไม่มีผลต่อการเจริญพันธุ์และไม่ก่อให้เกิดทารกผิดปกติ (teratogenic) หรือก่อมะเร็ง (carcinogenic)

ยาเอกซ์เจดได้ถูกออกแบบให้อยู่ในรูปยาเม็ดที่กระจายตัวง่ายโดยใช้พื้นฐานทางเทคนิคที่เป็นไปได้ ความมีเสถียรภาพและชีวปริมาณออกฤทธิ์ ยาในรูปแบบนี้ช่วยทำให้เด็กและผู้ใหญ่กินยาได้ง่ายขึ้น

การศึกษาวิจัยของยาเอ็กเจดในคน (Clinical trial of Exjade)

ในการศึกษาระยะที่ 1 ที่เป็นการศึกษาแรกเพื่อหาขนาดยาที่จะนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมีย 24 คน หลังจากให้ยาครั้งเดียวในขนาด 2.5 ถึง 80 มิลลิกรัม/กิโลกรัมพบว่าความเข้มข้นของ ไอซีแอล 670 ในเลือดเป็นสัดส่วนกับขนาดยาที่ให้

การศึกษาระยะที่ 1 ที่เป็นการศึกษาที่สองที่มีกลุ่มควบคุมที่ใช้ยาหลอกในผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมีย 24 คน ในภาวะของ metabolic unit พบว่าการให้ยาเอกซ์เจด ขนาด 10, 20 และ 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุกวัน นาน 12 วันมีผลให้ขับธาตุเหล็กได้เป็นสัดส่วนกับขนาดที่ให้ สรุปการศึกษานี้ได้ลงความเห็นว่าค่าครึ่งชีวิตของยา คือ 12 ถึง 13 ชั่วโมง

ต่อมาได้เริ่มการศึกษาเบื้องต้นระยะที่ 2 ขนาดเล็ก 2 การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมียที่ได้รับการถ่ายเลือดเป็นประจำเรื้อรัง: การศึกษาหนึ่งทำในผู้ป่วยผู้ใหญ่และอีกการศึกษาหนึ่งทำในผู้ป่วยเด็ก การศึกษาในผู้ใหญ่ 71 คนเพื่อเปรียบเทียบยาเอกซ์เจด ขนาด 10 และ 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม กับยาดีเฟอโรกซามีน ขนาด 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม [การศึกษา 0105] ได้แสดงให้เห็นว่าหลังจาก 12 เดือน ยาเอกซ์เจด 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันให้ผลคล้ายกันมากกับยาดีเฟอโรกซามีนในการลดความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับ

การศึกษานี้ไม่มีการเปรียบเทียบที่ให้ยาเอกซ์เจด ในผู้ป่วยเด็ก 40 คน ที่มีค่ามัธยฐานการรักษานานกว่า 12 เดือนได้แสดงให้เห็นว่ายาปลอดภัยและทนทานได้ดีในประชากรเด็ก ยังมีผู้ป่วย

เด็กและผู้ใหญ่อายุ 2 ถึง 80 ปีอีกมากกว่า 800 คนเพิ่มเติมที่ได้เข้าร่วมในการศึกษาเพื่อการขึ้นทะเบียนยาซึ่งมุ่งที่จะแสดงความความปลอดภัยและควมมีประสิทธิภาพของยาเอกซ์เจด ในการรักษาโรคที่เกิดจากการมีปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายมากเกินไปที่เกิดจากการถ่ายเลือด โดยมากกว่า 500 คนได้รับยาเอกซ์เจด

การศึกษาระยะที่ 3 ที่เปรียบเทียบยาเอกซ์เจด กับยาตีเฟอโรซามีน ในผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมียเด็กและผู้ใหญ่ 586 คนที่ได้รับการถ่ายเลือดบ่อยโดยมีจุดยุติการศึกษาเป็นการลดความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับ (Liver Iron Concentration, LIC) หลังจากรักษาไป 1 ปี การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่ายาเอกซ์เจด 20 และ 30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน คงและ/หรือลด LIC ได้อย่างมีนัยสำคัญและไม่ด้อยกว่ายาตีเฟอโรซามีน ในขนาดที่ใช้เปรียบเทียบในการบรรลุถึงจุดยุติการศึกษา ยา เอกซ์เจดขนาด 5 และ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันเป็นขนาดที่ต่ำเกินไปในประชากรที่ได้รับการถ่ายเลือดบ่อยและดังนั้นจึงไม่สามารถบรรลุถึงจุดยุติการศึกษาที่จะแสดงความไม่ด้อยกว่าในประชากรทั้งหมด

การศึกษาระยะที่ 2 ที่ไม่มีการเปรียบเทียบในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ 184 คนที่เป็นโรคเบต้าธาลัสซีเมีย, myelodysplastic syndromes และโรคโลหิตจางอื่นๆ ที่พบน้อยโดยใช้จุดยุติการศึกษา คือ การลดความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับเช่นเดียวกัน ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกันกับการศึกษาทดลอง การศึกษาที่ใช้ยาเอกซ์เจด 20 และ 30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน คงและ/หรือลดความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับได้อย่างมีนัยสำคัญ ขนาด 5 และ 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันเป็นขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะบรรลุถึงจุดยุติการศึกษา

การศึกษาระยะที่ 2 แบบสุ่มที่กำลั้งดำเนินอยู่เพื่อศึกษาความปลอดภัยและความทนทานต่อยาเอ็กซ์เจด ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคโลหิตจางซิกเคิลเซลล์ (sickle cell) และมีโรคที่เกิดจากการมีปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายมากเกินไปที่เกิดจากการถ่ายเลือด

รายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง

ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเอ็กซ์เจด รายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ศึกษาไม่บ่อยรวมถึงการเสียชีวิตฉับพลันในผู้ป่วยเด็ก โรคเบต้าธาลัสซีเมีย ที่ไม่มีม้ามที่ได้รับยาเอกซ์เจด 1 คนอย่างไรก็ตาม หลังจากการพิจารณาทบทวนอย่างรอบคอบ คณะกรรมการกำกับดูแลความปลอดภัยอิสระพบว่าการเสียชีวิตนี้ไม่น่าเกี่ยวข้องกับยาเอกซ์เจด และสรุปว่าเท่าที่สังเกตจนถึงปัจจุบันข้อมูลความปลอดภัยโดยรวมของยา

สรุป

เอกซ์เจด เป็นที่ยอมรับได้สำหรับให้ดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไปได้ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบมีผู้ป่วย 3 คนเสียชีวิตขณะที่อยู่ในกลุ่มที่รักษาด้วยยาเดสเฟอรรอล (Deferral) ยาเอกซ์เจด เป็น

สารเคมีชนิดใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการรักษาโรคที่เกิดจากการมีปริมาณธาตุเหล็กใน ร่างกายมากเกินไป ข้อมูลจากการศึกษาทดลองทางคลินิกที่ทำงานถึงปัจจุบันแสดงให้เห็นว่ายาเอกซ์เจด ในขนาด 20 หรือ 30 มิลลิกรัม/กิโลกรัมต่อวันเป็นยาที่ทนทานได้ดีและมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายเลือดประจำ จุดประสงค์ของการศึกษาทดลองนี้คือเพื่อขยายการเข้าถึงยาเอกซ์เจด สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงตั้งแต่กำเนิดที่มีโรคที่เกิดจากการมีปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายมากเกินไปเรื้อรังจากการถ่ายเลือดซึ่งด้วยเหตุผลประการต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาด้วยตัวจับธาตุเหล็กอื่นๆ ที่ได้รับการรับรองเฉพาะสถานที่

ดีเฟอรัไปรอน หรือ Defer prone (L1, CP20, Ferriprox, Kelfer)

สรุปการประชุมของมูลนิธิกับองค์การเภสัชกรรม เกี่ยวกับยา L1 ณ องค์การเภสัชกรรม ในวันพฤหัสบดีที่ 14 กรกฎาคม 2548

ภาวะเหล็กเกินเป็นปัญหาสำคัญยิ่งในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เหล็กเกินเกิดจากการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะชดเชยเรื้อรัง และจากธาตุเหล็กที่ได้รับจากเลือด เพราะเม็ดเลือดแดง 1 มิลลิลิตร มีธาตุเหล็กประมาณ 1.16 มิลลิกรัม จึงพบว่าทั้งผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่แม่ไม่เคยได้รับเลือดเลย และผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ (regular transfusion, high transfusion) จะมีธาตุเหล็กเกิน และเป็นที่น่าทึ่งกันว่าภาวะเหล็กเกินจะมีผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ตับอ่อน และต่อมไร้ท่อ การกำจัดเหล็กที่เกินในร่างกายในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวลดลง มีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

การประเมินภาวะเหล็กเกินทำได้หลายวิธี

1. คำนวณจากจำนวนเลือดที่ได้รับ
2. ตรวจเลือดดูระดับธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกายหรือเฟอร์ริไทรนิน (serum ferritin)
3. ตรวจเลือดดูระดับธาตุเหล็กในเลือดหรือซีรัมไอออน (serum iron, TIBC) และ nontransferrin bound iron (NTBI)
5. ตรวจระดับธาตุเหล็กในอวัยวะเช่น วัดระดับธาตุเหล็กในตับ (liver iron content, LIC) โดยการเจาะตับ (liver biopsy)
6. การประเมินธาตุเหล็กโดยวิธีที่ไม่เสี่ยงต่อผู้ป่วย (noninvasive techniques) ได้แก่

การตรวจโดยเอ็มอาร์ไอ (MRI) สามารถวัดระดับธาตุเหล็กในตับ (liver iron content, LIC), ระดับธาตุเหล็กในหัวใจ (heart iron content) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจุบันได้มีการพัฒนาการตรวจให้แม่นยำชัดเจนขึ้น ได้แก่ T2* MRI (T. two star MRI) และ R2 MRI (proton transverse relaxation rate) และพบว่าเหล็กสะสมในอวัยวะต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเท่ากัน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีผู้พบว่า แม่เหล็กในตับไม่มาก แต่กลับพบว่าเหล็กในหัวใจมีมากก็ได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จึงต้องตรวจเหล็กทั้งตับและหัวใจ

สำหรับยา L1 ซึ่งจะนำมาพิจารณาเพื่อให้มีใช้ในประเทศไทย เพื่อคนไข้ของเราในวันนี้ เป็นยาซึ่งได้มีผู้ใช้ในมากกว่า 40 ประเทศทั่วโลก และได้ทราบว่าสามารถขับเหล็กได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหล็กในหัวใจ จึงน่าจะมีประโยชน์มาก

ยาขับเหล็กที่ใช้กันอยู่

1. เดสเฟอร์รอล หรือ Desferrioxamine (Deferral) เป็นยาขับธาตุเหล็กที่ต้องบริหารโดยการฉีดเท่านั้น เพราะไม่ดูดซึมทางลำไส้ แม้นี้จะมีประสิทธิภาพดีในการขับเหล็ก แต่ half life สั้นมาก จึงจำเป็นต้องให้ยาซ้ำๆ กินเวลา 8-10 ชั่วโมง โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้าเส้น ทำให้มีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือหรือปั๊มให้ยา (Infusion pump) ซึ่งมีราคาสูง (12,000 บาท - infuse TS) ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว การขับเหล็กจะได้ ผลดีในผู้ป่วยเหล็กเกินจากการให้เลือดนั้นต้องได้รับยา 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ จึงเป็นปัญหากับผู้ป่วยมาก นอกจากนั้นจะมีราคาสูงมากด้วย (ขวดละ 500 มก. ราคาประมาณ 200 บาท) ผู้ป่วยผู้ใหญ่บางรายรับยา 4-5 ขวด/วัน (1,000 บาท/วัน) ผู้ป่วยจึงเรียกรื่องมากสำหรับยาขับเหล็กชนิดรับประทาน

2. ดีเฟอร์ริโปรน หรือ Defer prone (L1, CP20, Ferriprox, Kelfer) เป็นยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ตั้งตระห่มมาตั้งแต่ค.ศ. 1982 และใช้เป็นยาขับเหล็กตั้งแต่ปีค.ศ. 1987 พบว่ายานี้รับประทานแล้วดูดซึมได้ดี ยากขับเหล็กและขับออกทางปัสสาวะ แม้วายานี้จะมีอาการแทรกซ้อน (side effect) บ้าง เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร (GI disturbance) อาการข้ออักเสบ (nauropathy) และที่สำคัญคือจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ (agranulocytosis) แต่ถ้ามีการติดตามอย่างใกล้ชิด (follow up) และตรวจเลือด (CBC) ก็พบว่าสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อลดขนาดที่ใช้ลงจาก 75 มก./น้ำหนักตัว 1 กก./วัน เป็น 50 มก./น้ำหนักตัว 1 กก./วัน (งานวิจัยท่านผู้หญิงเพ็ญศรี)

ข้อดี ของยานี้คือสามารถลดภาวะเหล็กสะสมในหัวใจได้ดีมากกว่ายา Desferrioxamine (Deferral) และสามารถให้ยา 2 ตัวนี้ร่วมกันได้ จึงพบว่าเมื่อมียา Defer prone (L1) แล้ว จึงมีผู้หันมาใช้ยานี้เพิ่มขึ้นยานี้มีใช้กันในหลายสิบประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางยุโรป ออสเตรเลีย หลายประเทศในเอเชีย และกำลังจะเข้าสู่การพิจารณาขององค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (US FDA) ภายในปีนี้

จึงหวังว่าประเทศไทย ซึ่งองค์การเภสัชกรรมมีศักยภาพและได้ทดลองผลิตยานี้สำเร็จ มีคุณภาพดีแล้ว อีกทั้งได้ดำเนินการเพื่อเตรียมผลิตยานี้แล้ว ทั้งสร้างโรงงาน ทั้งมีเครื่องมือ วัตถุดิบพร้อมผลิตยา L1 ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับคนไทยและอาจเพียงพอสามารถจำหน่ายในประเทศ

ใกล้เคียงด้วย อย่างไรก็ตามทางด้านวิชาการสมควรที่จะทำการทดสอบยาที่เปรียบเทียบกับยา
มาตรฐาน และศึกษาฤทธิ์ของยา เมตาบอลิซึม (metabolism) ของยานี้ในคนไทยรวมทั้งศึกษาผล
ของยาในผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ต่อไป มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ยินดีเป็นผู้
ประสานนักวิทยาศาสตร์-องค์การเภสัชกรรม-กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการเพื่อให้มียา L1
สำหรับผู้ป่วยเหล็กเกินทั้งหลายและจะพยายามเสนอให้ เป็นยาที่สามารถเบิกได้ภายใต้โครงการ 30
บาทต่อไป(วรวรรณ ตันไพจิตร,2549)

การตัดม้าม

การตัดม้าม : ม้ามเป็นอวัยวะอยู่ในช่องท้องด้าน ซ้ายส่วนบน ปรกติจะมีชายโครงบังอยู่
คลำไม่ได้ ภายในม้ามมีช่องทางที่ซับซ้อนคดเคี้ยวซึ่งเลือดต้องไหลเวียนผ่านเข้าไป

หน้าที่ของม้าม : แม้ว่าม้ามจะมีขนาดเล็ก แต่มีหน้าที่ สำคัญเพราะ เป็นที่ดักจับกำจัดเชื้อ
โรค เป็นที่กำจัดเม็ดเลือดแดงเก่าๆ ที่กำลังจะตายตามอายุขัย และทำลายเม็ดเลือดที่มีรูปร่างผิดปกติ
เช่น เม็ดเลือดแดงป่องกลม (ในโรคเม็ด เลือดแดงป่องกลมพันธุกรรม) เม็ดเลือดแดงรูปร่างแปลกๆ
ที่พบในโรคธาลัสซีเมียเป็นต้น ทำให้เม็ดเลือดเหล่านี้แตกเร็วกว่าเม็ดเลือดแดงปรกติมาก

ทำไมผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจึงมีม้ามโต

ในระยะแรกม้ามโตขึ้นเพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง (เพราะม้ามเคยทำ หน้าที่นี้มา
ก่อนตั้งแต่ระยะที่เป็นทารกอยู่ในครรภ์ หลังคลอดไขกระดูกทำหน้าที่นี้แทน) แต่เมื่อม้ามโต
มากกว่า 6 ซม. ม้ามจะกักกันเลือดไว้ได้มาก จนทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดมากขึ้นในม้าม ม้ามยิ่งโต
มากก็จะยิ่งทำลายเม็ดเลือดมากขึ้นๆ ผู้ป่วยบางคนม้ามโต คลำได้ถึงสะดือหรือต่ำกว่าสะดือ ผู้ป่วย
จึงยิ่งซีดลงมาก จนต้องให้เลือด ถี่มากขึ้นๆ

เมื่อไรจึงควรตัดม้าม

- เมื่อมีม้าม โตมากจนอึดอัด
- ต้องให้เลือดถี่กว่าเดิมมาก เช่น ทุก 2-3 สัปดาห์ ก็ยังไม่หายซีด
- ต้องมีอายุมากกว่า 4-5 ปี เพราะถ้าตัดม้ามในเด็กเล็กจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าเด็กโต

ผลดีของการตัดม้าม

- หายอึดอัด รู้สึกสบายขึ้น
- อาการซีดมักจะดีขึ้น การให้เลือดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคฮีโมโกลบินเอช มักไม่
ต้องให้เลือดอีกเลย ใน เบต้าธาลัสซีเมีย ก็จะดีขึ้น การให้เลือดลดลงได้

ผลไม่ดีของการตัดม้าม

- จะติดเชื้อโรคบางชนิดได้ง่าย และรุนแรงมากกว่าก่อนตัดม้าม
- อาจมีธาตุเหล็กสะสมมากขึ้น เพราะมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้เพิ่มขึ้น

- บางรายมีเกร็ดเลือดสูงมากหลังตัดม้ามในระยะแรก

การปฏิบัติตัวหลังตัดม้าม

- การปฏิบัติทั่วไป : ต้องมีสุขอนามัยที่ดี กินอาหารที่มีประโยชน์ และสะอาด
- เกี่ยวกับภาวะเหล็กเกิน ควรตรวจสอบระดับธาตุ เหล็กคูซีรัมเฟอไรดินทุกปี ขอคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการให้ยาขับธาตุเหล็ก
- เกี่ยวกับภาวะเกร็ดเลือดสูง ในเด็กมักเป็นชั่วคราวในระยะแรกๆ ภายหลังจากตัดม้าม อาจจะทำให้เส้นเลือดถูกอุดตันได้ แพทย์จะให้ยาแอสไพรินในขนาดต่ำชั่วคราว ต้องติดตามตรวจนับเกร็ดเลือดทุกเดือน แพทย์จะหยุดให้ยา แอสไพรินเมื่อจำนวนเกร็ดเลือดลดลง

เกี่ยวกับการติดเชื้อ

: กินยาเพนนิซิลลินวี (Pen V) 1 เม็ด เช้า เย็นตามที่แพทย์สั่งอย่างน้อย 2 ปี หรือจนพ้นวัยเด็กเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อบางชนิด ที่พบบ่อยภายหลังการตัดม้าม (หากแพ้ยาเพนนิซิลลิน ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ)

: อาจเกิดการติดเชื้อ ซึ่งป้องกันด้วยยา Pen V ไม่ได้ มีอันตรายที่สุด ผู้ป่วยมักมีอาการไข้สูง อ่อนเพลีย อาจมีท้องเสียด้วย อาการทรุดลงรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงอาจช็อกและเสียชีวิต จึงต้องคิดถึงภาวะนี้และไปโรงพยาบาล โดยรีบด่วนก่อนที่จะมีอาการช็อก เชื้อที่พบบ่อยเป็นเชื้อกรัมลบ เช่น ฮีโมฟิลุส ซัลโมเนลลา อีโคไล หรือเชื้อกรัมบวก เช่น สเตรปโตคอคคัส แพทย์จะต้องให้การรักษาโดยรีบด่วน โดยให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อทั้งสองชนิดดังกล่าว โดยให้ยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ให้น้ำเกลือและติดตามอาการโดยใกล้ชิดเนื่องจากการตัดม้ามจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบางอย่าง ผู้ป่วยจึงควรได้รับวัคซีนพิเศษนอกเหนือจากเด็กปกติ ซึ่งควรเริ่มให้ตั้งแต่อายุ 2-3 สัปดาห์ ได้แก่ วัคซีนนิวโมคอคคัส (Pneumococcal vaccine) ป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อนิวโมคอคคัส (ได้แก่ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ เป็นต้น) ควรให้ในเด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี และควรให้ซ้ำอีก 1 ครั้ง 5 ปีต่อมา (วรวรรณ ดันไพจิตร, 2549)

ภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด – เชื้อตับอักเสบบี ซี และเชื้อเอดส์ (HBV, HCV, HIV)

พ่อแม่หรือผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่รับเลือดบ่อยๆ มักจะถามหมอมว่า จะมีโอกาสติดเชื้อตับอักเสบบี หรือเชื้ออื่นๆ มากน้อยเพียงใด เกิดขึ้นได้อย่างไร มีวิธีป้องกันอย่างไรบ้าง และจะรู้ได้อย่างไรว่าติดเชื้อจากการรับเลือด

เป็นที่ทราบกันดีว่า การรับเลือดจะมีโอกาสติดเชื้อที่ปนเปื้อนมาในเลือดได้ อาทิเช่น เชื้อตับอักเสบบี-อี (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV) เชื้อ CMV (Cytomegalovirus), EBV (Epstein-Barr Virus) เมื่อนำมาให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับเลือด อาจเกิดอาการแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรัง

แต่โอกาสจะเกิดโรคเหล่านี้มีน้อยมาก เพราะได้มีการคัดกรองเลือดจากผู้บริจาค และมีการทดสอบเลือดบริจาคอย่างดีที่สุด เชื้อตับอักเสบที่เป็นปัญหาและพบบ่อยมากในผู้รับเลือด ได้แก่ เชื้อตับอักเสบบี และซี เมื่อผู้รับเลือดติดเชื้อเหล่านี้ จะมีอาการของโรคตับรุนแรงมากน้อยต่างกัน

การติดเชื้อตับอักเสบบีและซีจากการรับเลือด

อาการ หลังรับเชื้อแล้วจะเข้าสู่ระยะฟักตัว (Incubation Period) นาน 1-6 เดือนสำหรับเชื้อตับอักเสบบี และ 1-5 เดือน สำหรับเชื้อตับอักเสบซี จึงจะตรวจเลือดพบการเปลี่ยนแปลงในตับ ถ้าผู้รับเลือดมีอาการเหลืองเกิดขึ้นภายใน 6 เดือน อาจเกิดจากการติดเชื้อจากการรับเลือด ควรรีบพบแพทย์และแจ้งให้แพทย์ทราบทันที บางรายจะไม่มีอาการแสดงชัดเจน แต่บางรายจะมีอาการตัวเหลือง (ดีซ่าน) คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง แน่นท้อง เหนื่อยง่าย ปัสสาวะสีเข้ม ตรวจหน้าที่ของตับจะพบว่ามี liver enzymes สูงขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์ อาการมักจะหายไปได้เองระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้ออาจจะเป็นพาหะของโรคต่อไป

ผู้ติดเชื้อหรือผู้เป็นพาหะของตับอักเสบบีเรื้อรัง เมื่อตรวจเลือดจะพบว่ามี HBsAg บวก ต่อมาพบว่าเพียง 5% จะเป็นพาหะเรื้อรัง อีก 95% จะสร้างความต้านทานได้ จะมีจำนวนน้อยที่แสดงอาการของโรคตับแข็ง และหรือเป็นมะเร็งของตับ ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้ที่ติดเชื้อตับอักเสบซีมาก

ตับอักเสบซี ในระยะแรกจะมีอาการรุนแรงน้อยกว่าตับอักเสบบี และจะไม่ทำให้เสียชีวิตในระยะแรก ปัญหาสำคัญของการติดเชื้อตับอักเสบซี มักจะเกิดขึ้นในระยะหลายปีต่อมาหลังรับเชื้อแล้ว คือ จะมีอาการตับอักเสbreiteungได้ ร้อยละ 75-85 ของผู้รับเชื้อ ซึ่งต่อมาจะมีอาการตับแข็ง ตับล้มเหลว หรือเป็นมะเร็งของตับ

เราจะป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบีและซีอย่างไร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรับเลือดบ่อยๆ

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ปัจจุบันเป็นที่น่ายินดีว่าตั้งแต่ พ.ศ.2533 รัฐบาลได้กำหนดให้เด็กแรกเกิดทุกรายต้องฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีโดยรัฐออกค่าใช้จ่ายให้ ฉีดเมื่อแรกเกิด อายุ 2 และ 4 เดือน ต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง เด็กจะสร้างภูมิต้านทานต่อโรค ทำให้มีโอกาสติดเชื้อตับอักเสบบีน้อยลงมาก จะเห็นว่าเด็กที่เกิดหลัง พ.ศ. 2533 จะมีโอกาสติดเชื้อตับอักเสบบีน้อย

ปีพ.ศ. 2548 องค์การสหประชาชาติ ร่วมกับ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศใน “วันฮีโมฟีเลียโลก” คือวันที่ 9 เมษายน 2548 “ขอให้ทั่วโลกทำการเชิญชวนให้ฉีดวัคซีนตับอักเสบบีและซีให้กับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียทุกราย” สำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียซึ่งต้องรับเลือดบ่อยเช่นเดียวกับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย ควรจะปฏิบัติตามนี้ด้วยคือ รายที่ยังไม่เคยรับวัคซีนตับอักเสบบีและซี ควรตรวจเลือดว่ามีภูมิต้านทานตับอักเสบบีและซีหรือไม่ ถ้าไม่มีภูมิต้านทานขอให้ไปรับการฉีดวัคซีนตับอักเสบบีและซีทุกคน รายที่ไม่เคยรับวัคซีนตับอักเสบบีและซีมาก่อน เมื่อรู้ว่าตนเองรับเชื้อตับอักเสบบีและซีใน

ระยะแรก ปัจจุบันนี้มียาป้องกัน โดยการฉีดยา hepatitis A หรือ B immuno globulin ให้กับผู้ติดเชื้อทันที จะป้องกันให้เกิดโรคน้อยลง

ข้อแนะนำสำหรับผู้ติดเชื้อตับอักเสบซี ปัจจุบันหลายประเทศให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยใช้ยา Interferon alfa ร่วมกับยา Ribavirin anti viral agent ซึ่งยังมีราคาสูงมาก

การติดเชื้อ HIV จากการรับเลือด จะมีโอกาสเกิดมายน้อยเพียงใด และจะมีวิธีป้องกันอย่างไร

โรคเอดส์พบครั้งแรกในโลกเมื่อพ.ศ.2524 อีก3ปีต่อมาจึงพบสาเหตุว่าเกิดจากเชื้อไวรัส HIV type 1 (HIV-1) และ HIV type 2 (HIV-2) ในปีพ.ศ.2525 ได้มีรายงานแรกในผู้ป่วยเด็กโรคฮีโมฟีเลียติดเชื้อเอดส์โดยการรับส่วนประกอบโลหิตจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อเอดส์ จึงมีการตื่นตัวว่าการรับเลือดมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ ทำให้มีการหาแนวทางป้องกันจากการรับเลือดอย่างจริงจัง และมีการพัฒนาแนวทางและวิธีการต่างๆอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ผู้ป่วยจะเกิดอาการเมื่อไหร่หลังจากได้รับเชื้อ และมีอาการอย่างไรบ้าง

อาการหลังจากได้รับเชื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแรก หลังจากรับเชื้อแล้ว ภายใน 10-21 วัน ร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ ผื่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (อาจจะมีหรือไม่มีอาการปวดหัว) ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาเมื่อร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานแล้ว อาการเหล่านี้จะหายไปประยะหนึ่ง ขณะเดียวกัน ไวรัสจะแบ่งตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ทางเลือด และสารคัดหลั่งทางอวัยวะเพศ

2. ระยะที่สอง ระยะที่ไม่มีอาการชัดเจน (Asymptomatic infection) ผู้ป่วยมีเชื้ออยู่ในร่างกายโดยไม่มีอาการได้นาน 10-12 ปี ระยะนี้เชื้อ HIV จะทำลาย T-helper Cell (เป็นเซลล์ที่สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย) ทำให้ไม่มีความต้านทานต่อเชื้อต่างๆ

3. ระยะที่สาม จะเกิดอาการของโรคเอดส์ชัดเจน เกิดจากร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน มีไข้เรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต ติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะในปอด มักจะติดเชื้อรา วัณโรค มีอาการท้องเดิน น้ำหนักตัวน้อย มีอาการทางสมอง ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้ยารักษาหลายตัวร่วมกัน

สาเหตุการติดเชื้อเอดส์ (HIV) เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าติดต่อได้ 4 ทางคือ

1. การร่วมเพศ พบมากที่สุด
2. จากมารดาสู่ทารก ซึ่งปัจจุบันนี้มีการให้ยาแก่มารดาที่มีเชื้อเอดส์ ระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าอัตราการติดเชื้อมายังบุตรลดลงมาก หรือในมารดาที่ให้นมบุตรก็อาจจะติดไปยังบุตรได้
3. การรับเลือด พบน้อยลงมาก จะเกิดเฉพาะกรณีที่ผู้บริจาคเพิ่งรับเชื้อไม่นาน ร่างกายยังไม่

สร้างภูมิคุ้มกัน และเชื่อมีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถตรวจเลือดพอที่จะคัดกรองออกได้

4. การใช้เข็มร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด เชื่อจะติดจากเลือดที่อยู่ในเข็ม จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ HBV HCV และ HIV จากการรับเลือด

สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรการการป้องกันด้านผู้บริจาคเลือด และมีการตรวจคัดกรองเลือดบริจาคทุกยูนิตอย่างดีเทียบเท่ามาตรฐานสากลในประเทศที่เจริญแล้ว ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการรับเลือดน้อยมาก การตรวจมีขั้นตอนดังนี้

1. การป้องกันทางด้านผู้บริจาคเลือด เริ่มจากการให้ความรู้แก่ผู้บริจาค ไม่ให้มาบริจาคเลือดถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง หรือเคยมีประวัติเป็นโรคที่มีโอกาสแพร่เชื้อทางเลือด Donor self selection ผู้บริจาคเลือดจะตอบคำถามในแบบสอบถามก่อนบริจาค ถ้ารู้ว่าตนเป็นกลุ่มเสี่ยง จะงดบริจาคโลหิต

2. การตรวจคัดกรองเชื้อต่างๆในเลือดบริจาค เป็นกฎระเบียบที่ปฏิบัติกันอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ เมื่อได้รับเลือดบริจาคแล้ว ศูนย์บริการโลหิตฯและหรือธนาคารเลือดทุกแห่ง จะตรวจเลือดบริจาคทุกยูนิตสำหรับเชื้อ 4 ชนิดคือ

- เชื้อซิฟิลิส โดยการตรวจ VDRL หรือการทดสอบอย่างอื่น อัตราที่พบในผู้บริจาคเลือด ร้อยละ 0.60 – 1.08
- เชื้อตับอักเสบบี โดยการตรวจ HBs Ag อัตราที่พบในผู้บริจาคเลือด ร้อยละ 1.48 – 4.8
- เชื้อเอดส์ โดยการตรวจ Anti HIV อัตราที่พบในผู้บริจาคเลือด ร้อยละ 0.15 – 0.40
- เชื้อเอดส์ โดยการตรวจ Anti HIV คู่กับ HIV Ag อัตราที่พบในผู้บริจาคเลือด ร้อยละ 0.00 – 0.01
- เชื้อตับอักเสบบี โดยการตรวจ Anti HCV อัตราที่พบในผู้บริจาคเลือด ร้อยละ 0.24 – 1.13

การตรวจเลือดแล้วจะปลอดภัยเพียงใด การตรวจ HBV HCV และ HIV จะตรวจไม่พบในระยะแรกที่ได้รับเชื้อ ยังมีเชื้อจำนวนน้อยในร่างกาย จะแบ่งตัวจนมากขึ้นถึงระดับหนึ่งจึงตรวจพบโดยวิธี HIV Antigen และหรือ NAT Test ก่อน ซึ่งร่างกายยังไม่สร้างภูมิคุ้มกันที่จะตรวจพบได้ การตรวจภูมิคุ้มกันจะให้ผลบวกได้ภายหลัง ซึ่งระยะเวลาในการทดสอบที่จะสามารถตรวจพบให้ผลบวกได้มีระยะเวลาต่างกันดังนี้

1. ตรวจเชื้อเอดส์ Anti HIV - 22 วัน HIV Ag - 16 วัน NAT - 11 วัน
2. ตรวจเชื้อตับอักเสบบี ไม่มีการทดสอบ HBs Ag - 42 วัน NAT - 19 วัน

3. ตรวจเชื้อตับอักเสบซี Anti HCV - 70 วัน ไม่มีการทดสอบ NAT - 12 วัน

จากข้อมูลข้างบนนี้จะเห็นว่า แม้จะมีการตรวจอย่างดีที่สุดแล้ว ก็ไม่สามารถจะป้องกันการติดเชื้อ HBV HCV และ HIV แต่โอกาสติดเชื้อมีน้อยมาก การป้องกันโดย donor self selection และการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งการทดสอบดังกล่าวข้างต้น ต้องพยายามทำให้มีความถูกต้อง แม่นยำสูง เพราะการทดสอบโดยวิธีต่างๆ และนำยารชนิดต่างๆ จะให้ความแม่นยำต่างกัน

3. แพทย์จะพยายามให้เลือดในรายที่จำเป็นเท่านั้น และเลือกชนิดของโลหิต ที่เหมาะสม เช่น การให้เลือดชนิดที่แยกเม็ดเลือดขาวออก (leukocyte depleted pack red cell) จะช่วยลดการติดเชื้อลงบ้าง ในระยะที่เชื้ออยู่ในเม็ดเลือดขาว และเชื้อบางชนิด เช่น CMV จะมีโอกาสติดน้อยลง

4. ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้ต้องรับเลือดมากขึ้น เช่น หลีกเลี่ยงการติดเชื้อให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงถูกทำลายมากขึ้น โดยการทำฟันเป็นประจำอย่าให้มีภาวะติดเชื้อเรื้อรังในร่างกาย เช่น หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่มีกลุ่มคนหนาแน่น จะติดเชื้อหวัดได้ง่าย ดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรง สะอาด ป้องกันและรักษาอาการหูน้ำหนวก ฟันผุ เป็นฝีหนองตามตัว ระวังการเป็นโรคท้องเดินจากการกินอาหารไม่สะอาด

โดยสรุป การรับเลือดมีโอกาสติดเชื้อตับอักเสบบี ซี และเชื้อเอดส์ได้ แต่มีโอกาสน้อยมาก ผู้ป่วยและบิดามารดาไม่ควรกังวลจนเกินเหตุ เพราะผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้พยายามหาทางป้องกันอย่างดีที่สุด โอกาสติดเชื้อจึงน้อยลงเป็นลำดับ(ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, ออนไลน์, 2549)

ข้อควรรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไขกระดูก

1. **ไขกระดูกมีความสำคัญอย่างไร** ไขกระดูกเป็นส่วนที่อยู่ตรงกลางของโพรงกระดูก ซึ่งมีลักษณะเป็นร่างแห รูพรุนทำหน้าที่เป็นแหล่งผลิตเซลล์ต้นกำเนิดของเม็ดเลือดชนิดต่างๆ คือ เม็ดเลือดแดงซึ่งมีหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนให้แก่ร่างกาย เม็ดเลือดขาวมีหน้าที่ทำลายเชื้อโรคและป้องกันการติดเชื้อ เกล็ดเลือดมีหน้าที่เกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดในกรณีเกิดบาดแผล ในภาวะปกติจะมีความสมดุลของการสร้างและทำลายเม็ดเลือด ทำให้จำนวนและหน้าที่ของเม็ดเลือดต่างๆ เป็นปกติ

2. **การปลูกถ่ายไขกระดูกทำอย่างไร** หลักในการทำการปลูกถ่ายไขกระดูก หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดคือ ผู้ป่วยจะต้องมีผู้ให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดซึ่งมีลักษณะทางพันธุกรรม (Human leukocyte Antigen หรือ HLA) เหมือนกับผู้ป่วย โดยต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดใหม่ด้วยการให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงแล้วจึงนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากผู้ให้มาให้แก่ผู้ป่วยทางเส้นเลือดดำใหญ่ ภายหลังการปลูกถ่ายไขกระดูกผู้ป่วยจะมีภูมิต้านทานต่ำมากต้องอยู่ในห้องแยกเพื่อป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากปริมาณเม็ดเลือดขาวลดลงและ

ได้ยากภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างเซลล์ของผู้ให้ต่อผู้รับทำให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดใหม่ที่สามารถปรับเข้ากับร่างกายผู้ป่วยได้ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ให้เข้าไปใหม่จะใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ในการเจริญแบ่งตัวเป็นเซลล์เม็ดเลือดที่ปกติต่อไป

3. เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดสามารถเก็บจากที่ใดได้บ้าง แหล่งของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมี 3 ชนิด คือ

3.1 **ไขกระดูก** การเก็บเซลล์ต้องทำในห้องผ่าตัด โดยการวางยาสลบให้แก่ผู้ให้เซลล์ แล้วใช้เข็มเจาะดูดไขกระดูกจากกระดูกบริเวณสะโพกด้านหลังจนได้ปริมาณที่เพียงพอ

3.2 **กระแสเลือด** ผู้ให้เซลล์จะได้รับยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังประมาณ 3-7 วัน เพื่อกระตุ้นให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเพิ่มจำนวนและออกจากไขกระดูกเข้ามาอยู่ในกระแสเลือด หลังจากนั้นจะเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดโดยใช้เครื่องคัดแยกเซลล์ที่ต่อกับเส้นเลือดของผู้ให้เซลล์ โดยคืนเม็ดเลือดแดงและส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือดกลับให้แก่ผู้ให้เซลล์

3.3 **สายสะดือ** การเก็บเซลล์จะทำในห้องคลอด หรือห้องผ่าตัดหลังจากทารกคลอดแล้ว โดยเก็บจากเส้นเลือดบริเวณสายสะดือ

4. **ใครเป็นผู้ให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้บ้าง** เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอาจเก็บได้จากญาติของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งพี่น้องที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งจะมีโอกาสที่ลักษณะพันธุกรรม HLA เหมือนกับผู้ป่วยประมาณ 25% ซึ่งสูงกว่าโอกาสจากผู้ให้คนอื่นๆ ถ้าไม่มีญาติพี่น้องที่มีลักษณะพันธุกรรม HLA เหมือนผู้ป่วย สามารถหาผู้ให้จากธนาคารเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ซึ่งเป็นผู้ให้ที่ไม่ใช่ญาติได้ ปัจจุบันประเทศไทยมีธนาคารเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดอยู่ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทย

5. **การปลูกถ่ายไขกระดูกใช้รักษาโรคใดได้บ้าง** ปัจจุบันมีโรคหลายชนิดที่สามารถรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก ส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดที่ไขกระดูกลดลงหรือผิดปกติ เช่น โรคไขกระดูกฝ่อ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรง โรคบกพร่องทางภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้โรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งที่อวัยวะต่างๆ รวมทั้งโรคพันธุกรรมเมตาโบลิคบางชนิดก็สามารถรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกได้ สำหรับโรคบางอย่าง เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรือมะเร็งอวัยวะต่างๆ สามารถใช้ไขกระดูกของผู้ป่วยเองนำมาเก็บแช่แข็งไว้เพื่อใช้ในการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่สำหรับโรคธาลัสซีเมียต้องใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากผู้อื่นเท่านั้น เพราะเป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเองการปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

การรักษาวิธีนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยชาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการชืด และจำเป็นต้องได้รับเลือดตั้งแต่อายุน้อยกว่า 1 ปี หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดบ่อยๆ การปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยที่อายุน้อยมีโอกาสได้ผลดีมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก เพราะผู้ป่วยที่มีอายุมากได้เลือดมาหลายครั้งมีโอกาที่ธาตุเหล็กจะสูงและสะสมตามอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ตับอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะสร้างแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดขาวที่ปะปนมาในเลือดที่ได้ ทำให้มีโอกาต่อต้านไขกระดูกที่ได้รับและเกิดการสัดไขกระดูกทำให้กลับมาเป็นโรคชาลัสซีเมียได้สูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีม้ามโตมาก่อนการปลูกถ่ายไขกระดูกอาจจำเป็นต้องได้รับเลือดถี่ขึ้นเพื่อลดขนาดม้าม ถ้าม้ามไม่ยุบลงอาจต้องพิจารณาตัดม้ามก่อนการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วย เพื่อให้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการปลูกถ่ายไขกระดูกเพิ่มขึ้น

6. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการปลูกถ่ายไขกระดูกมีอะไรบ้างภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้หลังการปลูกถ่ายไขกระดูก คือ

6.1 มีโอกาสดูดเชื้อง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำและเม็ดเลือดขาวต่ำลง

6.2 ชืดและเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย จึงต้องได้รับเลือดและ

ส่วนประกอบของเลือดเป็นระยะๆ

6.3 มีความผิดปกติในการทำงานของตับหรือไต ซึ่งอาจเกิดจากยาเคมีบำบัดที่ใช้เตรียมผู้ป่วย หากดื้อภูมิคุ้มกันทำให้หลังการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการติดเชื้อ

6.4 ปฏิกริยาระหว่างเซลล์ของผู้ให้ต่อผู้ป่วยทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้หลายระบบ เช่น ท้องเสีย มีผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้าและผื่นหนัง ตัวเหลือง น้ำตาแห้ง ปากแห้ง เป็นต้น

6.5 มีโอกาสกลับมาเป็นโรคเดิมได้ถ้าผู้ป่วยไม่รับเซลล์ต้นกำเนิดใหม่ที่ให้เข้าไป

6.6 มีโอกาที่ระดับของธาตุเหล็กจะสูงขึ้นชั่วคราวหลังการปลูกถ่ายไขกระดูก ถ้าสูงขึ้นมากอาจจำเป็นต้องได้รับยาขับเหล็กหรือถ่ายเลือดออกถ้าผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดแดงปกติเพื่อลดปริมาณธาตุเหล็ก

อาการต่างๆ เหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นรุนแรงผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ปกครองของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกจึงควรมีความเข้าใจถึงความจำเป็นและขั้นตอนในการรักษารวมทั้งควรดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด เพื่อให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง(กลีบสไบ สรรพกิจ,2549)

การควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

ประชาชนไทยนับวันจะทราบเรื่องโรคธาลัสซีเมียมากขึ้นทุกทีและจะต้องการการบริการที่ดีกว่านี้เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ประเทศไทยจะตั้งรับเพื่อรองรับปัญหาอยู่อีกไม่ได้แล้วแต่จะต้องมีแผนเชิงรุก เพื่อควบคุมโรคธาลัสซีเมีย การควบคุมโรคธาลัสซีเมียมี 2 แนวทางหลักคือ

แนวทางที่ 1 รักษาผู้ป่วยที่เป็นแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

แนวทางที่ 2 ลดจำนวนผู้เกิดใหม่ที่เป็นใหม่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียหรือการป้องกัน

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia prevention)

แนวทางทั้งสองนั้นจำเป็นต้องทำทั้งคู่ กล่าวคือ แนวทางที่ 1 การรักษาผู้ป่วยที่เป็นแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดนั้นเป็นจริยธรรม ถ้าไม่รักษาผู้ป่วยก็จะทุกข์ทรมานและอายุสั้น ถ้ารักษาผู้ป่วยก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และอายุยืนยาวออกไปก็จะทำให้จำนวนผู้ป่วยสะสมมากขึ้นทุกที ทุกทีและการที่จะทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีชีวิตอยู่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียทั้งหมดของประเทศก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่เป็นไปไม่ได้ทางเศรษฐกิจ ถ้าไม่ป้องกันมิให้มีผู้เกิดเป็นธาลัสซีเมียให้ลดน้อยลง

พูดอีกนัยหนึ่ง ถ้าไม่รักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ปล่อยให้ตายไปตามธรรมชาติ จำนวนผู้ป่วยก็จะจำกัดตามธรรมชาติ แต่ถ้าไปรักษาผู้ป่วยหรือจะปล่อยให้ตายไปตามธรรมชาติ ถ้าจะรักษา ก็จะต้องทำตามแนวที่ 2 ด้วย คือป้องกันโรคธาลัสซีเมีย หรือการลดจำนวนผู้เกิดใหม่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียให้เหลือน้อยที่สุด หรือไม่มีผู้เกิดใหม่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเลย

ภาพในอนาคต ถ้าในอนาคต การป้องกันโรคธาลัสซีเมียได้ผลดี ไม่มีผู้เกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียเลย ผู้ที่เป็นแล้วได้รับการรักษาดีขึ้นเรื่อยๆ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงเรื่อยๆ จนเมื่อผู้ป่วยคนสุดท้ายสิ้นอายุขัยลงก็จะไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยเลย

แต่ผู้ที่เป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมียยังคงมีอยู่ด้วยจำนวนมาก โครงการป้องกันโรคธาลัสซีเมียจึงต้องดำเนินอยู่ตลอดไป

แนวทางที่ 1 รักษาผู้ป่วยที่เป็นแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียมี 4 แนวทางหลัก คือ

1. การรักษาอย่างพื้นฐาน

การรักษาอย่างพื้นฐานมี 2 ประการคือ การให้เลือดและการให้ยาขับเหล็ก

ก. การให้เลือด เนื่องจากประเทศไทยมีผู้ป่วยธาลัสซีเมียจำนวนมากไม่สามารถให้เลือดผู้ป่วยที่ควรได้รับเลือดทุกคนอย่างเต็มที่ สิ่งสำคัญคือ ต้องวิจัยให้ทราบว่า จะให้เลือดเพื่อรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ที่เท่าใด จึงจะ Cost-effective

ข. การให้ยาขับเหล็ก ผู้ป่วยควรได้รับยาขับเหล็กเพื่อขจัดภาวะเหล็กเกิน เพราะภาวะเหล็กเกินก่อให้เกิดพยาธิสภาพหลายแห่ง ปัญหาคือ ยาขับเหล็กมีราคาแพง และการให้ก็ยากลำบาก Desferrioxamine เป็นยาขับเหล็กตัวเดียวที่ใช้กันมา 3 ทศวรรษ การบริหารยานี้ต้องใช้เครื่องฉีดตัวที่สามารถฉีดเข้าใต้ผิวหนังต่อเนื่องอัตโนมัติ ในระยะหลังมีการใช้ยา L1 ที่เพิ่งออกวางตลาดเกี่ยวกับยาขับเหล็กนี้ต้องการพัฒนาความสามารถแห่งชาติในการประเมินยาตัวใหม่ รวมทั้งการวิจัยผลิตยาใช้เองด้วย

2. การรักษาด้วยการกระตุ้นการสร้าง Hb F

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีการสร้าง Hb F มาก เม็ดเลือดแดงจะมีอายุมากขึ้น ทำให้ระดับฮีโมโกลบินสูง ปัจจุบันมียา 3 ตัว ที่กระตุ้นการสร้าง Hb F ได้แก่

- Hydroxyurea
- Butyrate
- Erythropoietin

การใช้ยาเหล่านี้ตัวใดตัวหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินสูงขึ้น ทำให้สบายขึ้น ลดหรือจัดการต้องถ่ายเลือดให้ ต้องมีความสามารถประเมินใช้ยาเหล่านี้ทั้งในทางคลินิก ยุทธศาสตร์การใช้รวมถึงการวิจัยการผลิตการใช้เอง

3. การรักษาอาการแทรกซ้อน

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น

- เป็นโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย
- ความดันโลหิตสูงภายหลังจากการรับการถ่ายเลือดหลายยูนิต
- การมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำและการอุดตันของหลอดเลือดแดงปอด
- การมี Oxidation stress เพิ่มขึ้นทั่วร่างกาย

อาการแทรกซ้อนเหล่านี้ต้องการความเข้าใจพยาธิสภาพ และสาเหตุและการวิจัยเกี่ยวกับ

การรักษา

4. การรักษาให้หายจากโรคธาลัสซีเมีย

การรักษาให้หายจากโรคธาลัสซีเมียมี 2 แนวทางคือ

- การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation)
- การรักษาด้วยยีน (gene therapy)

การปลูกถ่ายไขกระดูกสามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคธาลัสซีเมียได้โดยเอา Stem Cells ที่ปกติ ไปแทนที่ stem cells ที่มีธาลัสซีเมีย ปัญหาของการปลูกถ่ายไขกระดูก ขณะนี้ก็คือ ทำได้ยาก ราคาแพงทำได้น้อยคน แสดงว่าเทคนิคนี้ยังต้องการการวิจัยและพัฒนา สำหรับการรักษา

ด้วยยีนนั้น ขณะนี้ทำได้แล้วในสัตว์ทดลอง จึงเป็นไปได้ว่าในอนาคตจะสามารถรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียให้หายขาดได้ด้วยการใช้ยีน จำเป็นต้องมีการวิจัยในแนวทางนี้

การที่จะสามารถรักษาคนไข้ธาลัสซีเมียทั้งประเทศอย่างทั่วถึง ต้องมีโครงสร้างกำลังคนที่มีความสามารถที่ใหญ่มากพอ

แนวทางที่ 2 การป้องกันโรคธาลัสซีเมีย

การป้องกันโรคธาลัสซีเมียในที่นี้หมายถึงการวินิจฉัยเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ แล้วให้คำปรึกษา (Counseling) และช่วยให้คู่แต่งงานมีลูกเฉพาะที่ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ตามความประสงค์ของเขาเอง

การป้องกันโรคธาลัสซีเมียทำเฉพาะโรคธาลัสซีเมียที่รุนแรงเท่านั้น อันได้แก่ 3 โรคดังต่อไปนี้

- Hb Bart' s hydrops fetalis
- Homozygous β -thalassemia
- β -thalassemia/Hb E disease

สำหรับโรคฮีโมโกลบินเอชไม่ทำเพราะอาการไม่รุนแรง แต่ในประเทศจีนทำเพราะเขามีพลเมืองมากอยู่แล้วอยากมีเฉพาะพลเมืองที่แข็งแรงจริงๆ ในอนาคตถ้ามีวิธีบอกก่อนคลอดว่าเด็กในครรภ์คนใดจะเป็นโรค β -thalassemia หรือ β -thalassemia/Hb E ชนิดรุนแรงหรือชนิดอ่อน ก็อาจมีการคัดเลือกที่ละเอียดยิ่งขึ้น

การป้องกันโรคธาลัสซีเมียมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ (pregnancy screening) หมายถึงการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์เริ่มตั้งแต่ว่า ตัวหญิงผู้ตั้งครรภ์เองเป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมียหรือฮีโมโกลบินผิดปกติอย่างไรอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่ คือ

- α -thalassemia 1
- β -thalassemia
- Hb E

ถ้าไม่พบว่าเป็นพาหะของยีนชนิดใดชนิดหนึ่งดังกล่าวข้างต้น เป็นอันว่าลูกที่อยู่ในครรภ์จะไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมีย ไม่ต้องตรวจสอบว่ามียีนธาลัสซีเมียหรือไม่

แต่ถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใดผู้หนึ่งเป็นพาหะสำหรับยีนอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าวข้างต้น ขอตรวจเลือดสามีว่าเป็นพาหะของยีนดังกล่าวหรือไม่

ถ้าสามีปกติ แปลว่าคู่แต่งงานนี้ไม่ใช่คู่เสี่ยง (Couple at risk) ที่จะมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมีย แต่ถ้าสามีเป็นพาหะต่อยีนอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นคู่เสี่ยงที่จะมีลูกเป็นธาลัสซีเมีย

2. การให้คำปรึกษาหารือ (counseling) ต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (Genetic counselors) ในกรณีที่เหมาะสม คือ พยาบาลที่ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้จนผู้เชี่ยวชาญ ขอคำแนะนำว่าผู้เชี่ยวชาญ เพราะถ้าไม่เชี่ยวชาญอาจให้คำแนะนำผิดพลาด ก่อให้ความยุ่งยาก โกลาหลแก่ครอบครัวได้มาก คู่เสี่ยงหมายถึงคู่ที่แสดงในตารางที่ 3 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3

แสดงคู่แต่งงานที่จะมีลูกเป็นธาลัสซีเมีย

ภรรยาที่เป็นพาหะยีน	สามีเป็นพาหะยีน	ลูกในครรภ์เสี่ยงที่จะเป็นโรค
α -thalassemia 1	α -thalassemia 1	Hb Bart's hydrops
β -thalassemia	β -thalassemia	Homozygous β -thalassemia
β -thalassemia	Hb E	β -thalassemia/Hb E
Hb E	β -thalassemia	β -thalassemia/Hb E

นี่เป็นการแสดงคู่เสี่ยงที่ง่ายที่สุด อาจมีคู่เสี่ยงที่ยุ่งยากกว่านี้ การที่คู่แต่งงานเป็นพาหะของยีนผิดปกติทั้งสองคนไม่จำเป็นต้องเป็นคู่เสี่ยงหรือ Hb E หรือทั้งคู่เป็นพาหะของ Hb E อย่างนี้ไม่ใช่คู่เสี่ยง

ที่แสดงมานี้เพื่อให้เห็นว่าบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselors) ที่เชี่ยวชาญมีความสำคัญมาก เป็นผู้ที่ต้องรู้เท่าทันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความหมายของกลุ่มสถานะธาลัสซีเมียต่างๆ กลไกการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความเข้าใจและความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมนี้ ยังมีความจำเป็นในกรณีอื่นๆ เช่น คู่แต่งงานที่เคยมีลูกเป็นธาลัสซีเมียมักจะถามว่าถ้ามีลูกอีกจะเป็น โรคนี้หรืออีกหรือไม่

ไม่ควรจะไปตรวจกรองในประชากรทั่วไป (Population screening) เพราะจะทำให้เกิดความโกลาหลมาก แต่ควรตรวจในกรณีจำเพาะและมีผู้คอยให้คำแนะนำ เช่น ตรวจหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าวข้างต้น

3. การวินิจฉัยก่อนคลอด สำหรับคู่เสี่ยงว่าลูกในท้องจะเป็น โรคธาลัสซีเมียที่ต้องการให้วินิจฉัยว่าบุตรในครรภ์ เป็นโรคหรือไม่เป็นโรคสามารถทำการวินิจฉัยก่อนคลอดได้ ซึ่งมี 2 ขั้นตอน คือ

ก. การเอาเซลล์ของทารกในครรภ์ (Fetal sampling) ต้องมีสูติแพทย์ที่ได้รับการฝึกมาโดยเฉพาะที่จะเจาะเลือดจากสายสะดือทารกที่อยู่ในครรภ์หรือไปตัดเนื้อ chorionic villi

ข. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องมีนักวิทยาศาสตร์ที่ชำนาญการตรวจ DNA หาชิ้นผิดปกติและแปลผลได้แม่นยำว่าทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่

4. การให้คำปรึกษาและให้ทางเลือกในการทำแท้ง (selective Abortion) อธิบายผลการตรวจให้ทั้งภรรยาและสามีฟังพร้อมกันอย่างละเอียด ในกรณีที่ผลการตรวจบอกว่าเด็กในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียและสามีภรรยาเข้าใจถึงผลของมัน มักจะขอให้แพทย์ทำแท้งให้ ในกรณีอย่างนี้ก็จะเป็นการช่วยให้คู่เสี่ยงมีลูกเฉพาะที่ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมียเท่านั้น

โดยที่ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์ปีละเกือบ 1,000,000 คน เมื่อแผนงานธาลัสซีเมียดำเนินไปอย่างเต็มที่ จะต้องสามารถตรวจกรองหญิงตั้งครรภ์ให้ได้ทั้งหมด อันหมายถึงว่าในแต่ละจังหวัดจะต้องมีสถานที่ที่สามารถให้การตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียได้หนึ่งแห่ง หรือมีละนั้นก็จะต้องสามารถส่งเลือดไปตรวจที่ศูนย์วิจัยแห่งใดแห่งหนึ่งจากหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1,000,000 คน จะตรวจพบคู่เสี่ยงที่จะมีลูกเป็นธาลัสซีเมียรุนแรงประมาณ 20,500 คู่ ทั้ง 20,500 คู่นี้ต้องการบริการการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ถ้าแต่ละศูนย์ที่สามารถทำการวินิจฉัยก่อนคลอดได้สัปดาห์ละ 10 คน หรือปีละ 500 คน จะต้องการศูนย์การแพทย์ที่สามารถให้การวินิจฉัยก่อนคลอดอย่างน้อย 40 ศูนย์ จึงจะสามารถให้บริการได้ทั่วถึงเพียงพอที่จะป้องกันและลดจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียในประเทศไทย ได้จริง (ประเวศ วะสี, 2549)

แนวคิดการเปิดรับข่าวสาร (Media exposure)

การสื่อสารนั้นได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ นอกเหนือจากปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อความอยู่รอดของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค แม้ว่าการสื่อสารจะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความตายของมนุษย์เหมือนกับปัจจัยสี่ แต่การที่จะให้ได้มาซึ่งปัจจัยสี่เหล่านั้น ย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมืออย่างแน่นอน มนุษย์ต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของตน และเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อของกระบวนการสังคม ยิ่งสังคมมีความสลับซับซ้อนมาก และประกอบด้วยคนจำนวนมากขึ้นเท่าใดการสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมและสังคมจะนำมาซึ่งความสลับซับซ้อน หรือความสับสนต่าง ๆ จนอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและไม่แน่ใจแก่สมาชิกของสังคม ดังนั้น จึงต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหา ดังกล่าว (ยุพดี ฐิติกุลเจริญ, 2537: 3 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548 : 15)

ข่าวสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนอกจากนั้นข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เปิดรับมีความทันสมัย สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น ดังที่ชาร์ลส์ เค. อัทกิน (Charles K. Atkin, 1973:208)อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548: 15) ได้กล่าวว่า บุคคลที่เปิดรับข่าวสารมาก ย่อมมีหูตากว้างไกล มีความรู้ความเข้าใจในสภาพแวดล้อมและเป็นคนทันสมัย ทันเหตุการณ์กว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารน้อย

อย่างไรก็ตาม บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านมาสู่ตนทั้งหมดแต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้น ข่าวสารที่หลั่งไหลผ่านเข้ามาไปยังบุคคลจากช่องทางต่าง ๆ นั้น มักจะถูกคัดเลือกตลอดเวลา ข่าวสารที่น่าสนใจ มีประโยชน์และเหมาะสมตามความนึกคิดของผู้รับสาร จะเป็นข่าวสารที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการสื่อสาร (กิติมา สุรสนธิ, 2533: 46-47 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548: 15)

การเลือกสรรข่าวสารของบุคคลเป็นสิ่งที่อธิบายถึงพฤติกรรมการสื่อสารของแต่ละบุคคล ว่าความแตกต่างกัน ทางสภาพส่วนบุคคลหรือสภาพจิตวิทยามีผลต่อการเปิดรับข่าวสาร โดยมีกระบวนการเลือกสรร (Selective Process) ที่แตกต่างกัน

โจเซฟ ที. แคลปเปอร์ (Klapper, J.T., 1960: 19-25 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548: 15) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเลือกรับข่าวสารหรือเปิดรับข่าวสารเปรียบเสมือนเครื่องกรองข่าวสารในการรับรู้ของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยการกลั่นกรอง 4 ขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) เป็นขั้นแรกในการเลือกช่องทางการสื่อสารบุคคล จะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งสารที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง เช่น การเลือกซื้อหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง เลือกเปิดวิทยุกระจายเสียงสถานีใดสถานีหนึ่งตามความสนใจและความต้องการของตน อีกทั้งทักษะและความชำนาญในการรับรู้ข่าวสารของคนเรานั้นก็ต่างกัน บางคนนัดที่จะฟังมากกว่าอ่าน ก็จะชอบฟังวิทยุคูโทรทัศน์มากกว่าอ่านหนังสือ เป็นต้น

2. การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) ผู้เปิดรับข่าวสารมีแนวโน้มที่จะเลือกสนใจข่าวจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง โดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุนทัศนคติเดิมที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจหรือ ทัศนคติเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทางจิตใจที่ไม่สมดุลหรือมีความไม่สบายใจ ที่เรียกว่า ความไม่สอดคล้องทางด้านความเข้าใจ (Cognitive Dissonance)

3. การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Interpretation) เมื่อบุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารแล้ว ก็เชื่อว่ารับรู้ข่าวสารทั้งหมดตามเจตนารมณ์ของผู้ส่งสารเสมอไปเพราะ

คนเรามักเลือกรับรู้และตีความหมายสารแตกต่างกันไปตามความสนใจ ทักษะคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกาย หรือสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ฉะนั้นแต่ละคนอาจตีความเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว นอกจากจะทำให้ข่าวสารบางส่วนถูกตัดทิ้งไปยังมีการบิดเบือนข่าวสารให้มีทิศทางเป็นที่น่าพอใจของแต่ละบุคคลด้วย

4. การเลือกจดจำ (Selective Retention) บุคคลจะเลือกจดจำข่าวสารในส่วนที่ตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ทักษะคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมหรือไม่นำไปถ่ายทอดต่อในส่วน ที่ตนเองไม่สนใจ ไม่เห็นด้วยหรือเรื่องที่ขัดแย้งด้านกับความคิดของตนเอง ข่าวสารที่เราเลือกจำ ไว้นั้น มักมีเนื้อหาที่จะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนความรู้สึกนึกคิด ทักษะคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ ของแต่ละคนที่มีอยู่เดิมให้มีความมั่นคงชัดเจนยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงยากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็น ประโยชน์ในโอกาสต่อไป ส่วนหนึ่งอาจนำไปใช้เมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งและมีสิ่งที่ไม่สบาย ใจขึ้น



กระบวนการเลือกสรร 3 ชั้น

ที่มา : http://elearning.siam.edu/CommunicationArts/web_sasiya/content08.htm, 11/9/2549

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลนั้น ทอดด์ ฮันท์ และเบรนต์ ดี รูเบน (Todd Hunt and Brent d. Ruben, 1993:65 อ้างถึงในปรมะ สตะเวทิน, 2541: 122-124 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548: 17) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลไว้ดังนี้

1. ความต้องการ (Need) ปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในกระบวนการเลือกของมนุษย์ คือ ความต้องการ ความต้องการทุกอย่างของมนุษย์ทั้งความต้องการทางกายและใจทั้งความต้องการระดับสูงและความต้องการระดับต่ำ ย่อมเป็นตัวกำหนดการเลือกของเรา เราเลือกตอบสนองความต้องการของเราเพื่อให้ได้ข่าวสารที่ต้องการ เพื่อแสดงรสนิยม เพื่อการยอมรับในสังคมเพื่อความพอใจ ฯลฯ

2. ทักษะคติและค่านิยม (Attitude and Values) ทักษะคติ คือ ความชอบและมีใจ โน้มเอียง (Preference and Predisposition) ต่อเรื่องต่าง ๆ ส่วนค่านิยม คือหลักพื้นฐานที่เรายึดถือ เป็นความรู้สึกรู้สึกที่ว่าจะเราควรจะทำหรือไม่ควรทำอะไรในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและคนซึ่ง ทักษะคติและค่านิยมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมายและการเลือกจดจำ

3. เป้าหมาย (Goal) มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมาย มนุษย์ทุกคนกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องอาชีพ การเข้าสมาคม การพักผ่อน เป้าหมายของกิจกรรมต่าง ๆ ที่เรากำหนดขึ้นนี้จะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมาย และการเลือกจดจำเพื่อสนองเป้าหมายของตน

4. ความสามารถ (Capability) ความสามารถของเราเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งความสามารถด้านภาษามีอิทธิพลต่อเราในการที่จะเลือกรับข่าวสาร เลือกตีความหมาย และเลือกเก็บเนื้อหาของข่าวนั้นไว้

5. การใช้ประโยชน์ (Utility) กล่าวโดยทั่วไปแล้ว เราจะให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการที่จะเข้าใจ และจดจำข่าวสารที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

6. สไตล์ในการสื่อสาร (Communication Style) การเป็นผู้รับสารของเรานั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสไตล์ในการสื่อสารของเรา คือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท ดังนั้น บางคนจึงชอบฟังวิทยุ บางคนชอบดูโทรทัศน์ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

7. สภาพ (Context) สภาพในที่นี้หมายถึง สถานที่ บุคคล และเวลาที่อยู่ในสถานการณ์ การสื่อสาร สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเลือกของผู้รับสาร การมีคนอื่นอยู่ด้วย มีอิทธิพลตรงต่อการเลือกใช้สื่อและข่าวสาร การเลือกตีความหมายและเลือกจดจำข่าวสาร การที่เราต้องถูกมองว่า เป็นอย่างไร การที่เราคิดว่าคนอื่นมองเราอย่างไร เราเชื่อว่าคนอื่นคาดหวังอะไรจากเรา และการที่คิดว่าคนอื่นคิดว่าเราอยู่ในสถานการณ์อะไร ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเลือกของเรา

8. ประสบการณ์และนิสัย (Experience and Habit) ในฐานะของผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละคนพัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของเรา เราพัฒนาความชอบสื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง รายการประเภทใดประเภทหนึ่ง ดังนั้นเราจึงเลือกใช้สื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง สนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งตีความหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง และเลือกจดจำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ส่วน (ขวัญเรือน กิตติวัฒน์ , 2531: 23-26 อ้างถึงในพัชรี เศษจรยาและคณะ, 2548: 17) มีความเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันคือ

1. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล มีแนวคิดที่คนเราแต่ละคนมีความแตกต่างเฉพาะตัวบุคคลอย่างมากในด้านโครงสร้างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบ

เนื่องมาจากลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน การดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไม่เหมือนกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญา ความคิด ทักษะคิด ตลอดจนกระบวนการของการรับรู้ การสนใจ

2. ปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากคนเรามักจะยึดติดกับกลุ่มสังคมที่ตนสังกัดอยู่เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) ในการตัดสินใจที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม นั่นคือ มักจะคล้อยตามกลุ่มในแง่ความคิด ทักษะคิด และพฤติกรรมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมนอกระบบการสื่อสาร เชื่อว่าลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ทำให้เกิดความคล้อยคลึงของการเปิดรับเนื้อหาของการสื่อสาร รวมถึงการตอบสนองต่อเนื้อหาดังกล่าวไม่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ วิลเบอร์ ชเรมม์ (Wilbur Schramm, 19973:121-122 อ้างถึงในพัชรีย์ เศษจรรรยา และคณะ, 2548 : 18) ยังได้ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสารของบุคคลดังนี้

1. ประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับข่าวสารแสวงหาข่าวสารที่แตกต่างกัน
2. การประเมินสารประโยชน์ของข่าวสารที่ผู้รับสารแสวงหาเพื่อตอบสนองจุดประสงค์ของตนอย่างหนึ่งอย่างใด
3. ภูมิหลังที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีความสนใจแตกต่างกัน
4. การศึกษาและสภาพแวดล้อมทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการเลือกรับสาร
5. ความสามารถในการรับสาร ซึ่งเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจที่ทำให้พฤติกรรมการเปิดรับสารแตกต่างกัน
6. บุคลิกภาพ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การโน้มน้าวใจและพฤติกรรมของผู้รับสาร
7. อารมณ์ สภาพทางอารมณ์ของผู้รับสาร จะทำให้เข้าใจความหมายของข่าวสาร หรืออาจเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจความหมายของข่าวสารได้
8. ทักษะคิด จะเป็นตัวกำหนดท่าทีของการรับและตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือข่าวสารที่ได้พบเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารนั้น

วิลเบอร์ ชเรมม์(Wilbur Scharm,) กล่าวถึงหลักการทั่วไปของการเลือกความสำคัญของข่าวสารว่าขึ้นอยู่กับการใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least effect) และผลที่จะได้ (Promise of reward) ซึ่งอยู่ในรูปของสูตรการเลือกรับข่าวสารดังนี้

สิ่งตอบแทนที่คาดหวัง

การเลือกรับข่าวสาร = -----

ความพยายามที่ต้องใช้

จากสูตรนี้จะเห็นได้ว่า คนเรามีแนวโน้มที่จะเปิดรับข่าวสารที่ใช้ความพยายามน้อย เช่น ข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัว สามารถเลือกรับได้ง่ายและมีสารประโยชน์ต่อตนเอง ในการเลือกนั้น อาจมีสาเหตุอื่น ๆ อีก เช่น ประสบการณ์ต่างกัน ความสามารถในการประเมินสารประโยชน์ของ ข่าวสาร ตลอดจนสถานะทางสังคมและจิตใจของแต่ละคนด้วย

สำหรับความหมายของการเปิดรับข่าวสารนั้น แซมมวล เบคเกอร์ (Samuel L. Becker, 1992 อ้างถึงในพัชรี เจริญธาและคณะ, 2548: 18) ได้ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสารโดยจำแนก ตามพฤติกรรมในการเปิดรับข่าวสารคือ

1. การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) กล่าวคือ บุคคลที่จะแสวงหาข้อมูลเมื่อ ต้องการให้มีความคล้ายคลึงกับบุคคลอื่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเรื่องทั่วไป
2. การเปิดรับข้อมูล (Information Receptivity) กล่าวคือ บุคคลจะเปิดรับข่าวสาร เพื่อ ทราบข้อมูลที่ตนเองสนใจ อยากรู้ สนใจ หากมีข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเองก็จะให้ความเอา ใจใส่อ่านหรือดูหรือฟังเป็นพิเศษ
3. การเปิดรับประสบการณ์ (Experience Receptivity) กล่าวคือ บุคคลที่จะเปิดรับ ข่าวสารเพราะต้องการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเพื่อผ่อนคลายอารมณ์

สำหรับเหตุผลในการมีมนุษย์เลือกสนใจหรือตั้งใจรับข่าวสารอย่างไรจากสื่อใดนั้น มี นักวิชาการหลายท่านที่มีความเห็นสอดคล้องกันดังนี้

ไฟรีดสัน (Fried son) ไรเลย์ (Riley) และฟลาวเวอร์แมน (Flowerman, 1951 อ้างถึงในพัชรี เจริญธาและคณะ , 2548: 19) มีความเห็นแนวเดียวกันว่า แรงจูงใจที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของ สมาชิก ภายในสังคมจะเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดความสนใจเปิดรับสื่อจากสื่อต่างๆ ก็เพื่อตอบสนอง ความต้องการของตน ซึ่งปรากฏการณ์นี้เมอร์ดัน (Merton) ไรท์ (Wright) และวาบเลส (Waples) เรียกว่า “พฤติกรรมในการแสวงหาข่าวสาร” นักวิชาการเหล่านี้มีความเห็นตรงกันว่าผู้รับข่าวสาร จะเอกรับข่าวสารจากสื่อใดนั้นย่อมเป็นไปตามบทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้รับสารก็เพื่อ นำไปเป็นหัวข้อในการสนทนาซึ่งจะทำให้ผู้รับสารรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ในเรื่องของวัตถุประสงค์ของการเอกรับข่าวสาร หรือการบริโภคข่าวสารของผู้รับสารนั้น สุรพงษ์ โสธนะเสถียร ก็ได้จำแนกวัตถุประสงค์ของการเอกรับข่าวสารไว้ 4 ประการคือ (สุ รพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533 40-44 อ้างถึงในพัชรี เจริญธาและคณะ , 2548: 19)

1. เพื่อการรับรู้(Cognition) คือ ผู้รับสารต้องการสารสนเทศ(Information) เพื่อสนองต่อความต้องการและความอยากรู้
2. เพื่อความหลากหลาย(Diversion) เช่นการเปิดรับสื่อเพื่อแสวงหาความเร้าใจ ตื่นเต้น สนุกสนานรวมทั้งการพักผ่อน
3. เพื่ออรรถประโยชน์ทางสังคม(Social Utility) หมายถึง การต้องการสร้างความคุ้นเคย หรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การใช้ภาษาร่วมสมัย เพื่อหลีกเลี่ยงงานประจำหรือหลีกเลี่ยงคนรอบข้าง
4. การผลละสังคัม(Withdrawal) เป็นการเปิดรับสื่อหรือเข้าหาสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงงานประจำหรือหลีกเลี่ยงคนรอบข้าง

แม็คคอมบ์ และเบคเกอร์(McCombs and Becker, 1979:51-52 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ, 2548: 19) ได้ให้แนวคิดที่ว่าโดยทั่วไปบุคคลแต่ละคนมีการเปิดรับข่าวสารหรือการเปิดรับสื่อ เพื่อตอบสนองความต้องการ 4 ประการคือ

1. เพื่อให้เรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ (Surveillance) บุคคลสามารถติดตามความเคลื่อนไหว และสังเกตเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวจากการเปิดรับข่าวสาร ทำให้คนเป็นที่ทันเหตุการณ์ ทันสมัย
2. การตัดสินใจ (Decision) การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสถานะหรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว เพื่อการตัดสินใจโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องชีวิตประจำวัน
3. เพื่อพูดคุยสนทนา (Discussion) บุคคลสามารถนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ในการพูดคุยกับผู้อื่นได้
4. เพื่อการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อรับรู้และมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ความเป็นไปต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมรอบ ๆ ตัว

อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันมีวัตถุประสงค์ในการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน และมีความต้องการในการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันนั้น แต่โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะทำการเปิดรับข่าวสารอยู่ 3 ลักษณะ (ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์, 2544 13-14 อ้างถึงในพัชรี เษยจรรยาและคณะ , 2548 : 20) คือ

1. การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน โดยผู้รับสารมีความคาดหวังจากสื่อมวลชนว่า การบริโภคข่าวสารจากสื่อมวลชนจะช่วยตอบสนองความต้องการของเขาได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือเปลี่ยนลักษณะนิสัย เปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้โดยการเลือกบริโภคสื่อมวลชนนั้นจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือแรงจูงใจของผู้รับสารเอง เพราะบุคคลแต่ละคนย่อมมีวัตถุประสงค์และความตั้งใจในการใช้ประโยชน์แตกต่างกันไป

2. การเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคล โดยสื่อบุคคล หมายถึง ตัวบุคคลผู้ที่นำข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยการติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) ที่จะมีปฏิกริยาโต้ตอบระหว่างกัน โรเจอร์สและชูเมกเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971 อ้างอิงใน พัชรีย์ เศษจรยาและคณะ , 2548: 20) กล่าวว่าในกรณีที่ต้องการให้บุคคลใดเกิดการยอมรับสารนั้น ควรที่จะใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สื่อบุคคลเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสาร สื่อบุคคลนี้จะมีประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ผู้ส่งสารหวังผลให้ผู้รับสารมีความเข้าใจกระจ่างชัดเจนและตัดสินใจรับสารได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (เสถียร เศษประทับ, 2525 อ้างอิงในพัชรีย์ เศษจรยาและคณะ , 2548 : 20)

การติดต่อโดยตรง(Direct Contact) เป็นการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจหรือชักจูงโน้มน้าวใจกับประชาชนโดยตรง

การติดต่อโดยกลุ่ม(Group Contact of Community Public) โดยกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อบุคคลส่วนรวม ช่วยให้การสื่อสารของบุคคลบรรลุเป้าหมายได้เพราะเมื่อกลุ่มมีความสนใจมุ่งไปทิศทางใด บุคคลส่วนใหญ่ในกลุ่มก็จะมีคามสนใจในทางนั้นด้วย

3. การเปิดรับข่าวสารจากสื่อเฉพาะกิจ โดยสื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ถูกผลิตขึ้นมา โดยมีเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจงและมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่ผู้รับสารเฉพาะกลุ่ม (ปรมะ สตะเวทิน 2532 99 อ้างอิงใน เกศินี จุฑาวิจิตร, 2540 135 อ้างอิงในพัชรีย์ เศษจรยาและคณะ , 2548: 21) ตัวอย่างของสื่อเฉพาะกิจเช่น จุลสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบบลิว คู่มือ นิทรรศการ เป็นต้น ดังนั้นการเปิดรับข่าวสารจากสื่อเฉพาะกิจนี้ ผู้รับสารจะได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารนี้ จะเห็นว่าข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญ ในการนำมาประกอบการตัดสินใจของบุคคล ยิ่งบุคคลเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มากเท่าใดบุคคลย่อมต้องการเปิดรับข่าวสารมากขึ้นเท่านั้น โดยไม่จำกัดว่าจะทำการเปิดรับข่าวสารจากสื่อใด ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน สื่อบุคคล หรือสื่อเฉพาะกิจ แต่ทั้งนี้บุคคลจะทำการเปิดรับข่าวสารเฉพาะเรื่องที่ตนให้ความสนใจเท่านั้นเนื่องจากข่าวสารในปัจจุบันมีมากเกินไปกว่าที่ผู้รับสารจะรับไว้ทั้งหมดได้ จึงทำให้เกิดกระบวนการเลือกรับข่าวสารขึ้น อย่างไรก็ตามบุคคลแต่ละคนก็จะมีเกณฑ์ในการเลือกรับข่าวสารที่แตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลสภาพแวดล้อม ในสังคมนั้น ๆ และวัตถุประสงค์หรือความต้องการที่จะเปิดรับข่าวสารของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันย่อมทำให้เกิดมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันได้ด้วย

แนวคิดการรับรู้ (Perception)

1. ความหมาย การรับรู้ หมายถึง การที่มนุษย์มีข้อมูลที่ได้จากความรู้สึกลึกลับสัมผัส (Sensation) ซึ่งเป็นข้อมูลดิบ (Raw data) จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบ ตา หู จมูก ลิ้นและ กายสัมผัสสมาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ ด้วยระบบการทำงานของสมองแล้วแปลงสิ่งที่ได้ ออกเป็นสิ่งที่หนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย เพื่อนำไปใช้ในการเรียนรู้ต่อไป

2. ลักษณะสำคัญของการรับรู้ ลักษณะสำคัญของการรับรู้มี 6 ประการ คือ

2.1 ต้องมีพื้นฐานข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน (Knowledge Based) หรือ ถ้าไม่มีความรู้อย่างน้อยต้องมีประสบการณ์เดิมในเรื่องนั้นอยู่บ้าง

2.2 จะต้องประกอบด้วยข้อวินิจฉัย (Inferential) ในขั้นตอนของกระบวนการรับรู้ ทั้งนี้เพราะในการรับรู้ ต้องอาศัยวิธีการวินิจฉัย โดยการตั้งสมมุติฐานหรือประติดประต่อเรื่องต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้การรับรู้ในสิ่งนั้นเกิดความสมบูรณ์มากที่สุด

2.3 จะต้องมีความสามารถในการแยกแยะ (Categorical) ลักษณะหรือคุณสมบัติ ที่สำคัญของข้อมูลนั้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำจากประสบการณ์เดิมมาใช้

2.4 ลักษณะของการรับรู้จะต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง (Relational) ของข้อมูล ต่าง ๆ หลายประเภท

2.5 กระบวนการของการรับรู้จะต้องอาศัยการตัดแปลง (Adaptive) ข้อมูลจาก ประสบการณ์เดิมมาใช้ให้เหมาะกับแต่ละเรื่องที่กำลังรับรู้อยู่ในขณะนั้น

2.6 กระบวนการของการรับรู้มักจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ เป็นการทำงานของสมอง ในการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ

3. ธรรมชาติของการรับรู้ นักจิตวิทยาได้พยายามศึกษา และวินิจฉัยเพื่อหาข้อมูลในการ นำมาอธิบายธรรมชาติของการเกิดการรับรู้ว่าต้องอาศัยองค์ประกอบอะไรบ้างจากการศึกษาได้สรุป ดังนี้

3.1 การรับรู้จะต้องอาศัยความสามารถในการคัดเลือกสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้อย่าง เหมาะสม (Perception is Selective) มนุษย์มีขีดจำกัดในการรับรู้ ดังนั้นมนุษย์จึงต้องมีการเลือกว่า ในแต่ละสถานการณ์นั้นตนเองเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าใดบ้าง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือก รับรู้ที่นักจิตวิทยาได้ศึกษาและรวบรวมข้อมูลไว้มีดังนี้

3.1.1 องค์ประกอบอันเนื่องมาจากสภาพของสิ่งเร้า องค์ประกอบนี้ นักจิตวิทยาได้อธิบายว่า มนุษย์มักเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่น่าสนใจ เช่นในเรื่องขนาดและความเข้ม ของสิ่งเร้า (Intensity and Size) มนุษย์เลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่มี ขนาดใหญ่ เสียงดัง สีสด มากกว่าใน

เรื่องความเด่นหรือความแตกต่างจากสิ่งเร้าอื่น (Contrast) คนที่แต่งกายแตกต่างจากกลุ่ม มักจะถูกมากกว่าผู้อื่นในเรื่องการทำซ้ำๆ (Repetition) สิ่งเร้าใดก็ตามที่มีการเกิดหรือกระทำซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง มนุษย์มักจะรับรู้ได้เร็วกว่าในเรื่องวามเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า (Movement) สิ่งเร้าใดก็ตามที่มีการเคลื่อนไหวจะได้รับความสนใจมากกว่าสิ่งเร้าที่อยู่นิ่ง

3.1.2 องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์ มนุษย์แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน และความตกต่างกันนี้เองที่เป็นสาเหตุให้มนุษย์มีการเลือกการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน องค์ประกอบอันเนื่องมาจากตัวมนุษย์ เช่น ความคาดหวัง (Set or Expectancy) จะมีผลต่อการเลือกรับรู้ของมนุษย์ เพราะจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตและแนวทางของการเลือกรับรู้ ความสนใจ (Interest) มนุษย์เลือกที่จะรับรู้สิ่งที่ตนเองมีความสนใจมากกว่าสิ่งที่ตนเองไม่สนใจ ความต้องการ (Need) ความต้องการมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเลือกรับรู้ของมนุษย์ ดังตัวอย่าง การทดลองของเลอวินและคณะที่ทดลองให้คนกำลังหิวดูภาพที่คลุมเครือ (Ambiguous) ว่าเป็นภาพอะไร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะระบุว่าภาพนั้นเป็นภาพอาหารหรือคนกำลังรับประทานอาหาร

3.2 การรับรู้จะต้องมีการจัดระบบ (Perception is Organized) มนุษย์จะต้องมีการจัดระบบของข้อมูลที่จะรับรู้โดยที่นำข้อมูลนี้มาจัดเป็นรูปแบบ (Pattern) และกฎเกณฑ์ (Principles) ที่มีความหมายเพื่อที่จะได้ง่ายต่อการรับรู้ เมื่อมนุษย์รับข้อมูลย่อย ๆ หลายข้อมูลแล้ว มนุษย์ต้องนำข้อมูลย่อยนั้นมารวมกันเพื่อให้เกิดเป็นสิ่งที่มีความหมายและง่ายต่อการรับรู้ การจัดระบบมีดังต่อไปนี้

3.2.1 การจัดหมวดหมู่ (Grouping) ของข้อมูลตามแนวความคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มเกสตัท์ที่มนุษย์จะจัดกลุ่มประเภทของข้อมูลเหล่านี้เป็นพวกเดียวกัน คือ

- ความใกล้ชิด (Neediness or Proximity)
- ความเหมือน (Similarity)
- ความต่อเนื่อง (Continuity)
- ความสมบูรณ์ (Closure)

สิ่งเร้าใดก็ตามที่ยังขาดความสมบูรณ์หรือยังหาข้อยุติไม่ได้ มนุษย์มักจะรับรู้ให้เป็นภาพที่สมบูรณ์โดยเติมให้สมบูรณ์ตามประสบการณ์เดิมของตน

3.2.2 ภาพและพื้น (Figure and Ground) ในขณะที่มนุษย์มีสิ่งให้รับรู้มากมายสิ่งที่ได้รับความสนใจหรือการรับรู้มากที่สุดก็จะปรากฏเด่นชัดเป็นภาพ (Figure) สิ่งอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับความสนใจก็จะกลายเป็นพื้น (Ground)

4. อวัยวะรับความรู้สึก อวัยวะที่มนุษย์ใช้ในการรับรู้ความรู้สึก คือ ประสาทสัมผัสทั้ง 5

แต่ละส่วนจะรับรู้สิ่งเร้าและปฏิกิริยาตอบสนองเฉพาะ อวัยวะรับรู้ความรู้สึกแต่ละชนิดจะมีขอบเขตของการรับสิ่งเร้าในปริมาณที่กำหนด นั่นก็คือ สิ่งเร้าบางอย่างอาจมีพลังงานน้อยเกินไปจนไม่สามารถกระตุ้นความรู้สึกของมนุษย์ได้ สิ่งเร้าในปริมาณที่น้อยมากเช่นนี้จะไม่สามารถไปกระตุ้นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกได้ แรงกระตุ้นในปริมาณที่น้อยที่สุดที่ทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกได้เรียกว่า เทรชโฮลด์ (Threshold) ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เทรชโฮลด์สมบูรณ์ (Absolute Threshold) และ เทรชโฮลด์ความแตกต่าง (Differential Threshold) เทรชโฮลด์สมบูรณ์คือ ปริมาณของสิ่งเร้าที่น้อยที่สุดเท่าที่มนุษย์ จะรู้สึกได้ เทรชโฮลด์ความแตกต่างคือการรับรู้เมื่อปริมาณของสิ่งเร้ามีการเปลี่ยนแปลงในปริมาณที่น้อยที่สุด มนุษย์แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในเรื่องการรับและแยกปริมาณความแตกต่างของเทรชโฮลด์

5. ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

5.1 ตัวแปรจากสิ่งเร้า ความคงที่ของการรับรู้ (Perceptual Constancy) แม้สิ่งเร้าบางอย่างจะมีรูปร่าง (Shape) ขนาด (Size) ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากตำแหน่งที่ตั้งเปลี่ยนที่ไปแต่ มนุษย์ก็ยังสามารถรับรู้ได้อย่างถูกต้องทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์เดิมนั้นเองภาพลวงตา (Perceptual illusions) บางครั้งการรับรู้ทางประสาทตาอาจจะคลาดเคลื่อนไปจากความจริง ทั้งนี้เนื่องจากตำแหน่ง ที่ตั้ง ทิศทางของสิ่งเร้า ทำให้มนุษย์เกิดการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง

5.2 ตัวแปรจากมนุษย์ ประสาทหลอน (Hallucination) การรับรู้ว่าจะเปลี่ยนไปเนื่องจากสภาพของบุคคลนั้นมีความผิดปกติ บางประการความใส่ใจ (Attention) ระดับความใส่ใจของมนุษย์ในเรื่องต่าง ๆ จะมีระดับที่แตกต่างกันซึ่งถือเป็นความแตกต่างทางธรรมชาติ สมาธิ สมาธิคือ ความใส่ใจกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลาติดต่อกันโดยไม่เปลี่ยนความสนใจไปสู่สิ่งอื่น ผลที่ได้จากสมาธิจะทำให้การรับรู้ดีขึ้น และยังเป็นผลดีมากที่สุดต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมนุษย์

5.3 ตัวแปรจากสภาพสังคมและวัฒนธรรม อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน เช่น คนในสังคมเมืองจะรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ได้ดีกว่าคนในสังคมชนบทคนในป่าจะแยกแยะประเภทของสัตว์ได้ดีกว่าคนในเมือง เป็นต้น

6. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นการเน้นในเรื่องการรับรู้ของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งเร้า และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเอง มนุษย์ไม่ได้รับรู้เฉพาะสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่มนุษย์ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองอยู่ตลอดเวลาด้วย การรับรู้เกี่ยวกับตนเองเกิดขึ้นเนื่องจากมนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มนุษย์เรียนรู้ที่จะศึกษาสิ่งแวดล้อม และกำหนดสถานภาพของตนเองในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองทำให้เกิดทัศนคติ ความรู้สึกที่ " ตน " เป็นคนอย่างไร ซึ่งทัศนคติ ความคิดเห็นความรู้สึกเกี่ยวกับคนนั้น นักจิตวิทยาเรียกว่า ความรู้สึกนึกคิด

เกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละคนเป็นอย่างมาก เพราะการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการนำความเป็นจริงจากสิ่งแวดล้อมผสมผสานเข้ากับความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเสียก่อน แล้วจึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ จากการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อสรุปตรงกันว่า มนุษย์ควรมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวกหรือทางที่ดี เพื่อจะได้นำมาใช้เป็นพลังในการพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างเต็มที่

7. สรุป ในเรื่องการรับรู้มีรายละเอียดการศึกษามากมาย ตั้งแต่เรื่องของระบบประสาทสัมผัสในการรับรู้ ความเที่ยงตรงในการรับรู้ สาเหตุที่ทำให้การรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากส่วนนี้เป็นการปูพื้นฐานให้เข้าใจเรื่องธรรมชาติ ของมนุษย์ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจเรื่องกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ดังนั้นจึงพูดถึงการรับรู้ในด้านต่างๆ ไปเพื่อเป็นข้อมูลให้เข้าใจเรื่องการรับรู้มากยิ่งขึ้น(http://edt.kmutt.ac.th/e-learning/project_phycology/#learn5)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้าน จิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรก ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการ เจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ของแพทย์ (Sick-role behavior)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ.1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้น การจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประชาชนมีปัญหาประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยทั้ง ๆ ที่บริการที่จัดให้มันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้นักคนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และไปตรวจสุขภาพ

เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยัง ไม่มีอาการใด ๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพ และป้องกันโรคหัวใจ มะเร็งปากมดลูก โรคฟันไข้รูมาติก โรโปลิโอ โรคไข้หัวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพ ปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว ได้แก่ Godfrey M.Hochbaum, S.Stephen kegeles, Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับโมเดลดังกล่าวมากขึ้นชื่อ ของ Rosenstock (1966) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูก อ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคมของ Kurt Lewin ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรง ด้านบวก (Positive valence) แรงด้านลบ (negative valence) และส่วนที่เป็นกลาง (relative neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลัก ให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุล ระหว่างแรงด้านบวกและลบพฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของ การถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ Lewin ยังอธิบายถึง การ ตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับ โอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ๆ ซึ่ง Lewin และคณะได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของ บุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคล ที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ (Maiman and Becker, 1974;Mikhail, 1981 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2548: 19)

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย Hochbaum และคณะนั้น ได้เริ่ม จากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ “คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการ กระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วย เหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ ตาม

(Rosenstock ,1974 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 19) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม สุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามี

โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่อาการก็ตาม

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Becker และคณะ, 1974 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 19) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิ

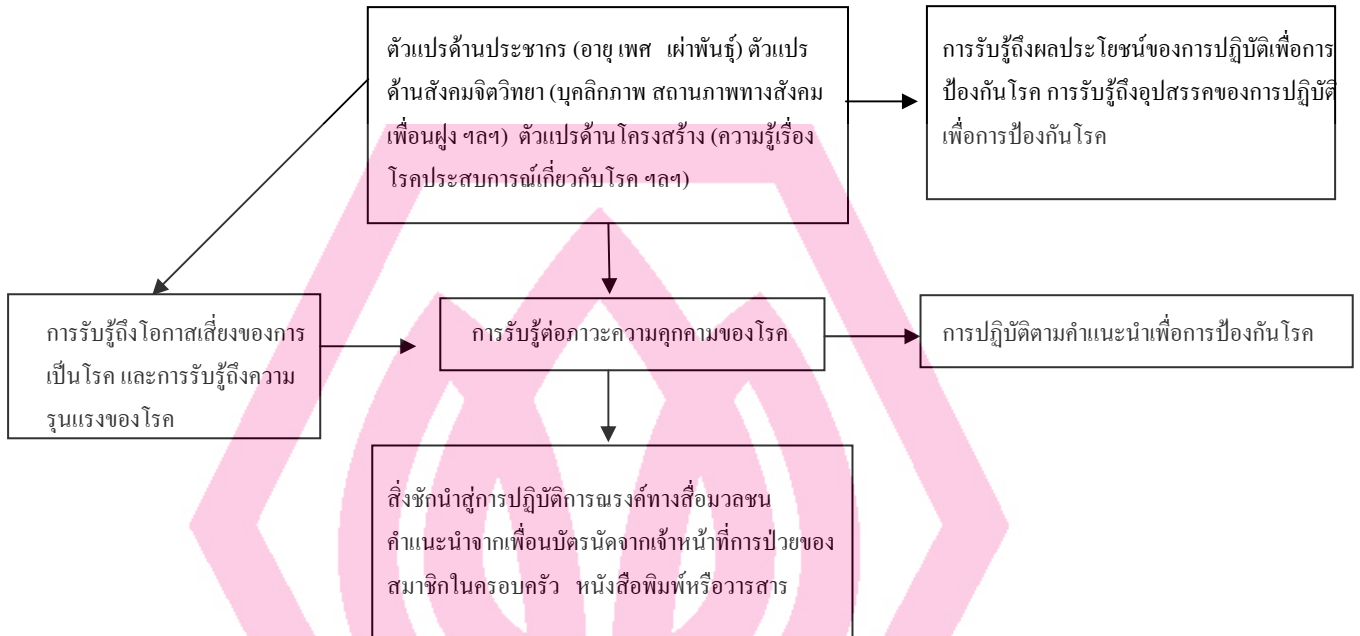
มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



แผนภูมิแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา: Becker, Marshall H., Drachman, Robert H., Kirscht, John P. "A New Approach to Explain in Sick- ,Rok Behavior in Low-Income Population." American Journal of Publie Health, 64, 1974, 205-215.

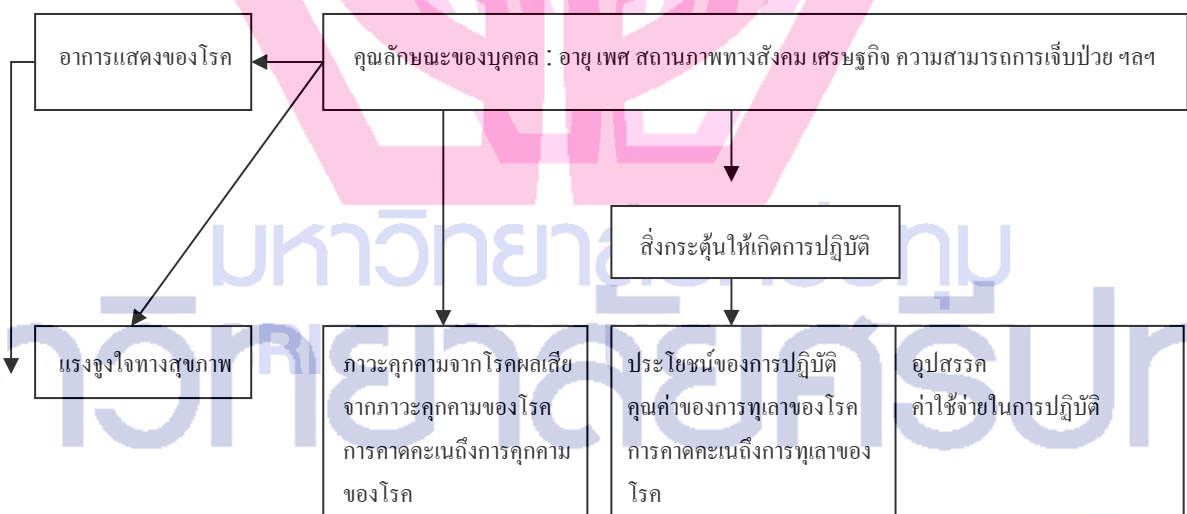
อ้างอิงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 20

จากการที่ (Kasl และ Cobb , 1966 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 21) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (preventive health behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน โรคหรือวินิจฉัยโรค ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) คือ กิจกรรมของบุคคล ที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเชี่ยวชาญที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (sick-role behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็น โรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนาย พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

Kasl และ Cobb ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับนำไปใช้ทำนาย พฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการของการเจ็บป่วย ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทน ของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ ในขณะที่เดียวกันอาการของการเจ็บป่วยจะมีส่วนไปกระตุ้นให้เกิด แรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตนเอง ในการอธิบายการ ตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการคือ (1) แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับของความสนใจ ด้านสุขภาพของบุคคล (2) สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวน ต่อการทำหน้าที่ (3) ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม และ (4) อุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายของ การกระทำนั้น ๆ ดังแผนภูมิ (Kirscht, 1974 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 21)

แผนภูมิแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย



ที่มา : Kirscht, John P. The Health Belief Model and Illness Behavior Health Education Monographs, Vol 2, No 4, 1974, P. 389 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 22อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 22

(Becker และ Maiman (1975) และ Becker และคณะ (1974, 1977) อ้างถึงใน กองสุขศึกษา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 22) ได้ปรับปรุง แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม และปัจจัยสนับสนุน (modifying and enabling factor) รวมทั้ง สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ดังแผนภูมิ



แผนภูมิแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา : Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Sick Role Behavior Health Education Monograph, Vol 2, No. 4, 1974, P. 416. อ้างถึงใน กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 23

ถึงแม้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะได้รับการปรับปรุง สำหรับนำไปใช้กับ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรค เมื่อมีอาการไม่สบายและเมื่อสวมบทบาทของผู้ป่วยแล้ว แต่ Kasl Z1974) ยังได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่าสำหรับพฤติกรรมเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง (Chronic Illness Behavior) เช่น ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะแตกต่างไปจากพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงควรมี การพิจารณาปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรม ดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกับพฤติกรรม อื่น ๆ ใน 3 ประเด็นที่สำคัญคือ (1) บุคคลที่ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะเสี่ยง (at risk status) ปรากฏอยู่ใน ขณะที่ตัวบุคคลนั้นจะรู้สึกว่าจะสบายดีลักษณะดังกล่าวทำให้ พฤติกรรมของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังไม่ สามารถจัดอยู่ในพฤติกรรมใดโดยเฉพาะแต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรค และ พฤติกรรมการเจ็บป่วย (2) การที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำใน การรักษาเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการที่บุคคลซึ่งรู้สึกว่าจะสบายดีแต่ ต้องมาสวมบทบาทผู้ป่วยในการรับการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและสถาบันต่างๆ จะ ต่ำลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ผู้ป่วยเป็น โรคเฉียบพลัน ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย เรื้อรังในการรักษาสุขภาพจะมีลักษณะ ที่แตกต่างออกไป (3) แพทย์มักจะสั่งการรักษาโดยให้ผู้ป่วย เรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่าง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนบริโภคนิสัยโดยที่แพทย์มักไม่ได้ เป็นผู้ให้ความพยายามในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังปรับเปลี่ยนนิสัยดังกล่าว ประเด็น 3 ประการ ข้างต้นนี้ทำให้การอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังในการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนนิสัยหรือการลดกิจกรรมบางอย่างในชีวิต ฯลฯ จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่แตกต่างจากการใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่กล่าว มาแล้ว

ตามที่ได้กล่าวถึงพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นว่า แบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะ ๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอก อื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ทั้งนี้เพื่อให้ความ สอดคล้องเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สำหรับองค์ประกอบต่างๆ ในแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ จะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ

1. **การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)** หมายถึง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคร่วมกับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ ผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)** หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. **การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs)** หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่

ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรืออาจเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มาดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว(Becker, 1974 อ้างถึงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 26)

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้าน ปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิดคุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับพฤติกรรม ของผู้ป่วย) หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพสำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรค) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อากาศไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือ ผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความ

พร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัย
สิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการ
ที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการ
เป็นโรครับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม
ของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะ
ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ
และปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่นตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ
นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือ
ในการรักษาโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือ
สนับสนุน ให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น การจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มุ่ง
ให้บุคคลมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้าน
สุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อนได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรง
ของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่ายหรือ อุปสรรคของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในเรื่องนั้น
ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วน กระตุ้นการปฏิบัติของบุคคล หลังจากนั้นจึง
จัดโปรแกรมสุขภาพที่มีเนื้อหาประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริม บุคคลให้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง
ของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำร่วมกับการปรับปรุงรูปแบบของโครงการสาธารณสุข นั้น ๆ ให้มีความสะดวก ลด
ขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัวอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่าย
ต่าง ๆ มากเกินไป การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึง
พอใจต่อบริการและการเลือกสิ่งชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ
ได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากญาติหรือกลุ่มเพื่อน การทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับ
เจ้าหน้าที่ (Patient provider contract) การให้บัตรนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน ฯลฯ ซึ่งได้มีการ
นำแนวคิดของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเป็นจำนวนมาก ที่
ให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือ โปรแกรมสุขภาพตามกรอบ
แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วย มีพฤติกรรมใน
การป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันกามโรค โรคไขเลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรีชา อุปโยภิน และคณะ (2548) ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าสื่อที่ได้รับความนิยม โดยแบ่งตามชนิดของสื่อ คือ 1.สื่อหนังสือพิมพ์รายวันของประเทศ 2.สื่อนิตยสารเกี่ยวกับสุขภาพ 3.สื่อโทรทัศน์ สำหรับการรับรู้สื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากมากไปหาน้อย ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ สื่อบุคคล นิตยสาร/วารสาร หอกระจายข่าว แผ่นพับ ใบปลิวและโปสเตอร์ โดยแสดงความคิดเห็นว่าสื่อจะต้องมีความชัดเจน มีปริมาณข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มาก ซึ่งข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความเข้าใจ และการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยกลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อถือสื่อบุคคลมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกปรึกษาแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือเพื่อนหรือญาติ และหาเอกสาร ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ สรุปผลการศึกษาได้ว่าการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนมีข้อจำกัด และมีผลต่อการรับรู้ การสร้างความตระหนักด้านสุขภาพ โดยอิทธิพลที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะคิด ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น ปัจจัยสภาวะสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ด้านสุขภาพ

รัชนี แก้วหล่อ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสมรสที่เป็นโรค หรือพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมของกลุ่มสมรส คือ อายุ ระดับการศึกษา เพศของบุตรมีชีวิตที่คาดหวังจะมี การศึกษา กับบิดามารดา ญาติหรือเพื่อน การเคย มีบุตร หรือญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย การเคยคลอดบุตรเสียชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับโรคของ คู่สมรสคือการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ส่วนอาชีพของกลุ่มสมรส จำนวนบุตรมีชีวิตที่คาดหวังจะมี และการปรึกษากับคู่สมรส ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการวางแผน ครอบครัวเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ปัจจัยคือ การเคยมีบุตรหรือญาติเป็นโรคธาลัสซีเมีย การเคยคลอดบุตรเสียชีวิต อายุของภรรยา การปรึกษา กับบิดามารดา ญาติหรือเพื่อน ระดับการศึกษาของสามี การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของสามี และอาชีพของสามี โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวได้ถูกต้องร้อยละ 80.36 ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีการรับรู้และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ตลอดจนจัดบริการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับปัจจัยส่งเสริมการวางแผนครอบครัว

ศรีสวาท ชัยสิทธิ์ (2543) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังรับคำปรึกษาโรคธาลัสซีเมีย ของสถานส่งเสริม อนามัยแม่และเด็ก จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ประกอบ อาชีพหลักคือเกษตรกรกรรมสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มีรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,000-3,000 บาท ประสบการณ์ด้านการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มีอายุครรภ์ 21-30 สัปดาห์ การตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 จำนวนการฝากครรภ์ 2 ครั้ง หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่รับคำปรึกษา ไม่เคยรับคำปรึกษาโรคธาลัสซีเมีย มีเพียงส่วนน้อย (3.2%) ที่รู้จักโรคธาลัสซีเมีย โดยได้รับความรู้จากสื่อวิทยุ และโทรทัศน์ ปัจจัยด้าน จิตวิทยาสังคม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี การรับรู้ ภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมีย อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก และปานกลางเท่ากัน และการสนับสนุนด้านสื่อ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง 2) การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังรับคำปรึกษา อยู่ในระดับดี เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองที่อยู่ในระดับดี คือ การได้รับอาหาร ที่มีประโยชน์ การพักผ่อนและการปฏิบัติตนด้านสุขนิสัยประจำวัน และใส่ใจในสุขภาพตนเอง 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังรับคำ ปรึกษาโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้ค่า Chi-square ทดสอบ ได้แก่ จำนวนการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ และการสนับสนุนจากครอบครัว

ธีรพงศ์ จันดาวัลย์ (2543) ศึกษาบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่าลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยที่รับผิดชอบงาน ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียส่วน

ใหญ่ร้อยละ 85.1 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 33 ปี ร้อยละ 60.4 เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า โดยภาพรวมของกระบวนการบริหารจัดการ พบว่า มีการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 65.6 โดยมีการวางแผนงาน การจัดองค์กร การมอบหมายงาน การประสานงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.4, 63.6, 65.6 และ 80.5 ตามลำดับ โดยมีการนิเทศติดตาม สนับสนุนระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 การปฏิบัติงานตามบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในการป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียในจังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.9 โดยมีบทบาทการค้นหาผู้ป่วยและพาหะ และการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มเด็กนักเรียน อยู่ในเกณฑ์มากร้อยละ 57.1 ส่วนบทบาทการติดตามญาติผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจเลือด เพื่อ ค้นหาพาหะของโรค มีบทบาทอยู่ในเกณฑ์น้อยร้อยละ 45.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติงานตามบทบาท ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ระบุว่ากระบวนการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามบทบาท ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดอุดรธานี ((+,t)=0.348) ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ จำนวนเจ้าหน้าที่และวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งงบประมาณ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรค ธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรค การ สนับสนุนทางสังคม และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เท่ากัน ($r=.4433, .3875, \text{ และ } .3315$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา ของมารดาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เท่ากัน ($r=.2889 \text{ และ } .2945$ ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรค (PER) การสนับสนุนทางสังคม (SS) และอายุของมารดา (AGE) สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรผู้ป่วยโรค ธาลัสซีเมีย (MBC) ได้ร้อยละ 30.16 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y(MBC)=43.672+.403(PER)+.157(SS)+.385(AGE)$ จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับ โรค การสนับสนุนทางสังคม และอายุของมารดา มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลบุตร โรคธาลัสซีเมีย และให้การ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา โดยให้เหมาะสมกับ อายุของมารดา เพื่อช่วยให้มารดา มีพฤติกรรมในการดูแลบุตร ป่วย

โรคธาลัสซีเมียอย่างถูกต้อง การวิจัยครั้งต่อไป ควร ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย เช่น แรงจูงใจ การ รับรู้ สมรรถนะของตนเอง เป็นต้น

ยุคนธร ทองรัตน์ (2541) ศึกษาการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย วิทยาลัยตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องร้อยละ 65 มีกลุ่ม ตัวอย่างบางส่วนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และพบว่า มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้อง ร้อยละ 72.5 มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และอาการผิดปกติ ขณะให้เลือด การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และการไม่บอกเล่าอาการผิดปกติ ให้ แพทย์ทราบ และพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3170$) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรค ธาลัสซีเมียได้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

วิรานุช มิตรารัตน์ (2543) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะ โรคธาลัสซีเมียผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลด้านการ ให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมีย โดยพิจารณาจากระดับความวิตก กังวล และความ ต้องการช่วยเหลือด้านต่างๆ

ปลื้มจิต โชติกะ (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 52 และ 46 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคหรือภาวะแทรกซ้อน และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ ก่อนข้างดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 26-30 ปี มีการศึกษาในระดับ อุดมศึกษา มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 12,000 บาท และทราบผลการตรวจเป็นพาหะของโรค ธาลัสซีเมียของสามี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรส่งเสริมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และการทราบผลการเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียของสามี ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียมีการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพต่อไป

พรพิมล วิริยะวัฒนา (2545) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากสามีและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ ก่อนข้างดี มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับก่อนข้างน้อย และได้รับการสนับสนุนจากสามีอยู่ในระดับก่อนข้างมาก และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากสามี ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 31.4 ($p < .01$) จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่หน่วยฝากครรภ์ควรประเมิน หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียใน 4 ปีวิจัยได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากสามี ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรคเพื่อจะได้ทราบว่า หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียรายใดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำ เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพต่อไป

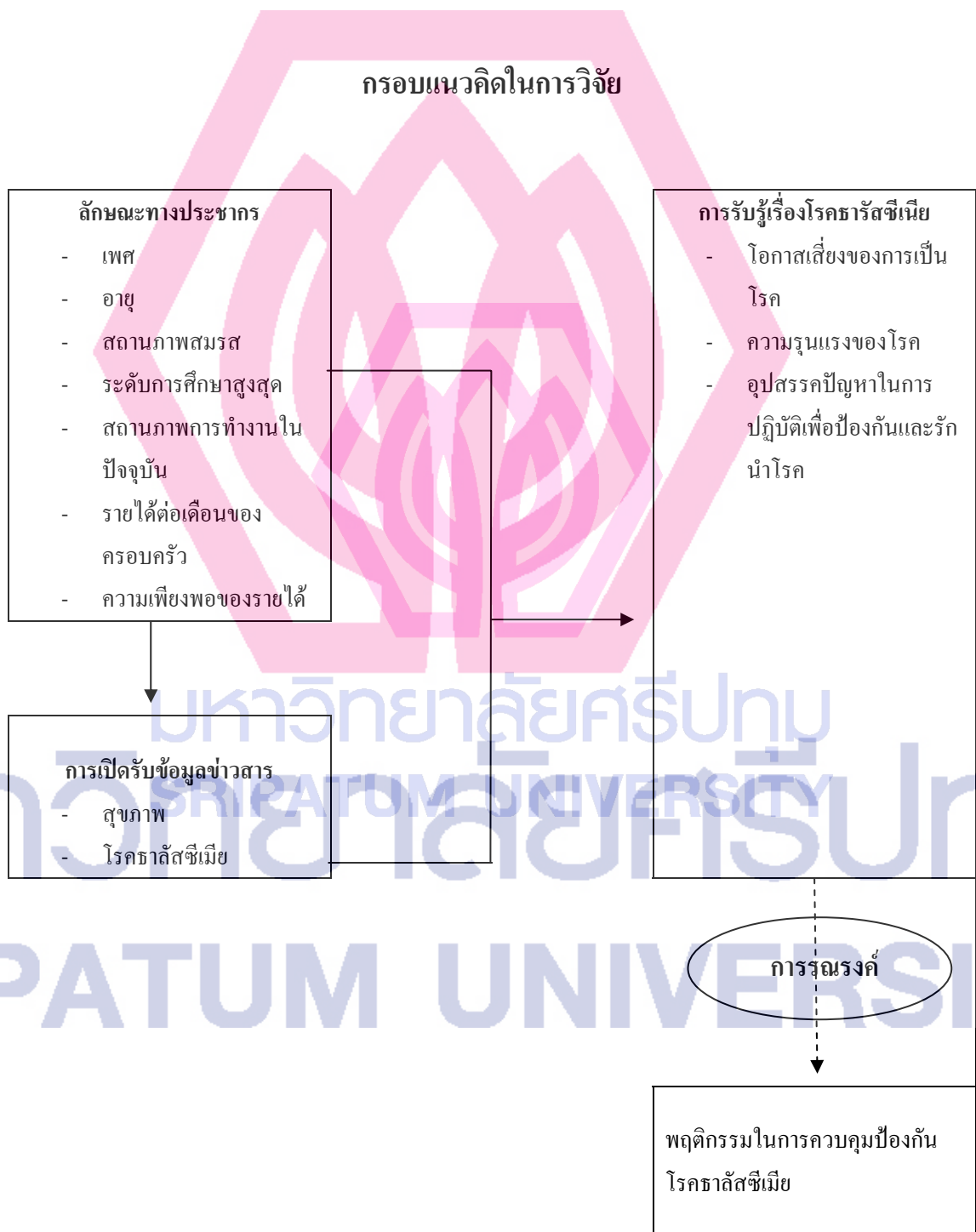
กอบกุล สุคนธวารินทร์ (2545) ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะ โรคธาลัสซีเมียและคู่สมรส โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ กระบวนการกลุ่ม และใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับกระบวนการกลุ่มผลการวิจัย พบว่าวิธีการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียโดย ใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ให้ผลดีกว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความแตกต่างระหว่างการใช้สื่อวีดิทัศน์กับ กระบวนการกลุ่ม และระหว่างกระบวนการกลุ่มกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มไม่ปรากฏนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเพศ ช่วงอายุ และระดับการศึกษาไม่มีผลกับการเรียนรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย รวมทั้งไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของวิธีการให้ความรู้กับเพศ ช่วงอายุ หรือระดับการศึกษา

พริยะลักษณ์ ธรรมศิลา (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุตรวัยเรียน ที่เป็นธาลัสซีเมียผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมีย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เป็น ธาลัสซีเมีย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และการทำนายความมีอิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมีย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรแรกคือ พฤติกรรมการชี้แนะของมารดาสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุตรได้ร้อยละ 58.4 ตัวแปรอันดับ 2 คือ พฤติกรรมการสอนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของ เด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมียได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.000 ส่วนพฤติกรรมการสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของเด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมีย

จำไพ เกียรติอดิสร และสุธรรม เศรษฐวงศ์ ศึกษาการป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยการประยุกต์ใช้ในหลักสูตรวิชาชีววิทยา กรณีศึกษา โรงเรียนมัธยม ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยผลการศึกษา พบว่า ครูผู้สอนและนักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.001$ นักเรียนที่ได้รับการตรวจเบื้องต้น ด้วยวิธี OF-test พบว่าเป็นผลบวก ร้อยละ 37.53 และเมื่อนำมาตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ (HPLC) พบว่า เป็นพาหะ ร้อยละ 61.13 หรือ ร้อยละ 22.97 ของนักเรียนที่ตรวจทั้งหมด แยกเป็น β -thalassemia trait ร้อยละ 1.41 β -thalassemia Hemoglobin E Disease ร้อยละ 0.24 Homozygous Hb E ร้อยละ 1.10 Hb E trait ร้อยละ 11.11 และ hb H disease ร้อยละ 0.34 ผล Hemoglobin ปกติร้อยละ 8.77 ซึ่งสงสัยว่าอาจเป็นพาหะของ alpha-thalassemia หรืออาจปกติ ซึ่งต้องตรวจวิเคราะห์ DNA ต่อครูผู้สอน ที่ผ่านการอบรมจำนวน 35 โรงเรียน นำความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียแทรกอยู่ในหลักสูตร จำนวน 33 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 94.28 ทศนคติของครูผู้สอน ผู้บริหาร โรงเรียนทั้งหมด ตอบรับกับผลสำเร็จ ของการวิจัย ควรบรรจุเนื้อหาเรื่องโรคธาลัสซีเมียให้ละเอียด โดยที่เด็กมีการฝึกปฏิบัติทางชีวเคมีด้วย ซึ่งในอนาคตจะเป็นคู่สมรส ซึ่งจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจโรคดีขึ้นมาก ซึ่งจะมีผลในการเลือกคู่ครอง และเลือกตั้งครรภ์ที่จะไม่ทำให้ลูกที่คลอดออกมาเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านแนวคิดเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การเปิดรับข่าวสาร การรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัย ตามกระบวนการสื่อสาร โดยศึกษาการเปิดรับข่าวสารของบุคคลทางสื่อ

ต่างๆ เพื่อเป็นช่องทางในการเลือกใช้สื่อในการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมียและศึกษาการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้สาร เนื้อหาของสาร การออกแบบสาร ในการรณรงค์เพื่อการควบคุมป้องกันโรคธาลัสซีเมียตามกรอบแนวคิดดังนี้



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคซัลโมเนลลาของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เป็นการวิจัยแบบสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อโรคซัลโมเนลลา โดยมีรายละเอียดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี – 35 ปี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ให้ครอบคลุมกับประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ที่ต้องการศึกษาออกเป็น 2 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกจังหวัดเป็นตัวแทนของภูมิภาคแต่ละภูมิภาค โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ภูมิภาคภาคเหนือแบ่งตามภูมิภาคประเทศออกเป็น 2 อนุภาคคือ อนุภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วย 8 จังหวัด และอนุภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วย 9 จังหวัด ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลาก (The Lottery Method) ซึ่งจังหวัดที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างคือ จังหวัดลำปาง และจังหวัดแพร่

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกอำเภอ 2 อำเภอต่อ 1 จังหวัด และจะเลือกตำบล 2 ตำบลต่อ 1 อำเภอ โดยวิธีจับสลาก (The Lottery Method) ซึ่งอำเภอและตำบลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างของภูมิภาคภาคเหนือ มีดังนี้

จังหวัดลำปาง	
อำเภอเถิน	ตำบลแม่ถอด
	ตำบลเถินบุรี
อำเภอแม่พริก	ตำบลพระบาทวังดง
	ตำบลผาบ้ง
จังหวัดแพร่	
อำเภอเมืองแพร่	ตำบลเหมืองหม้อ
	ตำบลป่าเมต
อำเภอเด่นชัย	ตำบลไทรช้อย
	ตำบลปงป่าห้วย

2.2.2 ภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งตามภูมิภาคออกเป็น 2 อนุภาคคือ อนุภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประกอบด้วย 11 จังหวัด และอนุภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างประกอบด้วย 8 จังหวัด ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับสลาก (The Lottery Method) ซึ่งจังหวัดที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างคือ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกอำเภอ 2 อำเภอต่อ 1 จังหวัด และจะเลือกตำบล 2 ตำบลต่อ 1 อำเภอ โดยวิธีจับสลาก (The Lottery Method) ซึ่งอำเภอและตำบลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีดังนี้

จังหวัดขอนแก่น	
อำเภอเมืองขอนแก่น	ตำบลศิลา
	ตำบลบ้านเป็ด
อำเภอพล	ตำบลโจดหนองแก
	ตำบลหนองแวง โสภพระ
จังหวัดมหาสารคาม	
อำเภอนาเชือก	ตำบลหนองแดง
	ตำบลปอพาน
อำเภอขามศรีสุราช	ตำบลแวงดง
	ตำบลหนองบัวสันต

3. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เลือกจำนวนจากผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี ของจังหวัดลำปาง จังหวัดแพร่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรกลุ่มตัวอย่าง (18-35 ปี) มีรายละเอียดดังนี้

จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 – 35		
ลำดับที่	จังหวัด	จำนวน/คน
1	ลำปาง	199,501
2	แพร่	123,333
3	ขอนแก่น	529,276
4	มหาสารคาม	287,553
รวม		1,139,663

ที่มา : สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง, 29 มกราคม 2551

โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 (หรือ 2 σ Confidence Interval) คัดขนาดของความคลาดเคลื่อน (e) เป็นร้อยละ \pm 5% ซึ่งจากจำนวนประชากรทั้งหมด การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบวัดผลเพียงครั้งเดียว (One-shot Case Study) ของประชากรทั่วไป ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี – 35 ปี ในแต่ละจังหวัดรวมกันมีจำนวนรวมกันทั้งสิ้น 1,139,663 คน นำมาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถยอมรับได้ และเหมาะสมพอที่จะใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ ตามสูตร Taro Yamane ดังนี้

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

โดยที่

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างและค่าเฉลี่ยของประชากร (= 0.05)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1,139,663}{1 + 1,139,663 (0.05)^2} = 400 \text{ คน}$$

ดังนั้นจากประชากรทั้งหมดที่ศึกษาครั้งนี้ คือประชากรทั่วไป ที่มีอายุตั้งแต่ 18-35 ปี ทางอนุภาคเหนือตอนบน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นจำนวน 400 คน และเพื่อลดจำนวนการผิดพลาดในการเก็บข้อมูลและให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยจะเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 420 คน

เมื่อทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลำดับชั้นแบบตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้เลือกเก็บข้อมูลโดยมีวิธีการคำนวณดังนี้

สูตรการคำนวณ การสุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้นแบบตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling)

$$\frac{\text{จำนวนประชากรของกลุ่ม X}}{\text{ประชากรทั้งหมด}} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ}$$

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยสามารถทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แต่ละจังหวัดว่าจะต้องเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้

จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 – 35				
ลำดับที่	จังหวัด	จำนวน/คน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1	ลำปาง	199,501	74	18
2	แพร่	123,333	45	11
3	ขอนแก่น	529,276	195	46
4	มหาสารคาม	287,553	106	25
รวม		1,139,663	420	100

ที่มา: สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง, 29 มกราคม 2551

4. การสุ่มตัวอย่าง

เลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อให้มีการกระจายทั่วพื้นที่ในแต่ละอำเภอ และแต่ละตำบลในแต่ละจังหวัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

จังหวัดลำปาง	
อำเภอเถิน	ตำบลแม่ถอด
	ตำบลเถินบุรี
อำเภอแม่พริก	ตำบลพระบาทวังตวง
	ตำบลผาปัง
จังหวัดแพร่	
อำเภอเมืองแพร่	ตำบลเหมืองหม้อ
	ตำบลป่าเมต
อำเภอเด่นชัย	ตำบลไทรย้อย
	ตำบลปงป่าห้วย
จังหวัดขอนแก่น	
อำเภอเมืองขอนแก่น	ตำบลศิลา
	ตำบลบ้านเป็ด
อำเภอพล	ตำบลโจดหนองแก
	ตำบลหนองแวง โสภพระ
จังหวัดมหาสารคาม	
อำเภอนาเชือก	ตำบลหนองแดง
	ตำบลปอพาน
อำเภอขามศรีสุราช	ตำบลแวงดง
	ตำบลหนองบัวสันต

จากนั้นแล้ว การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง นั้น จะทำให้ผู้วิจัยทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละสถานที่ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มแบบ Quota sampling (การสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดจำนวน) เพื่อจะได้ทราบถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะต้องไปเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละสถานที่ ดังรายละเอียดดังนี้

จังหวัด	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	อำเภอ	จำนวน Quota Sampling	ตำบล	จำนวน Quota Sampling
จังหวัด ลำปาง	74	อำเภอเถิน	37	ตำบลแม่ถอด	18
				ตำบลเถินบุรี	19
		อำเภอแม่พริก	37	ตำบลพระบาทวังตวง	18
				ตำบลผาปัง	19
จังหวัดแพร่	45	อำเภอเมืองแพร่	23	ตำบลเหมืองหม้อ	12
				ตำบลป่าเมต	11
		อำเภอเด่นชัย	22	ตำบลไทรย้อย	11
				ตำบลปงป่าหวาย	11
จังหวัด ขอนแก่น	195	อำเภอเมือง ขอนแก่น	98	ตำบลศิลา	49
				ตำบลบ้านเป็ด	49
		อำเภอพล	97	ตำบลโจดหนองแก	48
				ตำบลหนองแวง โสภพระ	49
จังหวัด มหาสารคาม	106	อำเภอนาเชือก	53	ตำบลหนองแดง	27
				ตำบลปอพาน	26
		อำเภอขามศรีสุราช	53	ตำบลแวงดง	26
				ตำบลหนองบัวสันต	27
รวม	420		420		420

5. เครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยลักษณะของแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จะมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปตามลักษณะประชากร การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และความคิดเห็น ความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

6. การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นผู้ตรวจสอบถึงความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อขอคำแนะนำ แก้ไขและปรับปรุง ให้ถูกต้องและเหมาะสม

2. การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ผู้วิจัยโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบชุดแบบสอบถาม Pre-Test ด้วยวิธีการ Test-Retest กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง คือ กลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา กลุ่มแม่บ้านในจังหวัดนครปฐม และผู้ประกอบการอาชีพธุรกิจส่วนตัว จำนวน 30 ชุด เพื่อวัดประสิทธิภาพตรวจสอบ ดำเนินการแก้ไขแบบสอบถามให้สามารถวัดในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการทดสอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามด้วยการ Test Reliability จาก Cronbach's Alpha ที่ .566 ทำให้ผู้วิจัยได้ค้นพบข้อผิดพลาดบางส่วนในข้อคำถาม จากนั้นได้ขอรับปรึกษาและคำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจาก รองศาสตราจารย์ วาสนา จันทร์สว่าง ผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาล/สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน) จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น แพทย์มหาสารคาม และลำปาง โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม (อาสาสมัครสาธารณสุข) เป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลประชาชน ที่มีอายุ 18 – 35 ปี ที่มีภูมิลำเนาในตำบลของกลุ่มตัวอย่าง และมาใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วก็นำข้อมูลมาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ผลการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร และ การรับรู้เรื่องโรคหัดสซึเมีย วิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

2. ระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบ F และ สถิติทดสอบ t
3. การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบ F และ สถิติทดสอบ t
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคธาลัสซีเมียกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย และ การรับรู้อุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Correlation coefficient) ของเพียร์สัน
5. ความคิดเห็น ความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ โดยการตีความและนำเสนอแบบการพรรณนา

มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร
3. การรับรู้เรื่อง โรคธาลัสซีเมีย
4. ความคิดเห็นความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ปรากฏดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปตามแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงานปัจจุบันรายได้ต่อเดือนของครอบครัวและ ความเพียงพอของรายได้ดังตาราง 1

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N=413)	ร้อยละ (100.0)
เพศ		
ชาย	100	24.2
หญิง	313	75.8
อายุ		
18-22 ปี	68	16.5
23-27 ปี	84	20.3
28-31ปี	70	16.9
32-35 ปี	191	46.2
สถานภาพสมรส		
โสด	98	23.7
สมรส	297	71.9
หย่า/หม้าย	13	3.1
แยกกันอยู่	5	1.2
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	0.5
ประถมศึกษา	128	31.0
มัธยมศึกษา	155	37.5
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	71	17.2
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	51	12.3
อื่นๆ	6	1.5

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N=413)	ร้อยละ (100.0)
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน		
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	139	33.7
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	16	3.9
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	28	6.8
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	8.2
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	48	11.6
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	113	27.4
อื่นๆ	35	8.5
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท	213	51.6
5,001 – 10,000 บาท	128	31.0
10,001 – 15,000 บาท	31	7.5
15,001 – 20,000 บาท	22	5.3
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	19	4.6
ความเพียงพอของรายได้		
มีหนี้สิน	65	15.7
ไม่ค่อยเพียงพอ	201	48.7
เพียงพอ	127	30.8
มีเหลือเก็บ/สะสม	20	4.8
รวม	413	100

ข้อมูลทั่วไปจากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นเพศชายร้อยละ 24.2 เพศหญิงร้อยละ 75.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 32 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 71.9 จบการศึกษาสูงสุดในระดับ มัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.5 มีอาชีพทำงานบ้าน/แม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 33.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท มีรายได้ไม่ค่อยเพียงพอ ร้อยละ 30.8

การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคหัดซีเมีย ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจากสื่อต่างๆ โดยแบ่งระดับของการรับสื่อออกเป็น 5 ระดับตามความถี่ของการรับสื่อใน 1 สัปดาห์ 1 = ไม่ได้รับเลย 2 = รับสื่อ 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ 3 = รับสื่อ 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ 4 = เปิดรับสื่อ 5 – 6 วันต่อสัปดาห์ และ 5 = เปิดรับสื่อทุกวัน วิเคราะห์ด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

1.00 – 1.79	หมายถึง รับื่อน้อยที่สุด (ไม่ได้รับสื่อเลย)
1.80 – 2.59	หมายถึงรับสื่อน้อย (รับสื่อ 1 – 2 วันต่อสัปดาห์)
2.60 – 3.39	หมายถึงรับสื่อปานกลาง (รับสื่อ 3 – 4 วันต่อสัปดาห์)
3.40 – 4.19	หมายถึงรับสื่อมาก (5 – 6 วันต่อสัปดาห์)
3.20 – 5.00	หมายถึงรับสื่อมากที่สุด (รับสื่อทุกวัน)

ตั้งตาราง 2 และ ตาราง 3

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปิดรับข้อมูล
ข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อ

ประเภทสื่อ	ความถี่ของการรับสื่อ					\bar{X} (S.D.)	ระดับการ เปิดรับ
	ทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	5-6 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	3-4 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	1-2 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ รับเลย จำนวน (ร้อยละ)		
1. หนังสือพิมพ์	32 (7.7)	37 (9.0)	67 (16.2)	143 (34.6)	134 (32.4)	2.25 (1.22)	น้อย
2. วิทยุกระจายเสียง	68 (16.5)	50 (12.1)	75 (18.2)	115 (27.8)	105 (25.4)	2.66 (1.40)	ปานกลาง
3. โทรทัศน์	207 (50.1)	63 (15.3)	64 (15.5)	56 (13.6)	23 (5.6)	3.91 (1.30)	มาก
4. วารสาร/นิตยสาร	9 (1.9)	31 (7.5)	40 (9.7)	114 (27.6)	220 (53.3)	1.77 (1.03)	น้อยที่สุด
5. หอกระจายข่าว/เสียง ตามสาย/วิทยุชุมชน	50 (12.1)	56 (13.6)	60 (14.5)	137 (33.2)	110 (26.6)	2.51 (1.34)	น้อย
6. แผ่นพับ / แผ่นปลิว / ป้ายประกาศ	17 (2.7)	31 (7.5)	36 (8.7)	120 (29.1)	215 (52.1)	1.80 (1.05)	น้อย
7. อินเทอร์เน็ต	17 (4.1)	18 (4.4)	19 (4.6)	36 (8.7)	323 (78.2)	1.47 (1.05)	น้อยที่สุด
8. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	27 (6.5)	57 (13.8)	51 (12.3)	155 (37.5)	123 (29.8)	2.30 (1.22)	น้อย
9. อสม	22 (5.3)	43 (10.4)	60 (14.5)	132 (32.2)	156 (37.8)	2.14 (1.18)	น้อย
10. ผู้นำชุมชน/กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/อบต /	35 (8.5)	45 (10.9)	52 (12.6)	115 (27.8)	166 (40.2)	2.20 (1.30)	น้อย
11. เพื่อนบ้าน / เพื่อน	43 (10.4)	30 (7.3)	56 (13.6)	122 (29.5)	162 (39.2)	2.20 (1.31)	น้อย
12. บุคคลในครอบครัว/ ญาติ	85 (20.6)	40 (9.0)	51 (12.3)	116 (28.1)	124 (30.0)	2.62 (1.50)	ปานกลาง
รวม	$\bar{X} = 2.32$					S.D. = 0.72	

จากตาราง 2 จะเห็นว่าระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ โดยสื่อส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่าง รับประทานเรียงตามลำดับคือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 50.1 บุคคลในครอบครัว/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 20.6 วิทยุกระจายเสียง คิดเป็นร้อยละ 16.5 หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย/วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 12.1 และ เพื่อนบ้าน / เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 10.4

นอกจากนั้นแล้ว ระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 (S.D. 0.72) โดยสื่อที่มีความถี่ในการรับมากที่สุดได้แก่ สื่อโทรทัศน์ มีค่าเฉลี่ยของความถี่ในการรับอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 รองลงมาเป็นสื่อวิทยุกระจายเสียงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสื่อที่ประชาชนมีความถี่ในการรับน้อยที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคซีสตีเมียของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทสื่อ

	ความถี่					\bar{X} (S.D.)	ระดับการ เปิดรับ
	ทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	5-6 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	3-4 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	1-2 วัน/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ รับเลย จำนวน (ร้อยละ)		
1. หนังสือพิมพ์	10 (2.4)	21 (5.1)	32 (7.7)	81 (19.6)	269 (65.1)	1.60 (1.0)	น้อยที่สุด
2. วิทยุกระจายเสียง	10 (2.4)	19 (4.6)	33 (8.0)	73 (17.7)	278 (67.3)	1.57 (0.99)	น้อยที่สุด
3. โทรทัศน์	17 (4.1)	31 (7.5)	31 (7.5)	94 (22.8)	240 (58.1)	1.77 (1.13)	น้อยที่สุด
4. วารสาร/นิตยสาร	51 (12.3)	41 (9.9)	33 (8.0)	113 (27.4)	175 (42.4)	2.23 (1.40)	น้อย
5. หอกระจายข่าว/ เสียงตามสาย/วิทยุ	6 (1.5)	22 (5.3)	18 (4.4)	75 (18.2)	292 (70.7)	1.49 (0.91)	น้อยที่สุด
6. แผ่นพับ / แผ่นปลิว / ป้ายประกาศ	15 (3.6)	23 (5.6)	38 (9.2)	79 (19.1)	258 (62.5)	1.69 (1.08)	น้อยที่สุด
7. อินเทอร์เน็ต	5 (1.2)	19 (4.6)	28 (6.8)	94 (22.8)	267 (64.6)	1.55 (0.90)	น้อยที่สุด
8. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6 (1.5)	14 (3.4)	7 (1.7)	33 (8.0)	353 (85.5)	1.27 (0.78)	น้อยที่สุด
9. อสม	14 (3.4)	51 (12.3)	58 (14.0)	95 (23.0)	178 (43.1)	2.06 (1.17)	น้อย
10. ผู้นำชุมชน/กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/อบต /	16 (3.9)	32 (7.7)	41 (9.9)	100 (24.2)	224 (54.2)	1.83 (1.13)	น้อย
11. เพื่อนบ้าน / เพื่อน	15 (3.6)	27 (6.5)	28 (6.8)	69 (16.7)	274 (66.3)	1.64 (1.09)	น้อย
12. บุคคลใน ครอบครัว/ญาติ	13 (3.1)	18 (4.4)	31 (7.5)	89 (21.5)	262 (63.4)	1.62 (1.01)	น้อย
รวม		$\bar{X} = 1.69$		S.D. = 0.67			

จากตาราง 3 จะเห็นว่าเป็นเรื่องของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคซัลสซีเมียที่ผ่านมาซึ่งระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคซัลสซีเมียจากสื่อต่าง ๆ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 (S.D. 0.67) โดยสื่อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทุกวันส่วนใหญ่ได้แก่สื่อวารสาร/นิตยสาร ร้อยละ 12.3 รองลงมาคือสื่อทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 4.1 ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อบต คิดเป็นร้อยละ 3.9 เพื่อนบ้าน / เพื่อนและแฟนพับ / แฟนปลิว / ป้ายประกาศคิดเป็นร้อยละ 3.6 และ 3.6 ตามลำดับ

แต่เมื่อมองภาพรวมของระดับการเปิดรับ ส่วนใหญ่ระดับน้อยสุดคือแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 อยู่ในระดับน้อยที่สุด รองลงมาคือหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย/วิทยุ อินเทอร์เน็ต วิทยุกระจายเสียง และหนังสือพิมพ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 1.55 1.57 และ 1.60 อยู่ในระดับน้อยที่สุดตามลำดับ

การรับรู้เรื่องโรคซัลสซีเมีย

การรับรู้เรื่องโรคซัลสซีเมีย ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษา โดยแบ่งระดับแบบประเมินค่า ออกเป็น 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด 2 หมายถึงระดับการรับรู้ที่น้อย 3 หมายถึงระดับการรับรู้ปานกลาง 4 หมายถึงระดับการรับรู้มาก และ 5 หมายถึงระดับการรับรู้มากที่สุด สถิติที่ใช้ในการอธิบายค่าได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความหมายค่าเฉลี่ยในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

1.00 – 1.79	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด
1.80 – 2.59	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่น้อย
2.60 – 3.39	หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง
3.40 – 4.19	หมายถึง ระดับการรับรู้มาก
4.20 – 5.00	หมายถึง ระดับการรับรู้มากที่สุด

โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

จำนวน (ร้อยละ)

	การรับรู้					\bar{X} (S.D.)	ระดับการรับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย	232 (56.2)	109 (26.4)	23 (5.6)	24 (5.8)	25 (6.1)	1.79 (1.16)	น้อยที่สุด
2. โรคธาลัสซีเมียสามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่ สู่บุตรได้ ทางพันธุกรรม	188 (45.5)	13 (3.1)	208 (50.4)	2 (0.5)	2 (0.5)	2.07 (1.01)	น้อย
3. บุคคลที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียจะไม่แสดงอาการของโรค แต่ยังสามารถถ่ายทอดยีนของ ธาลัสซีเมียไปสู่บุตรได้	33 (8.0)	43 (10.4)	166 (40.2)	105 (25.4)	66 (16.0)	3.31 (1.11)	ปานกลาง
4. คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะ หรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใด ชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด	9 (2.2)	17 (4.1)	95 (23.0)	145 (35.1)	147 (35.6)	3.98 (0.97)	มาก
5. คู่สมรสที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียนั้นเป็นเพราะคู่สมรสนั้นอย่างน้อยต้องเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียด้วย	5 (1.2)	28 (6.8)	114 (27.6)	153 (37.0)	113 (27.4)	3.83 (0.95)	มาก
6. พี่ น้อง ลูกหลาน หรือญาติของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีโอกาสที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมียมากกว่าคนทั่วไป	17 (4.1)	44 (10.7)	196 (47.5)	111 (26.9)	45 (10.9)	3.30 (0.94)	ปานกลาง
7. ในประเทศไทยมีประชาชนที่เป็น ผู้ป่วยของโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ	9 (2.2)	42 (10.2)	125 (30.3)	141 (34.1)	96 (23.2)	3.66 (1.01)	มาก
8. ถ้าเครือญาติหรือท่านเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ลูกของท่านก็จะมี โอกาสที่จะเป็นโรคหรือเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียด้วย	12 (2.9)	34 (8.2)	126 (30.5)	157 (38.0)	84 (20.3)	3.65 (0.99)	มาก
9. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง	19	41	217	87	49	3.26	ปานกลาง
10. คนเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย	13	31	126	154	89	3.67	มาก
11. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ป้องกันได้	61	70	131	105	46	3.01	ปานกลาง
รวม	$\bar{X} = 3.23$					S.D. = 0.55	ปานกลาง

จากตาราง 4 จะเห็นว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (S.D. 0.55)

โดยเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ เรื่อง คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะหรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมาเป็นเรื่อง กลุ่มสมรสที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียนั้นเป็นเพราะคู่สมรสนั้นอย่างน้อยต้องเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียด้วย มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 เรื่องคนเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 เรื่องในประเทศไทยมีประชาชนที่เป็น ผู้ป่วยของโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 หรือ ประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 และเรื่องถ้าเครือญาติหรือท่านเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ลูกของท่านก็จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคหรือเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียด้วย มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65

มากไปกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงน้อยที่สุดได้แก่ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.79

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคธาลัสซีเมีย

จำนวน (ร้อยละ)

	การรับรู้					\bar{X} (S.D.)	ระดับการ รับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. โรคธาลัสซีเมียทำให้เสียชีวิตได้	42 (10.2)	35 (8.5)	160 (38.7)	128 (31.0)	48 (11.6)	3.25 (1.10)	ปาน กลาง
2. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังและ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	24 (5.8)	31 (7.5)	146 (35.4)	122 (29.5)	90 (21.8)	3.54 (1.09)	มาก
3. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องใช้ระยะเวลา นานในการรักษาโรค	16 (3.9)	30 (7.3)	125 (30.3)	135 (32.7)	107 (25.9)	3.69 (1.05)	มาก
4. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะดูแลและ รักษาอาการของโรคได้ยากกว่าคน เป็นโรคทั่วไป	20 (4.8)	34 (8.2)	161 (39.0)	135 (32.7)	63 (15.3)	3.45 (1.01)	มาก
5. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะไม่สามารถ ทำงานหนักได้	17 (4.1)	28 (6.8)	121 (29.3)	158 (38.3)	89 (21.5)	3.66 (1.02)	มาก
6. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสที่จะ เป็นโรค อื่นๆได้ง่ายกว่าคนปกติ	20 (4.8)	32 (7.7)	139 (33.7)	155 (37.5)	67 (16.2)	3.53 (1.01)	มาก
7. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถ ออกกำลังกายอย่างหักโหมได้ เพราะ กระดูกเปราะและหักง่ายกว่า คนทั่วไป	20 (4.8)	54 (13.1)	130 (31.5)	154 (37.3)	55 (13.3)	3.41 (1.03)	มาก
8. ปัจจุบันวิธีเดียวที่สามารถรักษา ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้ คือการปลูกถ่ายไขกระดูก	20 (4.8)	20 (4.8)	146 (35.4)	171 (41.4)	56 (13.6)	3.54 (.95)	มาก
9. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมี อาการโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป	16 (3.9)	42 (10.2)	158 (38.3)	132 (32.0)	65 (15.7)	2.54 (1.00)	น้อย
10. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อาจมีอาการซีด เหลือง(ดีซ่าน) อ่อนเพลีย ม้ามและ ตับโต ผิวกดำ ฟันเหินท้องป่อง	16 (3.9)	36 (8.7)	207 (50.1)	96 (23.2)	58 (14.0)	2.65 (.96)	ปาน กลาง

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของ
การเป็นโรคธาลัสซีเมีย (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ)

	การรับรู้					\bar{X} (S.D.)	ระดับการ รับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
11. โรคธาลัสซีเมียทำให้สูญเสีย บุคลิกภาพที่ดี	9 (2.2)	38 (9.2)	145 (35.1)	148 (35.8)	73 (17.7)	3.58 (.96)	มาก
12. โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่ แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยโดยตลอด	10 (2.4)	20 (4.8)	116 (28.1)	149 (36.1)	118 (28.6)	3.84 (.98)	มาก
13. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่ควรบริโภคน้ำ ผลไม้สด และหาซื้อยาบำรุงเลือดมา รับประทานเองเพราะอาจจะทำให้หัวใจ วายเฉียบพลันได้	14 (3.4)	36 (8.7)	95 (23.0)	160 (38.7)	108 (26.2)	3.76 (1.04)	มาก
14. โรคธาลัสซีเมียทำให้ร่างกายเกิดความ พิการได้	17 (4.1)	30 (7.3)	101 (24.5)	177 (42.9)	88 (21.3)	3.70 (1.02)	มาก
รวม	$\bar{X} = 3.56$		S.D. = 0.64		มาก		

จากตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับมากมี
ค่าเท่ากับ 3.56 (S.D. 0.56)

โดยเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สูงที่สุดคือ โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มี
อาการเจ็บป่วยโดยตลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 อยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นเรื่อง ผู้ป่วยโรคธาลัส
ซีเมียไม่ควรบริโภคน้ำผลไม้สด และหาซื้อยาบำรุงเลือด มารับประทานเองเพราะอาจจะทำให้หัวใจ
วายเฉียบพลันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 อยู่ในระดับมาก เรื่อง โรคธาลัสซีเมียทำให้ร่างกายเกิดความ
พิการได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 อยู่ในระดับมาก เรื่องผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องใช้เวลานานใน
การรักษาโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 อยู่ในระดับมาก และผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะไม่สามารถ
ทำงานหนักได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 อยู่ในระดับมากเช่นกัน

ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ เรื่องผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมีอาการโรคแทรก
ซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
2.54 อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน (ร้อยละ)

	การรับรู้					\bar{X} (S.D.)	ระดับการรับรู้
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1. ความรู้และความเข้าใจของโรคธาลัสซีเมียของแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความสับสนเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	18 (4.4)	26 (6.3)	174 (42.1)	105 (25.4)	90 (21.8)	3.54 (1.04)	มาก
2. ด้วยภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวส่วนใหญ่มีกวางแผนที่จะมีบุตรน้อย	17 (4.1)	39 (9.4)	178 (43.1)	112 (27.1)	67 (16.2)	3.42 (1.00)	มาก
3. มีการใช้ชื่อของโรคธาลัสซีเมียที่หลากหลายจึงทำให้ประชาชนเกิดความสับสน	27 (6.5)	77 (18.6)	167 (40.4)	88 (21.3)	54 (13.1)	3.16 (1.08)	ปานกลาง
4. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง	14 (3.4)	25 (6.1)	84 (20.3)	186 (45.0)	104 (25.2)	3.83 (0.99)	มาก
5. การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เป็นการแสดงถึงความไม่ไว้ใจกัน	25 (6.1)	61 (14.8)	151 (36.6)	121 (29.3)	55 (13.3)	3.29 (1.06)	ปานกลาง
6. การตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ เพื่อหาภาวะแฝง (พาหะ) และโรคธาลัสซีเมีย ทำได้ที่โรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้ไม่สะดวก	7 (1.7)	32 (7.7)	102 (24.7)	175 (42.4)	97 (23.5)	3.78 (0.95)	มาก
7. การให้ความสำคัญของโรคธาลัสซีเมียจากหน่วยงานราชการมีน้อย จึงทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของประชาชนทั่วไปมีน้อยตามไปด้วย	81 (19.6)	122 (29.5)	78 (18.9)	76 (18.4)	56 (13.6)	2.77 (1.33)	ปานกลาง
8. การวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและยุ่งยาก	22 (5.3)	74 (17.9)	143 (34.6)	120 (29.1)	54 (13.1)	3.27 (1.07)	ปานกลาง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ)

	การรับรู้					\bar{X} (S.D.)	ระดับ การ รับรู้
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มาก ที่สุด		
9. การพูดคุยกับคู่สมรสถึงประวัติของครอบครัวซึ่งกันและกันเป็นการก้าวก้าวและไม่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน	18 (4.4)	33 (8.0)	116 (28.1)	170 (41.2)	76 (18.4)	3.61 (1.01)	มาก
10. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ	83 (20.1)	156 (37.8)	80 (19.4)	74 (17.9)	20 (4.8)	2.50 (1.14)	ปาน กลาง
11. เวลาไปตรวจครรภ์หรือตรวจเลือดก่อนแต่งงาน สถานพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญหรือความสนใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	86 (20.8)	158 (38.3)	73 (17.7)	65 (15.7)	31 (7.5)	2.51 (1.20)	ปาน กลาง
12. ถ้าประชาชนต้องการตรวจโรคธาลัสซีเมียต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในราคาแพงกว่าโรคทั่วไป	22 (5.3)	60 (14.5)	104 (25.2)	147 (35.6)	80 (19.4)	3.49 (1.12)	มาก
13. โปรแกรมการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลจะไม่ค่อยมีโปรแกรมการตรวจโรคธาลัสซีเมีย	43 (10.4)	102 (24.7)	142 (34.4)	82 (19.9)	44 (10.7)	2.96 (1.14)	ปาน กลาง
รวม กลาง	$\bar{X} = 3.24$ S.D. = 0.61						ปาน

จากตาราง 6 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 (S.D. 0.61)

โดยการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ เรื่องการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.83 รองลงมาเป็นเรื่อง การตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ เพื่อหาภาวะแฝง (พาหะ) และโรคธาลัสซีเมีย ทำได้ที่โรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้ไม่สะดวก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.78 เรื่อง การพูดคุยกับคู่สมรสถึงประวัติของครอบครัวซึ่งกันและกันเป็นการก้าวก้าวและไม่ให้เกียรติซึ่งกันและกันมี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.61 เรื่องความรู้และความเข้าใจของโรคธาลัสซีเมีย ของแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความสับสนเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.54

ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 อยู่ในระดับน้อย

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ในส่วนนี้คือการศึกษาความแตกต่างของระดับความถี่ในการได้รับข่าวสารและการรับรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อต่างๆ ในรูปของผลรวมเฉลี่ยจากสื่อทั้ง 12 ประเภทประกอบด้วย สื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ วารสาร/นิตยสาร หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย/วิทยุชุมชน แผ่นพับ / แผ่นปลิว / ป้ายประกาศอินเตอร์เน็ต แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อบต / พระ/ผู้นำศาสนา เพื่อนบ้าน / เพื่อน และบุคคลในครอบครัว/ญาติ ระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงานปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ เพื่อทดสอบว่าลักษณะทางสังคมที่ต่างกันมีผลทำให้ระดับการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศ และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบเอฟ ได้ผลการทดสอบดังตาราง

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ t/F	P-value
เพศ			.216	.099
ชาย	2.24	.74		
หญิง	2.34	.69		
อายุ			3.733*	.011
18-22 ปี	2.52	.71		
23-27 ปี	2.18	.70		
28-31ปี	2.21	.63		
32-35 ปี	2.35	.71		

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อจำแนกตาม
ลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ t/F	P-value
สถานภาพสมรส			1.194	.304
โสด	2.41	.67		
สมรส	2.29	.72		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	2.37	.50		
ระดับการศึกษาสูงสุด			3.814**	.010
ไม่เกินประถมศึกษา	2.17	.73		
มัธยมศึกษา	2.44	.76		
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	2.38	.57		
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	2.25	.52		
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน			2.441*	.025
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	2.25	.73		
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	2.24	.66		
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	2.49	.64		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.32	.59		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	2.20	.63		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	2.31	.72		
อื่นๆ	2.69	.71		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว			1.490	.204
น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท	2.35	.76		
5,001 – 10,000 บาท	2.23	.63		
10,001 – 15,000 บาท	2.49	.46		
15,001 – 20,000 บาท	2.44	.85		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	2.17	.54		
ความเพียงพอของรายได้			3.756*	.011
ไม่ค่อยเพียงพอ	2.24	.72		
เพียงพอ	2.43	.66		
มีเหลือเก็บ/สะสม	2.03	.44		
มีหนี้สิน	2.44	.74		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

** ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

จากตาราง 7 พบว่า ระดับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงานปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากตารางพบว่า เพศหญิง มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 เพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = 0.216$ มีค่า $P - value = 0.099$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ

อายุ จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 32 – 35 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 23 – 27 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.733$ มีค่า $P - value = 0.011$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถานภาพสมรส จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีมีสถานภาพสมรสโสด มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส สมรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.194$ มีค่า $P - value = 0.304$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด จากตารางพบว่า ประชาชนที่จบมัธยมศึกษา มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 รองลงมาเป็นกลุ่มที่จบการศึกษาระดับ ปวช. ปวส. ปวท. อนุปริญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่จบการศึกษาไม่เกิน ประถมศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.814$ มีค่า $P - value = 0.010$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน จากตารางพบว่าประชาชนที่มีอาชีพอื่นๆ มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 รองลงมาเป็นอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 ส่วนอาชีพ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างอาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.441$ มีค่า $P - value = 0.025$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอาชีพที่ระดับนัยสำคัญ .05

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ 15,001 – 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ส่วนกลุ่มรายได้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.490$ มีค่า $P - value = 0.204$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้

ความเพียงพอของรายได้ จากตารางพบว่าประชาชนกลุ่มที่มีหนี้สิน มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม มีรายได้เหลือเก็บ/สะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อระหว่างความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.756$ มีค่า $P - value = 0.011$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย
จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	\bar{x}	S.D.	สถิติทดสอบ t/F	P-value
เพศ			.972**	.0028
ชาย	1.70	.67		
หญิง	1.69	.69		
อายุ			4.603**	.004
18-22 ปี	1.91	.75		
23-27 ปี	1.59	.66		
28-31ปี	1.52	.52		
32-35 ปี	1.73	.71		
สถานภาพสมรส			1.580	.207
โสด	1.80	.68		
สมรส	1.66	.69		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	1.70	.59		
ระดับการศึกษาสูงสุด			2.077	.103
ไม่เกินประถมศึกษา	1.73	.76		
มัธยมศึกษา	1.74	.69		
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	1.69	.63		
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	1.47	.49		
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน			4.266**	.000
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	1.62	.69		
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	1.68	.67		
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	1.76	.75		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.55	.60		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	1.56	.57		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	1.71	.66		
อื่นๆ	2.20	.75		

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย
จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	\bar{x}	S.D.	สถิติทดสอบ F	P-value
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว			5.242**	.000**
น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท	1.81	.77		
5,001 – 10,000 บาท	1.64	.58		
10,001 – 15,000 บาท	1.60	.59		
15,001 – 20,000 บาท	1.30	.33		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	1.33	.53		
ความเพียงพอของรายได้			3.617**	.013*
ไม่เพียงพอ	1.71	.68		
เพียงพอ	1.63	.66		
มีเหลือเก็บ/สะสม	1.34	.43		
มีหนี้สิน	1.87	.77		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

** ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

จากตาราง 8 พบว่า ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพการทำงานปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากตารางพบว่าประชาชน เพศชายและเพศหญิง มีระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย ใกล้เคียงกัน เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 เพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.70 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = 0.972$ มีค่า $P - value = 0.0028$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันระหว่างเพศที่ระดับนัยสำคัญ .05

อายุ จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี มีระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 32 – 35 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 28 – 31 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 4.603$ มีค่า $P - value = 0.004$

ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถานภาพสมรส จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพสมรสโสด มีระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.70 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส สมรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.580$ มีค่า $P - value = 0.207$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด จากตารางพบว่า ประชาชนที่จบมัธยมศึกษา มีระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.74 รองลงมาเป็นกลุ่มที่จบระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.077$ มีค่า $P - value = 0.103$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษา

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน จากตารางพบว่าประชาชนที่มีอาชีพอื่นๆ มีระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงสุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 รองลงมาเป็นอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจ ในครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 ส่วนอาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือราชการ/รัฐวิสาหกิจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 4.266$ มีค่า $P - value = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบันที่ระดับนัยสำคัญ .05

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท มีระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงสุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.81 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.64 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้ 15,001 - 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 5.242$ มีค่า $P - value = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ความเพียงพอของรายได้ จากตารางพบว่าประชาชนที่มีหนี้สินมีระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคหาลัสซีเมียจากสื่อสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอเพียงพอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม มีรายได้เหลือเก็บ/สะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคหาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.617$ มีค่า $P - value = 0.013$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคหาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การทดสอบสมมติฐาน

จากตาราง 7 และ 8 ผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันมีผลทำให้การเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนมีความแตกต่างกัน

เพศ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = 0.216$ มีค่า $P - value = 0.099$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ “ปฏิเสธสมมติฐาน”

อายุ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.733$ มีค่า $P - value = 0.011$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05 “ยอมรับสมมติฐาน”

สถานภาพสมรส เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.194$ มีค่า $P - value = 0.304$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส “ปฏิเสธสมมติฐาน”

ระดับการศึกษาสูงสุด เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.814$ มีค่า $P - value = 0.010$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญ .05 “ยอมรับสมมติฐาน”

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างอาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.441$ มีค่า $P - \text{value} = 0.025$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอาชีพที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.490$ มีค่า $P - \text{value} = 0.204$ ซึ่งมากกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้ “ปฏิเสธสมมติฐาน”

ความเพียงพอของรายได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อระหว่างความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.756$ มีค่า $P - \text{value} = 0.011$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

สมมติฐานที่ 2 ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันมีผลทำให้การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนมีความแตกต่างกัน

เพศ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = 0.972$ มีค่า $P - \text{value} = 0.0028$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันระหว่างเพศที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

อายุ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 4.603$ มีค่า $P - \text{value} = 0.004$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

สถานภาพสมรส เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.580$ มีค่า $P - \text{value} = 0.207$ ซึ่งมากกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส “ปฏิเสธสมมติฐาน”

ระดับการศึกษาสูงสุด เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับรับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.077$ มีค่า $P - value = 0.103$ ซึ่งมากกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษา “ปฏิเสธสมมติฐาน”

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 4.266$ มีค่า $P - value = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบันที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 5.242$ มีค่า $P - value = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

ความเพียงพอของรายได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.617$ มีค่า $P - value = 0.013$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการได้รับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ “ยอมรับสมมติฐาน”

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย
จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ในส่วนคือการศึกษาความแตกต่างของระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย ในรูปของผลรวมเฉลี่ยจากทั้งหมด 11 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย 2) โรคธาลัสซีเมียสามารถถ่ายทอดจากพ่อแม่สู่บุตรได้ทางพันธุกรรม 3) บุคคลที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย จะไม่แสดงอาการของโรค แต่ยังสามารถถ่ายทอดยีนของ ธาลัสซีเมียไปสู่บุตรได้ 4) คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะ หรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใด ชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด 5) คู่สมรสที่มีบุตรเป็น โรคธาลัสซี

เมีย นั้นเป็นเพราะคู่สมรสนั้นอย่างน้อยต้องเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียด้วย 6) พี่ น้อง ลูกหลาน หรือญาติของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีโอกาสที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมียมากกว่าคนทั่วไป 7) ในประเทศไทย มีประชาชนที่เป็น ผู้ป่วยของโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 หรือ ประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ 8) ถ้าเครือญาติหรือท่านเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ลูกของท่านก็จะมี โอกาสที่จะเป็น โรคหรือเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียด้วย 9) โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง 10) คนเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย และ 11) โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ป้องกันได้ ระหว่างลักษณะทางสังคม เพื่อทดสอบว่าลักษณะทางสังคมที่ต่างกันมีผลทำให้ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศ และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบเอฟ ได้ผลการทดสอบดังตาราง

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	\bar{x}	S.D.	สถิติทดสอบ t / F	P-value
เพศ			.033	.135
ชาย	3.13	.58		
หญิง	3.26	.54		
อายุ			.545	.651
18-22 ปี	3.29	.61		
23-27 ปี	3.26	.50		
28-31 ปี	3.23	.58		
32-35 ปี	3.20	.55		
สถานภาพสมรส			1.911	.149
โสด	3.32	.59		
สมรส	3.20	.54		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	3.27	.54		
ระดับการศึกษาสูงสุด			5.612*	.001
ไม่เกินประถมศึกษา	3.14	.54		
มัธยมศึกษา	3.18	.56		
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	3.33	.53		
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	3.47	.49		

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ t / F	P-value
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน			2.019	.062
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	3.20	.58		
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	3.03	.54		
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	3.36	.64		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.40	.51		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	3.26	.54		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	3.15	.48		
อื่นๆ	3.37	.60		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว			2.555	.038
น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท	3.18	.58		
5,001 – 10,000 บาท	3.31	.51		
10,001 – 15,000 บาท	3.36	.52		
15,001 – 20,000 บาท	3.27	.46		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	3.00	.54		
ความเพียงพอของรายได้			1.752	.156
ไม่ค่อเพียงพอ	3.18	.50		
เพียงพอ	3.32	.60		
มีเหลือเก็บ/สะสม	3.23	.52		
มีหนี้สิน	3.22	.61		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

** ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

จากตาราง 9 พบว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ระหว่าง ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากตารางพบว่า เพศหญิง มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าเพศชาย เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 เพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = 0.033$ มีค่า $P - value = 0.135$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ

อายุ จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 23 – 27 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 32 – 35 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 0.545$ มีค่า $P - \text{value} = 0.651$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุ

สถานภาพสมรส จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพสมรสโสด มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส สมรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.911$ มีค่า $P - \text{value} = 0.149$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด จากตารางพบว่า ประชาชนที่จบปริญญาตรี/เทียบเท่า มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 รองลงมาเป็นกลุ่มที่จบการศึกษาระดับ ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่จบการศึกษาระดับไม่เกินประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 5.612$ มีค่า $P - \text{value} = 0.001$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน จากตารางพบว่าประชาชนที่มีอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย สูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 รองลงมาเป็นอาชีพอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 ส่วนอาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.019$ มีค่า $P - \text{value} = 0.062$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทาง เดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.555$ มีค่า $P - \text{value} = 0.038$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้ที่ระดับ นัยสำคัญ .05

ความเพียงพอของรายได้ จากตารางพบว่าประชาชนกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอมีระดับการรับรู้ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ เหลือเกิน/สะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม มีรายได้ไม่เพียงพอมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซี เมียระหว่างความเพียงพอของรายได้โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบ เอฟ ได้ค่า $F = 1.725$ มีค่า $P - \text{value} = 0.156$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อโอกาส เสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ในส่วนคือการศึกษาความแตกต่างของระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็น โรคธาลัสซีเมีย ในรูปของผลรวมเฉลี่ยจากทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย 1) โรคธาลัสซีเมียทำให้ เสียชีวิตได้ 2) โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ 3) ผู้ป่วยโรคธาลัส ซีเมียต้องใช้เวลาในการรักษาโรค 4) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะดูแลและรักษาอาการของโรค ได้ยากกว่าคนเป็นโรคทั่วไป 5) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะไม่สามารถทำงานหนักได้ 6) ผู้ที่เป็นโรคธาลัส ซีเมียมีโอกาสที่จะ เป็นโรค อื่นๆได้ง่ายกว่าคนปกติ 7) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถออกกำลังกาย อย่างหักโหมได้เพราะ กระดุกเปราะและหักง่ายกว่าคนทั่วไป 8) ปัจจุบันวิธีเดียวที่สามารถรักษา ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้คือการปลูกถ่ายไขกระดูก 9) ผู้ที่เป็น โรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมี อาการโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป 10) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อาจมีอาการซีดเหลือง(ดีซ่าน) อ่อนเพลีย ม้ามและตับโต ผิวคล้ำ ฟันเหยินท้อง ป่อง 11) โรคธาลัสซีเมียทำให้สูญเสียบุคลิกภาพที่ดี 12) โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มี อาการเจ็บป่วยโดยตลอด 13) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่ควรบริโภคเครื่องในสัตว์ และหาซื้อยาบำรุงเลือด มารับประทานเองเพราะอาจจะทำให้หัวใจวายเฉียบพลันได้ และ 14) โรคธาลัสซีเมียทำให้ร่างกายเกิด

ความพึงพอใจ ระหว่างลักษณะทางสังคม เพื่อทดสอบว่าลักษณะทางสังคมที่ต่างกันมีผลทำให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศ และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบเอฟ ได้ผลการทดสอบดังตาราง

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ t / F	P-value
เพศ				
ชาย	3.50	.66	-.950	.342
หญิง	3.57	.64		
อายุ			1.342	.260
18-22 ปี	3.60	.65		
23-27 ปี	3.55	.59		
28-31ปี	3.42	.61		
32-35 ปี	3.59	.67		
สถานภาพสมรส			1.833	.161
โสด	3.62	.65		
สมรส	3.52	.64		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	3.73	.54		
ระดับการศึกษาสูงสุด			2.149	.094
ไม่เกินประถมศึกษา	3.50	.68		
มัธยมศึกษา	3.52	.65		
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	3.59	.62		
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	3.75	.53		
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน			1.501	.176
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	3.51	.67		
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	3.58	.59		
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	3.47	.83		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.70	.61		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	3.62	.68		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	3.48	.56		
อื่นๆ	3.78	.56		

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมีย
จำแนกตามลักษณะทางสังคม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ F	P-value
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว			2.071	.084
น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท	3.49	.68		
5,001 – 10,000 บาท	3.63	.56		
10,001 – 15,000 บาท	3.71	.56		
15,001 – 20,000 บาท	3.68	.61		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	3.34	.81		
ความเพียงพอของรายได้			2.769	.041
ไม่ค่อยเพียงพอ	3.50	.61		
เพียงพอ	3.62	.66		
มีเหลือเก็บ/สะสม	3.88	.65		
มีหนี้สิน	3.50	.67		

จากตาราง 10 พบว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ระหว่าง มีเพียงตัวแปรเดียวคือ ความเพียงพอของรายได้ ดังนี้

เพศ จากตารางพบว่า เพศหญิง มีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมีย สูงกว่าเพศชาย เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 เพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมีย ระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = -0.950$ มีค่า $P - value = 0.342$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ

อายุ จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี มีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 32 – 35 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 28 - 31 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.342$ มีค่า $P - value = 0.260$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างอายุ

สถานภาพสมรส จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีสถานภาพสมรสหย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่ มีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มี

สถานภาพสมรส โสด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส สมรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.833$ มีค่า $P - \text{value} = 0.161$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด จากตารางพบว่า ประชาชนที่จบปริญญาตรี/เทียบเท่ามี ระดับ การรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 รองลงมาเป็นกลุ่มที่จบการศึกษา ระดับ ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่จบ การศึกษาระดับไม่เกินประถมศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ ทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.149$ มีค่า $P - \text{value} = 0.094$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับ การรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษา

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน จากตารางพบว่าประชาชนที่มีอาชีพอื่นๆ มีระดับการรับรู้ต่อ ความรุนแรงโรคธาลัสซีเมีย สูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 รองลงมาเป็นอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ส่วนอาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพการ ทำงานปัจจุบัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.501$ มีค่า $P - \text{value} = 0.176$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียไม่ แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มี รายได้ 15,001 – 20,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้ มากกว่า 20,000 บาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรง โรคธาลัสซีเมียระหว่างรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.071$ มีค่า $P - \text{value} = 0.084$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรง โรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้

ความเพียงพอของรายได้ จากตารางพบว่าประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ เหลือเก็บ/สะสม มี ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มี รายได้ เพียงพอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม มีรายได้ไม่ค่อยเพียงพอ และมีหนี้สินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคธาลัส

ซีเมียระหว่างความเพียงพอของรายได้โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.769$ มีค่า $P - \text{value} = 0.041$ ซึ่งน้อยกว่า $.05$ สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคลัทธิซีเมียแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ $.05$

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคลัทธิซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ในส่วนคือการศึกษาความแตกต่างของระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคลัทธิซีเมีย ในรูปของผลรวมเฉลี่ยจากทั้งหมด 13 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความรู้และความเข้าใจของโรคลัทธิซีเมีย ของแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความสับสนเกี่ยวกับโรคลัทธิซีเมีย 2) ด้วยภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมครอบครัว ส่วนใหญ่มีกวางแผ่นที่มีบุตรน้อย 3) มีการใช้ชื่อของโรคลัทธิซีเมียที่หลากหลายจึงทำให้ประชาชนเกิดความสับสน 4) การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคลัทธิซีเมีย มีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง 5) การตรวจเลือดก่อนแต่งงานเป็นการแสดงถึงความไม่ไว้วางใจกัน 6) การตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ เพื่อหาภาวะแฝง (พาหะ) และโรคลัทธิซีเมีย ทำได้ที่โรงพยาบาล บางแห่ง ทำให้ไม่สะดวก 7) การให้ความสำคัญของโรคลัทธิซีเมียจาก หน่วยงานราชการมีน้อย จึงทำให้ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคลัทธิซีเมียของประชาชนทั่วไปมีน้อยตามไปด้วย 8) การวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและ ยุ่งยาก 9) การพูดคุยกับคู่สมรสถึงประวัติของครอบครัวซึ่งกันและกันเป็นการก้าวก่ายและไม่ให้ เกียรติซึ่งกันและกัน 10) โรคลัทธิซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ 11) เวลาไปตรวจครรภ์หรือตรวจเลือดก่อนแต่งงาน สถานพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญหรือความสนใจเกี่ยวกับโรคลัทธิซีเมีย 12) ถ้าประชาชนต้องการตรวจโรคลัทธิซีเมียต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในราคาแพงกว่าโรคทั่วไป 13) โปรแกรมการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจะไม่มีโปรแกรมการตรวจโรคลัทธิซีเมียระหว่างลักษณะทางสังคมเพื่อทดสอบว่าลักษณะทางสังคมที่ต่างกันมีผลทำให้ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคลัทธิซีเมียแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างเพศ และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) สถิติทดสอบเอฟ ได้ผลการทดสอบดังตาราง

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่ออุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ t/F	P-value
เพศ			-0.410	.682
ชาย	3.22	.65		
หญิง	3.25	.60		
อายุ			3.980	.008
18-22 ปี	3.20	.69		
23-27 ปี	3.26	.46		
28-31ปี	3.04	.50		
32-35 ปี	3.32	.66		
สถานภาพสมรส			1.908	.150
โสด	3.26	.61		
สมรส	3.22	.61		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	3.48	.59		
ระดับการศึกษาสูงสุด			2.117	.097
ไม่เกินประถมศึกษา	3.30	.68		
มัธยมศึกษา	3.14	.60		
ปวช. ปวส. ปวท.อนุปริญญา	3.29	.59		
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	3.29	.42		
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน			1.503	.176
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	3.20	.60		
ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	3.12	.44		
ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน	3.05	.89		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3.23	.42		
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน	3.22	.67		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	3.30	.57		
อื่นๆ	3.44	.62		

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการรับรู้ต่ออุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียจำแนกตามลักษณะทางประชากร(ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	\bar{X}	S.D.	สถิติทดสอบ F	P-value
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว			.955	.432
น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท	3.24	.67		
5,001 – 10,000 บาท	3.24	.49		
10,001 – 15,000 บาท	3.26	.56		
15,001 – 20,000 บาท	3.41	.65		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	3.04	.70		
ความเพียงพอของรายได้			3.198	.023
ไม่ค่อยเพียงพอ	3.23	.62		
เพียงพอ	3.16	.64		
มีเหลือเก็บ/สะสม	3.58	.36		
มีหนี้สิน	3.32	.56		

จากตาราง 11 พบว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมีย แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ระหว่าง อายุ และความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

เพศ จากตารางพบว่า เพศและหญิง มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าเพศชาย เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 เพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างเพศโดยใช้สถิติทดสอบที ได้ค่า $t = -0.410$ มีค่า $P - value = 0.682$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ

อายุ จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 32 – 35 ปี ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 23 – 27 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 28 – 31 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว สถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.980$ มีค่า $P - value = 0.008$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการ

รับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างอายุที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถานภาพสมรส จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีมีสถานภาพสมรส หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส โสด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส สมรส ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.908$ มีค่า $P - value = 0.150$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพสมรส

ระดับการศึกษาสูงสุด จากตารางพบว่า ประชาชนที่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และจบชั้น ปวช. ปวส. ปวท. หรืออนุปริญญา มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 รองลงมาเป็นกลุ่มที่จบไม่เกินระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างระดับการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 2.117$ มีค่า $P - value = 0.097$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างระดับการศึกษา

สถานภาพการทำงานปัจจุบัน จากตารางพบว่า ประชาชนที่มีอาชีพอื่น ๆ มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 รองลงมาเป็นอาชีพ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 ส่วนอาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 1.503$ มีค่า $P - value = 0.173$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างสถานภาพการทำงานปัจจุบัน

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้ครัวเรือน 15,001 – 20,000 บาท มีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมีย สูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนกลุ่มรายได้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้ น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท และ 5,001 – 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียระหว่างรายได้โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 0.955$ มีค่า $P - \text{value} = 0.432$ ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมีย ไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างรายได้

ความเพียงพอของรายได้ จากตารางพบว่าประชาชนที่มีรายได้เหลือเก็บสะสมมีระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีหนี้สิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือกลุ่ม มีรายได้เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อระหว่างความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวสถิติทดสอบเอฟ ได้ค่า $F = 3.198$ มีค่า $P - \text{value} = 0.023$ ซึ่งน้อยกว่า .05 สรุปได้ว่า ระดับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันทางสถิติระหว่างความเพียงพอของรายได้ที่ระดับนัยสำคัญ .05

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการป้องกันและรักษาโรคธาลัสซีเมีย

ในส่วนนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับรู้ข่าวสารจากสื่อ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียและการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือปัญหาในการป้องกันและรักษาโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation coefficient) ได้ผลดังตาราง

ตาราง 12 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ข่าวสารและการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

	ข่าวสารด้านสุขภาพ	ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	การรับรู้รุนแรง	การรับรู้ปัญหา
ข่าวสารด้านสุขภาพ	1.00	0.53**	0.29**	0.18**	0.13**
ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	0.53**	1.00	0.30**	0.07	0.13**
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	0.29**	0.30**	1.00	0.64**	0.29**
การรับรู้รุนแรง	0.18**	0.07	0.64**	1.00	0.51**
การรับรู้ปัญหา	0.13**	0.13**	0.29**	0.51**	1.00

จากตาราง พบว่า การรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางเดียวกับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง และการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการป้องกันและรักษาโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 29.0 18.0 และ 13.0 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางเดียวกับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาในการป้องกันและรักษาโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 30.0 และ 13.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ความคิดเห็น ความต้องการ และข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมียมีดังนี้

1. วารสาร แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือสื่ออื่นๆที่ใช้ในการเผยแพร่ ยังไม่สามารถเข้าถึงไปสู่ผู้รับข่าวสาร ได้อย่างกว้างขวางทำให้ผู้รับสารหรือประชาชนไม่เห็นความสำคัญของโรคธาลัสซีเมียเท่าที่ควร
2. ควรมีแผ่นพับเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแจกที่สถานีอนามัย (สอ.) และควรมีโปสเตอร์ หรือวีดีโอเพื่อการเผยแพร่ หรือติดตามสถานที่ชุมนุมและในชุมชนต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารได้ง่าย และเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น
3. ประชาชนหาสื่อเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียได้ยาก และมีผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียน้อยมาก

ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

1. การจัดกิจกรรมรณรงค์โรคธาลัสซีเมียส่วนมากจะเน้นที่สถานบริการสาธารณสุขทำให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เข้าถึงแต่พนักงานวิชาการ แต่ไม่เข้าถึงประชาชนทั่วไป ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนต่างๆ หรือหน่วยงานอื่นๆ เข้าร่วมด้วย
2. ทางหน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงเรียน หรือสถานีอนามัยต่างๆ ควรจัดกิจกรรมร่วมกันในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในชุมชน ให้ประชาชนได้ทราบถึงอาการของโรค ความรุนแรง การปฏิบัติตัว และวิธีป้องกันเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคธาลัสซีเมีย และมีความรู้เพิ่มขึ้น
3. ควรมีการอบรมเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอนามัยเพื่อให้ความรู้แก่อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ทุกๆ สัปดาห์ ที่ออกมารณรงค์เกี่ยวกับการกำจัดยุงลายควบคู่กันไปการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย
4. ควรมีการให้ความรู้เบื้องต้น การอบรมกลุ่มผู้นำ และอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำความรู้สู่ชุมชน

ความต้องการเกี่ยวกับสื่อเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

1. อยากให้มีแผ่นพับ ใบปลิว แจกให้ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อ.บ.ต. อสม. เป็นต้น เพื่อจะได้นำไปมาเผยแพร่ให้กับชาวบ้านได้รู้เรื่องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย
2. อยากให้ความสำคัญกับโรคธาลัสซีเมียมากๆ โดยให้อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อกลางบอกให้คนในชุมชนทราบว่าโรคธาลัสซีเมียมีความร้ายแรงอย่างไร
3. ควรมีการรณรงค์เหมือนการออกกำลังกาย มีสื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ ฯลฯ ให้ประชาชนรู้ว่ ก่อนตั้งครรภ์ต้องมีการวางแผนครอบครัวในการตรวจเลือด ก่อนแต่งงาน
4. ควรมีการผลิตสื่อที่น่าสนใจ ดึงดูด หลากหลายรูปแบบ และเอกสารให้ความรู้ที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย ที่สามารถเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดหรือเผยแพร่ หรือประชาชนสามารถอ่านเพิ่มเติมและทำความเข้าใจได้เอง และเข้าถึงผู้รับข่าวสารทุกกลุ่มอาชีพ
5. ควรมีแผ่นพับ สื่อ โปสเตอร์ติดตามหมู่บ้าน และในการไปตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์ ควรแจกเอกสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้สามารถนำมาถ่ายทอดให้ประชาชนในชุมชนได้ทราบ
6. ต้องการให้เผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว เสียงตามสายให้มาก และต่อเนื่อง หรืออาจจะเผยแพร่เป็นแผ่นซีดี เปิดตามเสียงตามสายให้ประชาชนในหมู่บ้านได้ทราบเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอย่างทั่วถึง

ความต้องการเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

1. อยากให้มีการจัดกิจกรรมที่เข้าถึงประชาชนให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย
2. จัดทำกิจกรรมในสถานที่ต่าง ๆ และสุศึกษาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย
3. อยากให้ทางสถานพยาบาลจัดกิจกรรมสำหรับคนที่ตั้งครรภ์เพื่อนช่วยกันร่วมมือกันจัดทำกิจกรรมต่างๆ ในโรคธาลัสซีเมียและโรคอื่นๆ อีกด้วย
4. หมออนามัย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.).ควรนัดประชุมเกี่ยวกับสุขภาพเดือนละครั้ง และจัดอบรมบุคลากรทางการพยาบาล แพทย์ อาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.) ต่างๆ และภาคประชาชนทั่วไป คู่ก่อนสมรส หรือจัดอบรมคู่บ่าวสาว ก่อนสมรส โดยที่กิจกรรมนั้นๆ ควรที่จะเข้าใจง่าย
5. อยากให้มีหมอ หรือพยาบาล รับผิดชอบเรื่องโรคนี้โดยเฉพาะให้คนที่ป่วยไปรักษา หรือปรึกษาได้โดยตรง
6. ควรมีการคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยง ลักษณะเสี่ยงเพื่อให้ความรู้และการปฏิบัติตัวหรือบุคคลทั่วไปในการได้รับทราบความรู้

7. จัดให้มีโครงการตรวจเลือดหา หรือค้นหาผู้ป่วยเรื่อง โดยโรคธาลัสซีเมียตามโรงพยาบาล หรือตามศูนย์สุขภาพทั่วประเทศ
8. รมรงค์ อบรม ประชาสัมพันธ์ตรวจวิเคราะห์โรค ป้องกันและจัดกิจกรรมเชิงรุก ให้คนตระหนักและเพิ่มพูนความสำคัญของการป้องกันโรค และเผยแพร่ความรู้แก่บุคคลอื่นได้
9. อยากให้มีการรณรงค์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการได้รับข้อมูลข่าวสารกับโรคธาลัสซีเมียมากกว่านี้

ข้อเสนอแนะในการรณรงค์โรคธาลัสซีเมียสำหรับหน่วยงานราชการ/เอกชน/มูลนิธิ

1. ควรจัดให้มีโปรแกรมการคัดกรองโรคธาลัสซีเมียเข้ากับโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปี
2. ควรช่วยเหลือกัน ไม่ควรรังเกียจบุคคลที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ควรให้ความสนใจและใส่ใจแก่บุคคลที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย
3. อยากให้ทางโรงเรียนมีการสอน หรือแนะนำนักเรียนในโรงเรียน สถานีนอนามัย(สอ.) หรือโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์คนไข้ที่ป่วย หรือสอนอาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.)
4. จัดอบรมสัมมนาให้ความรู้บุคลากรในสังกัด เพื่อนำความรู้ไปเผยแพร่แก่นักเรียนบุคคลในครอบครัว และชุมชนได้ สนับสนุนให้มีการตรวจวิเคราะห์ความเสี่ยง
5. สถานีนอนามัย(สอ.) ออกคัดกรองโรคธาลัสซีเมียในเด็กนักเรียนม.1 และให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์ สถานีนอนามัย(สอ.) ให้สุศึกษาความรู้ทางหอกระจายข่าว
6. ช่วยกันสนับสนุน หรือหาใช้รักษาโรคให้หายขาดทางโรงพยาบาลเอกชนที่มีหมอเก่งๆ ช่วยตรวจรักษาโรคนี้อตามต่างจังหวัดด้วย เพราะมีคนป่วยเยอะ
7. อยากให้หน่วยงานเอกชนช่วยเหลือด้านงบประมาณ ในการประชาสัมพันธ์ เช่น การจัดทำป้าย ประกาศ หรือสนับสนุนงบประมาณด้านอื่นๆเพื่อใช้ในการเผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียให้มากขึ้น
8. หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขควรประสานงานกับทางเอกชนในการจัดกิจกรรมเพิ่มความรู้ประชาชนในพื้นที่
9. อยากให้หน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ต้นตอถึงอันตรายของโรคธาลัสซีเมียให้เห็นความสำคัญและช่วยกันป้องกัน โดยการติดตามข่าวสารข้อมูลของโรคธาลัสซีเมียอย่างสม่ำเสมอ
10. ร่วมมือกันหาวิธีการรักษาอย่างเช่น โรคเอดส์ยังสามารถรักษาได้ ถ้าช่วยกันหาวิธีการรักษา เพราะเอกชนมีเงินลงทุนมากกว่ารัฐ อยากให้ช่วยกันรักษาผู้ป่วย

11. สนับสนุนสื่อ บุคลากร / สนับสนุนงบประมาณ วิทยากร / สนับสนุนงบประมาณบุคลากร
วิทยากร / อบรม

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ควรมีการตรวจคัดกรองเกี่ยวกับโรคหาลั้สซีเมียในเด็กที่มีลักษณะเสี่ยง เอกสารเกี่ยวกับโรค
ควรมีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนให้มากขึ้น
2. ควรมีการเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ไปให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในชุมชนหรือ
โรงเรียนเพิ่มขึ้น มีการติดป้ายให้ความรู้ และแจกแผ่นพับให้ความรู้ในชุมชน
3. หน่วยงานราชการควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์โรคโดยมีการประสานงานต่างๆกับ
หน่วยงานอื่นๆในชุมชนเพื่อถ่ายทอดความรู้ในชุมชนต่างๆ

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยแบบสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ทางการวิจัยคือ

1. ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและ
2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ศึกษาการรับรู้เรื่อง โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
4. ศึกษาความแตกต่างของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารตามลักษณะทางประชากร
5. ศึกษาความแตกต่างของการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียตามลักษณะประชากร
6. ศึกษาความต้องการ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร/การรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในสื่อและกิจกรรมต่างๆ ให้เข้าถึงและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผล

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 32 – 35 ปี มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพทำงานบ้าน/แม่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท และมีรายได้ไม่บ่อยเพียงพอ

2. การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ โดยสื่อส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับทุกวันคือสื่อโทรทัศน์ เป็นอันดับ 1 และบุคคลในครอบครัว/ญาติเป็นอันดับ 2 ส่วนวิทยุกระจายเสียงเป็นอันดับ 3 ในขณะที่การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ โดยมีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อยที่สุด” โดยสื่อที่มีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมากที่สุดได้แก่ สื่อวารสาร/นิตยสาร มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อย” รองลงมาเป็นสื่อ อสม มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อย” ส่วนสื่อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียน้อยที่สุดคือ แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อยที่สุด”

3. การรับรู้เรื่องการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีเกณฑ์เฉลี่ย “ปานกลาง” โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุดคือคนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะหรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” รองมาคือคู่สมรสที่มีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียนั้นเป็นเพราะคู่สมรสนั้นอย่างน้อยต้องเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียด้วย มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และประเด็นเรื่อง คนเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ค่าเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และประเด็นในประเทศไทยมีประชาชนที่เป็นผู้ป่วยของโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 หรือ ประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และประเด็นถ้าเครือญาติหรือท่านเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ลูกของท่านก็จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคหรือเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียด้วย มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก”

ในขณะที่ประเด็นเรื่องทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมียนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อยที่สุด” ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้การเป็นโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียให้มากขึ้น ซึ่งการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ควรจะเผยแพร่ผ่านสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับทุกวันคือสื่อโทรทัศน์ เป็นอันดับ 1 และบุคคลในครอบครัว/ญาติเป็นอันดับ 2 และวิทยุกระจายเสียงเป็นอันดับ 3 ตามลำดับ

- การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงที่สุดคือ โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยโดยตลอด มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” รองลงมาเป็นเรื่องผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่ควรบริโภคเครื่องในสัตว์และหาซื้อยาบำรุงเลือดมารับประทานเองเพราะอาจจะทำให้หัวใจวายเฉียบพลันได้ มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และเรื่องโรคธาลัสซีเมียทำให้ร่างกายเกิดความพิการได้ มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และเรื่องผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาโรค มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะไม่สามารถทำงานหนักได้ มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก”

ส่วนประเด็นที่มีเกณฑ์เฉลี่ยต่ำสุดคือ เรื่องผู้ที่ เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมีอาการโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อย” ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียประเด็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อย ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคแทรกซ้อนให้มากขึ้น โดยการเผยแพร่ผ่านสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับทุกวันคือสื่อโทรทัศน์ เป็นอันดับ 1 และบุคคลในครอบครัว/ญาติเป็นอันดับ 2 และวิทยุกระจายเสียงเป็นอันดับ 3 ตามลำดับ

- การรับรู้อุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีเกณฑ์เฉลี่ย “ปานกลาง” โดยการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือประเด็นเรื่อง การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” รองลงมาเป็นเรื่อง การตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ เพื่อหาภาวะแฝง (พาหะ) และโรคธาลัสซีเมียได้ที่โรงพยาบาลบางแห่งทำให้ไม่สะดวก มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” ประเด็นเรื่อง การพูดคุยกับคู่สมรสถึงประวัติของครอบครัวซึ่งกันและกันเป็นการก้าวก้าวและไม่ใช่เกียรติซึ่งกันและกัน มีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก” และประเด็นเรื่องความรู้และความเข้าใจของโรคธาลัสซีเมีย ของแพทย์ / โรงพยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความสับสนเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีเกณฑ์เฉลี่ย “มาก”

ส่วนประเด็นเรื่องที่มีเกณฑ์เฉลี่ยต่ำสุดคือ โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ มีเกณฑ์เฉลี่ย “น้อย” ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคหาลัสซิมีย ในการแสวงหาข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหาลัสซิมีย ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคหาลัสซิมียให้มากขึ้น โดยการเผยแพร่ผ่านสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับทุกวันคือสื่อโทรทัศน์ เป็นอันดับ 1 และบุคคลใน ครอบครัว/ญาติเป็นอันดับ 2 และวิทยุกระจายเสียงเป็นอันดับ 3 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะทางประชากรกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่อง โรคหาลัสซิมียของประชาชน

- การรับรู้ข่าวสาร

ผลการทดสอบความสัมพันธ์กับตัวแปรลักษณะประชากร พบว่าการเปิดรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากสื่อแตกต่างกันตามลักษณะทางประชากรคือ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงาน ปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

เพศหญิงมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงกว่าเพศชายแต่การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้มีอายุแตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีอายุ ระหว่าง 18 – 22 ปี มีการรับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

กลุ่มผู้มีสถานภาพสมรส โสดมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมากกว่ากลุ่มผู้มีสถานภาพ การสมรสอื่นๆ แต่การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้มีระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีระดับการศึกษาสูงสุดจบมัธยมศึกษามีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมากที่สุด

กลุ่มผู้มีสถานภาพการทำงานปัจจุบันแตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแตกต่าง กัน โดยกลุ่มผู้มีอาชีพอื่นๆ มีการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมากที่สุด

กลุ่มผู้รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มีรายได้ 10,001 – 15,000 บาทมีการเปิดรับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อมากที่สุดแต่การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกันมีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ แตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีที่มหนี้สิน มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสูงที่สุด

- การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ผลการทดสอบความสัมพันธ์กับตัวแปรลักษณะทางประชากรพบว่าการรับรู้เรื่อง โรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันตามลักษณะทางประชากรคือ เพศ อายุ สถานภาพการทำงานปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มผู้มีเพศแตกต่างกันมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีการรับข่าวสารโรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากกว่าเพศชาย

กลุ่มผู้มีอายุแตกต่างกันมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปี มีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากที่สุด

กลุ่มผู้มีสถานภาพสมรสโสดมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากกว่ากลุ่มผู้มีสถานภาพการสมรสอื่นๆ แต่การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้มีระดับการศึกษาสูงสุดจบมัธยมศึกษามีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากกว่ากลุ่มผู้มีระดับการศึกษาอื่นๆ แต่การรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้มีสถานภาพการทำงานปัจจุบันแตกต่างกันมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีอาชีพอื่นๆ มีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงที่สุด

กลุ่มผู้มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวแตกต่างกันมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท มีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงที่สุด

กลุ่มผู้มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกันมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้มีหนี้สินมีการรับข่าวสารด้าน โรคธาลัสซีเมียจากสื่อสูงที่สุด

ความคิดเห็น ความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมเพื่อการรณรงค์เรื่องโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มตัวอย่าง

1. สื่อวารสาร แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือสื่ออื่นๆที่ใช้ในการเผยแพร่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถเข้าถึงไปสู่ผู้รับข่าวสารได้อย่างกว้างขวางทำให้ผู้รับสารหรือประชาชนไม่เห็นความสำคัญของโรคธาลัสซีเมียเท่าที่ควร
2. การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ควรมีการเผยแพร่ผ่านสถานีอนามัย (สอ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงเรียนหรือ อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) เป็นสื่อกลางบอกให้คนในชุมชนแต่ละชุมชนได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและการดูแลรักษา โรคธาลัสซีเมีย

3. ควรมีการจัดกิจกรรม อบรมหรือโครงการตรวจเลือดหรือค้นหาผู้ป่วย ในแต่ละชุมชนเป็นประจำทุกเดือน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

- การเปิดรับข้อมูลข่าวสารในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ผลการวิจัยพบว่าการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในเกณฑ์น้อย โดยสื่อที่ประชาชนเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพน้อยที่สุดคือ สื่อทางด้านอินเทอร์เน็ต และสื่อทางด้านวารสาร/นิตยสาร แต่ในขณะที่สื่อทางโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือสื่อทางด้านวิทยุกระจายเสียง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2548) ที่ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงราย ว่าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ สื่อบุคคล นิตยสาร/วารสาร หอกระจายข่าว แผ่นพับ ใบปลิวและโปสเตอร์ โดยสื่อจะต้องมีความชัดเจน มีปริมาณข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มาก ซึ่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีผลต่อความเข้าใจ และการดูแลสุขภาพของตนเอง

- การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ผลการวิจัยพบว่าการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ๆ ส่วนใหญ่มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียจากสื่อต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ “น้อยที่สุด” โดยสื่อที่กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียน้อยที่สุดคือ แพทย์ พยาบาลและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าถ้าบุคคลากรทางการแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนของภูมิภาคยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ก็จะส่งผลกระทบต่อตรงต่อการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากผลการวิจัยปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2548) ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงราย พบว่า “ประชาชนมีความเชื่อถือสื่อบุคคลมากที่สุด คือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ประชากรส่วนใหญ่เลือกปรึกษาแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ”

โดยในการศึกษาการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย 3 ประเด็นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษา (Becker และ Maiman (1975) และ Becker และคณะ (1974, 1977) อ้างใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548: 22) โดยสามารถแยกอภิปรายผลได้ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

ผลการวิจัยพบว่าประเด็นเรื่องที่ถูกกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย มากที่สุดคือ ประเด็นเรื่อง “คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะหรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือ ประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด” จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงการแพร่กระจายของโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีสวาท ชัยสิทธิ์ (2543) ซึ่งทำการศึกษาคูแ่สุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังรับคำปรึกษาโรคธาลัสซีเมีย ของสถานส่งเสริม อนามัยแม่และเด็ก จังหวัดขอนแก่นพบว่า “หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่รับคำปรึกษา ไม่เคยรับคำปรึกษาโรคธาลัสซีเมีย มีเพียงส่วนน้อย (3.2%) ที่รู้จักโรคธาลัสซีเมีย โดยได้รับความรู้จากสื่อวิทยุ และโทรทัศน์ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี การรับรู้ ภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในระดับปานกลาง” นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียน้อยที่สุดคือประเด็นเรื่อง “ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย “ โดยมีการรับรู้ อยู่ในเกณฑ์ “น้อยที่สุด” ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียให้มากยิ่งขึ้น มิเช่นนั้นอาจทำให้ในอนาคตประเทศไทยอาจจะมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้น โดยในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารควรมีการโฆษณาและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุดคือ โทรทัศน์ และวิทยุกระจายเสียง เพื่อให้มีความครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด

- การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ประเด็นเรื่องทีกลุ่มตัวอย่างการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย จากผลการวิจัยพบว่า มีเกณฑ์อยู่ในระดับ “มาก” โดยเรื่องทีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมียมากที่สุด คือ “โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยโดยตลอด” มีเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ส่วนเรื่องทีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย น้อยที่สุดคือ “ผู้ที่ เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมีอาการโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้น ๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป” ซึ่งสอดคล้องกับรัฐทิพย์ วิระกุล (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุน ทางสังคม กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรค ธาลัสซีเมีย ทีพบว่าควรส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้เกี่ยวกับโรค ที ถูกต้องในเรื่องการดูแลบุตรโรคธาลัสซีเมีย และให้การ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา โดยให้เหมาะสมกับ อายุของมารดา เพื่อช่วยให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตร ป่วยโรคธาลัสซีเมียอย่างถูกต้องและยุคนธร ทองรัตน์ (2541) ศึกษาการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทีพบว่าควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทีถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน เพื่อ ให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทีถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจากผลการวิจัย หน่วยงานทีเกี่ยวข้องควรจะมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลและเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคอื่น ๆ ทีอาจจะแทรกซ้อนได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุตรหลานในอนาคต

- การรับรู้อุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ประเด็นเรื่องทีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อยู่ในระดับ “ปานกลาง” โดยประเด็นเรื่องทีการรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมียทีมีค่ามากที่สุดคือ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องพรพิมล วิริยะวัฒนา (2545) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากสามีและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทีเป็นพาหะ ของโรคธาลัสซีเมียทีผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ส่วนประเด็นเรื่องทีมีค่าน้อยที่สุดคือ โรคธาลัสซี

เมื่อยเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ มีเกณฑ์อยู่ในระดับ “น้อย” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคธาลัสซีเมียไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อของกลุ่มตัวอย่าง เพราะจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่อมากที่สุดคือ สื่อวิทยุโทรทัศน์ และสื่อวิทยุกระจายเสียง

ความแตกต่างในการเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของประชาชน

เมื่อพิจารณาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะประชากร ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในประเด็นต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่มี อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงานปัจจุบัน และความเพียงพอของรายได้ มีความแตกต่างกัน อาทิ เช่น กลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปีมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มผู้มีระดับการศึกษาสูงสุดจบมัธยมศึกษามีการรับข้อมูลข่าวสารมีการเปิดรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่า กลุ่มผู้มีการศึกษาอื่นๆ และกลุ่มผู้มีที่มมีหนี้สิน มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นแล้วเมื่อพิจารณาการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทางประชากรผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย จากสื่อแตกต่างกันตามลักษณะทางประชากรคือ เพศ อายุ สถานภาพการทำงานปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ อาทิ เช่นเพศหญิงมีการรับข่าวสารโรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากกว่าเพศชาย กลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 18 – 22 ปีมีการรับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เช่นเดียวกับกลุ่มผู้มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท และกลุ่มผู้มีหนี้สินมีการรับข่าวสารด้านโรคธาลัสซีเมียจากสื่อ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแนวความคิดของโจเซฟ ที่ แคลปเปอร์ (Klapper, J.TI, 1960) ที่อธิบายว่า การเลือกรับรู้ข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มตัวอย่าง และการตีความหมายของข่าวสารนั้น ๆ ของบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามความสนใจ ทักษะ ทักษะการรับรู้ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกาย ทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งบุคคลที่มีความแตกต่างกันทางกายภาพ อาทิเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ฯลฯ แตกต่างกันย่อมมีความสนใจ ทักษะการรับรู้ ความเชื่อ ฯลฯ แตกต่างกันด้วย ซึ่งย่อมส่งผลต่อการรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับขวัญเรือน กิติวัฒน์ ได้เสนอแนวความคิดไว้ว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลส่งผลต่อการเรียนรู้ข่าวสารที่แตกต่างกัน (ขวัญเรือน กิติวัฒน์, 2531)

ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง

1. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสารมวลชน จะช่วยให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของสุขภาพมากขึ้น นอกเหนือไปจากนั้นการให้ความรู้โดยสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในรูปแบบของสื่ออื่นนั้นควรจะเป็นสื่อหลักได้แก่ สื่อวิทยุโทรทัศน์ สื่อวิทยุกระจายเสียง และสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งในสภาพแวดล้อมปัจจุบันนั้นสื่อในที่จะให้ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนนั้นควรจะมีนอกเหนือไปจากนั้นไม่ว่าจะเป็น สื่อบุคคล(อสม.) หน่วยงานของรัฐ(อบต.) หรือหอกระจายข่าว(วิทยุชุมชน) เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีความครอบคลุมและประชาชนสามารถรับสื่อได้ง่ายและหลากหลายช่องทางมากยิ่งขึ้น

2. โดยรูปแบบการนำเสนอหรือเนื้อหาในการเผยแพร่ควรจะทำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และโรคอื่นๆ ที่ทันต่อเหตุการณ์จะช่วยให้ประชาชนรู้จัก เข้าใจและรับทราบเกี่ยวกับโรคนั้นๆ และนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะเราสามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่างๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียว่าเป็นอย่างไร มีอาการอย่างไร ในเบื้องต้น และตามลำดับขั้นความรุนแรง เมื่อเกิดโรคธาลัสซีเมีย แล้วจะปฏิบัติตัวอย่างไร ข้อควรปฏิบัติ การระวังป้องกัน การดูแล และรักษาโรคนั้นๆ ไปพร้อมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมไปถึงสารอาหารที่ร่างกายต้องการทั้งก่อนและเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย

3. ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนประกอบโดยการลงเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทุกหลังคาเรือน

4. ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ให้ประชาชนรับทราบมากกว่านี้ ควรมีการจัดอบรม ประชาสัมพันธ์ ธารรงค์ เป็นประจำทุกปีและเวลาจัดอบรม อสม.ให้เพิ่มความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียเข้าไปด้วย คู่สมรสทุกคู่ก่อนเจาะเลือด ควรให้ความสำคัญกับโรคธาลัสซีเมียโดยเป็นความสำคัญและความรุนแรงของปัญหา ควรสนับสนุนแผ่นพับ ในความรู้ แจกให้ทุกครัวเรือนไม่ใช่แจกเฉพาะคู่สมรสเท่านั้น

5. การตรวจโรคธาลัสซีเมียจะตรวจเฉพาะก่อนแต่งงานหรือเมื่อตั้งครรภ์ไม่ได้รวมอยู่ในการตรวจสุขภาพทั่วไป บางครั้งยังตรวจแค่ภรรยา สามีไม่ได้ตรวจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาทำการวิจัยครั้งนี้ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาหรือ อาศัยอยู่ในภูมิภาคภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และการครอบคลุม อาจจะน้อยเกินไป เพราะในสถานการณ์ปัจจุบัน ประชากรมีการโยกย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยมาก ซึ่งอาจจะมีผลทำให้การแพร่กระจายของโรคธาลัสซีเมียไปยังภูมิภาคอื่นๆได้ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลควรจะมากขึ้น และครอบคลุมให้ทั่วประเทศ
2. การศึกษาทำการวิจัยครั้งนี้ในการการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์นั้นมีความยุ่งยากมากและบางช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกบางพื้นที่ทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมีความยากลำบากและล่าช้าซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปควรจะเตรียมการและวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้รอบคอบ

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

แบบสัมภาษณ์

การเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เรื่องโรคหาลัสซีเมียของประชาชน

ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ-นามสกุล ผู้ให้สัมภาษณ์.....

ภูมิลำเนาเดิม.....

วันเดือนปีที่ให้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความตามความเป็นจริงของท่านเพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อคำถาม

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ

1. 18-22 ปี

3. 28-31 ปี

2. 23-27 ปี

4. 32-35 ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

3. หย่า/หม้าย

2. สมรส

4. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้รับการศึกษา

4. ปวช. ปวส. ปวท. อนุปริญญา

2. ประถมศึกษา

5. ปริญญาตรี / เทียบเท่า

3. มัธยมศึกษา

6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. สถานภาพการทำงานปัจจุบัน

1. ทำงานบ้าน/แม่บ้าน

5. พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทหรือเอกชน

2. ธุรกิจส่วนตัว / เจ้าของกิจการ

6. รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร

3. ค้าขาย/ธุรกิจในครัวเรือน

7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ราชการ/รัฐวิสาหกิจ

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

1. น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท

4. 15,001 – 20,000 บาท

2. 5,001 – 10,000 บาท

5. มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

3. 10,001 – 15,000 บาท

7. ความเพียงพอของรายได้

1. ไม่ค่อยเพียงพอ 3. มีเหลือเก็บ/สะสม
2. เพียงพอ 4. มีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 การเปิดรับข้อมูลข่าวสารในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ

8. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆบ่อยครั้งแค่ไหนต่อสัปดาห์

	ความถี่				
	ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้รับเลย
1. หนังสือพิมพ์					
2. วิทยุกระจายเสียง					
3. โทรทัศน์					
4. วารสาร/นิตยสาร					
5. หอกระจายข่าว/ เสียงตามสาย/วิทยุ ชุมชน					
6. แผ่นพับ / แผ่นปลิว / ป้ายประกาศ					
7. อินเทอร์เน็ต					
8. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
9. อสม					
10. ผู้นำชุมชน/กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/อบต / พระ/ผู้นำศาสนา					
11. เพื่อนบ้าน / เพื่อน					
12. บุคคลในครอบครัว/ ญาติ					

9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคชัลสีเมียจากสื่อต่างๆบ่อยครั้งแค่ไหนต่อสัปดาห์

	ความถี่				
	ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	3-4 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้รับเลย
1. หนังสือพิมพ์					
2. วิทยุกระจายเสียง					
3. โทรทัศน์					
4. วารสาร/นิตยสาร					
5. หอกระจายข่าว/ เสียงตามสาย/วิทยุ ชุมชน					
6. แผ่นพับ / แผ่นปลิว / ป้ายประกาศ					
7. อินเทอร์เน็ต					
8. แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
9. อสม					
10. ผู้นำชุมชน/กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/อบต / พระ/ผู้นำศาสนา					
11. เพื่อนบ้าน / เพื่อน					
12. บุคคลในครอบครัว/ ญาติ					

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความคิดเห็นของท่าน

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

10. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคธาลัสซีเมีย

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคธาลัสซีเมีย					
2. โรคธาลัสซีเมียสามารถถ่ายทอดจาก พ่อ แม่ สู่บุตรได้ทางพันธุกรรม					
3. บุคคลที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียจะไม่แสดงอาการของโรค แต่ยังสามารถถ่ายทอดยีนของธาลัสซีเมียไปสู่บุตรได้					
4. คนทั่วไปมีโอกาสจะเป็นพาหะ หรือเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งถึงร้อยละ 30-45 หรือประมาณ 24 ล้านคนของประชากรทั้งหมด					
5. กลุ่มคนที่มียีนเป็นโรคธาลัสซีเมียนั้นเป็นเพราะกลุ่มคนนั้นอย่างน้อยต้องเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียด้วย					
6. พี่ น้อง ลูกหลาน หรือญาติของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีโอกาสที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมียมากกว่าคนทั่วไป					
7. ในประเทศไทยมีประชาชนที่เป็นผู้ป่วยของโรคธาลัสซีเมียถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ					
8. ถ้าเครือญาติหรือท่านเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ลูกของท่านก็จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคหรือเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียด้วย					
9. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง					
10. คนเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย					
11. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ป้องกันได้					

11. การรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. โรคธาลัสซีเมียทำให้เสียชีวิตได้					
2. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
3. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาโรค					
4. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะดูแลและรักษาอาการของโรคได้ยากกว่าคนเป็นโรคทั่วไป					
5. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะไม่สามารถทำงานหนักได้					
6. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสที่จะเป็นโรคอื่นๆได้ง่ายกว่าคนปกติ					
7. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถออกกำลังกายอย่างหักโหมได้เพราะกระดูกเปราะและหักง่ายกว่าคนทั่วไป					
8. ปัจจุบันวิธีเดียวที่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้คือการปลูกถ่ายไขกระดูก					
9. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะป่วยหรือมีอาการโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆได้ง่ายและรักษาอาการป่วยนั้นๆ ได้ยุ่งยากกว่าคนปกติทั่วไป					
10. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อาจมีอาการซิด เหลือง(ดีซ่าน) อ่อนเพลีย ม้ามและตับโต ผิวกดำ ฟันเหยิน ท้องป่อง					
11. โรคธาลัสซีเมียทำให้สูญเสียบุคลิกภาพที่ดี					
12. โรคธาลัสซีเมียทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยโดยตลอด					
13. ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียไม่ควรบริโภคเครื่องในสัตว์ และหาซื้อยาบำรุงเลือดมารับประทานเองเพราะอาจจะทำให้หัวใจวายเฉียบพลันได้					
14. โรคธาลัสซีเมียทำให้ร่างกายเกิดความพิการได้					

12. การรับรู้ถึงอุปสรรค/ปัญหาในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษา

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ความรู้และความเข้าใจของโรคธาลัสซีเมียของแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความสับสนเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย					
2. ด้วยภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวส่วนใหญ่มีกวางแผนที่จะมีบุตรน้อย					
3. มีการใช้ชื่อของโรคธาลัสซีเมียที่หลากหลายจึงทำให้ประชาชนเกิดความสับสน					
4. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีแค่เฉพาะกลุ่มแคบๆ ไม่กว้างขวางทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง					
5. การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เป็นการแสดงถึงความไม่ไว้ใจกัน					
6. การตรวจเลือดโดยวิธีพิเศษ เพื่อหาภาวะแฝง (พาหะ) และโรคธาลัสซีเมียทำได้ที่โรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้ไม่สะดวก					
7. การให้ความสำคัญของโรคธาลัสซีเมียจากหน่วยงานราชการมีน้อย จึงทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของประชาชนทั่วไปมีน้อยตามไปด้วย					
8. การวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและยุ่งยาก					
9. การพูดคุยกับคู่สมรสถึงประวัติของครอบครัวซึ่งกันและกันเป็นการก้าวก้าวและไม่ให้เกิดขิงกันและกัน					
10. โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่หาข้อมูลได้ยาก และมีผู้รู้เกี่ยวกับโรคนี้น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ					
11. เวลาไปตรวจครรภ์หรือตรวจเลือดก่อนแต่งงาน สถานพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญหรือความสนใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย					
12. ถ้าประชาชนต้องการตรวจโรคธาลัสซีเมียต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในราคาแพงกว่าโรคทั่วไป					
13. โปรแกรมการตรวจเลือดก่อนแต่งงานของสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล จะไม่ค่อยมีโปรแกรมการตรวจโรคธาลัสซีเมีย					

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมเพื่อการรณรงค์
เรื่องโรคซัลสซีเมีย

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมในการรณรงค์โรคซัลสซีเมียที่ผ่านมาที่ท่านได้รับทราบ
เป็นอย่างไร

1.1 สื่อ

.....

.....

.....

.....

.....

1.2 กิจกรรม

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความต้องการเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมในการรณรงค์โรคซัลสซีเมียในโอกาสต่อไป

2.1 สื่อ

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 กิจกรรม

.....

.....

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะในการรณรงค์โรคทาลัสซีเมียสำหรับหน่วยงานราชการ/เอกชน/มูลนิธิ ควรทำอย่างไร

3.1. หน่วยงานราชการ

.....
.....
.....

3.2. หน่วยงานเอกชน

.....
.....
.....

3.3. มูลนิธิ / หรือหน่วยงานอื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....
.....
.....

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

4.1

.....
.....
.....

4.2

.....
.....
.....

4.3

.....
.....
.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

รองศาสตราจารย์ วาสนา จันทร์สว่าง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

อาจารย์ เอกณรงค์ วรสิทธิ์
คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ผู้วิจัย

โทรศัพท์ 081-573-7410

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลประชาชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 195 ชุด

ด้วยอาจารย์ เอกณรงค์ วรสีหะ อาจารย์ประจำภาควิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ทำการศึกษา “พฤติกรรมกาเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” จากการสำรวจพบว่ามีคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้ที่มียืนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคน และโดยส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ คนกลุ่มนี้หากแต่งงานกันพบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยงได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อปีจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้ตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยแต่ละปีทางรัฐบาลต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5,000 - 6,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ตระหนักถึงสภาวะดังกล่าว และเห็นว่าหน่วยงานและบุคลากรของท่าน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่าน รวบรวมเก็บข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของท่านจำนวน 195 ชุดโดยทางคณะฯ มีคำตอบแทนให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดละ 50 บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา มีศิลปวิภักย์)

คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

คณะนิเทศศาสตร์

โทร. 02-579-9120-39 ต่อ 2335,2338

โทรสาร. 02-579-9120-39 ต่อ 2336

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลประชาชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 45 ชุด

ด้วยอาจารย์ เอกณรงค์ วรสีหะ อาจารย์ประจำภาควิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ทำการศึกษา “พฤติกรรมกาเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” จากการสำรวจพบว่ามีคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้ที่มียืนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคน และโดยส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ คนกลุ่มนี้หากแต่งงานกันพบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยงได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อปีจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้ตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยแต่ละปีทางรัฐบาลต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5,000 - 6,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ตระหนักถึงสภาวะดังกล่าว และเห็นว่าหน่วยงานและบุคลากรของท่าน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่าน รวบรวมเก็บข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของท่านจำนวน 45 ชุดโดยทางคณะฯ มีคำตอบแทนให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดละ 30 บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา มีศิลปวิภักย์)

คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

คณะนิเทศศาสตร์

โทร. 02-579-9120-39 ต่อ 2335,2338

โทรสาร. 02-579-9120-39 ต่อ 2336

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลประชาชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 106 ชุด

ด้วยอาจารย์ เอกณรงค์ วรสีหะ อาจารย์ประจำภาควิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ทำการศึกษา “พฤติกรรมกาเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” จากการสำรวจพบว่ามีคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้ที่มียืนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคน และโดยส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ คนกลุ่มนี้หากแต่งงานกันพบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยงได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อปีจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้ตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยแต่ละปีทางรัฐบาลต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5,000 - 6,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ตระหนักถึงสภาวะดังกล่าว และเห็นว่าหน่วยงานและบุคลากรของท่าน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่าน รวบรวมเก็บข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของท่านจำนวน 106 ชุดโดยทางคณะฯ มีคำตอบแทนให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดละ 30 บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา มีศิลปวิภักย์)

คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

คณะนิเทศศาสตร์

โทร. 02-579-9120-39 ต่อ 2335,2338

โทรสาร. 02-579-9120-39 ต่อ 2336

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลประชาชน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่พริก

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 74 ชุด

ด้วยอาจารย์ เอกณรงค์ วรสีหะ อาจารย์ประจำภาควิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ทำการศึกษา “พฤติกรรมกาเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” จากการสำรวจพบว่ามีคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้ที่มียืนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคน และโดยส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ คนกลุ่มนี้หากแต่งงานกันพบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยงได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อปีจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้ตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยแต่ละปีทางรัฐบาลต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5,000 - 6,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ตระหนักถึงสภาวะดังกล่าว และเห็นว่าหน่วยงานและบุคลากรของท่าน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่าน รวบรวมเก็บข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของท่านจำนวน 74 ชุดโดยทางคณะฯ มีคำตอบแทนให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดละ 30 บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา มีศิลปวิภักย์)

คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

คณะนิเทศศาสตร์

โทร. 02-579-9120-39 ต่อ 2335,2338

โทรสาร. 02-579-9120-39 ต่อ 2336

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลประชาชน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเถิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 37 ชุด

ด้วยอาจารย์ เอกณรงค์ วรสีหะ อาจารย์ประจำภาควิชาการโฆษณา คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ทำการศึกษา “พฤติกรรมกาเปิดรับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้โรคธาลัสซีเมียของประชาชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” จากการสำรวจพบว่าคนไทยเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 630,000 คนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้ที่มียีนผิดปกติที่ไม่แสดงอาการแต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย หรือ 20-24 ล้านคน และโดยส่วนใหญ่จะพบในแถบภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ คนกลุ่มนี้หากแต่งงานกันพบว่า 1 ใน 5 หรือ 6 จะมีโอกาสเสี่ยงได้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียปีละประมาณ 50,000 คู่ และต่อปีจะมีทารกเกิดใหม่ เป็นโรคนี้ตั้งแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นปีละ 12,125 คนหรือเพิ่มชั่วโมงละ 1.3 คน โดยแต่ละปีทางรัฐบาลต้องเสียค่ารักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 5,000 - 6,000 ล้านบาทและจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการหนักจากการมีโลหิตจางเรื้อรัง ความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความพิการ ความป่วย ความเจ็บ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และภาวะทางเศรษฐกิจทั้งของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระหนักสำหรับแพทย์และพยาบาล

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ได้ตระหนักถึงสภาวะดังกล่าว และเห็นว่าหน่วยงานและบุคลากรของท่าน มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคตได้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่าน รวบรวมเก็บข้อมูลประชาชนที่มาติดต่อกับหน่วยงานของท่านจำนวน 37 ชุดโดยทางคณะฯ มีคำตอบแทนให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดละ 30 บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา มีศิลป์วิทย์)

คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

คณะนิเทศศาสตร์

โทร. 02-579-9120-39 ต่อ 2335,2338

โทรสาร. 02-579-9120-39 ต่อ 2336

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นายเอกฉรงค์ วรสีหะ
วัน เดือน ปีเกิด	วันพฤหัสบดีที่ 5 พฤศจิกายน 2513
สถานที่เกิด	อำเภอ บางเขน จังหวัด กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 1 ซอย วัชรพล ถนน รามอินทรา 55 อำเภอ บางเขน ตำบลท่าแร้ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10220
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์ประจำ ภาควิชาการโฆษณา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2536	นศ.บ (การโฆษณา) มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ. 2540	MS. (Managerial Technology) Johnson & Wales University Rhode Island, USA

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

SRIPATUM UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยศรีปทุม
SRIPATUM UNIVERSITY